



# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

**Edición N° 166**

SE 16

19/04/2026 al 25/04/2026

## Gobernador

Dr. Gustavo Sáenz

## Ministro de Salud

Dr. Federico Alejandro Javier Mangione

## Director General de Coordinación Epidemiológica

Dr. Francisco Manuel García Campos



# DIRECCION GENERAL DE COORDINACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

## PROGRAMA SALA DE SITUACIÓN

---

Rocío Corrales  
Facundo Risso  
Liliana Estrada  
María Valdez

## PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

---

Vanina Galván Guzman  
Natalia Pastrana  
Horacio Kalriar  
José Serrat  
Cynthia Villagómez

## PROGRAMA DE ZONOSIS

---

Nicolás Ruiz de Huidobro  
Marcelo Chocobar

## PROGRAMA DE VIGILANCIA POR REDES DE LABORATORIO

---

Ruth Juárez  
Nilsa Coronado  
Luis Guaymas

## PROGRAMA IACS

---

Paula Herrera

## PROGRAMA DE VIGILANCIA DE ETV Y OR

---

Sonia Guanca  
Roque Vélez  
Jairo Martínez  
Paulo Maldonado  
Luis Miño

## PROGRAMA BROMATOLOGÍA

---

Marta Chuchuy  
Jorge Escalante  
Roberto Pérez  
Alejandra Choque  
Andrea Escalante  
Gustavo Talevi  
Verónica Casarez  
Laura Beltrán  
Belén Valdez  
Nora Gutiérrez  
Julio Agüero  
Fanny Cajés  
María Barbagallo  
Rubén Soto

## PROGRAMA EDIS

---

Emilce Tapia

## CENTRO CAIT

---

Carolina Campo

## ADMINISTRACIÓN

---

Lorena Isaac  
Belén Montenegro  
Hugo Mendoza

## RESIDENCIA DE EPIDEMIOLOGÍA

---

María de la Cruz Plaza  
Daniela Burgos  
Noelia Olea  
Florencia Cano  
Miguel Choque  
Desirée Diaz  
Tamara García  
Anahí Viberos Martínez

## LABORATORIO DE ENFERMEDADES TROPICALES

---

Manuela Bono  
Agostina Bruno  
Carolina Herrero  
Andrés Escalada  
Sebastián Villena



# TABLA DE CONTENIDOS

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN EPIDEMIOLOGICO HASTA SE 16</b>	<b>6</b>
<b><u>EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS</u></b>	<b><u>7</u></b>
<b>NOTIFICACIÓN AGRUPADA POR GRUPO DE EVENTOS</b>	<b>8</b>
<b>NOTIFICACIÓN NOMINAL POR GRUPO DE EVENTOS</b>	<b>10</b>
<b><u>VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS</u></b>	<b><u>12</u></b>
<b>DENGUE</b>	<b>13</b>
<b>CHIKUNGUNYA</b>	<b>18</b>
<b>SITUACIÓN DE BLOQUEOS POR CASOS DE SFAI</b>	<b>22</b>
<b>VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR SENSORES DE OVIPOSICIÓN</b>	<b>27</b>
<b><u>VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS</u></b>	<b><u>31</u></b>
<b>VIGILANCIA CLÍNICA</b>	<b>32</b>
<b>ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)</b>	<b>33</b>
<b>BRONQUIOLITIS</b>	<b>33</b>
<b>NEUMONÍA</b>	<b>34</b>
<b>IRA</b>	<b>34</b>
<b>VIGILANCIA POR LABORATORIOS</b>	<b>35</b>
<b>UNIDAD CENTINELA DE IRAG</b>	<b>37</b>
<b>VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PERSONAS INTERNADAS Y/O FALLECIDAS</b>	<b>45</b>
<b><u>VIGILANCIA DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS</u></b>	<b><u>48</u></b>
<b>ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS</b>	<b>49</b>
<b>EFE</b>	<b>49</b>
<b>MENINGITIS/MENINGOENCEFALITIS</b>	<b>51</b>
<b><u>ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS, AGUA O RUTA FECAL ORAL</u></b>	<b><u>52</u></b>
<b>ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS</b>	<b>53</b>
<b>FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA</b>	<b>53</b>
<b>ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS</b>	<b>56</b>
<b><u>HEPATITIS VIRALES</u></b>	<b><u>57</u></b>
<b>HEPATITIS A</b>	<b>58</b>

<b>VIGILANCIA DE VIRUELA SÍMICA</b>	<b>62</b>
<b>VIRUELA SÍMICA (MPOX)</b>	<b>63</b>
<b>VIGILANCIA DE ENFERMEDADES ZONOTICAS HUMANAS</b>	<b>64</b>
<b>ENFERMEDADES ZONÓTICAS HUMANAS</b>	<b>65</b>
<b>VIGILANCIA DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS DE INTERÉS SANITARIO</b>	<b>67</b>
<b>ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS DE INTERÉS SANITARIO</b>	<b>68</b>
<b>VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA POR EVENTOS</b>	<b>69</b>
<b>EIOS</b>	<b>70</b>
<b>BROTE DE HANTAVIRUS VINCULADO A VIAJES EN CRUCEROS, VARIOS PAÍSES</b>	<b>71</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN</b>	<b>71</b>
<b>EVALUACIÓN DE RIESGOS DE LA OMS</b>	<b>71</b>
<b>CONSEJOS DE LA OMS</b>	<b>73</b>
<b>RESIDENCIA DE EPIDEMIOLOGÍA DE CAMPO</b>	<b>74</b>
<b>QUEREMOS DESTACAR A UNA GRAN EPIDEMIÓLOGA</b>	<b>75</b>
<b>INFORMES ESPECIALES</b>	<b>78</b>
<b>INTOXICACIÓN/EXPOSICIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO</b>	<b>79</b>
<b>BOLETÍN N°2 – OBSERVATORIO DE NUTRICIÓN</b>	<b>80</b>
<b>HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>	<b>81</b>
<b>DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DEL DENGUE</b>	<b>82</b>
<b>MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA</b>	<b>82</b>
<b>NOMINA DE VIGILANTES EPIDEMIOLÓGICOS</b>	<b>83</b>

## **Imagen de tapa**

*En el marco del Día Mundial de la Higiene de Manos, iniciativa mundial de OMS que se conmemora el 5 de mayo, se realizaron en las diferentes instituciones sanitarias de la provincia, actividades de concientización sobre la importancia de esta acción que salva vidas.*

# INTRODUCCIÓN

El **Boletín Epidemiológico de la Provincia de Salta** es una herramienta estratégica elaborada por el Programa Sala de Situación, dependiente de la Dirección General de Coordinación Epidemiológica. Este documento consolida información clave generada por los diversos programas que integran esta dirección y por los vigilantes responsables de las áreas operativas y hospitales del sistema de salud provincial. Los datos provienen del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), garantizando su calidad y relevancia.

El Boletín constituye un pilar fundamental para la epidemiología provincial, ya que proporciona información oportuna y precisa que facilita la toma de decisiones informadas, el diseño de políticas públicas efectivas, así como el control y la prevención de enfermedades de notificación obligatoria. Su publicación refuerza el compromiso con la transparencia y la disponibilidad de datos al servicio de la salud pública.

Reconocemos y valoramos la labor de quienes hacen posible este esfuerzo colectivo: vigilantes epidemiológicos, bioquímicos, médicos, enfermeros y demás profesionales de salud, quienes contribuyen sistemáticamente con datos indispensables para la elaboración de este informe.

Para consultas, sugerencias o aportes, no dude en comunicarse al correo electrónico: [saladesituacion.dgce@gmail.com](mailto:saladesituacion.dgce@gmail.com).

---

**\*ACLARACIÓN:** Las cifras volcadas en las tablas y gráficos de este boletín, rectifican los valores expresados en los boletines anteriores, debido a la actualización constante de carga en el Sistema Nacional de Vigilancia de Salud de la Argentina (SNVS 2.0), sitio del que se extrae TODA la información publicada.

# RESUMEN EPIDEMIOLOGICO HASTA SE 16

## 1. Enfermedades Transmitidas por Mosquitos (ETM)

- **Dengue:** la nueva temporada de vigilancia epidemiológica de dengue se extiende desde SE 31 del año 2025 hasta SE 30 del 2026. Durante la temporada de vigilancia intensificada (SE 31/2025 hasta SE 16/2026), se notificaron 4.062 casos sospechosos. 17 casos probables hasta SE 16. Sin casos confirmados en 2026.
- **Chikungunya:** 1216 casos confirmados hasta SE 16.
- **Zika:** sin novedades en SE 16.

## 2. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

- **Bronquiolitis (<2 años):** 1.842 casos acumulados en 2026 hasta SE 16. El corredor endémico se ubica en zona de seguridad.
- **Neumonía:** 2.023 casos acumulados hasta SE 16. El corredor se ubica en zona de alerta.
- **Enfermedad Tipo Influenza (ETI):** 8.115 casos acumulados hasta SE 16. El corredor endémico se encuentra en zona de brote.
- **Internados por IRA:** Se notificaron 116 internados en la SE 16, sumando 1056 acumulados en 2026. El corredor se ubica en la zona de seguridad. Los grupos etarios más afectados son menores de 1 año, 13–24 meses y 2–4 años.
- **Óbitos por influenza acumulados:** 0 hasta SE 16.
- **Virus circulantes:** Hasta SE 16, se confirmaron 541 determinaciones positivas acumuladas en 2026 para virus respiratorios. El virus más frecuente en SE 16 fue Rhino/Entero (n=35), seguido por Influenza A (n=21), mientras que COVID no tuvo resultados positivos. La positividad de COVID-19 en UMAs en SE 16 fue de 0%.

## 3. Enfermedades Prevenibles por Vacunas

- **Varicela:** 7 casos en SE 16. Acumulados 88 casos.
- **Parotiditis:** sin casos en SE 16. Acumulado 5 casos.
- **EFE (Enfermedad Febril Exantemática):** 19 casos sospechosos notificados hasta SE 16. Sin casos confirmados en 2026.
- **Meningitis/Meningoencefalitis:** 53 entre casos confirmados y probables acumulados hasta SE 16 en 2026.

## 4. Enfermedades Transmitidas por Alimentos, Agua o Ruta Fecal-Oral

- **Fiebre tifoidea/paratifoidea:** 16 casos confirmados acumulados hasta SE 16 en 2026. El corredor endémico se ubica en zona de éxito.
- **Hepatitis A:** 1 caso en SE 16. Total 8 acumulados hasta SE 16/2026.

## 5. Enfermedades Zoonóticas

- **Alacranismo:** Acumulados 230 casos hasta SE 16/26.
- **Ofidismo:** Acumulado 41 en 2026 hasta SE 16/26.
- **APR (accidente potencialmente rábico):** Acumulados 298 en 2026 hasta SE 16.
- **Leishmaniasis visceral canina:** 13 casos confirmados acumulados en 2026.

## 6. Enfermedades Dermatológicas de Interés Sanitario

- **Lepra:** 2 casos en SE 16. Acumulados 6 hasta SE 16 en 2026.
- **Leishmaniasis cutánea 1; Visceral 1, Mucocutáneas 3,** casos acumulados hasta SE 16 en 2026.
- **Micosis Profunda:** sin casos confirmados hasta SE 16.



## EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS

## Reporte de eventos de notificación obligatoria

En las siguientes tablas se presenta una selección de eventos de notificación nominal y agrupada provenientes del SNVS 2.0, correspondientes a personas con residencia en la provincia de Salta. La información se muestra acumulada hasta la Semana Epidemiológica (SE) del boletín epidemiológico actual y se compara con el mismo período del año 2025.

Para facilitar la interpretación de los cambios, se informan dos medidas:

- “Diferencia de casos”, que expresa la diferencia absoluta entre ambos años (2026 – 2025), utilizada cuando en alguno de los dos períodos el evento registra menos de 20 casos, dado que con conteos bajos las variaciones relativas pueden resultar inestables.
- “Variación porcentual”, calculada únicamente para los eventos con 20 o más casos notificados en ambos períodos, ya que a partir de ese orden de magnitud el porcentaje es un indicador más robusto para comunicar tendencias; por debajo, es más claro y prudente describir el cambio en términos absolutos.

El listado de eventos incluidos en este apartado se actualiza de manera dinámica en función de las notificaciones recibidas.

## Notificación agrupada por grupo de eventos

TABLA 1.1 NOTIFICACIONES DE CASOS ACUMULADOS AGRUPADOS HASTA LA SE 16.  
RESIDENTES DE LA PROVINCIA DE SALTA. COMPARACIÓN 2025-2026.

Grupo de Eventos	Evento	2025	2026	Diferencia de casos	Variación
Eventos provinciales Salta	Intoxicación por otros tóxicos	167	148	-19	-11%
	Intoxicación medicamentosa	166	148	-18	-11%
	Intoxicación por pesticidas clorados	1	0	-1	
	Intoxicación por pesticidas fosforados	4	9	5	
	Entero parasitosis	1	9	8	
	Intoxicación por hidrocarburos	5	1	-4	
	Intoxicación por raticidas	2	9	7	
	Intoxicación por hierbas	18	0	-18	
	Intoxicación por caustico	22	24	2	9%
	IRA (InRespA)	77594	70985	-6609	-9%
	Mononucleosis infecciosa	0	0	0	
	Parasitosis Intestinales-Uncinariasis	27	10	-17	
	Parasitosis Intestinales-Ascariasis	71	51	-20	-28%
	Parasitosis Intestinales-Oxiuriasis	151	85	-66	-44%
	Parasitosis Intestinal Protoz.(Giard.-Ameb.)	146	156	10	7%
Parasitosis Intestinales-Estrongiloidiasis	11	0	-11		

	Parasitosis Intestinales-Otras	2079	1582	-497	-24%
	Tox infecciones alimentarias (c/Ficha ETA)	0	0	0	
	Lesiones por caídas y golpes	2383	2940	557	23%
	Lesiones por electrocución	17	20	3	
	Lesiones por cortes y quemaduras	818	938	120	15%
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	6	9	3	
	Lesiones en el hogar sin especificar	927	992	65	7%
	Lesiones por arma de fuego	31	55	24	77%
	Lesiones por arma blanca	498	353	-145	-29%
<b>Cianobacterias</b>	Intoxicación/Exposición por cianobacterias/cianotoxinas en aguas	0	0	0	
<b>Inmunoprevenibles</b>	Varicela	136	88	-48	-35%
<b>Respiratorias</b>	Enfermedad tipo influenza (ETI)	5768	7948	2180	38%
<b>Diarreas</b>	Diarreas	24062	22604	-1458	-6%
<b>Efectos en la Salud asociado a temperaturas extremas</b>	Efectos en salud asociados al calor extremo 2025	50	35	-15	-30%
	Efectos en salud asociados al frío extremo 2025	0	0	0	
<b>Internaciones por siniestros viales</b>	Peatón	136	92	-44	-32%
	Ciclista	114	172	58	51%
	Conductor o pasajero de automóvil	139	113	-26	-19%
	Conductor o pasajero de transporte público	80	92	12	15%
	Conductor o pasajero de motocicleta	1112	1262	150	13%
<b>Internaciones por lesiones en el hogar</b>	Lesiones por caídas y golpes	341	551	210	62%
	Lesiones por atragantamiento	4	2	-2	
	Lesiones por electrocución	10	4	-6	
	Lesiones por cortes y quemaduras	233	334	101	43%
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	3	0	-3	
	Lesiones en el hogar sin especificar	32	41	9	28%
	Otras lesiones en el hogar	41	93	52	127%
<b>Lesiones por mordedura de perro (ambulatorios)</b>	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	248	292	44	18%
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	343	230	-113	-33%
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	27	31	4	15%
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	561	1018	457	81%

## Notificación nominal por grupo de eventos

**TABLA 1.2. NOTIFICACIONES DE CASOS NOMINALES SELECCIONADOS HASTA LA SE 16. RESIDENTES DE LA PROVINCIA DE SALTA. COMPARACIÓN 2025-2026**

Grupo de Eventos	Evento	2025	2026	Diferencia de casos	Variación
Por vectores	Dengue	22	0	-22	
	Zika	0	0	0	
	Chikungunya	0	1216	1216	
	Fiebre Amarilla	0	0	0	
Inmunoprevenibles	Difteria	0	0	0	
	Coqueluche	0	1	1	
	Sarampión	0	0	0	
	PAF	0	0	0	
	Parotiditis	6	6	0	
Meningitis y meningoencefalitis	Caso confirmado de meningoencefalitis viral sin especificar agente	7	2	-5	
	Caso confirmado de Encefalitis por herpes simple	1	2	1	
	Caso confirmado de meningitis fúngica	2	1	-1	
	Caso confirmado de meningitis parasitaria	0	0	0	
	Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana - otros agentes	2	1	-1	
	Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana s/especificar agente	0	4	4	
	Caso confirmado de meningoencefalitis por Haemophilus influenzae	0	0	0	
	Caso confirmado de meningoencefalitis por Neisseria meningitidis	0	0	0	
	Caso confirmado de meningoencefalitis por Streptococcus pneumoniae	1	2	1	
	Caso confirmado de meningoencefalitis viral - enterovirus	6	0	-6	
	Caso confirmado de Meningoencefalitis viral - otros agentes	0	2	2	
	Caso invalidado por epidemiología	5	3	-2	
	Caso probable de meningitis, meningoencefalitis o encefalitis virales	10	30	20	
	Caso probable de meningoencefalitis bacteriana	2	2	0	
	Meningitis tuberculosa	0	2	2	
	Meningoencefalitis sin especificar etiología	2	2	0	

Transmitidas por alimentos, agua o ruta fecal-oral	Botulismo del lactante	0	3	3	
	Botulismo	1	0	-1	
	Síndrome Urémico Hemolítico	1	1	0	
	Fiebre tifoidea y paratifoidea	15	16	1	
	Brote asociado a Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA)	3	1	-2	
	Diarrea aguda por Salmonelosis	3	3	0	
Hepatitis	Hepatitis A	9	8	-1	
Zoonóticas	Accidente potencialmente rábico (APR)	304	275	-29	-10%
	Alacranismo	233	215	-18	-8%
	Araneísmo sin especificar especie	0	0	0	
	Araneísmo-Envenenamiento por Latrodectus (Latrodectismo)	4	5	1	
	Araneísmo-Envenenamiento por Loxosceles (Loxoscelismo)	2	5	3	
	Araneísmo-Envenenamiento por Phoneutria (Foneutrismo)	0	0	0	
	Brucelosis	3	2	-1	
	Brucelosis en embarazadas	0	0	0	
	Hantaviriosis	3	15	12	
	Hidatidosis	14	9	-5	
	Leishmaniasis visceral canina	38	13	-25	
	Leptospirosis	0	0	0	
	Ofidismo sin especificar especie	2	2	0	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	30	35	5	17%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chini)	3	2	-1	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	1	0	-1	
	Psitacosis	1	0	-1	
	Rabia animal	0	2	2	
	Enfermedad Dermatológica de interés Sanitario (EDIS)	Leishmaniasis cutánea humana	7	1	-6
Leishmaniasis mucocutánea humana		4	3	-1	
Leishmaniasis visceral humana		4	2	-2	
Lepra		1	6	5	
Micosis profunda		0	0	0	

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



## VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS

# Dengue

## Situación Nacional<sup>1</sup>

En Argentina, la vigilancia epidemiológica del dengue se analiza en función de temporadas, en lugar de años calendario, debido al carácter estacional de la transmisión viral. Existe una heterogeneidad en el territorio nacional, esta estacionalidad está determinada por las condiciones climáticas que favorecen la proliferación del *Aedes aegypti*, vector responsable de la transmisión del virus. Durante la primavera, el verano y otoño, se registra un aumento en la abundancia poblacional del vector lo que generan condiciones favorables para la ocurrencia de brotes. En el invierno la actividad reproductiva del vector disminuye, interrumpiéndose en gran parte del territorio nacional.

De acuerdo con la fecha mínima<sup>2</sup> desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 22071 casos sospechosos de dengue, de los cuales 54 fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El 56% corresponden a casos sin antecedente de viaje. Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), en la SE 16/2026 se notificaron 1552 casos sospechosos y tres casos confirmados de dengue; estos últimos correspondientes a las jurisdicciones de Buenos Aires y CABA, con fecha de inicio de síntomas en la SE15

Es importante destacar que estos eventos pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

## Distribución espacial de los casos de dengue durante la temporada

- Tres casos autóctonos en Formosa: un caso con residencia en el departamento Pilagás y un caso en el departamento Patiño. Durante la SE15 se notificó un nuevo caso con antecedente de viaje a Paraguay y cuyo serotipo detectado fue DENV-2.
- Dieciséis casos de la Provincia de Buenos Aires: once sin antecedente de viaje en Tres de Febrero, José C. Paz, San Isidro, Cañuelas, Morón, La Matanza, San Nicolás; cinco con antecedente de viaje a Paraguay, México, Indonesia y Brasil.
- Veintidós casos notificados en CABA: Catorce casos sin antecedente de viaje, registrándose un clúster en la Comuna 10 (Villa Real) entre la SE9–SE15. El resto de los casos tienen residencia en comuna 7, 9 y 1. Además,

---

<sup>1</sup> Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N° 806, SE 16.

<sup>2</sup> Fecha mínima: fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible (orden de jerarquía: 1. fecha de inicio de síntomas, 2. fecha de consulta, 3. fecha de toma de muestra, y 4. fecha de notificación).

se notificaron ocho casos con antecedente de viaje: cinco con antecedente internacional a Brasil (DENV-3), Sri Lanka (DENV-3), Pakistán, México (DENV-3) y Venezuela y, uno con antecedente de viaje a la provincia de Buenos Aires.

- Cuatro casos notificados por Córdoba: dos casos con antecedente de viaje a México y dos casos sin antecedente de viaje en Córdoba Capital.
- Un caso notificado por Catamarca sin antecedente de viaje, del departamento Ancasti (DENV-2).
- Cuatro casos notificados por Entre Ríos con antecedente de viaje a Cuba, Brasil (DENV-3), República Dominicana y Colombia (DENV-3).
- Un caso notificado por Mendoza con antecedente de viaje a México (DENV-3).
- Un caso notificado por Santa Fe con antecedente de viaje a Maldivas (DENV-3), del departamento de San Cristóbal.
- Un caso notificado por Jujuy con antecedente de viaje a Bolivia cuyo serotipo detectado fue DENV-3 (SE15).
- Un caso notificado por Misiones con antecedente de viaje a República Dominicana (SE15).

Si bien en la actualidad se registra una baja circulación de dengue a nivel nacional y los casos confirmados continúan siendo escasos y mayormente aislados, en las últimas semanas se observa un aumento en la notificación de casos probables, principalmente en las jurisdicciones de Buenos Aires, Córdoba, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Tucumán y Santa Fe. En este contexto, resulta fundamental promover la toma de segundas muestras y completar los estudios diagnósticos en los casos probables, con el objetivo de confirmar o descartar dengue de manera adecuada y mejorar la calidad de la vigilancia epidemiológica.

En este contexto, resulta fundamental promover la toma de segundas muestras y completar los estudios diagnósticos en los casos probables, con el objetivo de confirmar o descartar dengue de manera adecuada y mejorar la calidad de la vigilancia epidemiológica. El estudio de pares serológicos es importante que también se acompañe de la intensificación de búsqueda de otros febriles en el área de casos probables y priorizar la toma de muestras agudas a fin de confirmar con rapidez si efectivamente hay circulación activa de dengue y qué serotipo se encuentra involucrado.

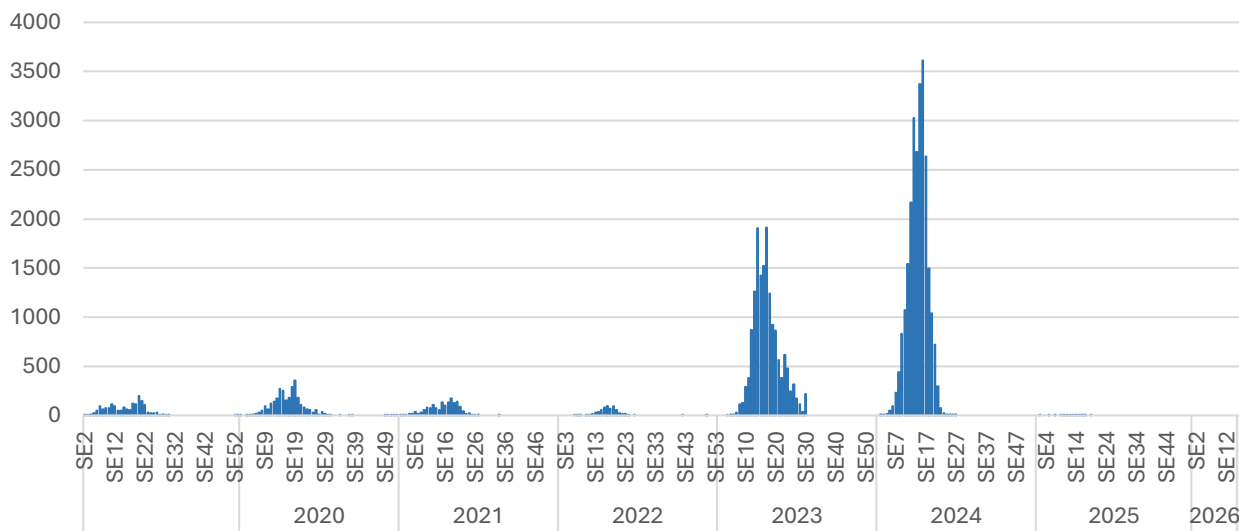
## **Situación Provincial**

En la provincia de Salta la nueva temporada de vigilancia epidemiológica de dengue se extiende desde SE 31 del año 2025 hasta SE 30 del 2026, en consonancia con las directivas a nivel nacional y de acuerdo con el carácter estacional de la transmisión viral.

## DENGUE

Al realizar el análisis del comportamiento del Dengue desde el año 2019 hasta la actualidad, se observa un patrón estacional, con un aumento significativo de casos a principios de cada año, especialmente durante las primeras semanas epidemiológicas, que corresponden al verano y otoño. Los picos más altos de casos se observan en las temporadas epidémicas de 2023 y 2024.

**GRÁFICO 2.1. DENGUE: CASOS CONFIRMADOS POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. AÑO 2019 – 2026 (HASTA SE 16). PROVINCIA DE SALTA.**



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

Durante el periodo de vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Mosquitos (ETM) (SE 31/2025 a SE 16/2026) se reportaron 4.062 sospechosos, 17 casos probables. No se confirmaron casos de dengue hasta la SE 16.

**TABLA 2.1. DENGUE: CASOS ACUMULADOS NOTIFICADOS SEGÚN CLASIFICACIÓN\* POR DEPARTAMENTO. TEMPORADA 2025/2026. SE 1/2026 A SE 16/2026. PROVINCIA DE SALTA**

Departamento	Probable Sin antecedente de viaje	Probable con antecedente de viaje	Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total sospechosos notificados
Anta	6	0	91	360	457
Cachi	0	0	1	0	1
Cafayate	0	0	0	5	5
Capital	2	0	162	163	327
Cerrillos	0	0	8	19	27
Chicoana	0	0	0	1	1
General Güemes	0	0	10	43	53
Gral José de San Martín	5	0	741	1047	1793
Guachipas	0	0	0	0	0

Iruya	0	0	6	1	7
La Caldera	0	0	4	5	9
La Candelaria	0	0	4	4	8
La Poma	0	0	0	0	0
La Viña	0	0	1	0	1
Los Andes	0	0	0	0	0
Metan	1	0	21	71	93
Molinos	0	0	0	0	0
Orán	1	0	709	165	875
Rivadavia	0	0	26	30	56
Rosario de la Frontera	0	0	5	14	19
Rosario de Lerma	0	0	9	13	22
San Carlos	0	0	0	0	0
Sta Victoria	0	0	5	2	7
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>1803</b>	<b>1943</b>	<b>3761</b>

Fuente: Elaboración propia del Prog. De Vigilancia Epidemiológica de la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (\*) Nota: Para la confección del parte semanal, se usará la clasificación resumen de la base de datos procedente del SNVS 2.0.

**TABLA 2.2. DENGUE: CASOS ACUMULADOS NOTIFICADOS SEGÚN CLASIFICACIÓN\* POR DEPARTAMENTO. TEMPORADA 2025/2026. SE 31/2025 A SE 52/2025. PROVINCIA DE SALTA**

Departamento	Probables	Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total sospechosos notificados
Anta	1	26	5	32
Cachi	0	0	0	0
Cafayate	0	2	0	2
Capital	0	2	8	70
Cerrillos	0	2	1	3
Chicoana	0	0	0	0
Gral. Güemes	0	4	1	5
Gral. San Martín	0	67	5	72
Guachipas	0	0	0	0
Iruya	0	1	0	1
La Caldera	1	1	0	2
La Candelaria	0	5	0	5
La Poma	0	0	0	0
La Viña	0	1	0	1
Los Andes	0	0	0	0
Metán	0	8	2	10
Molinos	0	0	0	0
Orán	0	71	1	72
Rivadavia	0	7	1	8
Rosario de la Frontera	0	8	2	10
Rosario de Lerma	0	6	0	6
San Carlos	0	0	0	0
Santa Victoria	0	2	0	2
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>273</b>	<b>26</b>	<b>301</b>

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

**TABLA 2.3. DENGUE: PRUEBAS DE LABORATORIO PARA DIAGNOSTICO DE DENGUE HASTA SE 16/2026. PROVINCIA DE SALTA.**

SE	Total Notificados	NSI (Elisa)		PCR		IgM Comercial (Elisa)		MAC (Elisa)		TES RÁPIDO (TR)			
		Total	Pos	Total	Pos	Total	Pos	Total	Pos	Total	AgNSI	Total	IgM
1	24	15	0	10	0	11	0	3	0	3	0	2	0
2	32	8	0	7	0	3	0	0	0	11	1	9	0
3	33	15	0	17	0	10	0	4	0	5	1	4	0
4	36	11	0	15	0	10	0	0	0	14	0	6	0
5	33	15	0	17	0	7	0	3	0	6	0	0	0
6	47	22	0	16	0	15	1	4	0	11	0	2	0
7	41	24	0	26	0	3	0	0	0	9	0	3	0
8	113	61	0	51	0	19	0	1	0	16	0	9	0
9	192	118	0	45	0	20	0	0	0	31	0	11	0
10	184	84	0	24	0	11	0	0	0	60	0	6	1
11	312	113	0	51	0	21	1	0	0	113	1	25	1
12	254	102	0	40	0	21	1	1	1	79	2	17	2
13	211	29	0	59	0	5	0	1	0	55	0	29	4
14	363	44	0	136	0	50	2	1	0	55	0	42	3
15	368	42	0	106	0	45	0	0	0	47	0	32	1
16	405	16	0	120	0	47	1	1	0	93	2	73	1
<b>Total</b>	<b>2648</b>	<b>719</b>	<b>0</b>	<b>740</b>	<b>0</b>	<b>298</b>	<b>6</b>	<b>19</b>	<b>1</b>	<b>608</b>	<b>7</b>	<b>270</b>	<b>13</b>

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

**TABLA 2.4. DENGUE: INDICE DE POSITIVIDAD DE PRUEBAS DE LABORATORIO PARA DENGUE HASTA SE 16 AÑO 2026. SALTA.**

SE	NSI/PCR/IgM/MAC			TEST RAPIDO(TR)		
	Total determinaciones	Total de determinaciones Positivas	% Índice de positividad	Total determinaciones	Total de determinaciones Positivas	% Índice de positividad
1	39	0	0,00	5	0	0,00
2	18	0	0,00	20	1	5,00
3	46	0	0,00	9	1	11,11
4	36	0	0,00	20	0	0,00
5	42	0	0,00	6	0	0,00
6	57	1	1,75	13	0	0,00
7	53	0	0,00	12	0	0,00
8	132	0	0,00	25	0	0,00
9	183	0	0,00	42	0	0,00
10	119	0	0,00	66	1	1,52
11	185	1	0,54	138	2	1,45
12	164	2	1,22	96	4	4,17
13	94	0	0,00	84	4	4,76
14	231	2	0,87	97	3	3,09
15	193	0	0,00	79	1	1,27
16	184	1	0,54	166	3	1,81
<b>Total</b>	<b>1776</b>	<b>7</b>		<b>878</b>	<b>20</b>	

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

# Chikungunya

## Situación regional<sup>3</sup>

Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de Chikungunya actualizada al 21/04/2026 en países de la región seleccionados:

- **Brasil:** Para el año en curso, hasta la SE 14/2026 se reportaron un total de 42.979 casos. De ellos, 15.576 fueron confirmados, lo que implica una disminución del 73% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 16 fallecimientos para este evento.
- **Bolivia:** hasta la SE 12/2026, se reportaron 23.145 casos, de los cuales 7.817 fueron confirmados por laboratorio y 7 fallecieron. A la misma semana del año anterior se habían confirmado 45 casos, sin fallecimientos asociados.
- **Paraguay:** hasta la SE 15/2026, se notificaron 10 casos confirmados por laboratorio, sin fallecimientos registrados, mientras que en la misma semana de 2025 se registraron 4 casos confirmado.
- **Perú:** hasta la SE 14/2026 se notificaron 5 casos; no obstante, no se registraron casos confirmados por laboratorio, situación similar a la observada el año anterior.

Entre finales del 2025 e inicios del 2026, se ha observado un aumento sostenido de casos de chikungunya en países y territorios de la Región de las Américas, así como la reanudación de la transmisión autóctona en áreas que no registraban la circulación del virus desde hace varios años.

## Situación nacional

Durante la temporada en curso se notificaron 9159 casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, de los cuales 1544 corresponden a casos confirmados y probables. Los casos notificados con antecedente de viaje son importados de Bolivia, Brasil, Paraguay y Cuba.

En la provincia de Salta se identificaron los primeros casos sin antecedente de viaje, en el contexto de la ocurrencia de casos importados con antecedente de viaje a Bolivia, confirmando la presencia de transmisión local.

Durante la SE16 se notificaron 435 casos nuevos de Fiebre Chikungunya, en comparación con la SE15.

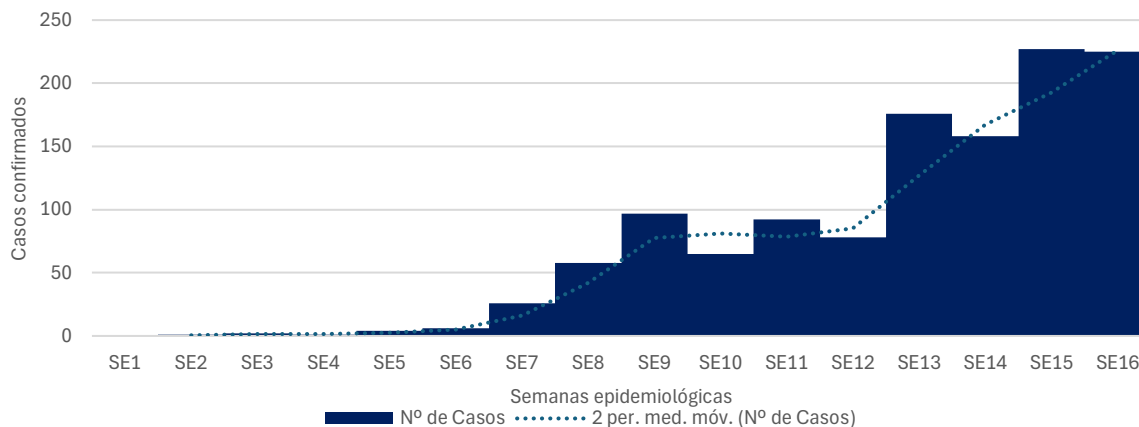
---

<sup>3</sup> Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°806, SE 16.

## Situación provincial

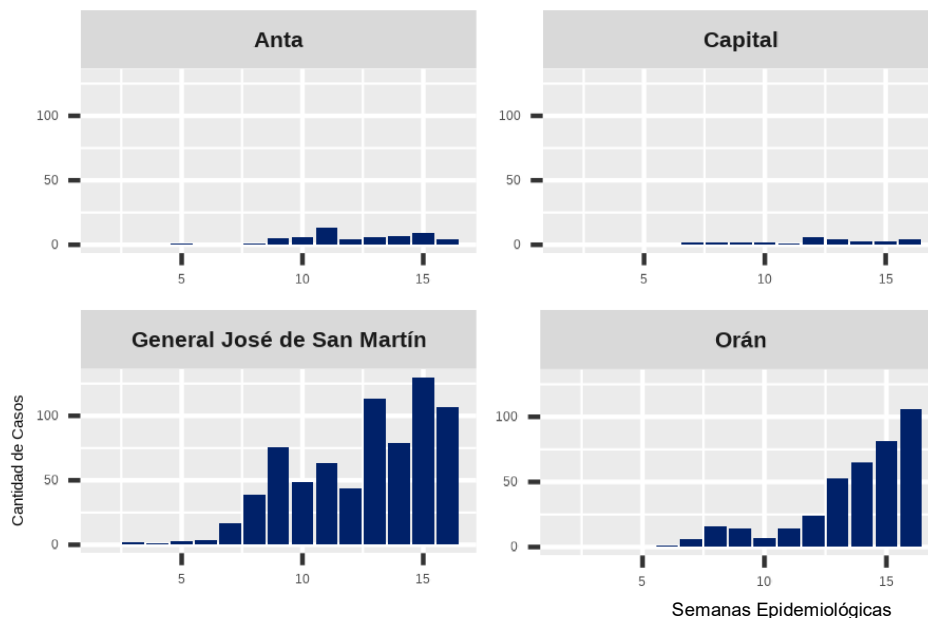
En la Provincia de Salta hasta la SE 16, se notificaron 1216 casos confirmados tomando como referencia los resultados de las determinaciones de laboratorio para fiebre chikungunya. El primer caso se confirmó en la SE 2, varón de 16 años, residente en Rosario de la Frontera. Presentó antecedente de viaje a Santa Cruz de la Sierra (Bolivia).

**GRÁFICO 2.2. CHIKUNGUNYA: CASOS CONFIRMADOS POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. (SE 1 HASTA SE 16). AÑO 2026. PROVINCIA DE SALTA (n=1216)**



Fuente: Elaboración propia del Prog. de Sala de Situación de la D.G.C.E. en base a información proveniente de SNVS 2.0. NOTA: 2 per.med.móv. = media de casos entre dos semanas epidemiológicas.

**GRÁFICO 2.3. CHIKUNGUNYA: CASOS CONFIRMADOS POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DEPARTAMENTOS ANTA, CAPITAL, GENERAL SAN MARTIN Y ORÁN. SE 1/2026 A SE 16/2026. PROVINCIA DE SALTA.**



Fuente: Elaboración propia del Prog. de Sala de Situación de la D.G.C.E. en base a información proveniente de SNVS 2.0

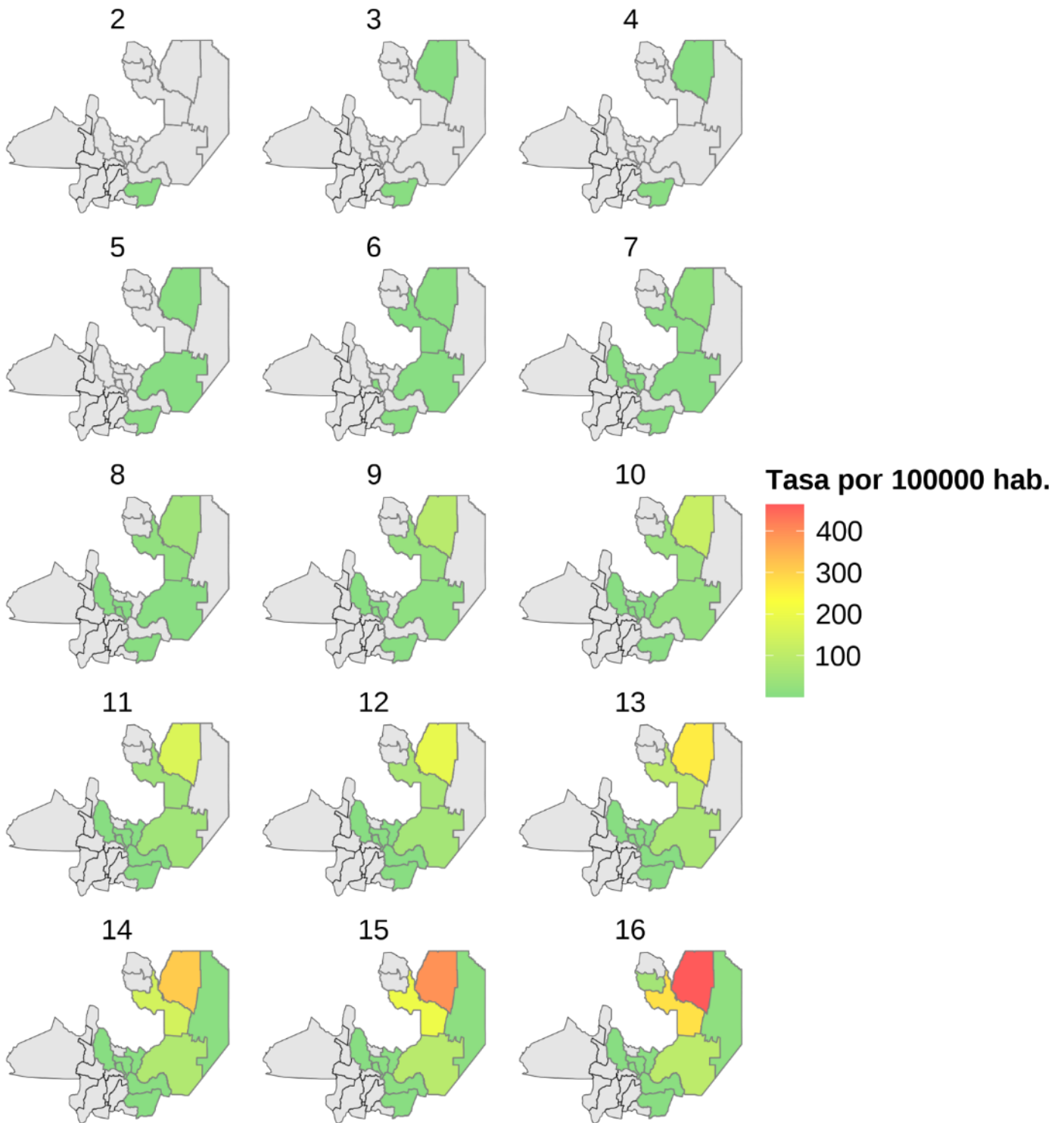
La confirmación de casos muestra un patrón de concentración territorial con mayor aporte de casos confirmados en el departamento General San Martín desde la SE2, seguido por Orán, lo que sugiere mayor intensidad de transmisión y/o detección en el norte provincial durante el período analizado (Tabla 2.5). En el gráfico 2.3 se muestra la curva de casos de los departamentos que hayan notificado casos en 3 o más semanas consecutivas.

**TABLA 2.5. CASOS CONFIRMADOS Y PROBABLES DE CHIKUNGUNYA DISTRIBUIDOS POR DEPARTAMENTO Y LOCALIDADES. PROVINCIA DE SALTA. HASTA SE 16. AÑO 2026.**

DEPARTAMENTO/LOCALIDAD	CASOS CONFIRMADOS
<b>ANTA</b>	<b>56</b>
APOLINARIO SARAVIA	7
CENTRO 25 DE JUNIO	1
CORONEL MOLLINEDO	1
EL QUEBRACHAL	2
GAONA	17
GENERAL PIZARRO	17
JOAQUIN V. GONZALEZ	4
LAS LAJITAS	7
<b>CAPITAL</b>	<b>29</b>
SALTA	29
<b>CERRILLOS</b>	<b>2</b>
CERRILLOS	2
<b>GENERAL GÜEMES</b>	<b>3</b>
CAMPO SANTO	2
GENERAL GÜEMES	1
<b>GRL. JOSÉ DE SAN MARTÍN</b>	<b>727</b>
AGUARAY	27
EMBARCACION	78
PROFESOR SALVADOR MAZZA	586
TARTAGAL	36
<b>IRUYA</b>	<b>3</b>
ISLA DE CAÑAS	3
<b>METÁN</b>	<b>3</b>
EL GALPON	1
SAN JOSE DE METAN	2
<b>ORÁN</b>	<b>387</b>
AGUAS BLANCAS	70
COLONIA SANTA ROSA	29
HIPOLITO YIRIGOYEN	9
PICHANAL	10
SAN RAMON DE LA NUEVA ORAN	268
URUNDEL	1
<b>RIVADAVIA</b>	<b>4</b>
CORONEL JUAN SOLA	1
LA UNION	2
LOS BLANCOS	1
<b>ROSARIO DE LA FRONTERA</b>	<b>1</b>
ROSARIO DE LA FRONTERA	1
<b>ROSARIO DE LERMA</b>	<b>1</b>
CAMPO QUIJANO	1
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>1216</b>

Fuente: Elaboración propia del Prog. de Sala de Situación de la D.G.C.E. en base a información proveniente de SNVS 2.0

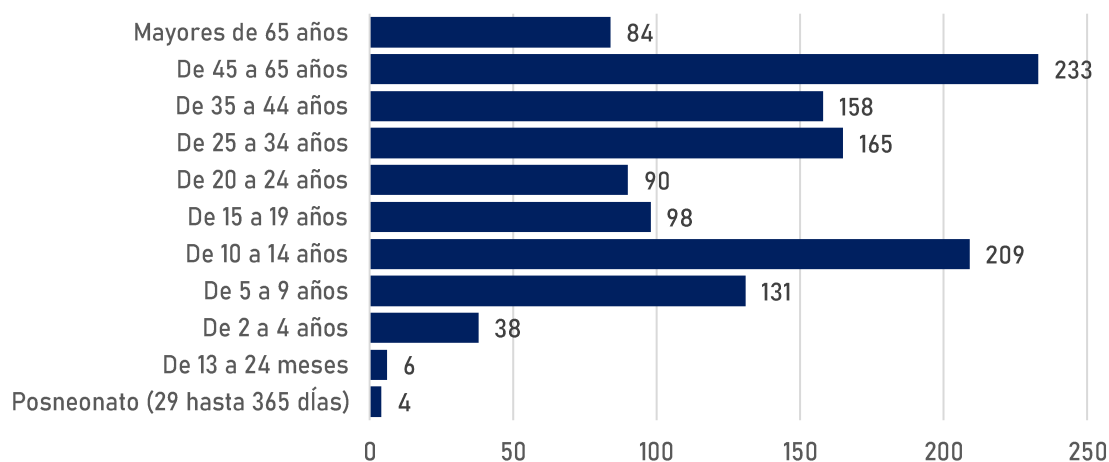
**GRÁFICO 2.4. CHIKUNGUNYA: TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA (POR 100.000 HAB.) POR DEPARTAMENTO, ACUMULADA HASTA CADA SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. SE 2/2026 A SE 16/2026. PROVINCIA DE SALTA.**



Fuente: Elaboración propia del Prog. de Sala de Situación de la D.G.C.E. en base a información proveniente de SNVS 2.0

Los grupos de edad más afectados fueron de 45 a 65 años con 233 casos confirmados, y de 10 a 14 años con 209 casos respectivamente (Gráfico 2.5)

**GRÁFICO 2.5. FRECUENCIA ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE CHIKUNGUNYA SEGÚN GRUPO DE EDAD. SE 1/2026 A SE 16/2026. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026. (n=1261).**



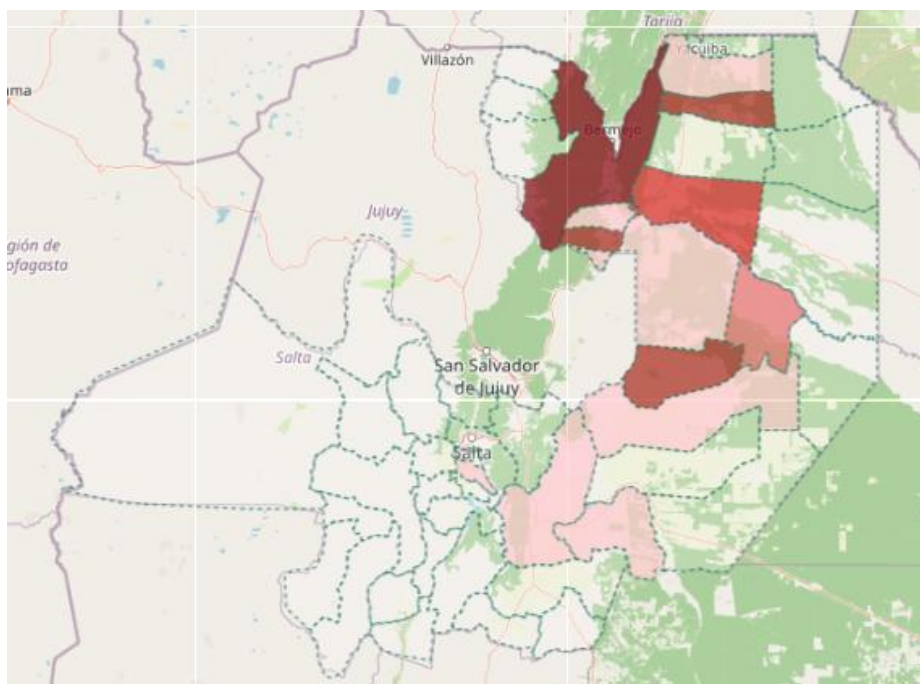
Fuente: Elaboración propia del Prog. de Sala de Situación de la D.G.C.E. en base a información proveniente de SNVS 2.0

De los casos notificados, 85 requirieron internación y 30 correspondieron a personas gestantes al momento de la infección.

## Situación de bloqueos por casos de SFAI

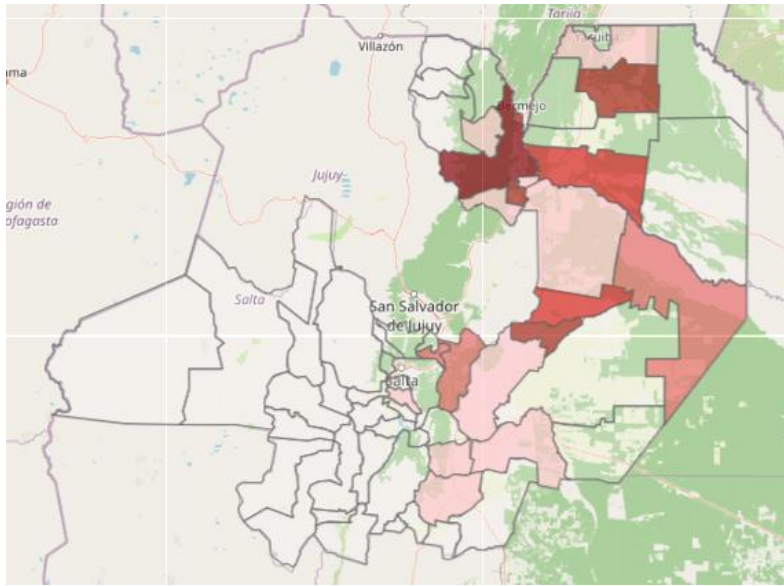
En el periodo de la vigilancia intensificada la SE 16 que comprende desde la fecha 19/04/2026 hasta 25/04/2026 a cargo del Vigilante Epidemiológico, APS y/o Agente Municipal, se han notificado 294 casos sospechosos por SFAI, de los cuales se registran 63 bloqueos realizados.

### MAPA 2:1 SFAI. BLOQUEOS POR AREA OPERATIVA. SE 16. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026



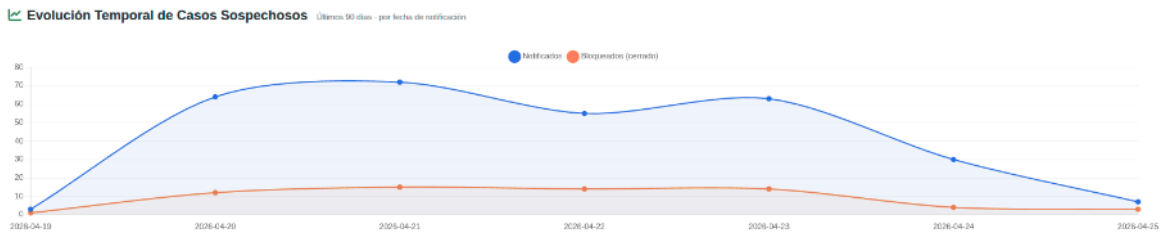
Fuente: Elaboración propia del Prog. E.V. y O.R. de la D.G.C.E. en base al sistema informático Sistema Integral de Vigilancia Vectorial Salta (SIVVSalta).

**MAPA 2:2 SFAI. BLOQUEOS POR MUNICIPIO. SE 16. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026**

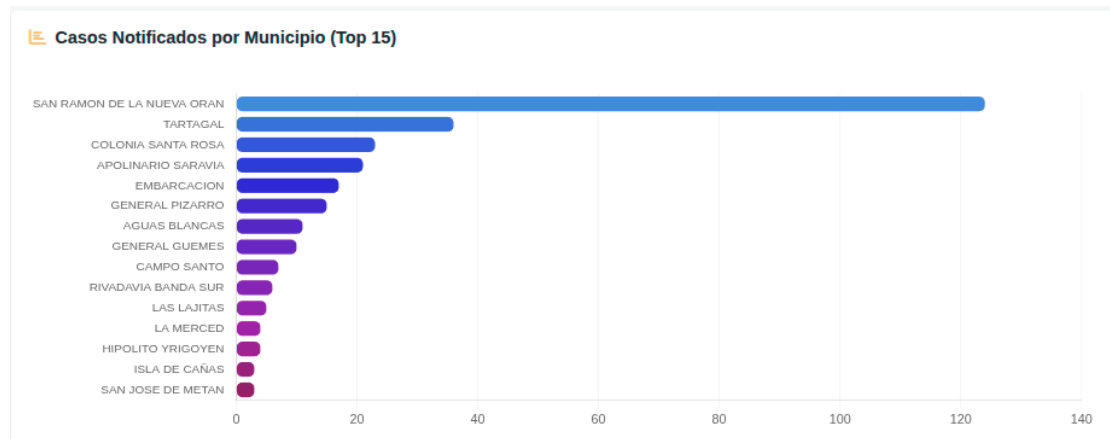


Fuente: Elaboración propia del Prog. E.V. y O.R. de la D.G.C.E. en base al sistema informático Sistema Integral de Vigilancia Vectorial Salta (SIVVSalta).

**GRÁFICO 2.6. SFAI. CASOS NOTIFICADOS Y BLOQUEOS REALIZADOS. SE 16. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026**



**GRÁFICO 2.7. SFAI. CASOS NOTIFICADOS POR MUNICIPIO. SE 16. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026**



Fuente: Elaboración propia del Prog. E.V. y O.R. de la D.G.C.E. en base al sistema informático Sistema Integral de Vigilancia Vectorial Salta (SIVVSalta).

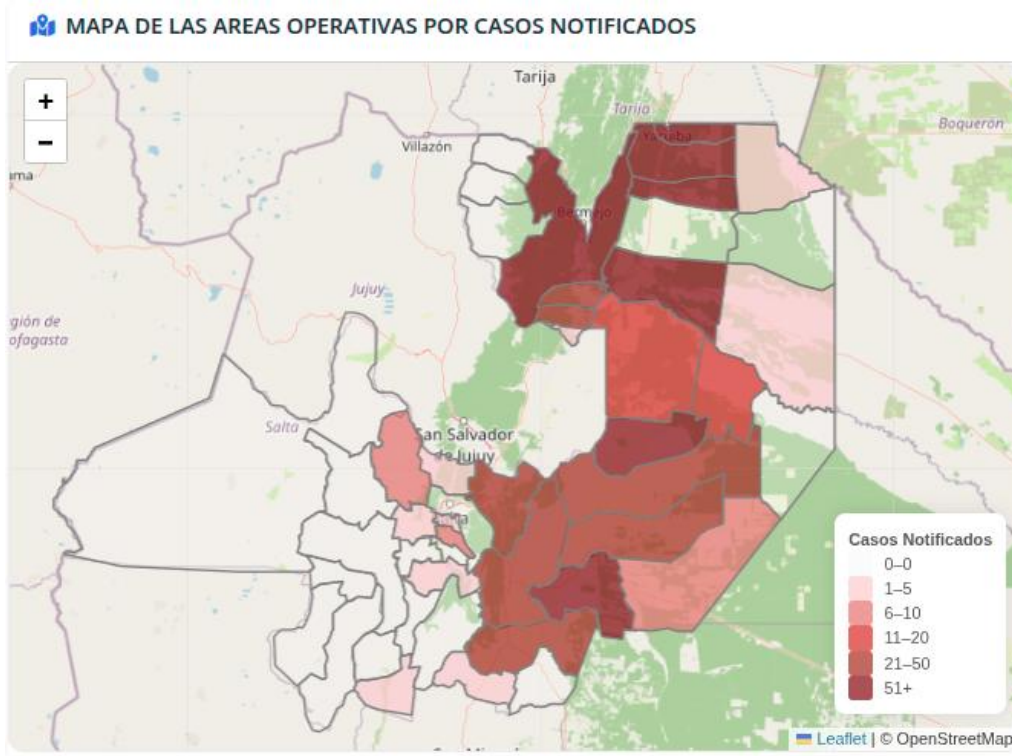
**TABLA 2:6 SFAI. CASOS NOTIFICADOS Y BLOQUEOS REALIZADOS POR AREAS OPERATIVAS Y MUNICIPIOS. SE 16. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026**

Área Operativa	Municipio	Casos Sospechosos	Casos Bloqueados
AGUARAY	AGUARAY	1	1
APOLINARIO SARAVIA	APOLINARIO SARAVIA	21	16
APOLINARIO SARAVIA	GENERAL PIZARRO	15	0
COLONIA SANTA ROSA	COLONIA SANTA ROSA	23	6
EL GALPON	EL GALPON	1	1
EMBARCACION	EMBARCACION	17	3
GENERAL GUEMES	CAMPO SANTO	7	0
GENERAL GUEMES	GENERAL GUEMES	10	0
HIPOLITO YRIGOYEN	HIPOLITO YRIGOYEN	4	0
LA MERCED	LA MERCED	4	4
LA UNION	RIVADAVIA BANDA SUR	6	0
LAS LAJITAS	LAS LAJITAS	5	2
METAN	SAN JOSE DE METAN	3	3
ORAN	AGUAS BLANCAS	11	0
ORAN	ISLA DE CAÑAS	3	0
ORAN	SAN RAMON DE LA NUEVA ORAN	124	5
PICHANAL	PICHANAL	1	0
ROSARIO DE LA FRONTERA	ROSARIO DE LA FRONTERA	1	1
TARTAGAL	TARTAGAL	36	21
URUNDEL	URUNDEL	1	0

Fuente: Elaboración propia del Prog. E.V. y O.R. de la D.G.C.E. en base al sistema informático Sistema Integral de Vigilancia Vectorial Salta (SIVVSalta).

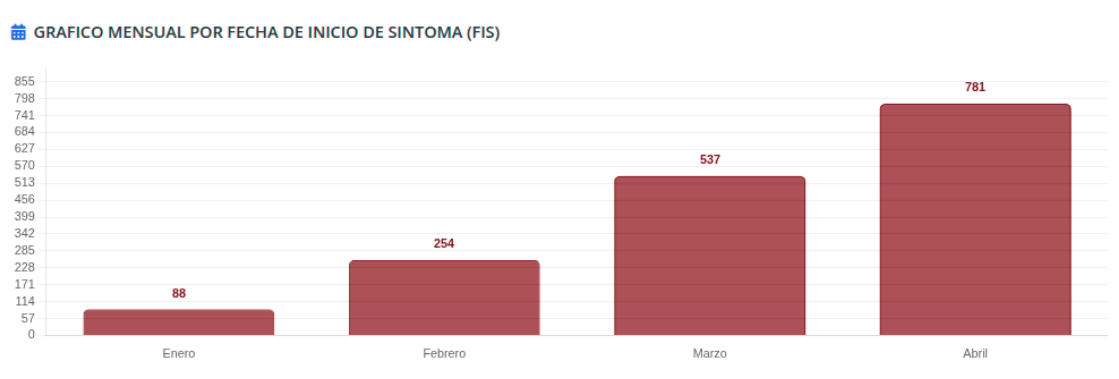
Desde la Semana Epidemiológica N° 1 a la Semana Epidemiológica N° 16 del presente año, se han registrado un total de 1872 casos sospechosos por SFAI de los cuales se lleva el registro de 697 casos con bloqueos realizados lo que significa que hay un 37,2% de bloqueos realizados. A continuación, se muestra la tabla 2 con el listado de Área Operativa/Municipio con la cantidad de casos sospechosos y los bloqueos realizados.

### MAPA 2:3 SFAI. BLOQUEOS REALIZADOS POR A.O, DESDE SE 1 A 16. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026



Fuente: Elaboración propia del Prog. E.V. y O.R. de la D.G.C.E. en base al sistema informático Sistema Integral de Vigilancia Vectorial Salta (SIVVSalta).

### GRÁFICO 2.8. SFAI. CASOS NOTIFICADOS POR FIS. DESDE SE 1 A 16. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026



Fuente: Elaboración propia del Prog. E.V. y O.R. de la D.G.C.E. en base al sistema informático Sistema Integral de Vigilancia Vectorial Salta (SIVVSalta).

**TABLA 2:7 SFAI. CASOS NOTIFICADOS Y BLOQUEADOS POR AREA OPERATIVAS Y MUNICIPIOS. SE 1 A 16. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026**

Área Operativa	Municipio	Casos Sospechosos	Casos Bloqueados
AGUARAY	AGUARAY	53	48
APOLINARIO SARAVIA	APOLINARIO SARAVIA	95	71
APOLINARIO SARAVIA	GENERAL PIZARRO	89	22
CAFAYATE	CAFAYATE	2	2
CAMPO QUIJANO	CAMPO QUIJANO	6	6
CERRILLOS	CERRILLOS	3	0
CNEL. MOLDES	CORONEL MOLDES	1	0
COLONIA SANTA ROSA	COLONIA SANTA ROSA	50	31
EL GALPON	EL GALPON	51	51
EL QUEBRACHAL	EL QUEBRACHAL	7	3
EL TALA	EL TALA	3	0
EL TALA	LA CANDELARIA	1	0
EMBARCACION	EMBARCACION	164	117
GENERAL GUEMES	CAMPO SANTO	15	3
GENERAL GUEMES	EL BORDO	4	0
GENERAL GUEMES	GENERAL GUEMES	23	3
HIPOLITO YRIGOYEN	HIPOLITO YRIGOYEN	23	11
HPMI - ZONA NORTE	SALTA NORTE	110	2
JOAQUIN V. GONZALEZ	JOAQUIN V GONZALEZ	45	14
LA CALDERA	VAQUEROS	1	0
LA MERCED	LA MERCED	8	8
LA UNION	RIVADAVIA BANDA SUR	11	3
LAS LAJITAS	LAS LAJITAS	41	26
METAN	SAN JOSE DE METAN	24	24
MORILLO	RIVADAVIA BANDA NORTE	1	0
ORAN	AGUAS BLANCAS	114	1
ORAN	ISLA DE CAÑAS	4	0
ORAN	SAN RAMON DE LA NUEVA ORAN	517	93
PAPA FRANCISCO	SALTA SUR	19	5
PICHANAL	PICHANAL	12	11
PROFESOR SALVADOR MAZZA	PROFESOR SALVADOR MAZZA	188	49
ROSARIO DE LA FRONTERA	ROSARIO DE LA FRONTERA	23	23
ROSARIO DE LERMA	ROSARIO DE LERMA	4	0
SANTA VICTORIA ESTE	SANTA VICTORIA ESTE	3	0
TARTAGAL	TARTAGAL	153	69
URUNDEL	URUNDEL	4	1

Fuente: Elaboración propia del Prog. E.V. y O.R. de la D.G.C.E. en base al sistema informático Sistema Integral de Vigilancia Vectorial Salta (SIVS Salta).

## Vigilancia entomológica por sensores de oviposición

En la provincia de Salta, se implementa la vigilancia entomológica mediante ovitrampas para monitorear las poblaciones del mosquito *Aedes aegypti* y orientar las acciones de salud pública. La información se recolecta en las localidades de San Ramón de la Nueva Orán, Tartagal y Salta Capital, mediante el análisis de los Índices de Positividad de Ovitrampas (IPO) y de Densidad de Huevos (IDH).

Estos datos ayudan a detectar la actividad y abundancia del vector antes de la circulación viral, facilitando la activación temprana de operativos de control en áreas de riesgo.

La estrategia es aplicada por los equipos técnicos de la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (DZYCETV) del Ministerio de Salud, en articulación con los niveles provincial y municipal, y en el marco de la Red Nacional de Vigilancia Entomológica (RNVE), con recolección y análisis de datos a través de una web generada en la provincia.

La Red Nacional de Vigilancia Entomológica (RNVE) utiliza dos indicadores principales para analizar la información recolectada<sup>4</sup>:

**Índice de Positividad de Ovitrampas (IPO):** expresa la relación entre sensores positivos y sensores examinados, permitiendo estimar el riesgo entomológico.

- o Riesgo bajo: IPO < 40 %
- o Riesgo moderado: IPO entre 40 % y 70 %
- o Riesgo alto: IPO > 70 %

- **Índice de Densidad de Huevos (IDH):** mide la relación entre la cantidad de huevos registrados y los sensores positivos, proporcionando una estimación indirecta de la densidad del vector en el ambiente y permitiendo identificar períodos de mayor o menor actividad reproductiva.

### Resultados – Salta Capital

En el presente Boletín se informa los resultados obtenidos de los Sensores colocados en Salta Capital.

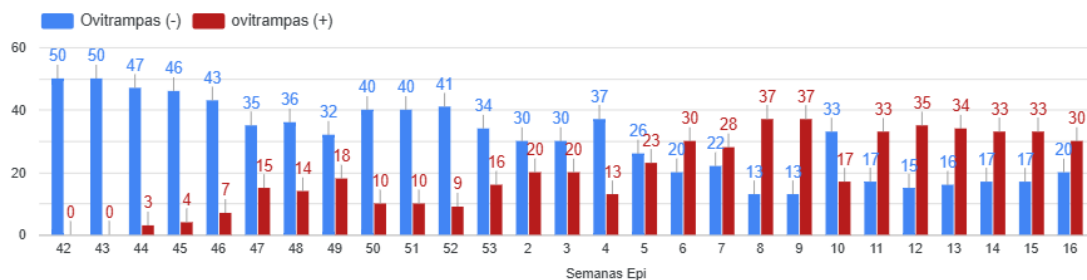
A partir de la Semana Epidemiológica 42 de 2025 se instalaron 50 ovitrampas, distribuidas en distintos barrios de la ciudad. Las ovitrampas son recipientes oscuros con agua y una paleta de madera que atraen a las hembras para depositar huevos, y se controlan semanalmente.

---

<sup>4</sup> Vigilancia entomológica-Boletín Epidemiológico Nacional N°785, SE 48- pag.35, Año 2025

**GRAFICO 2.9. RESULTADO DE CONTROLES POR SE DE LAS OVITRAMPAS – SALTA CAPITAL. SE 42/25 A SE 16. AÑO 2026**

Evolución de controles de las Ovitrampas por semanas

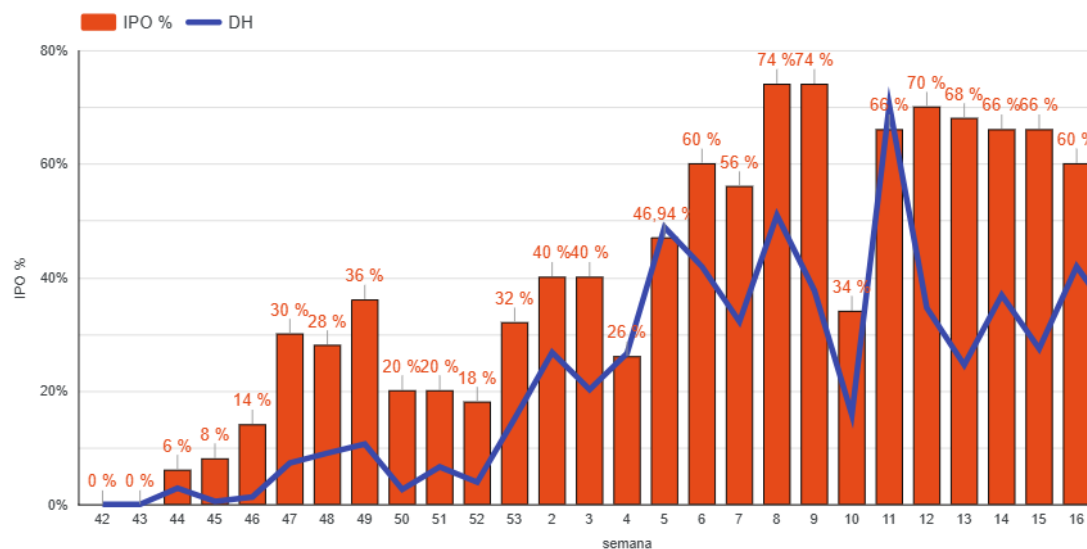


Fuente: elaboración propia programa EVOR a partir de los datos recolectados en el sistema Web de Ovitrampas provincial por el equipo de técnicos de Bases Nacionales

Se observa que en los meses estivales aumenta la actividad del vector tornando los recipientes muy productivos.

**GRÁFICO 2.10. ÍNDICE DE OVITRAMPAS POSITIVAS (IPO) E ÍNDICE DE DENSIDAD DE HUEVOS (IDH) POR SE DE LAS OVITRAMPAS – SALTA CAPITAL. SE 42/ 2025 A SE 16/ 2026.**

Índice de Ovitrampas Positivas (IPO), Densidad Huevos Ovitrampas(DHO)

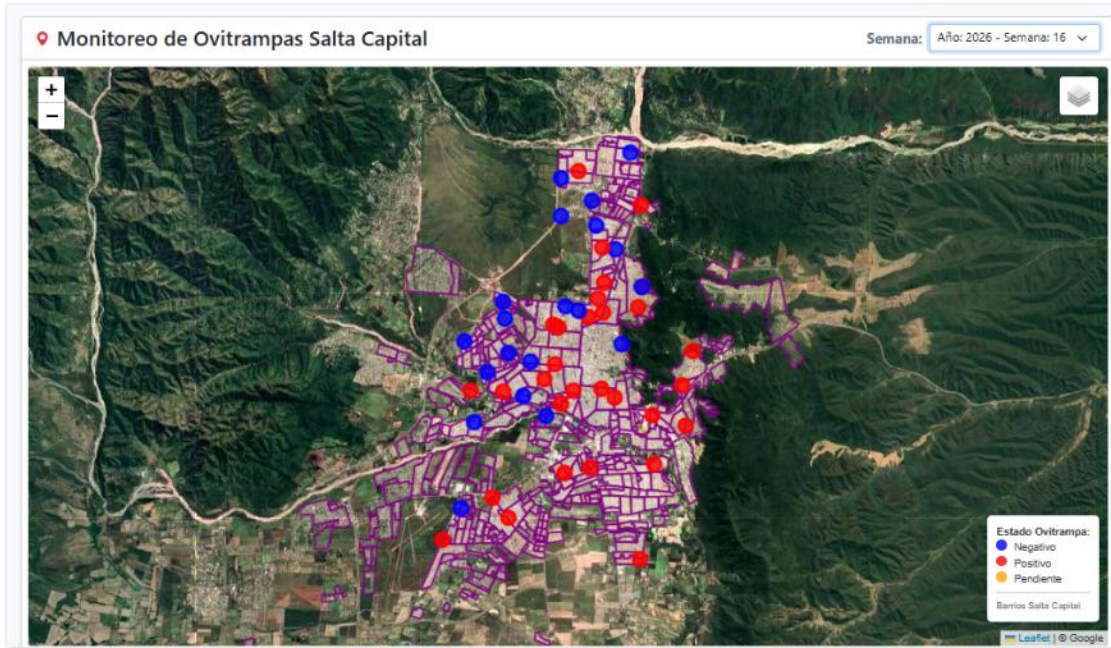


Fuente: elaboración propia programa EVOR a partir de los datos recolectados en el sistema Web de Ovitrampas provincial por el equipo de técnicos de Bases Nacionales.

La positividad comenzó a detectarse desde la SE 44/2025. A partir de la SE 6, la cantidad de Ovitrampas positivas superó a las negativas por primera vez en el ciclo, consolidando una tendencia al alza. El pico máximo se registró en las SE 8 y 9, con un IPO del 74% (riesgo alto) y con 37 sensores positivos.

Tras un descenso pronunciado en la SE 10, la SE 16 presente una disminución en la actividad del vector Aedes aegypti. Salta Capital se sitúa actualmente en un escenario de Riesgo Medio, con un Índice de Positividad de Ovitrampas (IPO) del 60.00%.

**MAPA 2:4 GEOREFERENCIAMIENTO DE OVITRAMPAS – SALTA CAPITAL. SE 16 AÑO 2026**



Fuente: elaboración propia programa EVOR a partir de los datos recolectados en el sistema Web de Ovitrampas provincial por el equipo de técnicos de Bases Nacionales.

**TABLA 2.8. DATOS RECOLECTADOS EN EL 27 ° CONTROL DE OVITRAMPAS E ÍNDICES – SALTA CAPITAL. SE 16. AÑO 2026**

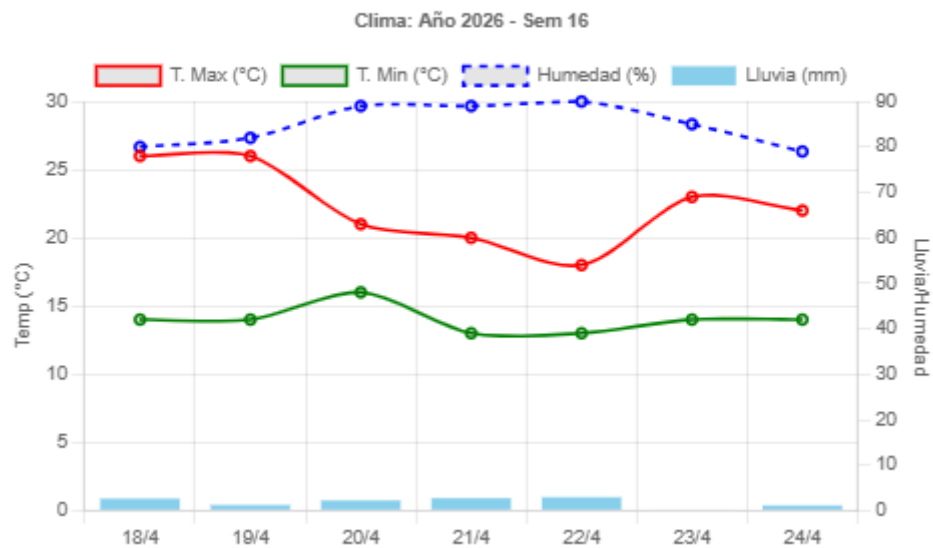
**Resumen de Índices y Clima**

**⚠ IPO: 60.00% - Riesgo Medio**  
 Intensificar control de criaderos.

Control	IPO (%)	DH	PHOP	Ovis (+)	Huevos	TMax	TMin	LLuvia	
27	<b>60.00</b>	18.32	30.53	50	30	916	22.28	14.00	12.89

Fuente: elaboración propia programa EVOR a partir de los datos recolectados en el sistema Web de Ovitrampas provincial por el equipo de técnicos de Bases Nacionales.

El IDH en la SE 16 fue de 18.32 indicando una actividad reproductiva moderada y manejable, aunque confirma la presencia establecida del vector en el ambiente.

**GRÁFICO 2.11. EVOLUCIÓN CLIMÁTICA SE 16. AÑO 2026– SALTA CAPITAL****✓ Evolución Climática (Serv. Meteor. Nacional)**

Fuente: elaboración propia programa EVOR sobre la evolución climática emitida por el Servicio Meteorológico Nacional.

A pesar del descenso en los índices, las condiciones climáticas de la SE 16 continúan siendo favorables para la proliferación del mosquito.

### Correlación Climática

Este repunte está directamente vinculado a condiciones ambientales críticas. El promedio de temperatura máxima para esta semana fue de 22.43°C, sumado a un acumulado de 12.9 mm de lluvia y niveles de humedad del 80-79%, que no solo activaron nuevos criaderos, sino que favorecieron la supervivencia de los mosquitos adultos y redujeron la desecación de los huevos depositados en las paredes de los recipientes, consolidando la presencia del vector en el ambiente.

La vigilancia entomológica activa es fundamental para la prevención del dengue y otras arbovirosis. Desde el Ministerio de Salud se refuerzan las medidas de control y prevención, destacando la importancia del saneamiento básico y la eliminación de criaderos de mosquitos en los hogares. Las medidas también incluyen usar repelentes, vestir ropa clara y cubrir brazos y piernas, y colocar mosquiteros en puertas y ventanas.



## VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) constituyen una importante causa de morbimortalidad, fundamentalmente entre los niños menores de cinco años, las personas mayores de 65 años y aquellas que presentan ciertas condiciones que aumentan el riesgo para desarrollar complicaciones que pueden derivar en formas graves.

La vigilancia epidemiológica de las IRAs resulta esencial para detectar precozmente el ascenso estacional del número de casos en cualquier época del año y lugar del país, o la ocurrencia de eventos inusitados; la identificación de los grupos poblacionales afectados; y la frecuencia, distribución y características de los agentes etiológicos involucrados. Dicha información permite direccionar las acciones de promoción, prevención y control, fortaleciendo la capacidad de respuesta de los servicios de atención en particular, y del sector salud en su conjunto.

Los eventos bajo vigilancia universal de IRAs se agrupan bajo tres modalidades:

- Vigilancia Clínica – Modalidad agregada/numérica
- Vigilancia por Laboratorios – Modalidad agregada/numérica
- Vigilancia Nominal de Casos (Clínica, laboratorio, epidemiología).

## Vigilancia clínica

**TABLA 3.1: DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. SE 16. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026**

Evento	Cantidad
Bronquiolitis menores de 2 años	1842
Neumonía	2023
Enfermedad Tipo Influenza (ETI)	8115

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

**TABLA 3.2: DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE ETI POR GRUPO DE EDAD, HASTA SE 16. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026**

Grupo de Edad	Nº Casos	%
< 6 meses	197	2,4
6 – 11 meses	214	2,6
12 a 23 m	428	5,3
2 a 4	849	10,5
5 a 9	1269	15,6
10 a 14	965	11,9
15 a 19	731	9,0
20 a 24	552	6,8
25 a 34	955	11,8
35 a 44	645	7,9
45 a 64	761	9,4
65 a 74	230	2,8
>= a 75	120	1,5
Edad Sin Esp.	199	2,5
<b>Total general</b>	<b>8115</b>	<b>100</b>

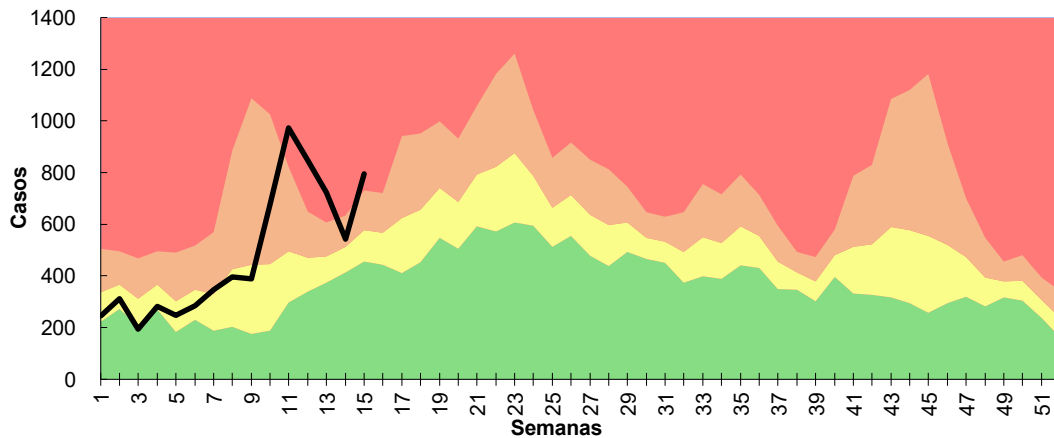
Fuente: Elaboración propia del Prog. De Vigilancia Epidemiológica de la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

## Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

**CASOS SEMANA 15/2026**  
794

En las notificaciones de casos de ETI se observa, un ascenso de casos con respecto a la semana anterior, el corredor endémico se ubica en la zona de brote.

**GRÁFICO 3.1. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI) – AÑOS: 2019 A 2025. SE 15 DE 2026. PROVINCIA DE SALTA. (n=7.255)**



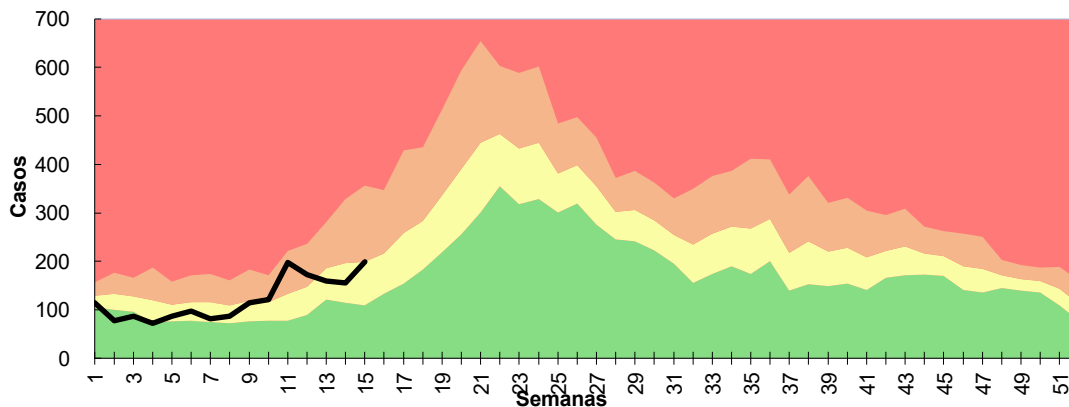
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (\*) Nota: Los datos presentados en este gráfico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante de información en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

## Bronquiolitis

**CASOS SEMANA 15/2026**  
199

Las notificaciones de Bronquiolitis presentan un leve descenso de casos con respecto a la semana anterior, el corredor endémico continúa en zona de seguridad.

**GRÁFICO 3.2. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS AÑOS: 2019 A 2025. SE 15 DE 2026. PROVINCIA DE SALTA. (n=1.823)**



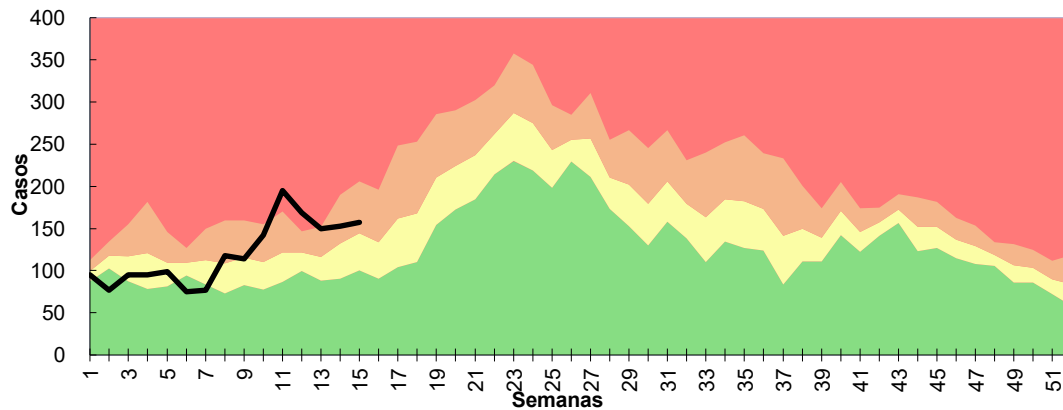
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (\*) Nota: Los datos presentados en este gráfico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante de información en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

# Neumonía

**CASOS SEMANA 15/2026**  
**157**

En las notificaciones de neumonía, se observan constante con respecto a la semana anterior, el corredor endémico ingreso en zona de alerta.

**GRÁFICO 3.3. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE NEUMONIA AÑOS: 2019 A 2025. SE 15 DE 2026. PROVINCIA DE SALTA. (n=1.810)**



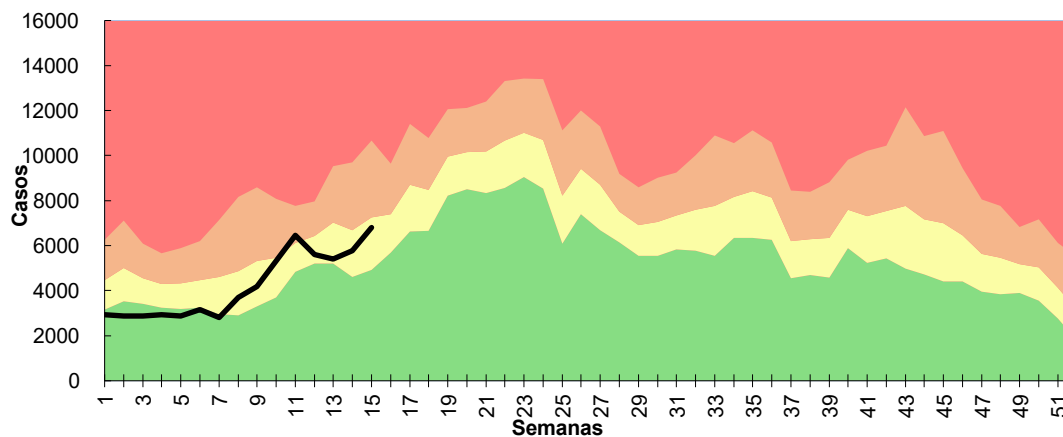
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (\*) Nota: Los datos presentados en este gráfico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante de información en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

# IRA

**CASOS SEMANA 15/2026**  
**6805**

En las notificaciones de IRA se observan un ascenso respecto a la semana anterior, el corredor endémico se ubica en zona de seguridad.

**GRÁFICO 3.4. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE IRA AÑOS: 2019 A 2025. SE 15 DE 2026. PROVINCIA DE SALTA. (n=63.175)**



Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

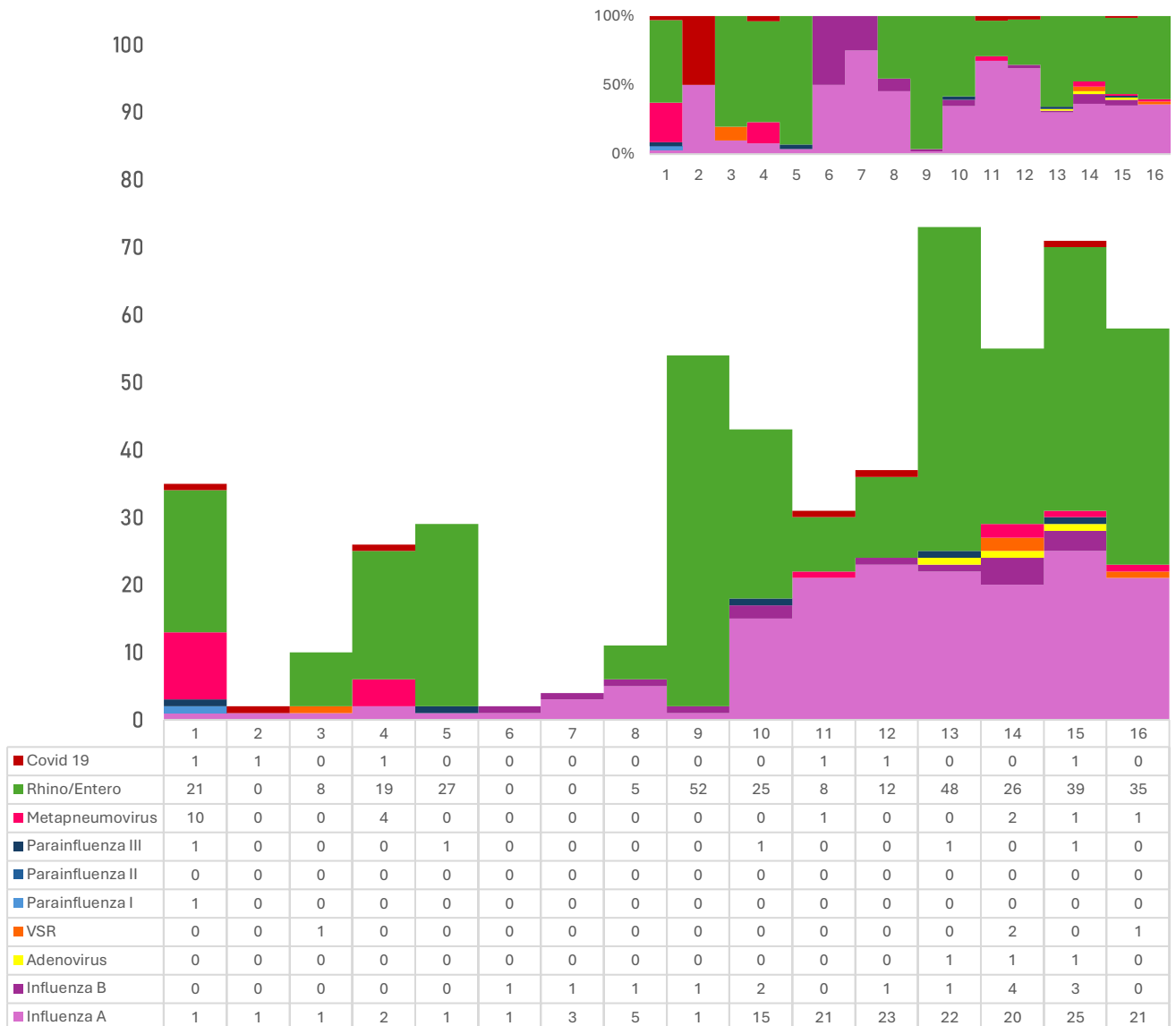
## Vigilancia por laboratorios

**TABLA 3.3: FRECUENCIA ACUMULADA DE DETERMINACIONES POSITIVAS POR LABORATORIO DE VIRUS RESPIRATORIOS. HASTA SE 16. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026. (n=541)**

Metapneumovirus	Influenza A	Influenza B	RHINO/ENTERO	VSR
19	163	15	325	4
Parainfluenza I	Parainfluenza II	Parainfluenza III	Adenovirus	COVID 19
1	0	5	3	6

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia por Redes de Laboratorio con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Ref. VSR (Virus sincial respiratorio). OVR (otros virus respiratorios).

**GRÁFICO 3.5. FRECUENCIA ABSOLUTA Y FRECUENCIA PORCENTUAL DE VIRUS INFLUENZA Y OVR. PROVINCIA DE SALTA. HASTA SE 16. AÑO 2026. (n=541)**

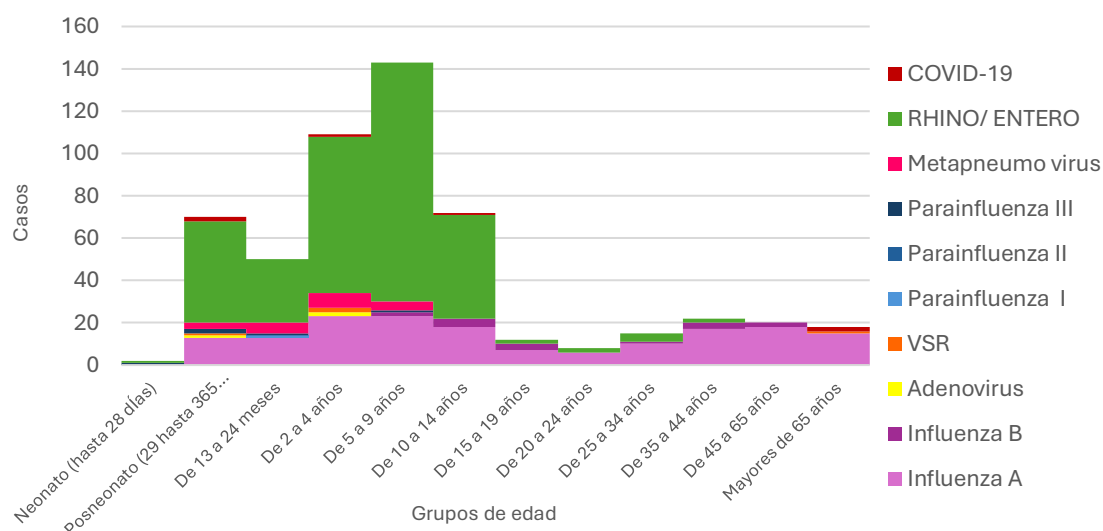


Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia por Redes de Laboratorio con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Ref. VSR (Virus sincial respiratorio). OVR (otros virus respiratorios).

**TABLA 3.4. FRECUENCIA ACUMULADA ABSOLUTA DE VIRUS INFLUENZA Y OTROS OVR POR GRUPO DE EDAD HASTA SE 16. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026. (n=541)**

Grupo de Edad	Influenza A	Influenza B	Adenovirus	VSR	Parainfluenza I	Parainfluenza II	Parainfluenza III	Metapneumovirus	Rhino/Enterovirus	Covid 19
Neonato (hasta 28 días)	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Posneonato (29 hasta 365 días)	13	0	1	1	0	0	2	3	48	2
13 a 24 meses	13	0	0	0	1	0	1	5	30	0
2 a 4 años	23	0	2	2	0	0	0	7	74	1
5 a 9 años	23	2	0	0	0	0	1	4	113	0
10 a 14 años	18	4	0	0	0	0	0	0	49	1
15 a 19 años	7	3	0	0	0	0	0	0	2	0
20 a 24 años	6	0	0	0	0	0	0	0	2	0
25 a 34 años	10	1	0	0	0	0	0	0	4	0
De 35 a 44 años	17	3	0	0	0	0	0	0	2	0
De 45 a 65 años	18	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Mayores de 65 años	15	0	0	1	0	0	0	0	0	2
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>19</b>	<b>325</b>	<b>6</b>

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia por Redes de Laboratorio con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Ref. VSR (Virus sincicial respiratorio). OVR (otros virus respiratorios).

**GRÁFICO 3.6. FRECUENCIA ACUMULADA DE DETERMINACIONES POSITIVAS POR LABORATORIO DE VIRUS RESPIRATORIOS SEGÚN GRUPO DE EDAD. SE 1/2026 A SE 16/2026. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026. (n=541).**

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia por Redes de Laboratorio con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Ref. VSR (Virus sincicial respiratorio). OVR (otros virus respiratorios).

**TABLA 3.5. PORCENTAJE DE POSITIVIDAD EN SE 16. COMPARADO A DOS SEMANAS ANTERIORES. UNIDAD DE MONITOREO AMBULATORIO (UMA). PROVINCIA DE SALTA. 2026**

SE	Total de muestras	Muestras positivas para COVID-19	% de positividad
14	12	0	0
15	3	0	0
16	6	0	0

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia por Redes de Laboratorio con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Ref. VSR (Virus sincicial respiratorio). OVR (otros virus respiratorios).

## Unidad Centinela de IRAG

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) son una de las principales causas de enfermedad y muerte, afectando principalmente a niños pequeños, adultos mayores y personas con condiciones de salud crónicas.

**Importancia de la Vigilancia:** Es fundamental monitorear virus con potencial epidémico (como el SARS-CoV-2, la gripe/influenza y el virus sincicial respiratorio) para tomar medidas de control y prevención.

**Estrategia en Argentina:** El país utiliza una vigilancia "centinela", que recolecta datos sistemáticos en centros de salud seleccionados.

**Situación en Salta:** Desde mayo de 2024 (semana epidemiológica 18), la provincia de Salta implementa esta estrategia en dos centros clave:

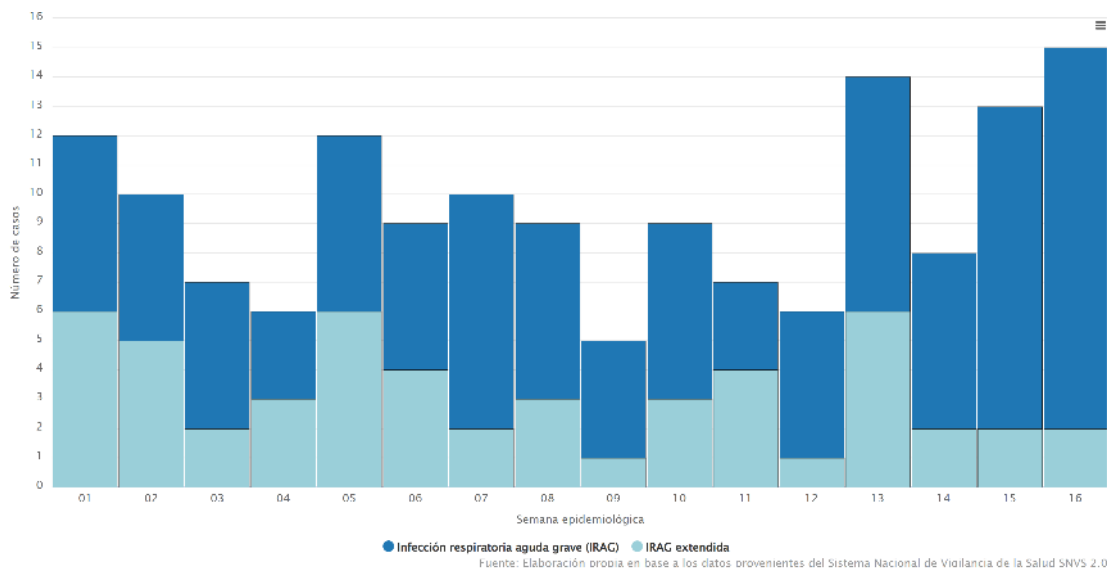
1. **Hospital Señor del Milagro (Salta Capital):** Atiende a adultos (mayores de 15 años).
2. **Hospital San Vicente de Paul (Orán):** Atiende tanto a niños como a adultos.

**Objetivo:** El análisis busca describir las características clínicas, el comportamiento epidemiológico y las causas (diagnóstico etiológico) de los casos graves de estas infecciones (IRAG).

### Hospital Señor del Milagro

Entre la semana epidemiológica 1 y la SE 16 del año 2026, se registraron un total de 152 internaciones con diagnóstico de infección respiratoria aguda grave (IRAG e IRAG extendida). Del total, el 66% (n = 100) corresponden a IRAG y el 34% (n = 52) a IRAG extendida. En promedio, se notificaron 10 casos por semana (Grafico 3.7).

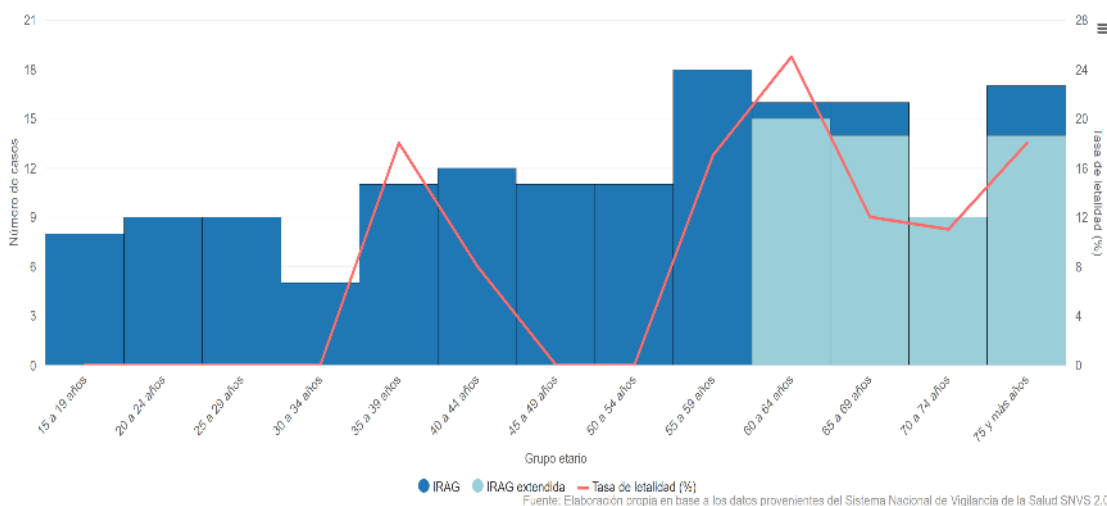
**GRÁFICO 3.7. CASOS DE IRAG E IRAG EXTENDIDA POR SE. DESDE SE 1/2026 HASTA SE 16/2026. UC IRAG-HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO. PROVINCIA DE SALTA. n=152**



El mayor número de casos de IRAG se observa en el grupo de 55 a 59 años, con 18 casos, mientras que en IRAG extendida, la mayor concentración de casos se encuentra en el grupo de edad 60 a 64 años, con 15 casos.

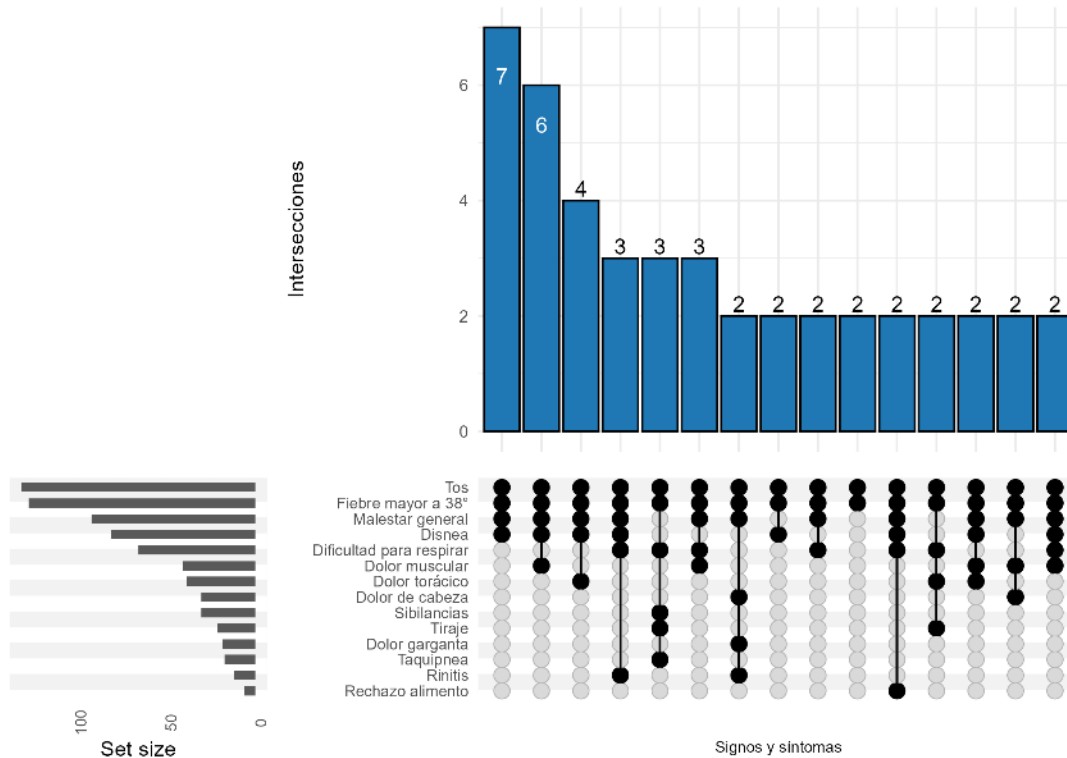
La tasa de letalidad presenta variabilidad a partir del grupo de edad de 35 a 39 años donde se evidencia un pico, con fluctuaciones en los grupos intermedios. Asimismo, se evidencia un aumento marcado en el grupo de 60 a 64 años (25%), lo cual es consistente con el mayor riesgo de complicaciones y mortalidad asociado a infecciones respiratorias graves en adultos mayores (Gráfico N°3.8).

**GRÁFICO 3.8. CASOS DE IRAG E IRAG EXTENDIDA Y TASA DE LETALIDAD POR GRUPO DE EDAD. DESDE SE 1/2026 HASTA SE 16/2026. UC IRAG-HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO. PROVINCIA DE SALTA. n= 152**



Se observa que una de las combinaciones sintomáticas más reportada fue la presencia conjunta de dolor muscular, tos, fiebre mayor a 38°, disnea, malestar general, registrada en 7 pacientes (Gráfico N° 3.9).

**GRÁFICO 3.9. FRECUENCIA Y COMBINACIONES DE SIGNOS Y SÍNTOMAS REGISTRADOS EN CASOS DE IRAG/IRAG EXTENDIDA. DESDE SE 1/2026 HASTA SE 16/2026. UC IRAG-HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO. PROVINCIA DE SALTA n=44**

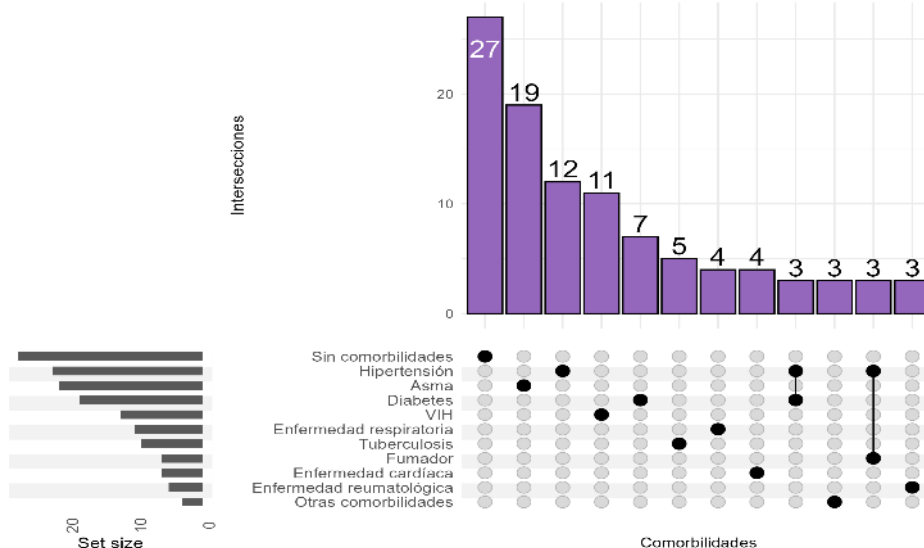


Fuente: Elaboración propia en base a los datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

*\* Se excluyeron las intersecciones con frecuencia igual a 1 caso y aquellas que involucraban más de 6 combinaciones de síntomas.*

Se observa que la mayor frecuencia fue de pacientes sin comorbilidades con un total de 27 casos, seguido de asma, hipertensión y VIH (Gráfico N°3.10).

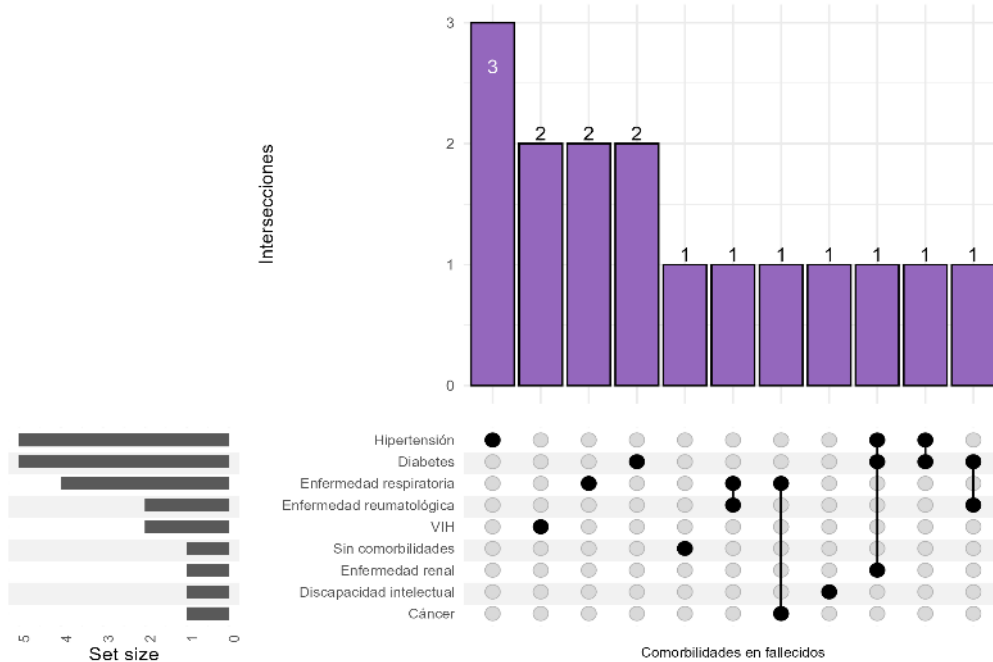
**GRÁFICO 3.10. FRECUENCIA Y COMBINACIONES DE COMORBILIDADES REGISTRADAS EN CASOS DE IRAG/IRAG EXTENDIDA. DESDE SE 1/2026 HASTA SE 16/2026. UC IRAG-HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO. PROVINCIA DE SALTA. n=101**



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

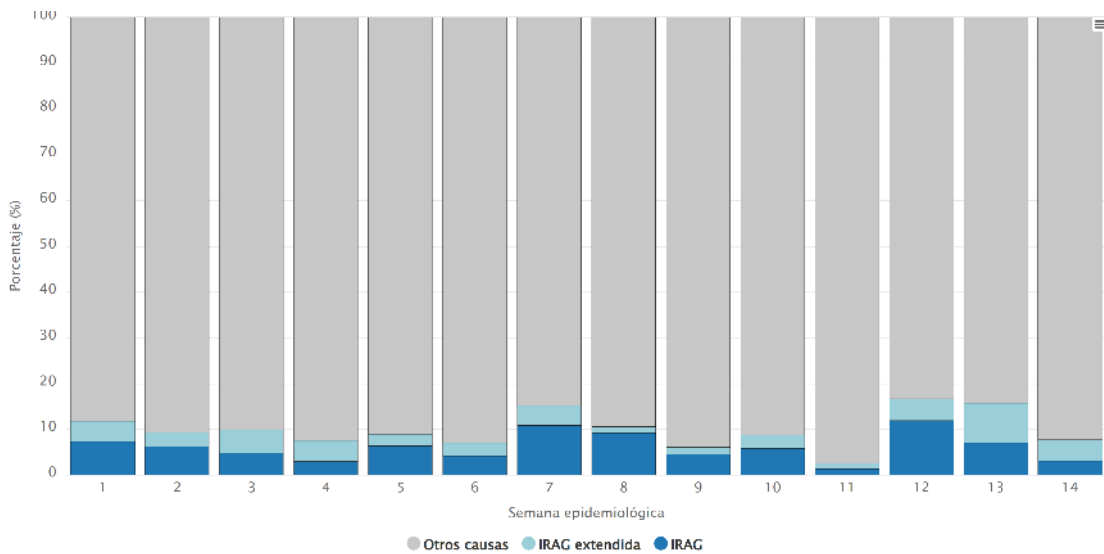
El análisis de comorbilidades evidencia que la totalidad de los pacientes fallecidos (n=16) presentaba al menos una condición subyacente, lo que refuerza el rol de la multimorbilidad como determinante de gravedad en los cuadros de IRAG. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión, identificada en 3 casos.

**GRÁFICO 3.11 FRECUENCIA Y COMBINACIONES DE COMORBILIDADES REGISTRADAS EN CASOS FALLECIDOS DE IRAG/IRAG EXTENDIDA. DESDE SE 1/2026 HASTA SE 16/2026. UC IRAG-HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO. PROVINCIA DE SALTA. n=16**



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

**GRÁFICO 3.12 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INTERNACIONES POR IRAG, IRAG EXTENDIDA Y OTRAS CAUSAS. SE 1/2026 HASTA SE 14/2026. UC IRAG-HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO. PROVINCIA DE SALTA. n=904**

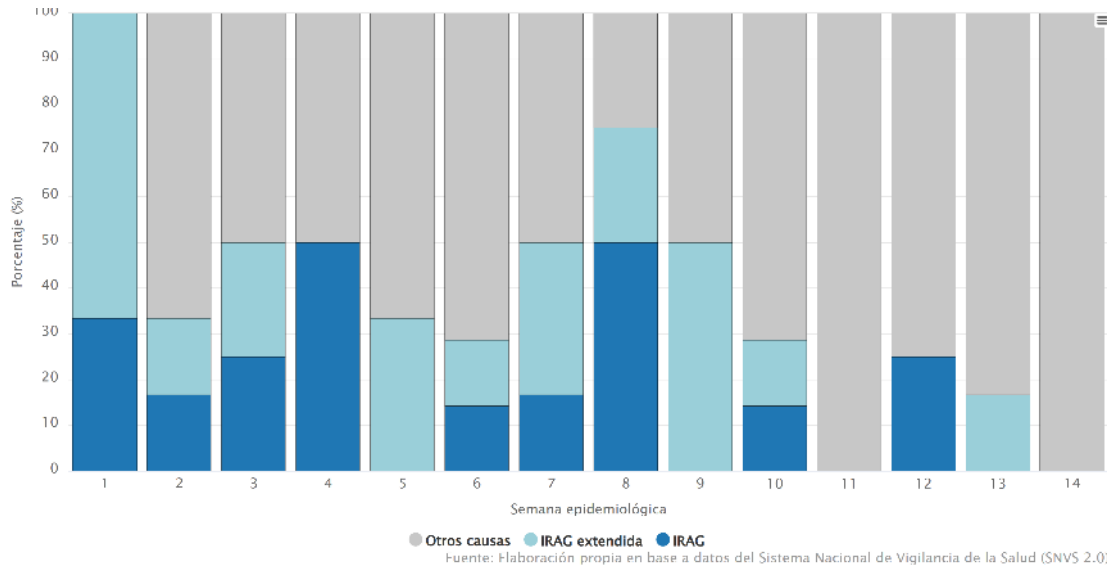


Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

Se observa que las internaciones en la unidad de cuidados intensivos (UCI) por casos de IRAG e IRAG extendida presentan una marcada variabilidad intersemanal.

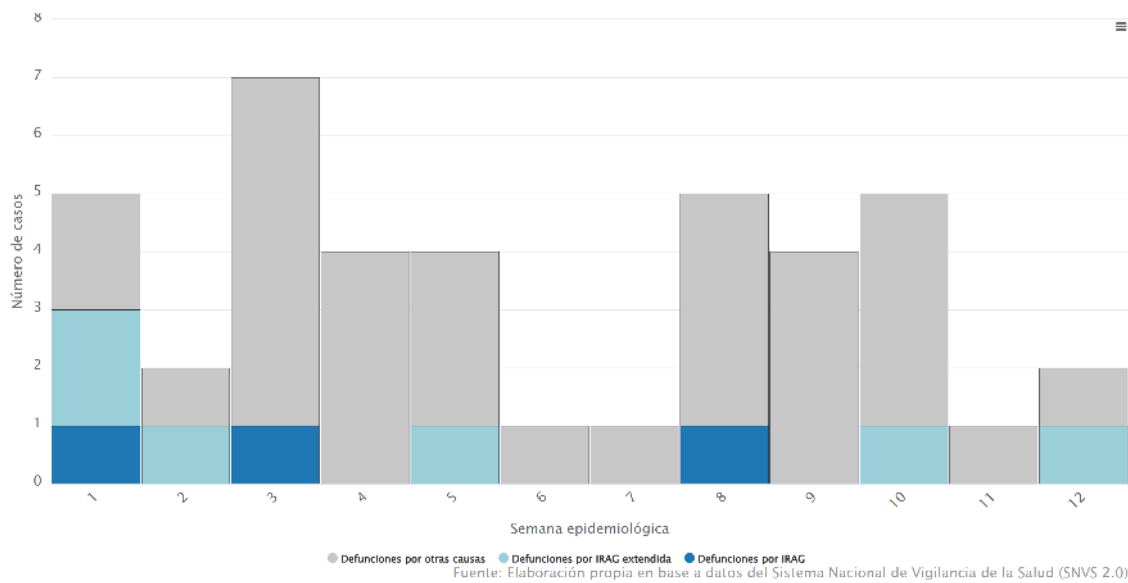
Las infecciones respiratorias representan una carga importante de internaciones en cuidados intensivos.

**GRÁFICO 3.13. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INTERNACIONES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR IRAG, IRAG EXTENDIDA Y OTRAS CAUSAS. SE 1/2026 HASTA SE 14/2026. UC IRAG-HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO. PROVINCIA DE SALTA. n=70**



El total de defunciones por todas las causas entre la SE 1 y la SE 14 fue de 37, de las cuales 3 fueron por IRAG y 6 fueron por IRAG extendida (Gráfico N°3.14).

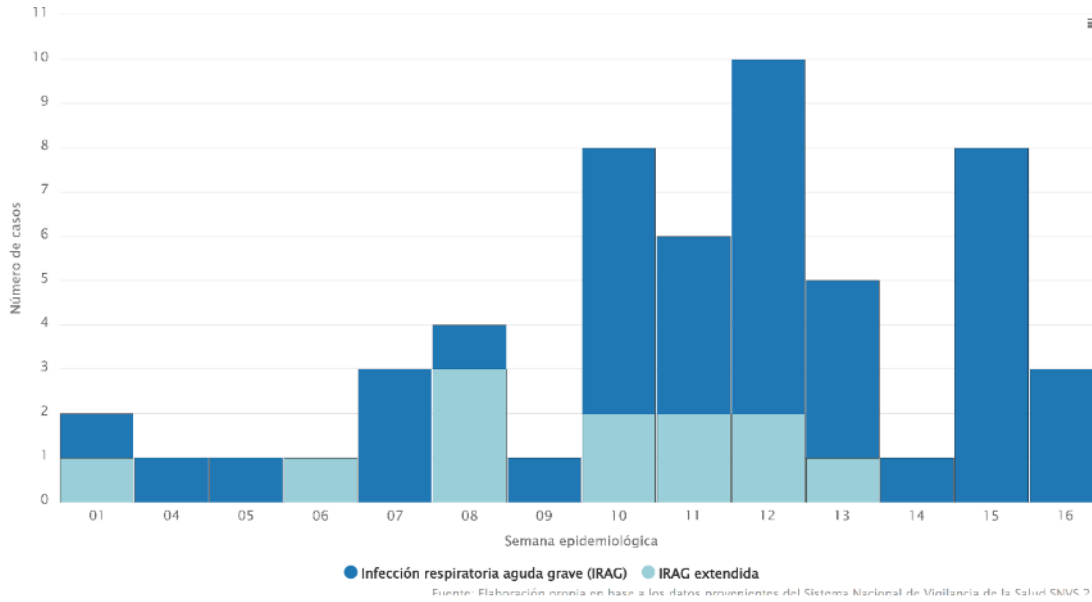
**GRAFICO 3.14. DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA DE DEFUNCIONES POR IRAG, IRAG EXTENDIDA Y OTRAS CAUSAS. DESDE SE 1/2026 HASTA SE 14/2026. UC IRAG-HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO. PROVINCIA DE SALTA. n= 37**



### Hospital San Vicente de Paul

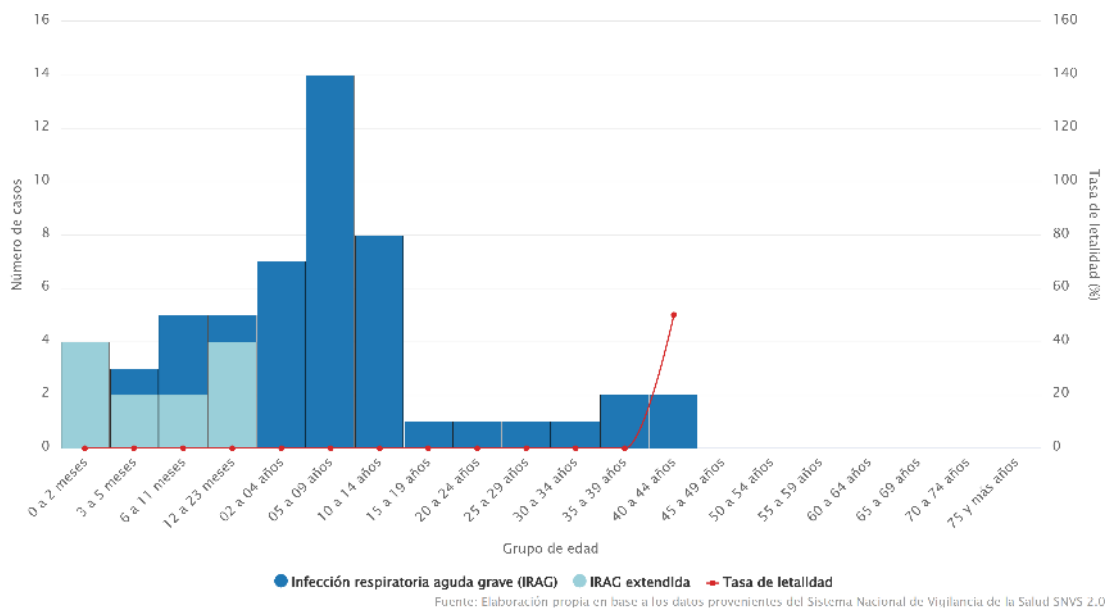
Entre la semana epidemiológica 1 y la SE 16 del año 2026, se registraron un total de 54 internaciones con diagnóstico de infección respiratoria aguda grave (IRAG e IRAG extendida). Del total, el 78% (n = 42) corresponden a IRAG y el 22% (n = 12) a IRAG extendida (Gráfico 3.15).

**GRAFICO 3.15: CASOS DE IRAG E IRAG EXTENDIDA POR SE. DESDE SE 1/2026 HASTA SE 16/2026. UC IRAG-HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ORAN. PROVINCIA DE SALTA. n= 54**



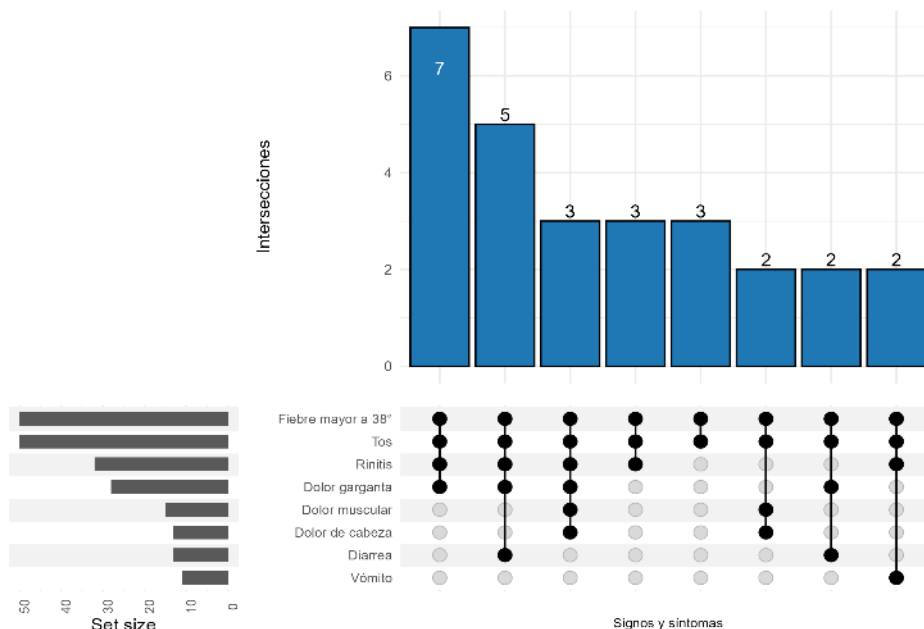
El mayor número de casos de IRAG se observa en el grupo de 5 a 9 años, con 14 casos, mientras que en IRAG extendida, la mayor concentración de casos se encuentra en el grupo de edad 0 a 2 meses y de 12 a 23 meses, con 4 casos de cada grupo (Gráfico 3.16).

**GRAFICO 3.16: CASOS DE IRAG E IRAG EXTENDIDA Y TASA DE LETALIDAD POR GRUPO DE EDAD. DESDE SE 1/2026 HASTA SE 16/2026. UC IRAG-HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ORAN. PROVINCIA DE SALTA. n= 54**



El Gráfico N°3.17 presenta un análisis de los signos y síntomas reportados en los casos de IRAG e IRAG extendida.

**GRÁFICO 3.17: FRECUENCIA Y COMBINACIONES DE SIGNOS Y SÍNTOMAS REGISTRADOS EN CASOS DE IRAG/IRAG EXTENDIDA. DESDE SE 1/2026 HASTA SE 16/2026. UC IRAG-HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL. PROVINCIA DE SALTA. n=27**



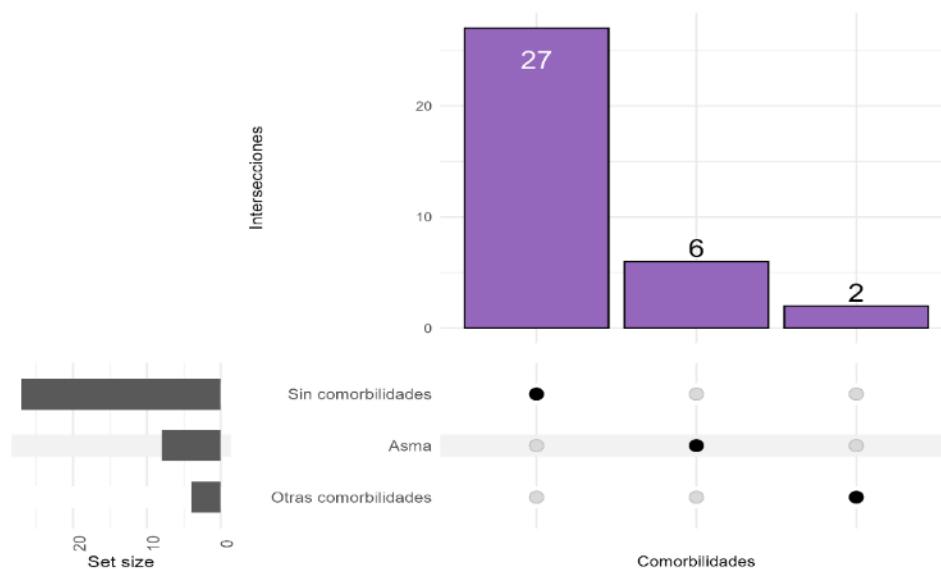
Fuente: Elaboración propia en base a los datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

Se excluyeron las intersecciones con frecuencia igual a un caso y aquellas que involucraban más de 6 combinaciones de síntomas (19 casos).

Se observa que una de las combinaciones sintomáticas más reportada fue la presencia conjunta de tos, fiebre mayor a 38°, dolor garganta y rinitis, registrada en 7 pacientes.

En el Gráfico N°3.18 se muestra la frecuencia y combinación de comorbilidades en los casos registrados de IRAG e IRAG extendida.

**GRÁFICO 3.18: FRECUENCIA Y COMBINACIONES DE COMORBILIDADES REGISTRADAS EN CASOS DE IRAG/IRAG EXTENDIDA. DESDE SE 1 /2026 HASTA SE 16 /2026. UC IRAG-HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL. PROVINCIA DE SALTA. n=35**

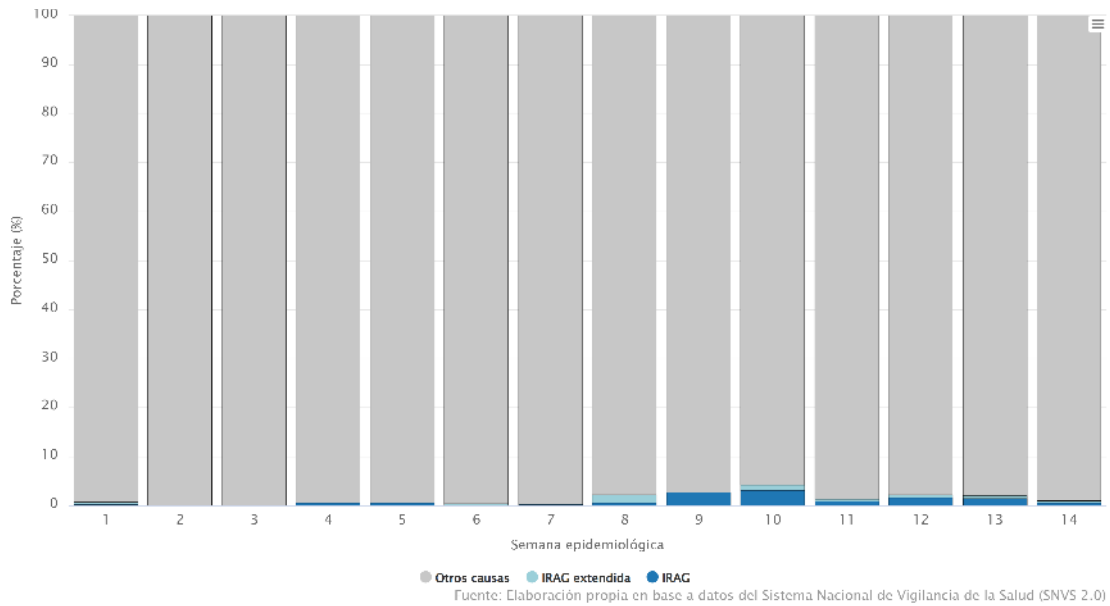


*Se excluyeron las comorbilidades con frecuencia igual o menor a un caso.*

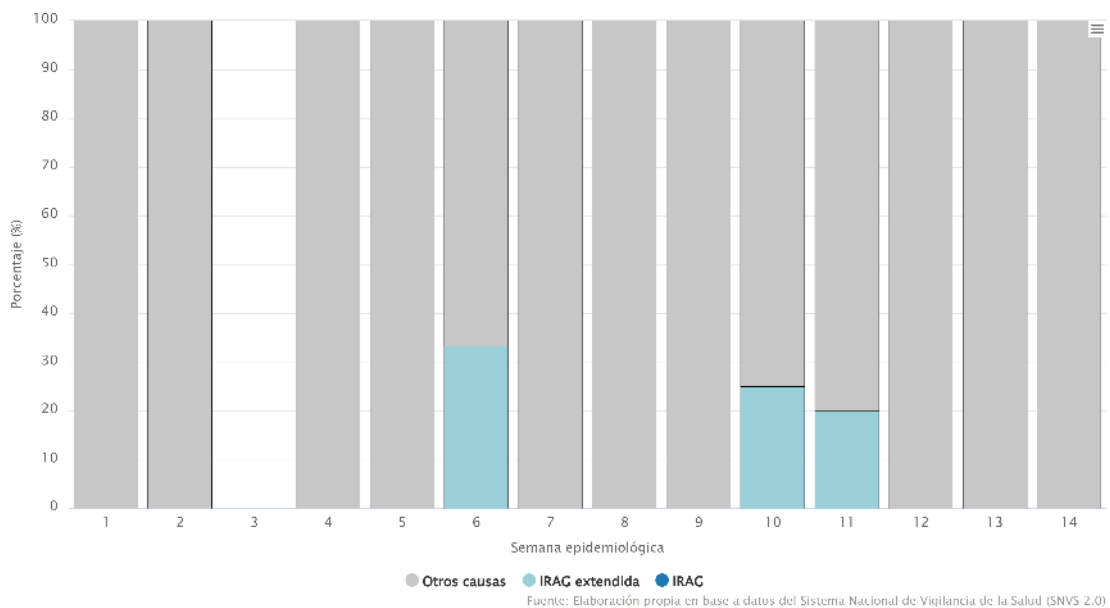
Se observa que la mayor frecuencia fue de pacientes sin comorbilidades con un total de 27 casos, seguido de asma con 6 casos.

El Gráfico N°3.19 muestra que, en la mayoría de las semanas, la categoría “otras causas” mantiene un predominio relativo sobre las IRAG.

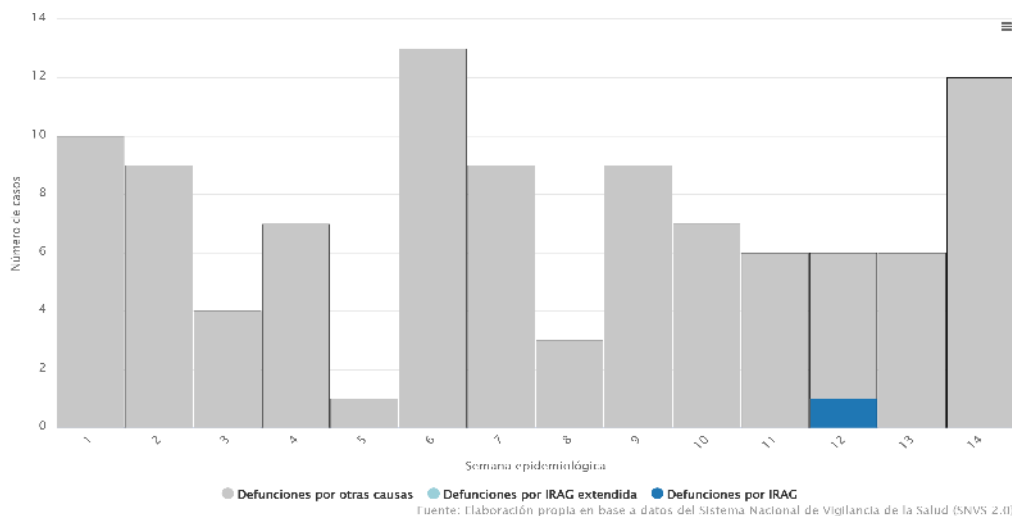
**GRAFICO 3.19: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INTERNACIONES POR IRAG, IRAG EXTENDIDA Y OTRAS CAUSAS. DESDE SE 1/2026 HASTA SE 14/2026. UC IRAG-HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ORAN. PROVINCIA DE SALTA. n=2985**



**GRAFICO 3.20: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INTERNACIONES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR IRAG, IRAG EXTENDIDA Y OTRAS CAUSAS. DESDE SE 1/2026 HASTA SE 14/2026. UC IRAG-HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ORAN. PROVINCIA DE SALTA. n=77**



**GRAFICO 3.21: DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA DE DEFUNCIONES POR IRAG, IRAG EXTENDIDA Y OTRAS CAUSAS. DESDE SE 1/2026 HASTA SE 14/2026. UC IRAG-HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ORAN. PROVINCIA DE SALTA. n= 101**



## Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y/o Fallecidas

En la SE 16, se notificaron 116 casos de internados por infección respiratoria aguda. Ningún paciente requirió internación en unidad de cuidados intensivos.

**TABLA N° 3.5 NOTIFICACIONES DE INTERNADOS POR IRA SEGÚN DEPARTAMENTO, SE 1 HASTA SE 16. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2025**

DEPARTAMENTO	CASOS SE 16	% SE 16	ACUMULADOS
Anta	13	11,2	114
Cachi	0	0,0	2
Cafayate	1	0,9	13
Capital	56	48,3	500
Cerrillos	6	5,2	48
Chicoana	1	0,9	12
General Güemes	7	6,0	52
Gral. José de San Martín	8	6,9	78
Guachipas	0	0,0	1
Iruya	0	0,0	0
La Caldera	1	0,9	7
La Candelaria	0	0,0	8
La Poma	0	0,0	2
La Viña	0	0,0	5
Los Andes	0	0,0	4
Metán	4	3,4	19
Molinos	1	0,9	3
Orán	6	5,2	68
Rivadavia	3	2,6	46
Rosario de la Frontera	3	2,6	24

Rosario de Lerma	5	4,3	41
San Carlos	1	0,9	2
Santa Victoria	0	0,0	7
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>	<b>1056</b>

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

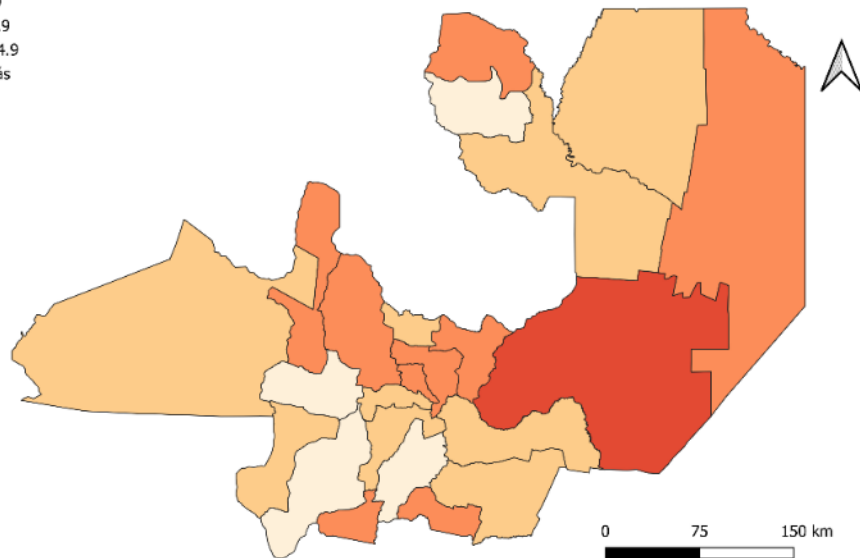
**TABLA N.º 3.6. FALLECIDOS CON DIAGNOSTICO DE INFLUENZA, VSR Y COVID-19 POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. HASTA SE 16. AÑO 2026. PROVINCIA DE SALTA**

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA	NÚMERO DE FALLECIDOS CON INFLUENZA	NÚMERO DE FALLECIDOS CON VSR	NÚMERO DE FALLECIDOS CON COVID-19	TOTAL DE FALLECIDOS
Total General	0	0	0	0

**MAPA N.º 3.1. INCIDENCIA ACUMULADA POR 100000 HAB. DE INTERNADOS POR IRA SEGÚN DEPARTAMENTO, SE 1 HASTA SE 16. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026\***

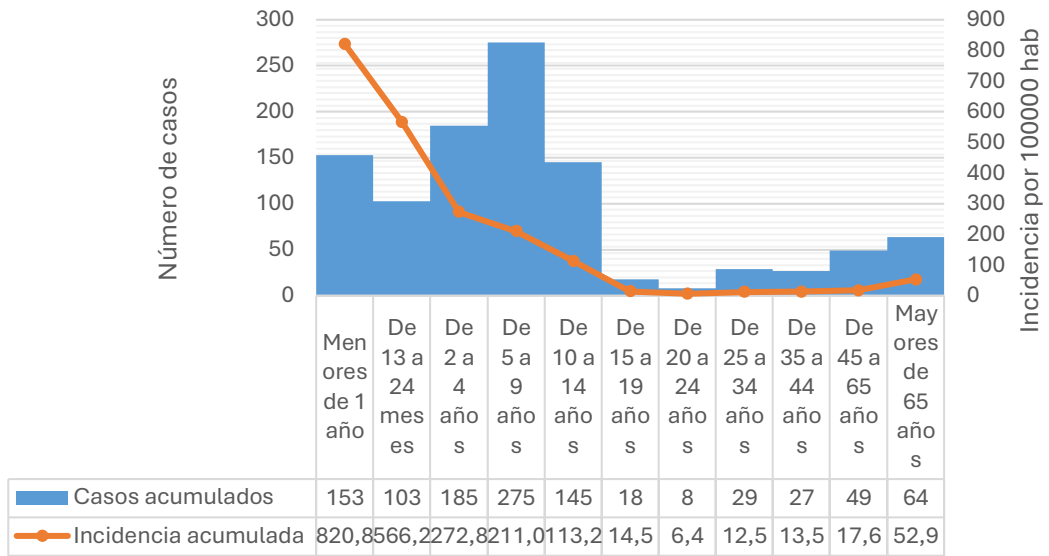
Incidencia por 100.000 mil hab.

- 0 - 28.9
- 29 - 63.9
- 64 - 136.9
- 137 - 174.9
- 175 y más



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

**GRÁFICO N° 3.20: DISTRIBUCIÓN DE CASOS Y TASA DE INCIDENCIA POR 100000 HAB. DE INTERNADOS POR IRA SEGÚN GRUPO DE EDAD. SE 1 HASTA SE 16. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026**



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



## VIGILANCIA DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS

## Enfermedades prevenibles por vacunas

En el marco de la Ley de Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación N° 27.491, se declara de interés nacional la investigación, vigilancia epidemiológica, toma de decisiones basadas en la evidencia, adquisición, almacenamiento, distribución, provisión de vacunas.

La mencionada Ley entiende a la vacunación como una estrategia de salud pública, que permite la detección, notificación, investigación y documentación de todo caso sospechoso de enfermedad prevenible por vacunación, que se presente en cualquier nivel de la red de servicios públicos y privados, para la ejecución de medidas de prevención y control.

**TABLA 4.1. FRECUENCIA ABSOLUTA Y ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS. SE 16/2026. PROVINCIA DE SALTA.**

E.N.O.	Casos S.E. 16	Acumulados 2026
Difteria	0	0
Coqueluche	0	2
Caso confirmado de Sarampión	0	0
PAF	0	0
Parotiditis	0	5
Varicela *	7	88

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

\*Varicela: las diferencias de casos acumulados se justifican por cargas tardías en semanas epidemiológicas anteriores.

## EFE

**TABLA 4.2. NOTIFICACIONES DE ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA SEGÚN CLASIFICACIÓN DE CASO. CUATRISEMANA 1 a 4. AÑO 2026. PROVINCIA DE SALTA**

Cuatrisesmana	Clasificaciones de Caso					Total Notificaciones
	Sospechoso	Probable	Confirmado	Descartado	Invalidado	
1	3	0	0	3	0	6
2	5	1	0	0	0	6
3	4	0	0	1	0	5
4	1	0	0	1	0	2

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

**TABLA 4.3. NOTIFICACIONES DE ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA SEGÚN CLASIFICACIÓN DE CASO Y DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. ACUMULADO, SE 1 A SE 16 DEL 2026. PROVINCIA DE SALTA**

Departamento	Sospechosos	Probable	Confirmado	Descartado	Invalidado	Total Notificaciones
ANTA	1	0	0	1	0	2
CACHI	0	0	0	0	0	0
CAFAYATE	0	0	0	0	0	0
CAPITAL	6	1	0	3	0	10
CERRILLOS	1	0	0	0	0	1
CHICOANA	0	0	0	0	0	0
GENERAL GÜEMES	0	0	0	0	0	0
GRL. JOSÉ DE SAN MARTÍN	2	0	0	0	0	2
GUACHIPAS	0	0	0	0	0	0
IRUYA	0	0	0	0	0	0
LA CALDERA	1	0	0	0	0	1
LA CANDELARIA	0	0	0	0	0	0
LA POMA	0	0	0	0	0	0
LA VIÑA	1	0	0	0	0	1
LOS ANDES	0	0	0	0	0	0
METÁN	0	0	0	0	0	0
MOLINOS	0	0	0	0	0	0
ORÁN	0	0	0	0	0	0
RIVADAVIA	1	0	0	0	0	1
ROSARIO DE LA FRONTERA	0	0	0	0	0	0
ROSARIO DE LERMA	0	0	0	1	0	1
SAN CARLOS	0	0	0	0	0	0
SANTA VICTORIA	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>19</b>

Fuente: Elaboración propia del Programa de Redes de Laboratorio con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

**TABLA 4.4: PRUEBAS DE LABORATORIO PARA DIAGNÓSTICO DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA HASTA SE 16/2026**

SE	Total Notificados SISA	IgM anti-sarampión		IgM anti-Rubéola		IgG anti-sarampión		IgG anti-Rubéola	
		Total	Pos	Total	Pos	Total	Pos	Total	Pos
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2	2	0	2	0	2	2	2	2
3	3	3	0	3	0	3	3	3	3
4	1	1	0	1	0	1	1	1	1
5	1	1	0	1	0	1	0	0	0
6	3	3	2	3	0	2	1	2	1
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	2	2	0	2	0	2	0	0	0
9	1	1	0	1	0	1	1	1	1
10	2	1	0	1	0	1	1	0	0
11	1	0	0	0	0	0	0	0	0
12	1	1	0	1	0	1	1	0	0

13	2	2	0	2	0	2	2	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>8</b>

Fuente: Elaboración propia del Programa de Redes de Laboratorio con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

**TABLA 4.5. CONDICIÓN DE VACUNACIÓN (DOBLE O TRIPLE VIRAL) REGISTRADA EN SNVS 2.0 DE LOS CASOS NOTIFICADOS DE ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA (EFE). ACUMULADO, SE 1 /2026 A SE 16/2026.**

Con vacuna registrada	Sin vacuna registrada	Total de notificaciones
10	9	19

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

## Meningitis/Meningoencefalitis

La meningitis/meningoencefalitis es una enfermedad del sistema nervioso central (SNC) que consiste en la inflamación de las meninges (aracnoides y piamadre) sin o con (respectivamente) compromiso de sus estructuras adyacentes, como el encéfalo. Esta inflamación meníngea puede obedecer tanto a causas infecciosas como no infecciosas (lesiones traumáticas, cáncer, ciertos medicamentos y las hemorragias).

Las etiologías bacterianas y virales son las más frecuentes tanto en individuos sanos como en poblaciones de riesgo y las más importantes desde la perspectiva de salud pública, no sólo por la magnitud de casos ocurridos anualmente, sino también por su potencial para producir brotes.

**TABLA 4.6. CASOS NOTIFICADOS ACUMULADOS DE MENINGITIS SEGÚN CLASIFICACIÓN Y ETIOLOGÍA. HASTA SE 16. AÑO 2026. PROVINCIA DE SALTA (n=53).**

Clasificación manual de caso	Nº de casos
Caso confirmado de meningoencefalitis viral sin especificar agente	2
Caso confirmado de Encefalitis por herpes simple	2
Caso confirmado de meningitis fúngica	1
Caso confirmado de meningitis parasitaria	0
Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana - otros agentes	1
Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana s/especificar agente	4
Caso confirmado de meningoencefalitis por Haemophilus influenzae	0
Caso confirmado de meningoencefalitis por Neisseria meningitidis	0
Caso confirmado de meningoencefalitis por Streptococcus pneumoniae	2
Caso confirmado de meningoencefalitis viral - enterovirus	0
Caso confirmado de Meningoencefalitis viral - otros agentes	2
Caso invalidado por epidemiología	3
Caso probable de meningitis, meningoencefalitis o encefalitis virales	30
Caso probable de meningoencefalitis bacteriana	2
Encefalitis por arbovirus	0
Meningitis tuberculosa	2
Meningoencefalitis secundaria	0
Meningoencefalitis sin especificar etiología	2
<b>Total</b>	<b>53</b>

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).



ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR  
ALIMENTOS, AGUA O RUTA FECAL ORAL

## Enfermedades transmitidas por alimentos

La vigilancia de las enfermedades transmitidas por alimentos (VETA) comprende las acciones de recolección sistemática de la información pertinente, producto de la notificación o investigación, consolidación, evaluación e interpretación de los datos, las cuales posibiliten conocer la conducta o historia natural de las enfermedades y detectar o prever cambios que puedan ocurrir debido a alteraciones en los factores condicionantes o determinantes, con el fin de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, las medidas indicadas y eficientes para su prevención y control.

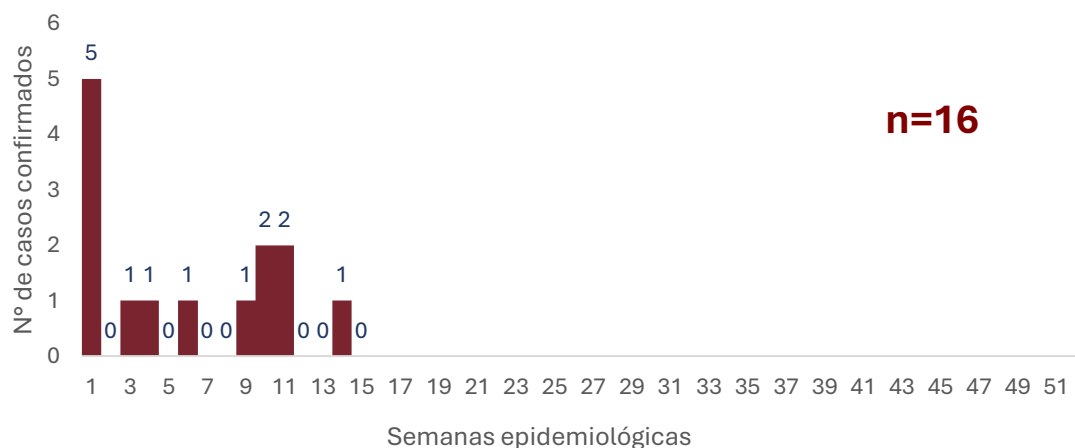
**TABLA 5.1. FRECUENCIA ABSOLUTA Y ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES TRANSMITIDA POR ALIMENTOS, AGUA O RUTA FECAL-ORAL. SE 16/2026. PROVINCIA DE SALTA.**

E.N.O.	Casos S.E. 16	Acumulados 2026
Botulismo del lactante	0	2
Botulismo	0	0
Síndrome Urémico Hemolítico	0	1
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	16
Brote asociado a Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA)	0	1
Diarrea aguda por Salmonelosis	0	3

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

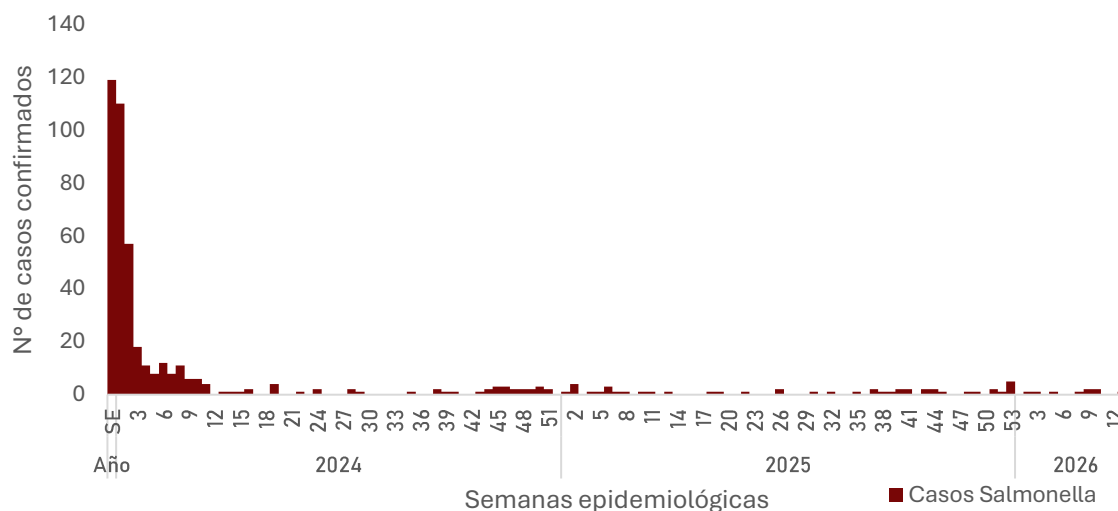
## Fiebre tifoidea y paratifoidea

**GRÁFICO 5.1. CASOS CONFIRMADOS DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA SEGÚN S.E. HASTA S.E. 16/2026. AÑO 2026. PROVINCIA DE SALTA.**



Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

**GRÁFICO 5.2. CASOS CONFIRMADOS DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. HISTORICOS AÑOS 2024, 2025 Y HASTA SE 16/2026. PROVINCIA DE SALTA.**



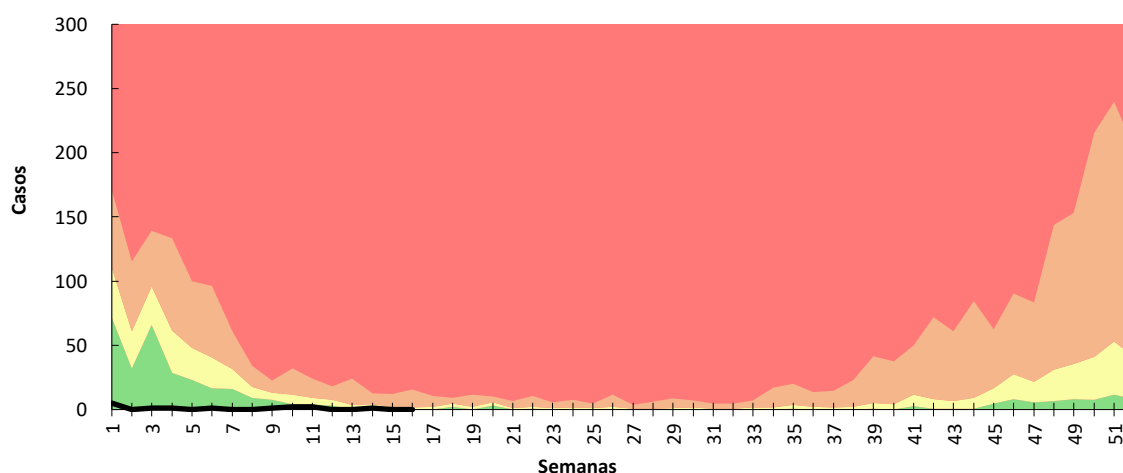
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Al comparar los casos entre los años (SE 1 a SE 52), se observa que en el año 2024 se registraron 405 casos de salmonelosis en la provincia de Salta, mientras que, en 2025 en el mismo periodo, se reportaron 42 casos.

La tendencia histórica indica una disminución sostenida, lo que sugiere un resultado positivo de las estrategias de prevención y control. No se observan signos de alerta o brote inminente, pero es clave mantener la vigilancia epidemiológica y las medidas preventivas para consolidar esta reducción y evitar repuntes.

En la SE 16 se registraron 2 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea. El corredor endémico ingresa en la zona de seguridad.

**GRÁFICO 5.3. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA AÑOS: 2021 A 2025. SE 16 DE 2026. PROVINCIA DE SALTA. (n=16)**



Fuente: Elaboración propia del Programa de Sala de Situación con datos de vigilancia nominal provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

**TABLA 5.2. CASOS CONFIRMADOS DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA ACUMULADOS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA HASTA SE 16. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026.**

Departamentos	SE 16	Acumulado 2026
Anta	0	0
Cachi	0	0
Cafayate	0	0
Capital	2	16
Cerrillos	0	0
Chicoana	0	1
General Güemes	0	0
General José de San Martín	0	0
Guachipas	0	0
Iruya	0	0
La Caldera	0	0
La Candelaria	0	0
La Poma	0	0
La Viña	0	0
Los Andes	0	0
Metán	0	0
Molinos	0	0
Orán	0	0
Rivadavia	0	0
Rosario de la Frontera	0	0
Rosario de Lerma	0	0
San Carlos	0	0
Santa Victoria	0	0
<b>Total general</b>	<b>2</b>	<b>16</b>

**TABLA 5.3. CASOS CONFIRMADOS DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA ACUMULADOS, POR RESIDENCIA EN OTRAS PROVINCIAS, HASTA SE 16. AÑO 2026.**

Residencia	Acumulados 2026
Otras provincias	0

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

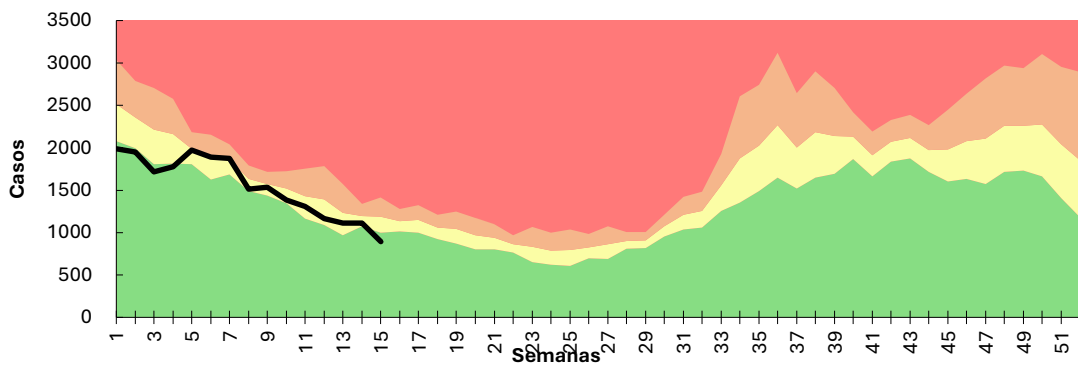
# Enfermedades diarreicas agudas

**CASOS SEMANA 14/2026**  
**893**

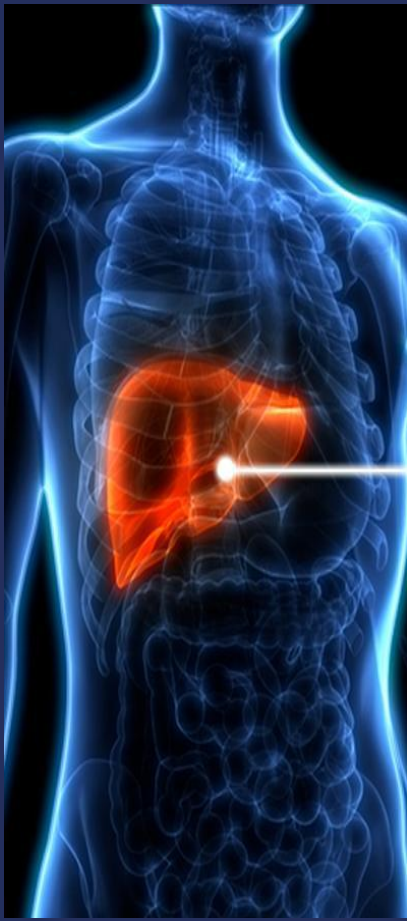
**CASOS ACUMULADOS 2026**  
**23.184**

Se evidencia un leve descenso de casos notificados en el corredor endémico de enfermedades diarreicas agudas, con respecto a la anterior, el corredor endémico continua en la zona de éxito.

**GRÁFICO 5.4. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE DIARREAS  
AÑOS: 2021 A 2025. SE 15 DE 2026. PROVINCIA DE SALTA. (n= 23.184)**



Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (\*) Nota: Los datos presentados en este gráfico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante de información en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

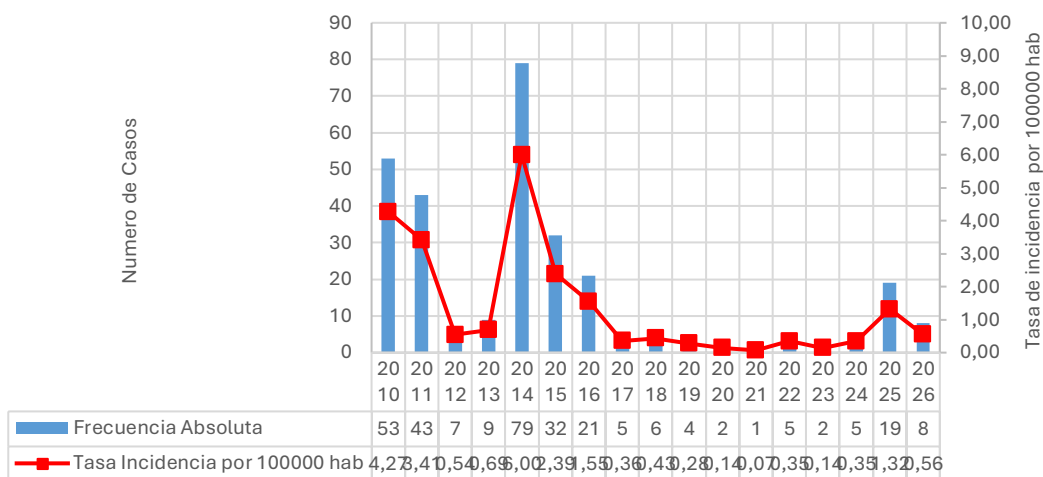


## HEPATITIS VIRALES

# Hepatitis A

Hasta la semana epidemiológica (SE) N° 16 del año 2026, se notificaron un total de 26 casos sospechosos de hepatitis A, de los cuales se confirmaron 8 por laboratorio. A continuación, se muestra la evolución del número de casos y tasa de incidencia por 100.000 mil habitantes durante el periodo 2010 hasta SE 16 del año 2026.

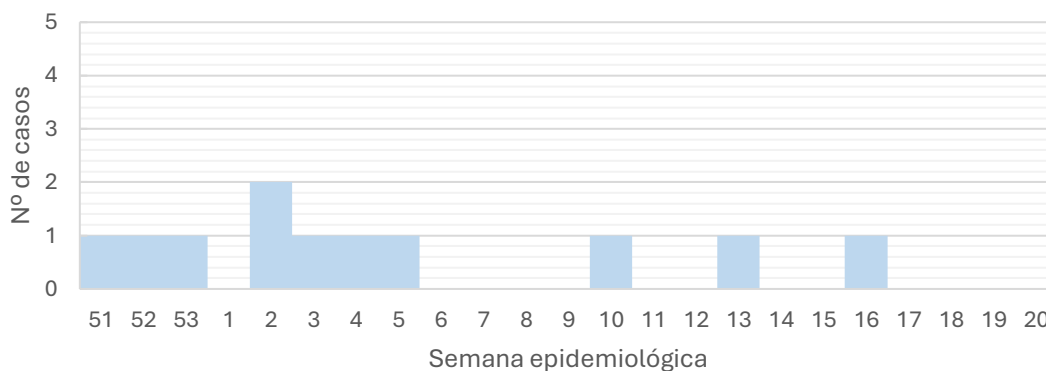
**GRÁFICO 6.1. CASOS CONFIRMADOS DE HEPATITIS A Y TASA CADA 100MIL HAB. PERIODO 2010 HASTA SE 16/2026. PROVINCIA DE SALTA.**



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

Se observa un pico epidémico en 2014, con 79 casos y una tasa de incidencia de 6,00 por 100.000 habitantes. A partir de ese año, la tendencia muestra un descenso sostenido en el número de casos. Durante el período 2017-2024, la mediana de casos fue de 4,5 con un mínimo de 1 caso en 2021 y de 6 casos en 2018.

**GRÁFICO 6.2. CURVA EPIDÉMICA DE CASOS CONFIRMADOS DE HEPATITIS A POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA SEGÚN FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS. SE 1 A 16. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2025-2026**



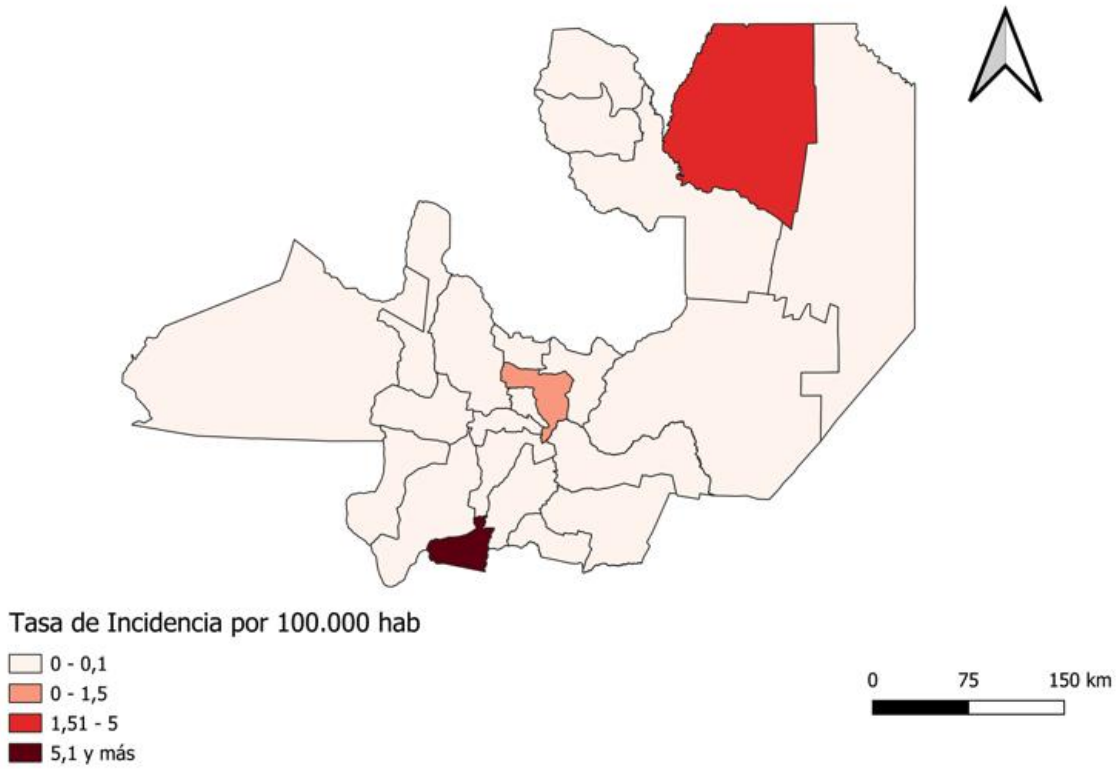
En cuanto a los 8 casos confirmados hasta la SE 16/2026, los mismos tienen residencia en los departamentos de Gral. San Martín, Capital y Cafayate (Tabla N.º 6.1).

**TABLA 6.1. NOTIFICACIONES DE HEPATITIS A SEGÚN CLASIFICACIÓN DE CASO Y DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. ACUMULADO HASTA SE 16/2026. PROVINCIA DE SALTA.**

Departamentos	Caso confirmado por laboratorio	Caso confirmado por nexo epidemiológico	Caso descartado	Caso en estudio	Infección pasada o respuesta vacunal	Total
ANTA	0	0	0	0	0	0
CACHI	0	0	0	0	0	0
CAFAYATE	1	0	0	0	0	1
CAPITAL	2	0	0	0	0	2
CERRILLOS	0	0	0	0	0	0
CHICOANA	0	0	0	0	0	0
GENERAL GÜEMES	0	0	0	0	0	0
GRL. JOSÉ DE SAN MARTÍN	5	0	14	0	1	20
GUACHIPAS	0	0	0	0	0	0
IRUYA	0	0	0	0	0	0
LA CALDERA	0	0	0	1	1	2
LA CANDELARIA	0	0	0	0	0	0
LA POMA	0	0	0	0	0	0
LA VIÑA	0	0	0	0	0	0
LOS ANDES	0	0	0	0	0	0
METÁN	0	0	0	0	0	0
MOLINOS	0	0	0	0	0	0
ORÁN	0	0	0	0	0	0
RIVADAVIA	0	0	0	0	0	0
ROSARIO DE LA FRONTERA	0	0	0	0	0	0
ROSARIO DE LERMA	0	0	0	1	0	1
SAN CARLOS	0	0	1	0	0	1
SANTA VICTORIA	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>27</b>

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

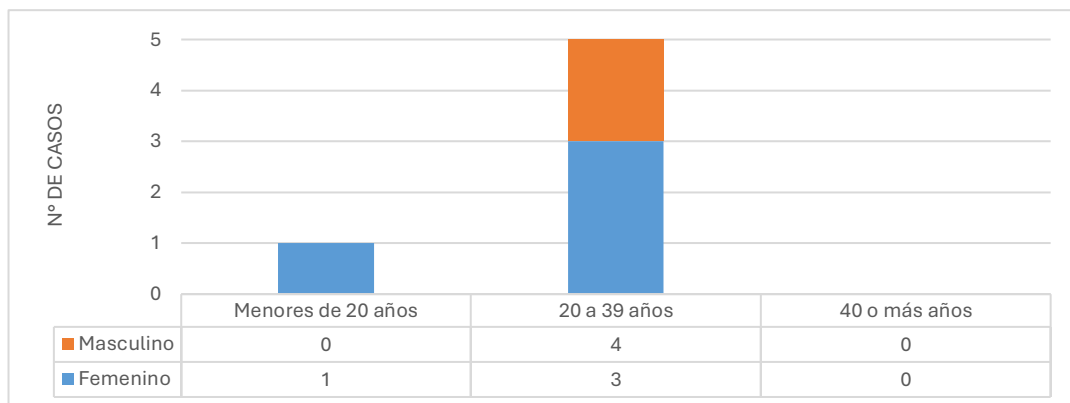
**MAPA 6.1. TASA DE INCIDENCIA DE HEPATITIS A POR 100000 HAB. SEGÚN DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. ACUMULADO HASTA SE 16/2026. PROVINCIA DE SALTA.**



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

Respecto a la distribución por grupos etarios, el 87,5 % (n = 7) se concentró en el rango de edad de 20 a 39 años.

**GRÁFICO 6.3. CASOS CONFIRMADOS DE HEPATITIS A POR GRUPO DE EDAD Y SEXO. ACUMULADO HASTA SE 16. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026**



Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

**TABLA 6.2. CASOS CONFIRMADOS DE HEPATITIS A Y TASA DE INCIDENCIA POR 100000 HAB. POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. ACUMULADO HASTA SE 16/2026. PROVINCIA DE SALTA**

Departamentos	Casos	Incidencia por 100000 hab
ANTA	0	0,00
CACHI	0	0,00
CAFAYATE	1	5,61
CAPITAL	2	0,32
CERRILLOS	0	0,00
CHICOANA	0	0,00
GENERAL GÜEMES	0	0,00
GRL. JOSÉ DE SAN MARTÍN	5	2,81
GUACHIPAS	0	0,00
IRUYA	0	0,00
LA CALDERA	0	0,00
LA CANDELARIA	0	0,00
LA POMA	0	0,00
LA VIÑA	0	0,00
LOS ANDES	0	0,00
METÁN	0	0,00
MOLINOS	0	0,00
ORÁN	0	0,00
RIVADAVIA	0	0,00
ROSARIO DE LA FRONTERA	0	0,00
ROSARIO DE LERMA	0	0,00
SAN CARLOS	0	0,00
SANTA VICTORIA	0	0,00
<b>PROVINCIA</b>	<b>8</b>	<b>0,56</b>

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



## VIGILANCIA DE VIRUELA SÍMICA

## Viruela símica (Mpox)

En 2022, se elaboró el Manual para la vigilancia epidemiológica y control de la viruela símica en Argentina, con el objetivo de reforzar la vigilancia epidemiológica de Mpox, incluyendo la notificación oportuna y completa al Sistema Nacional de Vigilancia de Salud (SNVS 2.0). Este manual también sensibiliza sobre la importancia de la sospecha clínica, la atención adecuada de los casos, la implementación de medidas de control, la investigación epidemiológica y la comunicación a la comunidad sobre prevención y cuidado.

En el mismo año, el evento fue incorporado al listado de notificación obligatoria bajo la Ley 15.465, lo que implica que debe ser reportado al SNVS dentro de las 24 horas desde la sospecha del evento. Además de la notificación al SNVS, y de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005) y las recomendaciones de la OMS sobre Mpox, los casos sospechosos y confirmados de Mpox deben notificarse a la OMS.

### CASOS CONFIRMADOS DE VIRUELA SIMICA

En la semana epidemiológica 38/2025, se confirmaron dos casos de viruela símica, ambos casos con domicilio en la ciudad de Salta Capital. De la secuenciación genómica se obtiene que ambos casos corresponden al MPXV CLADO II.

La investigación de campo reveló los siguientes hallazgos:

- Ambas personas comparten una reunión social el día 30-8-2025.
- El Caso N°1 inició con síntomas el 4-9-2025. Las indagaciones preliminares indican que este paciente podría haberse contagiado en alguna actividad social previa (laboral o gimnasio).
- El Caso N° 2 inició con síntomas cuatro días después el 8-9-2025.

Dada la exposición común en el evento social el 30 de agosto y la diferencia en el inicio de síntomas, se sospecha que el Caso N° 1 pudo haber sido la fuente de infección para el Caso N° 2.

Cabe destacar que las sospechas en cuanto a fuentes de infección de contactos procedentes de otros países se descartaron.



## VIGILANCIA DE ENFERMEDADES ZONOTICAS HUMANAS

## Enfermedades Zoonóticas humanas

La vigilancia de Enfermedades Zoonóticas en humanos se encuentra entre los objetivos actuales de salud pública como un pilar imprescindible para la toma acciones de prevención y control de forma oportuna a los fines de construir un ambiente sano y sustentable poniendo foco en la sanidad, el bienestar, la calidad y la seguridad alimentaria para todos los seres vivos.

**TABLA 8.1. FRECUENCIA ABSOLUTA Y ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES ZONÓTICAS HUMANAS. SE 16. AÑO 200.**

### 26. PROVINCIA DE SALTA.

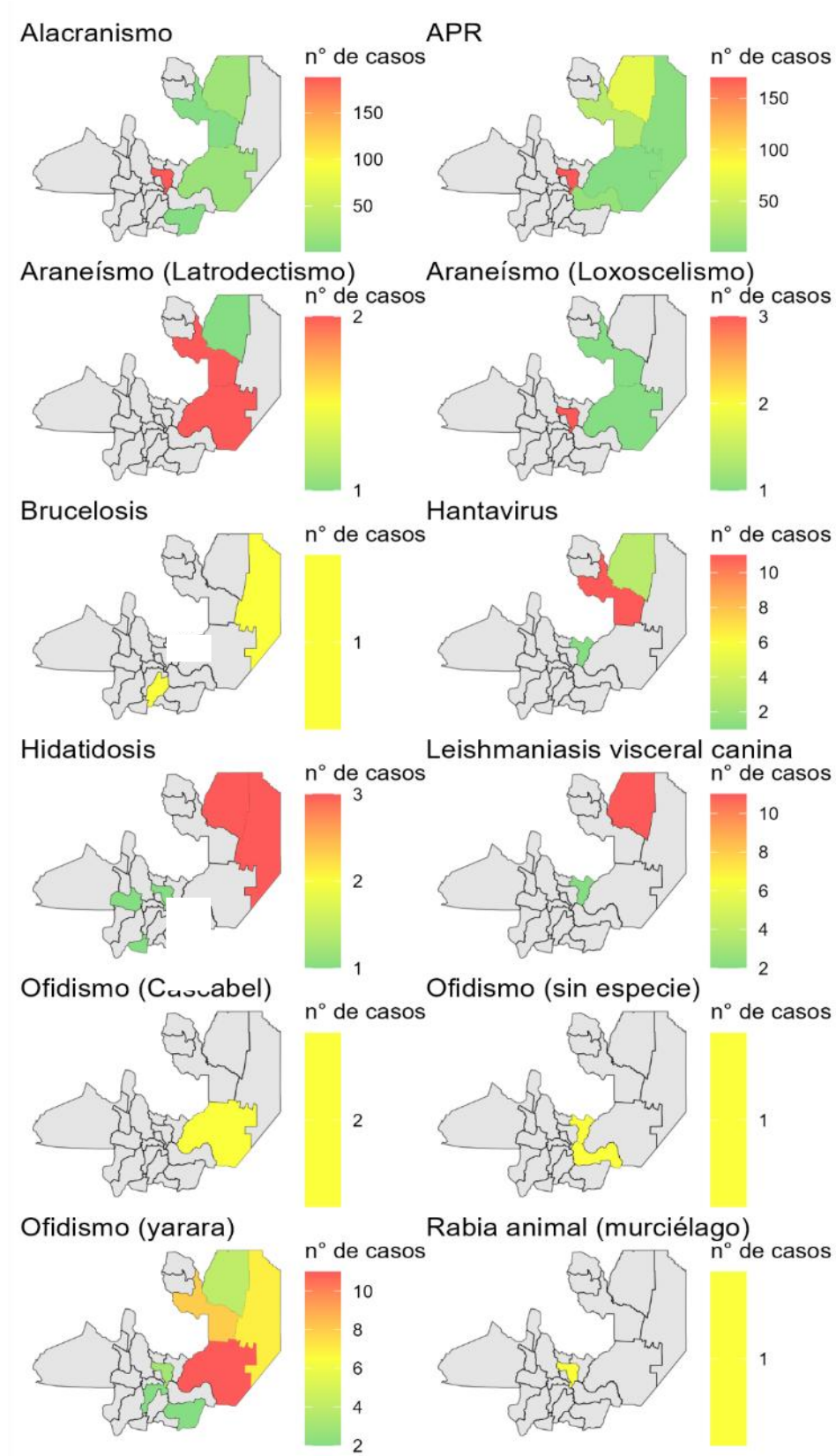
ENO	Casos SE 16	Acumulado 2026
Accidente potencialmente rábico (APR)	37	298
Alacranismo	18	230
Araneísmo sin especificar especie	0	0
Araneísmo-Envenenamiento por Latrodectus (Latrodectismo)	0	5
Araneísmo-Envenenamiento por Loxosceles (Loxoscelismo)	1	5
Araneísmo-Envenenamiento por Phoneutria (Foneutrismo)	0	0
Brucelosis	0	2
Brucelosis en embarazadas	0	0
Hantaviriosis	0	15
Hidatidosis	0	9
Leishmaniasis visceral canina	3	13
Leptospirosis	0	0
Ofidismo sin especificar especie	0	2
Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	2	37
Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	0	2
Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	0	0
Psitacosis	0	0
Rabia animal	0	1

**TABLA 8.2. FRECUENCIA ABSOLUTA DE CASOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES ZONÓTICAS HUMANAS POR DEPARTAMENTO. SE 16/2026. PROVINCIA DE SALTA.**

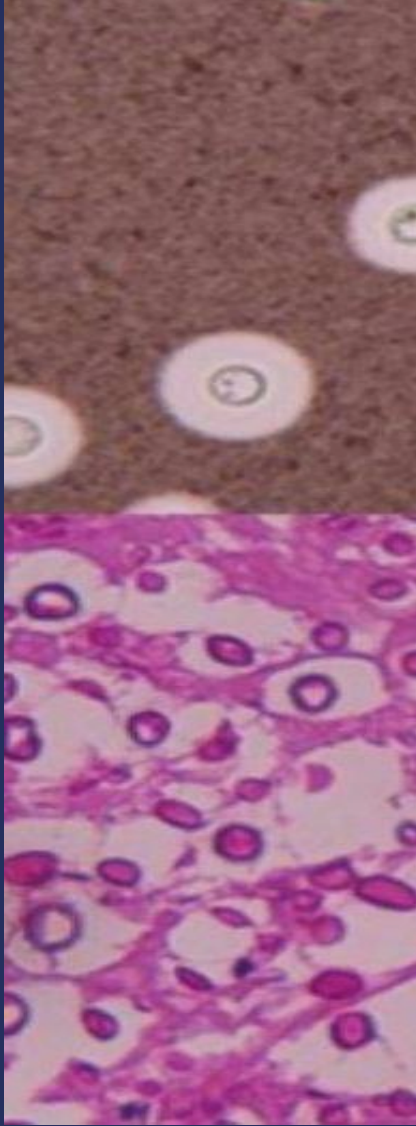
ENO	Departamento	Casos SE 16
APR	CAPITAL	18
	ANTA	1
	SAN MARTIN	17
ARANEISMO (LOXOSCELISMO)	CAPITAL	1
LEISHMANIASIS VISCERAL CANINA	SAN MARTIN	2
	GUEMES	1
Alacranismo	CAPITAL	17
	ORAN	1
Ofidismo (yarará)	ANTA	1
	RIVADAVIA	1

Fuente: Elaboración propia del Programa de Zoonosis con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). S/D: Sin Datos actualizados.

**GRÁFICO 8.1. FRECUENCIA ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES ZONÓTICAS HUMANAS POR DEPARTAMENTO HASTA SE 16/2026. PROVINCIA DE SALTA.**



Fuente: Elaboración propia del Prog. de Sala de Situación de la D.G.C.E. en base a información del Prog. de Zoonosis.



VIGILANCIA DE ENFERMEDADES  
DERMATOLÓGICAS DE INTERÉS SANITARIO

## Enfermedades dermatológicas de interés sanitario

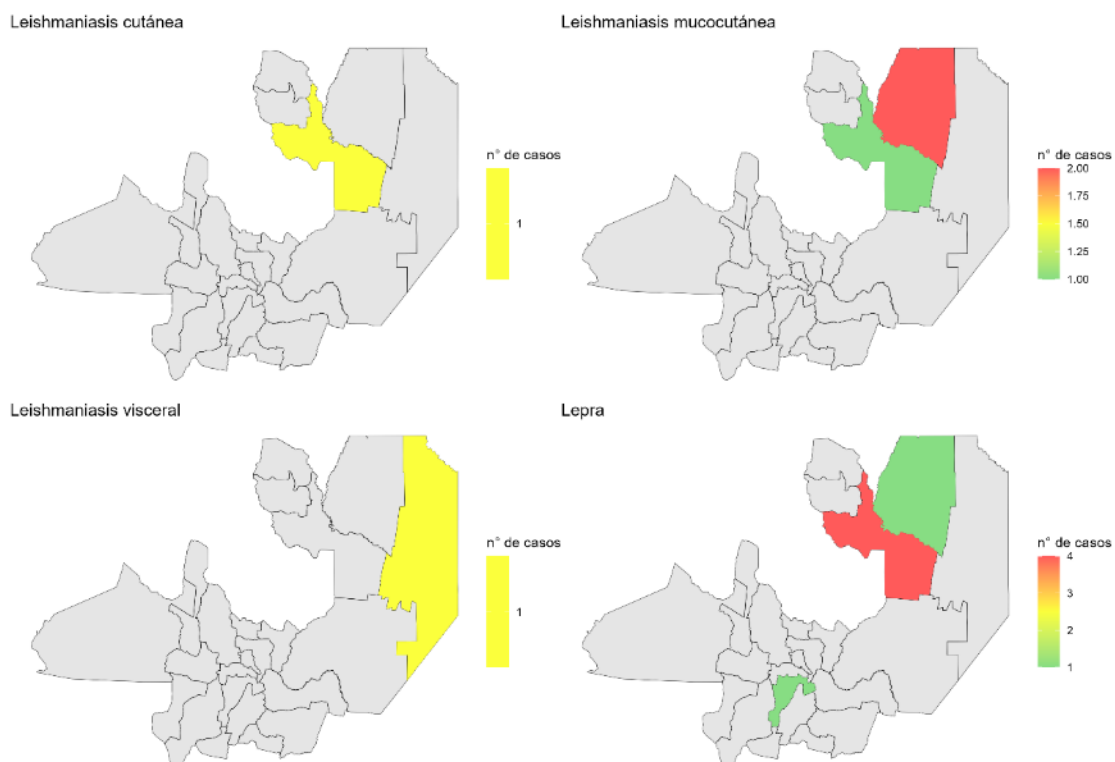
En el marco de Resolución 2827/2022 NOMINA DE EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA las enfermedades dermatológicas persisten dentro del listado de eventos bajo vigilancia. Desde la Dirección General de Coordinación Epidemiológica se vigilan las tendencias de estos eventos posibilitando la obtención de líneas de base acerca de los cambios, impactando directamente en la implementación de medidas de control y prevención.

**TABLA 9.1. FRECUENCIA ABSOLUTA Y ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS DE INTERÉS SANITARIO. SE 16/2026. PROVINCIA DE SALTA.**

ENO	Casos SE 16	Acumulado 2026
Leishmaniasis cutánea humana	0	1
Leishmaniasis mucocutánea humana	1	3
Leishmaniasis visceral humana	0	1
Lepra	2	6
Micosis profunda	0	0

Fuente: Elaboración propia del Programa de EDIS con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). S/D: Sin Datos actualizados.

**GRÁFICO 9.1. FRECUENCIA ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS DE INTERÉS SANITARIO POR DEPARTAMENTO HASTA SE 16/2026. PROVINCIA DE SALTA**



Fuente: Elaboración propia del Prog. de Sala de Situación de la D.G.C.E. en base a información proveniente del Prog. de EDIS.



# VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA POR EVENTOS (EIOS)

## EIOS

EIOS es una plataforma digital de vigilancia basada en eventos que analiza información pública en línea (noticias, redes y reportes) para detectar tempranamente señales de alerta sobre posibles riesgos sanitarios. Tras la capacitación brindada por la OPS, la provincia de Salta incorporó al Boletín Epidemiológico un apartado específico para la **Vigilancia Epidemiológica por Eventos** mediante la selección de noticias relevantes utilizando EIOS, fortaleciendo así el estado de alerta y la respuesta oportuna.

**TABLA N°10.1. EXPORTACIÓN DE DATOS DE MONITOREO EIOS.**

Fecha de exportación (UTC-3):	05/05/2026 12:16
-------------------------------	------------------

<b>Título</b>	<b>Alerta por el aumento de casos de virus respiratorios</b>
<b>Fuente</b>	PADIWeb – Plataforma para la Integración Automatizada de Datos en Salud Animal Internacional <a href="https://noticiasargentinas.com/sociedad/alerta-por-el-aumento-de-casos-de-virus-respiratorios_a69f9e3f07825f881538ff3f1">https://noticiasargentinas.com/sociedad/alerta-por-el-aumento-de-casos-de-virus-respiratorios_a69f9e3f07825f881538ff3f1</a>
<b>Fecha</b>	[obtenido UTC] 05/05/2026 13:40 [importado UTC] 06/05/2026 07:52
<b>Descripción</b>	La circulación de virus respiratorios comenzó a registrar los primeros incrementos esperables para esta época del año, según la información publicada en el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) correspondiente a la Semana Epidemiológica 16. Además, se notificaron 435 nuevos casos.

<b>Título</b>	<b>Brote de Hantavirus vinculados a viajes en cruceros, varios países</b>
<b>Fuente</b>	<a href="https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON599">https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON599</a>
<b>Fecha</b>	4 de mayo de 2026

Fuente: Elaboración propia de la Dirección General de Coordinación Epidemiológica a partir de datos extraídos de EIOS.

# Brote de hantavirus vinculado a viajes en cruceros, varios países

4 de mayo de 2026

## Descripción de la situación

El 2 de mayo de 2026, la OMS recibió una notificación del Punto Focal Nacional del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 2005 del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (en adelante, el Reino Unido) sobre un brote de enfermedad respiratoria aguda grave, que incluía dos fallecimientos y un pasajero en estado crítico, a bordo de un crucero con bandera neerlandesa. El 2 de mayo de 2026, las pruebas de laboratorio realizadas en Sudáfrica confirmaron la infección por hantavirus en un paciente en estado crítico ingresado en cuidados intensivos. El 3 de mayo se notificó un fallecimiento adicional. Tres casos sospechosos permanecen a bordo.

El buque zarpó de Ushuaia, Argentina, el 1 de abril de 2026 y siguió un itinerario a través del Atlántico Sur, con múltiples escalas en regiones remotas y ecológicamente diversas, incluyendo la Antártida continental, Georgia del Sur, la Isla Ruiseñor, Tristán de Acuña, Santa Elena y la Isla Ascensión. Se desconoce el grado de contacto de los pasajeros con la fauna local durante el viaje o antes del embarque en Ushuaia. El buque transporta un total de 147 personas, incluyendo 88 pasajeros y 59 tripulantes. Los pasajeros y la tripulación a bordo representan 23 nacionalidades. Al 4 de mayo de 2026, el buque se encontraba fondeado frente a la costa de Cabo Verde.

Al 4 de mayo de 2026, se habían identificado siete casos (dos casos de hantavirus confirmados por laboratorio y cinco casos sospechosos), incluyendo tres fallecimientos, un paciente en estado crítico y tres personas con síntomas leves. El inicio de la enfermedad se produjo entre el 6 y el 28 de abril de 2026 y se caracterizó por fiebre, síntomas gastrointestinales, progresión rápida a neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda y shock. Las investigaciones continúan.

El brote se está gestionando mediante una respuesta internacional coordinada, que incluye investigaciones exhaustivas, aislamiento y atención de los casos, evacuación médica e investigaciones de laboratorio.

La infección por hantavirus en humanos se adquiere principalmente por contacto con la orina, las heces o la saliva de roedores infectados. Es una enfermedad rara pero grave que puede ser mortal. Aunque poco común, se ha informado de una transmisión limitada de persona a persona en brotes anteriores del virus Andes (una especie específica de hantavirus). La OMS considera actualmente que el riesgo que supone este evento para la población mundial es bajo y seguirá vigilando la situación epidemiológica y actualizando la evaluación de riesgos.

## Evaluación de riesgos de la OMS

El síndrome cardiopulmonar por hantavirus (SCPH), también conocido como síndrome pulmonar por hantavirus (SPH), es una enfermedad respiratoria viral zoonótica causada por hantavirus del género *Orthohantavirus*, familia *Hantaviridae*, orden *Bunyavirales*. Se han identificado más de 20 especies virales dentro de este género. En América, el virus Sin Nombre es la causa predominante de SPH en Norteamérica, mientras que *Orthohantavirus andesense* es responsable de la mayoría de los casos en Sudamérica.

La infección por hantavirus humano se adquiere principalmente por contacto con la orina, las heces o la saliva de roedores infectados o al tocar superficies contaminadas. La exposición suele ocurrir durante actividades como la limpieza de edificios con infestaciones de roedores, aunque también puede ocurrir durante actividades rutinarias en áreas con alta infestación. Los casos humanos se notifican con mayor frecuencia en entornos rurales, como bosques, campos y granjas, donde hay presencia de roedores y las oportunidades de exposición son mayores. El síndrome pulmonar por hantavirus (SPH) se caracteriza por dolor de cabeza, mareos, escalofríos, fiebre, mialgia y problemas gastrointestinales, como náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal, seguidos de dificultad respiratoria repentina e hipotensión. Los síntomas del SPH suelen aparecer entre 2 y 4 semanas después de la exposición inicial al virus. Sin embargo, los síntomas pueden aparecer tan pronto como una semana y tan tarde como ocho semanas después de la exposición.

Las infecciones por hantavirus son relativamente poco comunes a nivel mundial. En 2025 (hasta la semana epidemiológica 47), en la Región de las Américas, ocho países notificaron 229 casos y 59 muertes con una CFR del 25,7 %. En la Región Europea, se notificaron 1885 infecciones por hantavirus en 2023 (0,4 por 100 000), lo que marca la tasa más baja observada entre 2019 y 2023. En Asia Oriental, particularmente en China y la República de Corea, la fiebre hemorrágica con síndrome renal (FHSR) por hantavirus sigue siendo responsable de muchos miles de casos anualmente, aunque la incidencia ha disminuido en las últimas décadas.

Las infecciones por hantavirus se asocian con una tasa de letalidad de entre el 1 % y el 15 % en Asia y Europa, y de hasta el 50 % en América. Si bien no existen tratamientos específicos ni vacunas contra las infecciones por hantavirus, la atención de apoyo temprana y la derivación inmediata a un centro con una unidad de cuidados intensivos completa pueden mejorar la supervivencia.

Los factores ambientales y ecológicos que afectan a las poblaciones de roedores pueden influir en las tendencias estacionales de las enfermedades. Dado que los reservorios del hantavirus son roedores silvestres, la transmisión puede ocurrir cuando las personas entran en contacto con los hábitats de estos animales.

Aunque poco frecuente, se han notificado casos limitados de transmisión de HPS entre humanos debido al virus Andes en entornos comunitarios que implican contacto estrecho y prolongado. Se han documentado previamente infecciones secundarias entre trabajadores de la salud en centros sanitarios, aunque siguen siendo raras.

La OMS considera actualmente que el riesgo que supone este evento para la población mundial es bajo y seguirá vigilando la situación epidemiológica y actualizando la evaluación de riesgos a medida que se disponga de más información.

## Consejos de la OMS

La OMS recomienda que los Estados Parte involucrados en este evento continúen sus esfuerzos en materia de detección, investigación, notificación, gestión de casos, control de infecciones y gestión de la salud pública a bordo, incluidas las medidas de saneamiento del buque, en estrecha coordinación con el operador del transporte, para prevenir y controlar las infecciones causadas por hantavirus.

En el contexto del brote actual, los pasajeros y la tripulación deben practicar una higiene de manos frecuente, estar atentos a los síntomas del hantavirus y realizar un seguimiento activo de los síntomas durante 45 días. La tripulación debe garantizar una limpieza ambiental adecuada (evitando el barrido en seco) y una buena ventilación en el barco. Los pasajeros y la tripulación que presenten síntomas deben informar al personal médico a bordo y aislarse. Si presentan síntomas respiratorios, deben practicar la higiene respiratoria y usar una mascarilla médica.

La detección precoz de los casos sospechosos, el aislamiento inmediato y el cumplimiento constante de las medidas recomendadas de prevención y control de infecciones siguen siendo esenciales para proteger al personal sanitario. El diagnóstico del síndrome pulmonar por hantavirus (SPH) se realiza mediante pruebas serológicas para detectar anticuerpos IgM o títulos crecientes de anticuerpos IgG utilizando un ensayo inmunoenzimático (ELISA) o mediante la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) para detectar el ARN viral.

Las campañas de concienciación en salud pública deben centrarse en mejorar la detección precoz, garantizar un tratamiento oportuno y reducir los riesgos de exposición. Las medidas preventivas deben abordar las exposiciones laborales y relacionadas con el ecoturismo, hacer hincapié en las prácticas estándar de prevención y control de infecciones basadas en la transmisión, e incluir estrategias de control de roedores. La mayoría de las actividades turísticas habituales conllevan poco o ningún riesgo de exposición a roedores o sus excrementos.

Debe tenerse en cuenta la posibilidad de transmisión de persona a persona en zonas donde los hantavirus andinos y, potencialmente, otros hantavirus sudamericanos son endémicos. Las personas que participen en actividades al aire libre donde se sabe que existe transmisión endémica, como visitar zonas rurales, acampar o hacer senderismo, deben tomar precauciones para minimizar la posible exposición a materiales infecciosos.

Las intervenciones de comunicación de riesgos y participación comunitaria deben priorizar una comunicación transparente, oportuna y culturalmente apropiada para sensibilizar sobre los riesgos de transmisión del hantavirus —en particular la exposición a excrementos de roedores en zonas endémicas— y promover comportamientos preventivos prácticos como el almacenamiento seguro de alimentos, evitar el contacto con roedores, la limpieza húmeda (sin barrer en seco) y una ventilación adecuada. Las estrategias de participación comunitaria deben involucrar a líderes locales y trabajadores de sectores de alto riesgo para desarrollar y difundir conjuntamente mensajes adaptados, abordar la desinformación y fomentar la búsqueda temprana de atención médica.



## RESIDENCIA DE EPIDEMIOLOGÍA DE CAMPO

## Queremos destacar a una gran epidemióloga

En el marco del fortalecimiento de la formación en servicio, la Residencia de Epidemiología destaca y agradece la labor de la Dra. María Carolina Campo en el desarrollo de la vigilancia epidemiológica y en la formación de residentes.

Carolina nació en San Miguel de Tucumán y actualmente reside en Salvador Mazza, Salta.



### FORMACIÓN

- Bioquímica
- Especialista en Dirección de Sistemas de Salud (UNT).
- Especialista en Salud Pública (UNSa).

### TRAYECTORIA PROFESIONAL

- Hospital Prof. Salvador Mazza: bioquímica, vigilante epidemiológica, gerente de Atención a las Personas, gerente Sanitaria y gerente General.
- Dirección General de Coordinación Epidemiológica: Coordinadora del Centro de Coordinación de Actividades e Intervenciones Territoriales (CAIT).

### DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Profesora en la UNT y en el Instituto Superior de Formación Docente Regional “América Latina”. Participó en mesas de trabajo y como docente/facilitadora en eventos de interés epidemiológicos. Realizo y participo en investigaciones, entre ellas, “Brote de Paludismo en Salvador Mazza”, “Epidemiología Aplicada a la Gestión de Servicios” y estudios sobre cólera y Chagas, con mención de honor en una de ellas.

### EXPERIENCIA EN VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA LOCAL

Al inicio, la vigilancia en su A.O se limitaba a ITS confirmadas por laboratorio, sin investigación sistemática, luego la Dra. fortaleció la vigilancia epidemiológica mediante la incorporación de:

- Vigilancia activa de cólera, sarampión, rabia, arbovirosis, diarreas y paludismo.
- Investigación de casos y brotes.
- Detección temprana de eventos.
- Uso de corredores endémicos.
- Respuesta oportuna en terreno (coqueluche, meningitis, sarampión).
- Participación en reuniones binacionales en zonas de frontera.

### EXPERIENCIA EN LA DGCE (CAIT)

Participo en estrategias de prevención y control organizadas en tres líneas:

- **Educación:** escuelas centinela, protocolos ante arbovirosis y lineamientos para Semana D.
- **BTI:** distribución y capacitación para su uso en terreno.
- **Biocontroladores:** estudios y validación de herramientas como *Beauveria bassiana*.

## ROL DOCENTE

Es clave en la formación de residentes, mediante:

- Capacitación en brotes (incluido paludismo en Salvador Mazza).
- Elaboración de planes de contingencia.
- Capacitación en vigilancia en cólera, rabia y chikungunya.
- Acompañamiento en terreno, en diferentes comisiones de servicio y en el A.O.

Su compromiso ha fortalecido las capacidades de quienes integran la residencia.

**En un breve diálogo con la Dra. Campo, nos dejó estas reflexiones:**

- **¿Qué significado tiene la Epidemiología en su práctica profesional y en el contexto de la salud pública?**  
“La epidemiología es una forma de vida, basada en la observación y el análisis continuo de las problemáticas locales y de otras áreas.”
- **En relación con su trayectoria, ¿qué aspectos destacaría del nivel local y del nivel central?**  
“A nivel local, la posibilidad de detectar tempranamente situaciones de riesgo en la comunidad y en comunidades vecinas. A nivel central, esa misma mirada se amplía para abarcar a toda la provincia de Salta.”
- **¿Cuál ha sido su rol en la formación de profesionales y qué importancia le asigna a la docencia en Epidemiología?**  
“Permitir el desarrollo de nuevas generaciones, basándome en experiencias previas y con una mirada puesta en el seguimiento futuro de estas problemáticas.”
- **¿Qué mensaje le gustaría transmitir a las y los residentes y a quienes desean formarse en Epidemiología?**  
“La formación en epidemiología permite y permitirá garantizar un adecuado control de las enfermedades en nuestra región.”

***Desde la Residencia de Epidemiología, agradecemos profundamente su compromiso, dedicación y vocación docente, que constituyen un ejemplo para quienes nos estamos formando en el campo de la salud.***





## INFORMES ESPECIALES

## Intoxicación/exposición por monóxido de carbono

El total de casos confirmados de intoxicación/exposición por monóxido de carbono durante el año 2024 fue de 90. En el año 2025, hasta la Semana Epidemiológica (SE) 53, el total fue de 88 casos, pertenecientes a los departamentos de Anta, Capital, Cerrillos, General Güemes y Metán.

Hasta la SE 16 del año 2026, no se registraron óbitos en SNVS 2.0.

**TABLA 12.1. CASOS DE INTOXICACIÓN/EXPOSICIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO POR SEMANA Y ACUMULADOS. PROVINCIA DE SALTA. AÑOS 2024, 2025 Y 2026 HASTA SE 16.**

Acumulados 2024	Acumulados 2025	Casos SE 16/2026	Acumulados 2026
90	88	0	0

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

## Boletín N°2 – Observatorio de Nutrición

### Situación Nutricional – Abril 2026

El Observatorio de Nutrición presenta el **Boletín N° 2**, con información actualizada sobre la situación nutricional en la Provincia de Salta, basada en datos del **4° trimestre 2025**.

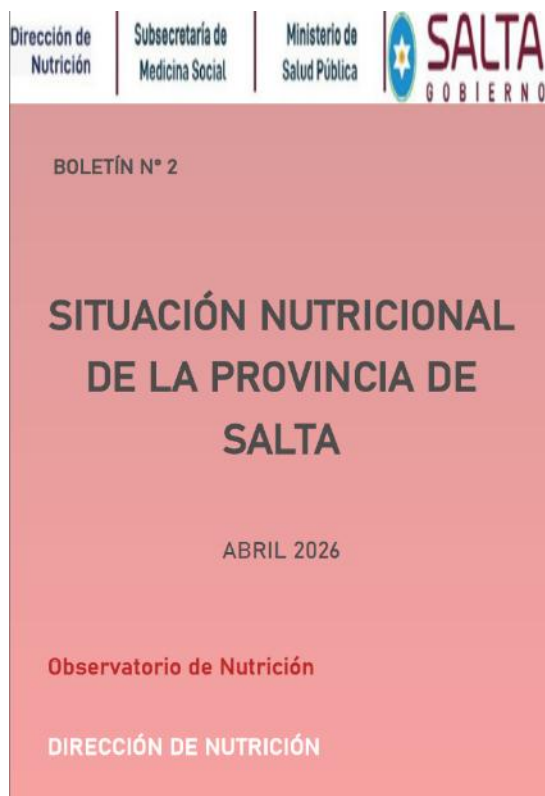
Este informe consolida datos provenientes de Atención Primaria de la Salud, Enfermería y Nutrición, con el objetivo de **fortalecer la vigilancia nutricional y apoyar la toma de decisiones en el territorio**.

#### Principales resultados:

- Se controlaron **65.035 niños y niñas menores de 6 años**, alcanzando una cobertura del **37%**.
- El **1,5%** presentó **bajo peso o muy bajo peso**, con mayor prevalencia en menores de 2 años.
- El **6,8%** registró **alto peso**, evidenciando la doble carga de malnutrición.
- La **lactancia exclusiva al 6° mes alcanzó 58,1%**, superando el promedio nacional reportado.
- En gestantes del interior, cerca del **40% de los embarazos fueron de riesgo** y el **60,8% accedió a controles integrales (MELON)**.

Además, el boletín incluye:

- Análisis por zonas sanitarias
- Mapas territoriales por Área Operativa
- Evolución temporal de indicadores clave
- Información sobre lactancia y salud materna



Enlace al documento:

[Boletín N° 2 – Observatorio de Nutrición -](#)  
[≥](#)

Escanear para acceder al documento:





## HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

## Diagnóstico y manejo clínico del dengue

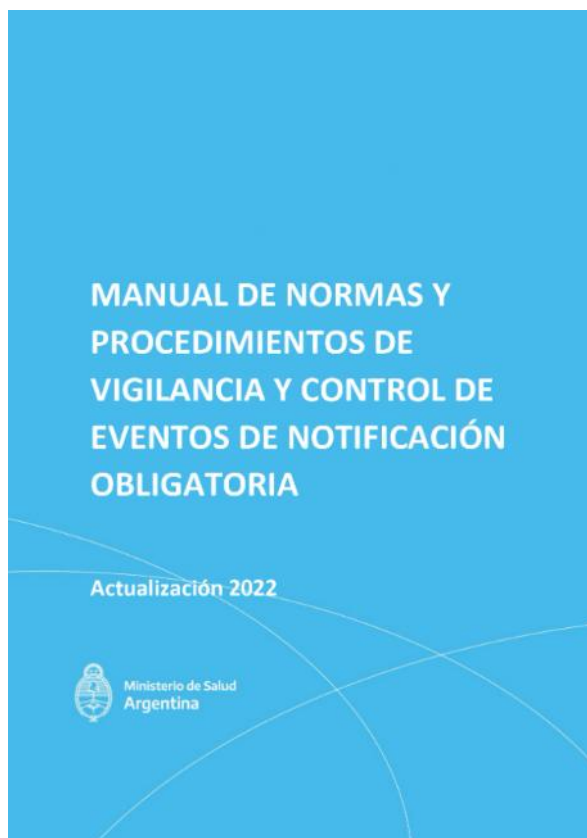
### CURSO VIRTUAL



Reconocer y diagnosticar clínicamente la enfermedad del dengue de manera temprana y ofrecer un tratamiento oportuno y adecuado puede significar la diferencia entre la vida y la muerte para aquellos que sufren la enfermedad. Por este motivo, es necesario que el personal médico a cargo de la atención de los casos con sospecha de dengue esté debidamente capacitado y sensibilizado en el manejo de estos pacientes. Si usted

forma parte del proceso de atención de casos de dengue puede comenzar el curso en el siguiente enlace: <https://campus.paho.org/es/curso/diagnostico-manejo-clinico-dengue>

## Manual de normas y procedimientos de vigilancia



Este manual pretende contribuir con el fortalecimiento de las capacidades institucionales y de conducción de las autoridades de salud para garantizar una adecuada vigilancia, control, gestión y respuesta a los riesgos para la salud, incluyendo los brotes de enfermedades transmisibles, eventos relacionados con la salud ambiental, con las lesiones, la salud mental, entre otros.



NOMINA DE VIGILANTES  
EPIDEMIOLÓGICOS

## NÓMINA DE VIGILANTES EPIDEMIOLÓGICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA

Nº	ZONA	A.O y HOSPITALES	VIGILANTE	MAIL
1	NORTE	COLONIA SANTA ROSA	LUCIANA FLORES	luciflores81@hotmail.com
2	NORTE	PICHANAL	COCA RAMÓN	epidemv.cocar@gmail.com
3	NORTE	AGUARAY	TERESA REINAGA	reynagaortiz27@yahoo.com.ar
4	NORTE	MORILLO	EDGAR VILLAGRA	hedgar69villagra@gmail.com
5	OESTE	SANTA VICTORIA OESTE	TERESA ALEMAN	bqcaaleman@gmail.com
6	OESTE	IRUYA	JOSE LUIS MARTINEZ	joseluismartinez8024@gmail.com
7	NORTE	SALVADOR MAZZA	FERNANDA ROMERO	romerofernanda22@gmail.com
8	NORTE	SANTA VICTORIA ESTE	YESICA RALAS	hospisve@gmail.com
9	NORTE	EMBARCACION	WALTER AGUILAR	waltergerardoaguilar91@gmail.com
10	OESTE	NAZARENO	UMBERTO SOCPASA	umbertosocpasa@gmail.com
11	NORTE	ORAN	GABRIELA MENDEZ	dra_gmendez@hotmail.com
12	NORTE	TARTAGAL	RODRIGO ACEVEDO	infectologiatartagal@gmail.com
13	NORTE	RIVADAVIA	EDUARDO ALZOGARAY	joseduardoalzogaray4@gmail.com
14	SUR	LAS LAJITAS	SERGIO GUAYMAS GONZALEZ	serg.guaims.gonz@gmail.com
15	SUR	JOAQUIN V. GONZALEZ	JULIO USANDIVARAS	juliousandivaras63@hotmail.com
16	SUR	EL QUEBRACHAL	AMANDA ALICIA ARIAS	epivigilanciahosper20@gmail.com
17	SUR	GALPON	ALVARO MAZA	hospitalelgalpon@gmail.com
18	SUR	ROSARIO DE LA FRONTERA	GABRIELA GARCIA	gabicinia65@gmail.com
19	SUR	METAN	XIMENA IÑIGUEZ	ximeiniguez@yahoo.com.ar
21	SUR	EL TALA	DANIEL LIGORRIA	bqdanielligorria19@gmail.com
22	SUR	GRAL. GUEMES	PAULA DI FILIPPO	epiguemes@gmail.com
23	SUR	APOLINARIO SARAVIA	SUSANA COLQUE	vigilahospitalao23@gmail.com
24	OESTE	CAFAYATE	ANALIA ECHAZU	echazu_analia@yahoo.com.ar
25	OESTE	SAN CARLOS	NATALIA VÁSQUEZ	hospitalsancarlos2015@gmail.com
26	OESTE	MOLINOS	FRANCISCO TAPIA	franrtapia1997@gmail.com
27	OESTE	CACHI	JUAN LIMA	juancho_bioq@yahoo.com
28	NORTE	GRAL. MOSCONI	SILVIA SINGH	epimosconi28@gmail.com
29	OESTE	SAN ANTONIO DE LOS COBRES	VANESA MARTINEZ	vanesaemilceners@gmail.com

Nº	ZONA	A.O y HOSPITALES	VIGILANTE	MAIL
30	OESTE	CERRILLOS	MONICA GIMENEZ	monica_patricia99@hotmail.com
31	NORTE	HIPOLITO YRIGOYEN	RICARDO GERONIMO	geronimoricardo35@gmail.com
32	OESTE	ROSARIO DE LERMA	PAOLA MONTAÑO	vigilanciaepidemiologica.hjc@gmail.com
33	OESTE	CHICOANA	YESICA TOLABA	yesicamabel81@gmail.com
34	OESTE	EL CARRIL	SILVIA VILTE	silviabvilte@outlook.com
35	OESTE	CORONEL MOLDES	MARIEL GIMENEZ	drmarielgimenez@yahoo.com.ar
36	OESTE	LA VIÑA	JAVIER LOPEZ	jabelobeltran2020@gmail.com
37	OESTE	GUACHIPAS	ZAMBRANO DAVID	deividzam@yahoo.com.ar
38	SUR	EL POTRERO	LUIS APARICIO	luisapa707@outlook.com
39	OESTE	LA CALDERA	MÓNICA JUÁREZ	odmonicajuarez@gmail.com
40	CENTRO	Hosp. SAN BERNARDO	ANIBAL CASTELLI	anibal_castelli@yahoo.com.ar
41	CENTRO	Hosp. SR. DEL MILAGRO	ADRIAN EDELCOPP	epimilagro_9@hotmail.com
42	CENTRO	Hosp. RAGONE	NATALIA PEREZ RIGOS	natyperezrigos@gmail.com
43	CENTRO	Hosp. OÑATIVIA	LAURA TORREZ	epidemiologia.honativia@gmail.com
44	NORTE	ALTO LA SIERRA	LIVIA ARROYO	arroyoamandalivia@gmail.com
46	OESTE	CAMPO QUIJANO	ROSARIO GERONIMO	rosario_geronimo@hotmail.com
47	CENTRO	HPMI	ADRIANA FALCO	hpmiepidemiologia@gmail.com
48	OESTE	SECLANTAS	GONZALO GUAYMAS	gonzalo_guaymas@yahoo.com.ar
49	NORTE	URUNDEL	SAUL FLORES	saulgermanflores867@gmail.com
50	OESTE	LA MERCED	CLAUDIO BARRERA DIB	itfclaudio@hotmail.com
51	NORTE	LA UNION	ROGELIO CARABAJAL	rogelio.c.launion@gmail.com
52	OESTE	LA POMA	ANAHI REYES	romina1863@gmail.com
53	OESTE	ANGASTACO	VIVIANA ORELLANA	hospiangastaco53@gmail.com
55	CENTRO	PRIMER NIVEL A.O SUR	FACUNDO RUIZ	epi.papafrancisco@gmail.com
56	CENTRO	PRIMER NIVEL A.O NORTE	ZULMA FERNANDEZ CARLOS LIENDRO	epidemiologia2.aon@gmail.com
-	CENTRO	HOSP. MILITAR	JUVENAL SEGOVIA	juvsegovia@gmail.com

