



DIRECCIÓN GENERAL
DE COORDINACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Ministerio de
Salud Pública

 **SALTA**
GOBIERNO

HOSPITAL CNEL. JUAN SOLA
Area Operativa IV



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

Edición N° 172

SE 22

31/06/2026 al 06/06/2026

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

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
Oriana Cardozo
Matias Pioli
Mayra Stefoni

LABORATORIO DE ENFERMEDADES TROPICALES

Manuela Bono
Agostina Bruno
Carolina Herrero
Andrés Escalada
Sebastián Villena



TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	5
RESUMEN EPIDEMIOLOGICO HASTA SE 22	6
<u>EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS</u>	8
NOTIFICACIÓN AGRUPADA POR GRUPO DE EVENTOS	9
NOTIFICACIÓN NOMINAL POR GRUPO DE EVENTOS	11
<u>VIGILANCIA DE ENFERMEDADES</u>	13
<u>TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS</u>	13
DENGUE	14
CHIKUNGUNYA	19
SITUACIÓN DE BLOQUEOS POR CASOS DE SFAI	23
VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR SENSORES DE OVIPOSICIÓN	27
<u>VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS</u>	31
VIGILANCIA CLÍNICA	32
ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)	33
BRONQUIOLITIS	33
NEUMONÍA	34
IRA	34
VIGILANCIA POR LABORATORIOS	35
UNIDAD CENTINELA DE IRAG	37
VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PERSONAS INTERNADAS Y/O FALLECIDAS	45
<u>VIGILANCIA DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS</u>	48
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS	49
BROTOS DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS	49
EFE	57
MENINGITIS/MENINGOENCEFALITIS	59
<u>ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS, AGUA O RUTA FECAL ORAL</u>	60
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS	61
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	61
ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS	64

HEPATITIS VIRALES	65
HEPATITIS A	66
VIGILANCIA DE VIRUELA SÍMICA	70
VIRUELA SÍMICA (MPOX)	71
VIGILANCIA DE ENFERMEDADES ZONOTICAS HUMANAS	72
ENFERMEDADES ZONÓTICAS HUMANAS	73
VIGILANCIA DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS DE INTERÉS SANITARIO	75
ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS DE INTERÉS SANITARIO	76
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA POR EVENTOS	78
EIOS	79
RESIDENCIA DE EPIDEMIOLOGÍA DE CAMPO	81
INGRESO DE RESIDENTES A EPIDEMIOLOGÍA-AÑO 2026	82
INFORMES ESPECIALES	86
INTOXICACIÓN/EXPOSICIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO	87
HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	88
DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DEL DENGUE	89
MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA	89
NOMINA DE VIGILANTES EPIDEMIOLÓGICOS	90

Imagen de tapa

Capacitación sobre vigilancia epidemiológica, a cargo de la Residencia en epidemiología, en el área operativa Morillo perteneciente al departamento Rivadavia de la Provincia de Salta

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.

***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 22

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 22/2026), se notificaron 5.474 casos sospechosos, 21 casos. Sin casos confirmados en 2026.
- **Chikungunya:** 1940 casos confirmados hasta SE 22. La curva epidémica evidencia una fase de crecimiento sostenido hasta la SE 16, seguida de una tendencia descendente en las semanas más recientes, compatible con una desaceleración de la transmisión de chikungunya en la provincia.
- **Zika:** sin novedades en SE 22.

2. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

- **Bronquiolitis (<2 años):** 2.927 casos acumulados en 2026 hasta SE 22. El corredor endémico se ubica en zona de Éxito.
- **Neumonía:** 3.357 casos acumulados hasta SE 22. El corredor se ubica en zona de seguridad.
- **Enfermedad Tipo Influenza (ETI):** 13.745 casos acumulados hasta SE 22. El corredor endémico se encuentra en zona de alerta.
- **Internados por IRA:** Se notificaron 116 internados en la SE 22, sumando 1681 acumulados en 2026. El corredor se ubica en la zona de éxito. Los grupos etarios más afectados son menores de 1 año, 13-24 meses y 2-4 años.
- **Óbitos por influenza acumulados:** se notificó 1 fallecimiento hasta SE 22.
- **Virus circulantes:** Hasta SE 22, se confirmaron 922 determinaciones positivas acumuladas en 2026 para virus respiratorios. El virus más frecuente en SE 22 fue Influenza A (n=28), seguido por Rhino/Entero (n=28), mientras que COVID no tuvo resultados positivos. La positividad de COVID-19 en UMAs en SE 22 fue de 0%.

3. Enfermedades Prevenibles por Vacunas

- **Varicela:** 18 casos en SE 22. Acumulados 185 casos EN 2026.
- **Parotiditis:** Sin casos en SE 22. Acumulado 7 casos.
- **Coqueluche:** sin casos en SE 22. Acumulados 3 casos.
- **EFE (Enfermedad Febril Exantemática):** 20 casos sospechosos notificados hasta SE 22. Sin casos confirmados en 2026.
- **Meningitis/Meningoencefalitis:** 77 entre casos confirmados y probables acumulados hasta SE 22 en 2026.

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

- **Fiebre tifoidea/paratifoidea:** 25 casos confirmados acumulados hasta SE 22 en 2026. El corredor endémico se ubica en zona de seguridad.
- **Hepatitis A:** sin casos en SE 22. Total 10 acumulados hasta SE 22/2026.

5. Enfermedades Zoonóticas

- **Alacranismo:** Acumulados 249 casos hasta SE 22/26.
- **Ofidismo:** Acumulado 49 en 2026 hasta SE 22/26.
- **APR (accidente potencialmente rábico):** Acumulados 406 en 2026 hasta SE 22.
- **Leishmaniasis visceral canina:** Acumulados 16 casos confirmados en 2026 hasta se 22.

6. Enfermedades Dermatológicas de Interés Sanitario

- **Leprosia:** 0 casos en SE 22. Acumulados 11 hasta SE 22 en 2026.
- **Leishmaniasis cutánea humana 2; Leishmaniasis Visceral humana 2, Leishmaniasis Mucocutáneas humana 3,** casos acumulados hasta SE 22 en 2026.
- **Micosis Profunda:** sin casos confirmados hasta SE 22.



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 22.
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	237	173	-64	-27%
	Intoxicación medicamentosa	382	235	-147	-38%
	Intoxicación por pesticidas clorados	2	0	-2	
	Intoxicación por pesticidas fosforados	4	10	6	
	Entero parasitosis	3	62	59	
	Intoxicación por hidrocarburos	16	1	-15	
	Intoxicación por raticidas	18	11	-7	
	Intoxicación por hierbas	22	0	-22	
	Intoxicación por caustico	30	102	72	240%
	IRA (InRespA)	136296	119180	-17116	-13%
	Mononucleosis infecciosa	1	0	-1	
	Parasitosis Intestinales-Uncinariasis	34	122	88	259%
	Parasitosis Intestinales-Ascariasis	88	62	-26	-30%
	Parasitosis Intestinales-Oxiuriasis	217	121	-96	-44%
	Parasitosis Intestinal Protoz.(Giard.-Ameb.)	213	207	-6	-3%
Parasitosis Intestinales-Estrongiloidiasis	12	0	-12		

	Parasitosis Intestinales-Otras	2740	2240	-500	-18%
	Tox infecciones alimentarias (c/Ficha ETA)	0	0	0	
	Lesiones por caídas y golpes	3568	4339	771	22%
	Lesiones por electrocución	19	22	3	
	Lesiones por cortes y quemaduras	1054	1325	271	26%
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	53	14	-39	
	Lesiones en el hogar sin especificar	1243	1251	8	1%
	Lesiones por arma de fuego	47	70	23	49%
	Lesiones por arma blanca	663	428	-235	-35%
Cianobacterias	Intoxicación/Exposición por cianobacterias/cianotoxinas en aguas	0	0	0	
Inmunoprevenibles	Varicela	208	139	-69	-33%
Respiratorias	Enfermedad tipo influenza (ETI)	12540	13289	749	6%
Diarreas	Diarreas	29805	26604	-3201	-11%
Efectos en la Salud asociado a temperaturas extremas	Efectos en salud asociados al calor extremo 2025	50	35	-15	-30%
	Efectos en salud asociados al frío extremo 2025	0	0	0	
Internaciones por siniestros viales	Peatón	209	120	-89	-43%
	Ciclista	161	225	64	40%
	Conductor o pasajero de automóvil	183	152	-31	-17%
	Conductor o pasajero de transporte público	113	118	5	4%
	Conductor o pasajero de motocicleta	1530	1786	256	17%
Internaciones por lesiones en el hogar	Lesiones por caídas y golpes	582	733	151	26%
	Lesiones por atragantamiento	10	4	-6	
	Lesiones por electrocución	11	24	13	
	Lesiones por cortes y quemaduras	317	452	135	43%
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	3	15	12	
	Lesiones en el hogar sin especificar	41	60	19	46%
	Otras lesiones en el hogar	68	112	44	65%
Lesiones por mordedura de perro (ambulatorios)	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	357	399	42	12%
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	441	308	-133	-30%
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	47	44	-3	-6%
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	783	1298	515	66%

Notificación nominal por grupo de eventos

TABLA I.2. NOTIFICACIONES DE CASOS NOMINALES SELECCIONADOS HASTA LA SE 22.
RESIDENTES DE LA PROVINCIA DE SALTA. COMPARACIÓN 2025-2026

Grupo de Eventos	Evento	2025	2026	Diferencia de casos	Variación
Por vectores	Dengue	24	0	-24	
	Zika	0	0	0	
	Chikungunya	0	1940	1940	
	Fiebre Amarilla	0	0	0	
Inmunoprevenibles	Difteria	0	0	0	
	Coqueluche	0	3	3	
	Sarampión	0	0	0	
	PAF	0	0	0	
	Parotiditis	15	7	-8	
Meningitis y meningoencefalitis	Caso confirmado de meningoencefalitis viral sin especificar agente	7	4	-3	
	Caso confirmado de Encefalitis por herpes simple	2	3	1	
	Caso confirmado de meningitis fúngica	3	1	-2	
	Caso confirmado de meningitis parasitaria	1	0	-1	
	Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana - otros agentes	2	2	0	
	Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana s/especificar agente	0	5	5	
	Caso confirmado de meningoencefalitis por Haemophilus influenzae	0	1	1	
	Caso confirmado de meningoencefalitis por Neisseria meningitidis	0	0	0	
	Caso confirmado de meningoencefalitis por Streptococcus pneumoniae	2	5	3	
	Caso confirmado de meningoencefalitis viral - enterovirus	6	1	-5	
	Caso confirmado de Meningoencefalitis viral - otros agentes	0	4	4	
	Caso invalidado por epidemiología	5	15	10	
	Caso probable de meningitis, meningoencefalitis o encefalitis virales	19	26	7	
	Caso probable de meningoencefalitis bacteriana	3	5	2	
	Meningitis tuberculosa	0	2	2	
Meningoencefalitis sin especificar etiología	4	3	-1		

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	17	25	8	
	Brote asociado a Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA)	3	1	-2	
	Diarrea aguda por Salmonelosis	3	6	3	
Hepatitis	Hepatitis A	12	10	-2	
Zoonóticas	Accidente potencialmente rábico (APR)	394	378	-16	-4%
	Alacranismo	295	239	-56	-19%
	Araneísmo sin especificar especie	1	0	-1	
	Araneísmo-Envenenamiento por Latrodectus (Latrodectismo)	4	5	1	
	Araneísmo-Envenenamiento por Loxosceles (Loxoscelismo)	3	5	2	
	Araneísmo-Envenenamiento por Phoneutria (Foneutrismo)	0	0	0	
	Brucelosis	3	3	0	
	Brucelosis en embarazadas	0	0	0	
	Hantaviriosis	3	18	15	
	Hidatidosis	16	11	-5	
	Leishmaniasis visceral canina	58	16	-42	
	Leptospirosis	0	2	2	
	Ofidismo sin especificar especie	2	2	0	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	40	42	2	5%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chini)	3	2	-1	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	1	0	-1	
	Psitacosis	1	0	-1	
	Rabia animal	2	2	0	
Enfermedad Dermatológica de interés Sanitario (EDIS)	Leishmaniasis cutánea humana	16	2	-14	
	Leishmaniasis mucocutánea humana	5	4	-1	
	Leishmaniasis visceral humana	6	4	-2	
	Lepra	2	11	9	
	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 Nacional¹

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 mínima² desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 26.383 casos sospechosos de dengue, de los cuales 65 fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El 57% corresponden a casos sin antecedente de viaje.

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), en la SE 22/2026 se notificaron 340 casos sospechosos sin casos confirmados. 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.
- Treinta casos notificados en CABA: veintiún casos sin antecedente de viaje, registrándose un clúster en la Comuna 10 (Villa Real) entre la SE9-SE17. El resto de los casos tienen residencia en comuna 7, 9 y 1. Además, se notificaron nueve casos con antecedente de viaje a Brasil (DENV-3), Sri Lanka (DENV-3), Pakistán, México (DENV-3) y Venezuela.
- Cuatro casos notificados por Córdoba: dos casos con antecedente de viaje a México y dos casos sin antecedente de viaje en Córdoba Capital.

¹ Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N° 812, SE 22.

² 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).

- 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).
- Dos casos notificados por Mendoza con antecedente de viaje a México (DENV-3).
- Dos casos notificados por Santa Fe con antecedente de viaje a Maldivas (DENV-3), del departamento de San Cristóbal.
- Dos casos notificados por Jujuy uno con antecedente de viaje a Bolivia y otro (SE19) sin antecedente de viaje aún en investigación, ambos en departamento El Carmen. En ambos casos se detectó serotipo DENV-3.
- Un caso notificado por Misiones con antecedente de viaje a República Dominicana.
- Un caso notificado por Corrientes sin antecedente de viaje, aún en investigación epidemiológica.

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. 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 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.

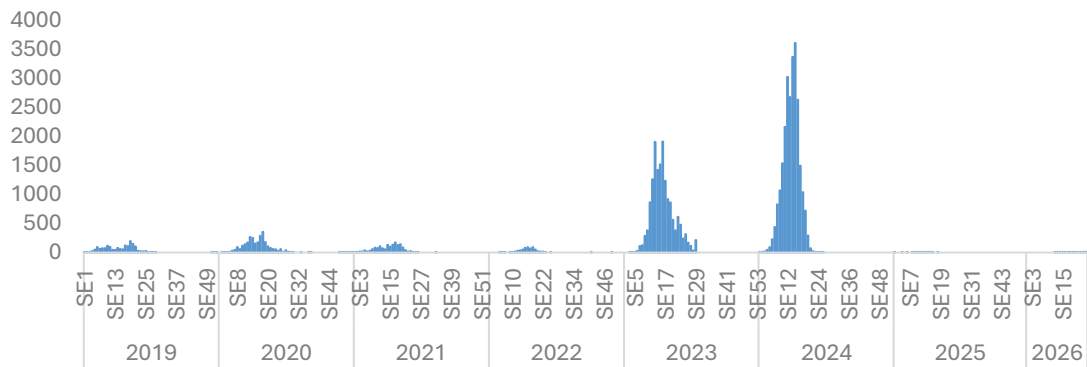
Situación Provincial

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 22). 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 22/2026) se reportaron 5.474 sospechosos, 21 casos probables. No se confirmaron casos de dengue hasta la SE 22.

TABLA 2.1. DENGUE: CASOS ACUMULADOS NOTIFICADOS SEGÚN CLASIFICACIÓN* POR DEPARTAMENTO. TEMPORADA 2025/2026. SE 1/2026 A SE 22/2026. PROVINCIA DE SALTA

Departamento	Probable Sin antecedente de viaje	Probable con antecedente de viaje	Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total sospechosos notificados
Anta	9	0	176	774	959
Cachi	0	0	1	0	1
Cafayate	0	0	0	5	5
Capital	2	0	204	187	393
Cerrillos	0	0	9	22	31
Chicoana	0	0	1	2	3
General Güemes	0	0	13	55	68
Gral José de San Martín	5	0	845	1270	2120
Guachipas	0	0	0	0	0
Iruya	0	0	10	4	14
La Caldera	0	0	5	5	10
La Candelaria	0	0	5	4	9
La Poma	0	0	0	0	0
La Viña	0	0	2	0	2
Los Andes	0	0	0	0	0
Metán	2	0	32	87	120
Molinos	0	0	0	0	0
Orán	1	0	1051	224	1276
Rivadavia	0	0	43	67	110
Rosario de la Frontera	0	0	5	15	20
Rosario de Lerma	0	0	11	14	25
San Carlos	0	0	0	0	0
Sta Victoria	0	0	5	2	7
Total	19	0	2418	2737	5173

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 precedente 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
Total	2	273	26	301

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 22/2026. 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	46	0	119	0	45	0	1	0	47	0	32	1
16	414	25	0	139	0	49	1	1	0	93	2	73	1
17	290	26	0	66	0	48	0	1	0	69	0	52	2
18	349	25	0	114	0	73	0	0	0	25	1	20	0
19	282	33	0	108	0	39	0	0	0	15	0	14	0
20	189	37	0	64	0	20	0	1	1	7	0	17	0
21	79	22	0	38	0	12	0	0	0	8	0	4	0
22	110	8	0	45	0	10	1	0	0	35	0	16	0
Total	3956	883	0	1207	0	502	7	22	2	767	8	393	15

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 22 AÑO 2026. SALTA

SE	NS1/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	211	0	0,00	79	1	1,27
16	214	1	0,47	166	3	1,81
17	141	0	0,00	121	2	1,65
18	212	0	0,00	45	1	2,22
19	180	0	0,00	29	0	0,00
20	122	1	0,82	24	0	0,00
21	72	0	0,00	12	0	0,00
22	63	1	1,59	51	0	0,00
Total	2614	9		1160	23	

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 regional³

Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de Chikungunya actualizada al 28/05/2026 en países de la región seleccionados:

- **Brasil:** Para el año en curso, hasta la SE 20/2026 se reportaron un total, 78.686 casos. De ellos, 28.627 fueron confirmados por laboratorio, lo que implica una disminución del 64% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 27 fallecimientos para este evento.
- **Bolivia:** hasta la SE 19/2026, se notificaron 39.501 casos, de los cuales 10.628 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una cantidad de casos 15 veces superior a la registrada para la misma semana epidemiológica de 2025, con 7 fallecimientos.
- **Paraguay:** hasta la SE 19/2026, se notificaron 15 casos confirmados por laboratorio, un valor similar al registrado para la misma semana de 2025, sin fallecimientos reportados.
- **Perú:** hasta la SE 18/2026 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 12.408 casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, de los cuales 2.642 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.

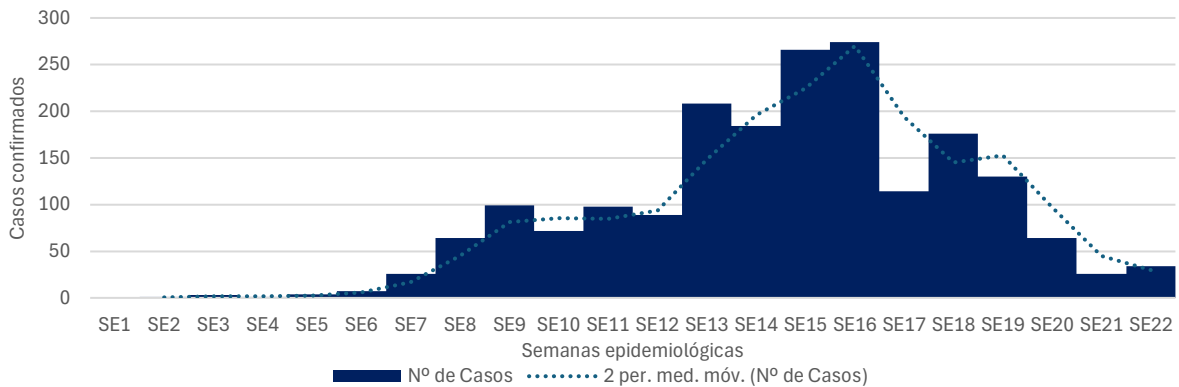
Si se compara la SE 21 con la SE 20, se notificaron 95 casos nuevos de Fiebre Chikungunya de los cuales 17 casos corresponden a la SE 21 por fecha mínima. Es importante destacar que estos eventos pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

³ Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°811, SE 21.

Situación provincial

En la Provincia de Salta hasta la SE 22, se notificaron 1940 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).

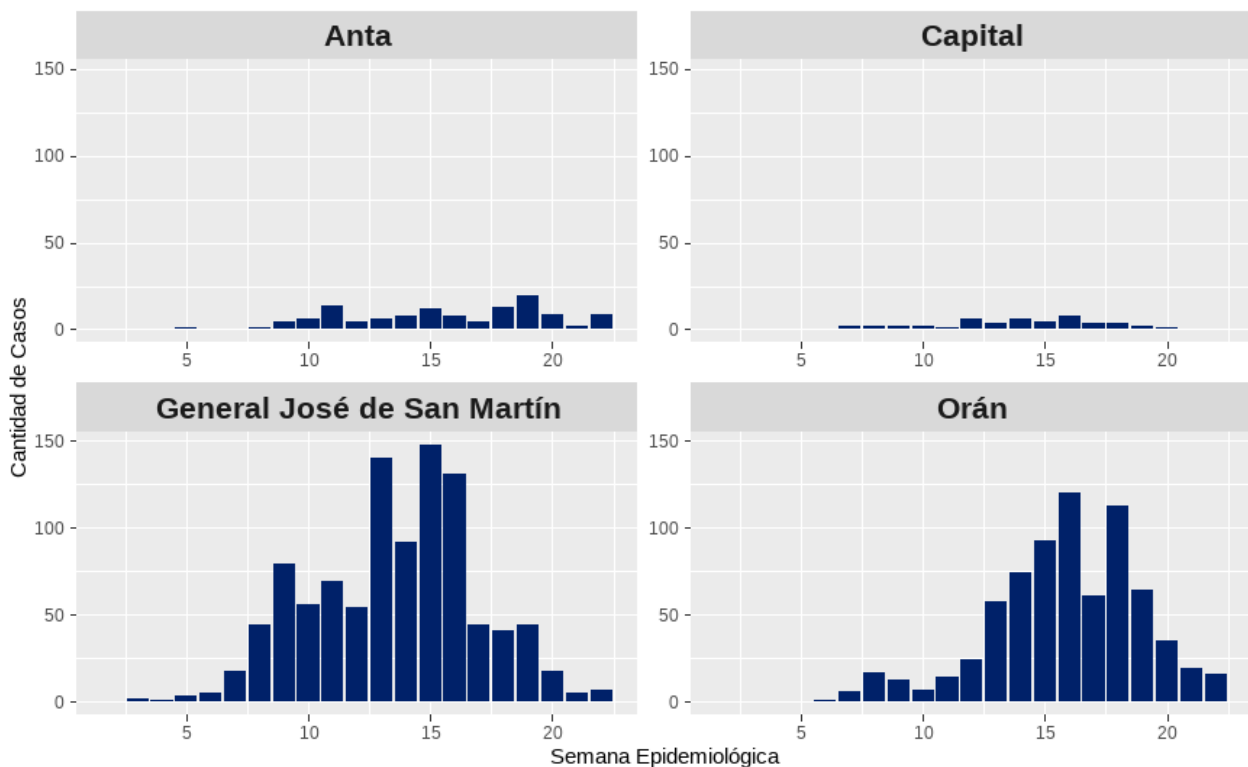
GRÁFICO 2.2. CHIKUNGUNYA: CASOS CONFIRMADOS POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. (SE 1 HASTA SE 22). AÑO 2026. PROVINCIA DE SALTA (n=1940)



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.

En el gráfico 2.3 se muestra la curva de casos de los departamentos que hayan notificado casos en 3 o más semanas consecutivas.

GRÁFICO 2.3. CHIKUNGUNYA: CASOS CONFIRMADOS POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DEPARTAMENTOS ANTA, CAPITAL, GENERAL SAN MARTIN Y ORÁN. SE 1/2026 A SE 22/2026. 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

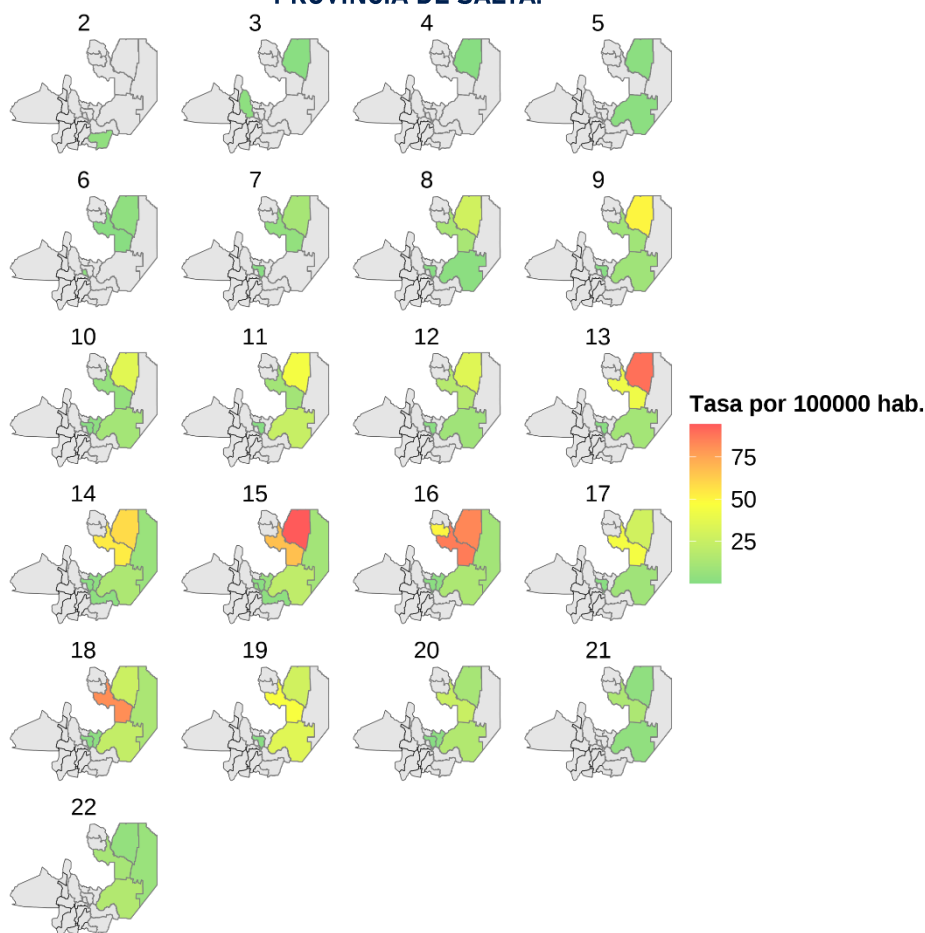
Se observa un patrón de concentración territorial con mayor aporte de casos confirmados en el departamento General San Martín, seguido por Orán, lo que sugiere mayor intensidad de transmisión y/o detección en el norte provincial durante el período analizado.

TABLA 2.5. CASOS CONFIRMADOS Y PROBABLES DE CHIKUNGUNYA DISTRIBUIDOS POR DEPARTAMENTO Y LOCALIDADES. PROVINCIA DE SALTA. HASTA SE 22. AÑO 2026.

DEPARTAMENTO/LOCALIDAD	CASOS CONFIRMADOS
ANTA	124
APOLINARIO SARAVIA	31
CENTRO 25 DE JUNIO	2
CORONEL MOLLINEDO	3
EL QUEBRACHAL	8
GAONA	23
GENERAL PIZARRO	28
JOAQUIN V. GONZALEZ	10
LAS LAJITAS	18
LUIS BURELA	1
CAPITAL	49
SALTA	49
CERRILLOS	2
CERRILLOS	2
GENERAL GÜEMES	8
CAMPO SANTO	4
GENERAL GÜEMES	4
GRL. JOSÉ DE SAN MARTÍN	1001
AGUARAY	52
EMBARCACION	111
GENERAL MOSCONI	1
PROFESOR SALVADOR MAZZA	738
TARTAGAL	99
IRUYA	3
ISLA DE CAÑAS	3
METÁN	2
SAN JOSE DE METAN	2
ORÁN	735
AGUAS BLANCAS	75
COLONIA SANTA ROSA	57
HIPOLITO YIRIGOYEN	26
PICHANAL	53
SAN RAMON DE LA NUEVA ORAN	524
RIVADAVIA	14
CORONEL JUAN SOLA	5
LA UNION	4
RIVADAVIA	4
SANTA VICTORIA ESTE	1
ROSARIO DE LA FRONTERA	1
ROSARIO DE LA FRONTERA	1
ROSARIO DE LERMA	1
CAMPO QUIJANO	1
TOTAL GENERAL	1940

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

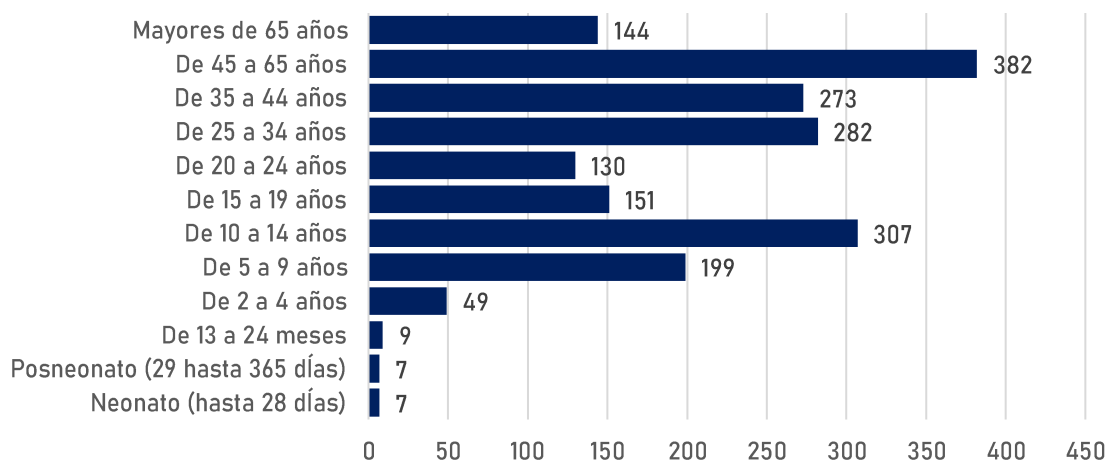
GRÁFICO 2.4. CHIKUNGUNYA: TASA DE INCIDENCIA (POR 100.000 HAB.) POR DEPARTAMENTO, SEGÚN SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. DESDE SE 2/2026 HASTA SE 22/2026. PROVINCIA DE SALTA.



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 382 casos confirmados, y de 10 a 14 años con 307 casos respectivamente (Gráfico 2.5)

GRÁFICO 2.5. FRECUENCIA ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE CHIKUNGUNYA SEGÚN GRUPO DE EDAD. SE 1/2026 A SE 22/2026. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026. (n=1940).



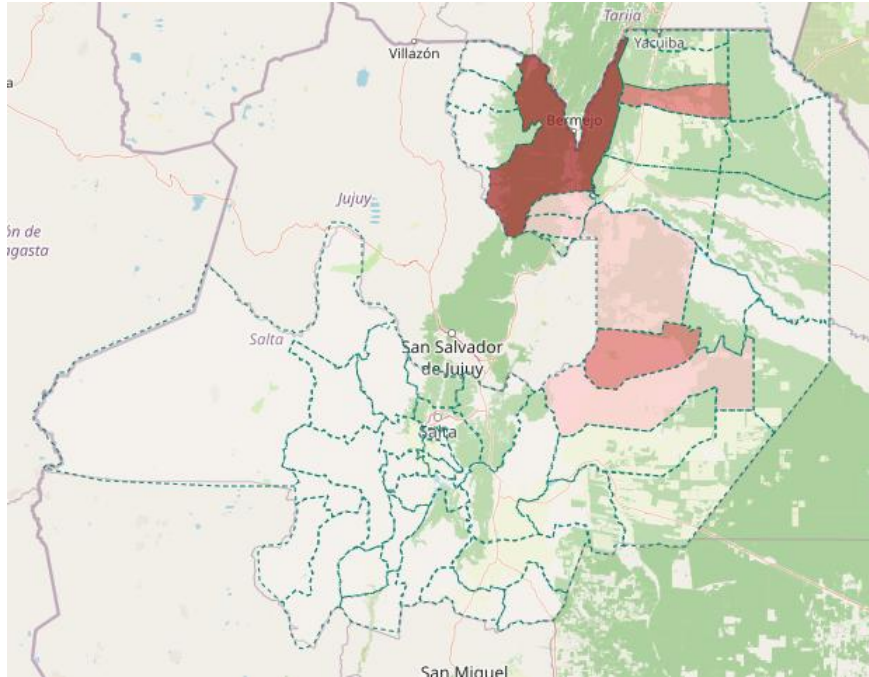
Fuente: Elaboración propia del Prog. de Sala de Situación de la D.G.C.E. en base a información proveniente de SNVS 2.0

De los casos notificados, 142 requirieron internación y 52 correspondieron a personas gestantes al momento de la infección.

Situación de bloqueos por casos de SFAI

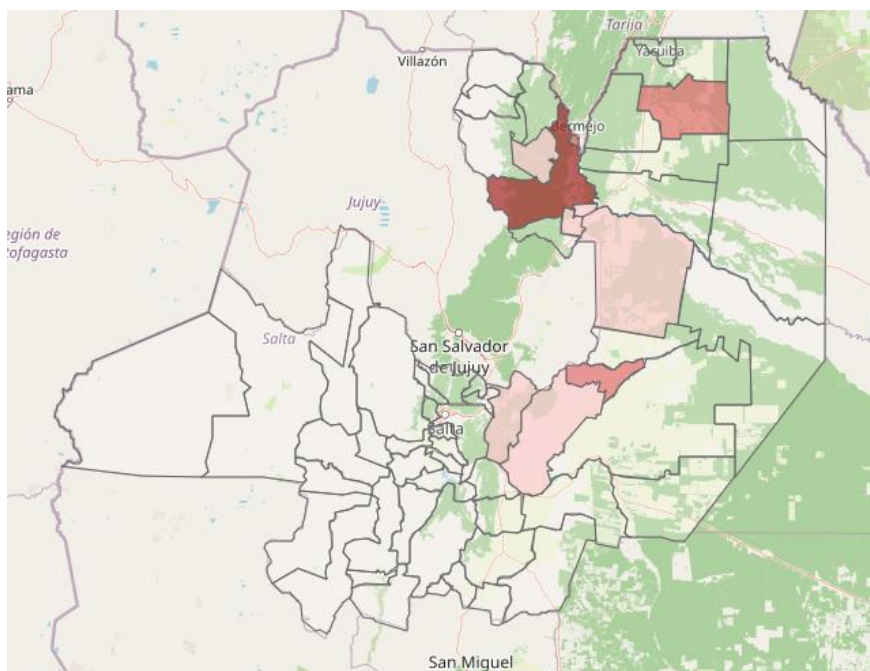
En el periodo de la vigilancia intensificada la SE 22 que comprende desde la fecha 31/05/2026 hasta 06/06/2026 a cargo del Vigilante Epidemiológico, APS y/o Agente Municipal, se han notificado 61 casos sospechosos por SFAI, de los cuales se registran 11 bloqueos realizados.

MAPA 2:1 SFAI. BLOQUEOS POR AREA OPERATIVA. SE 22. 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).

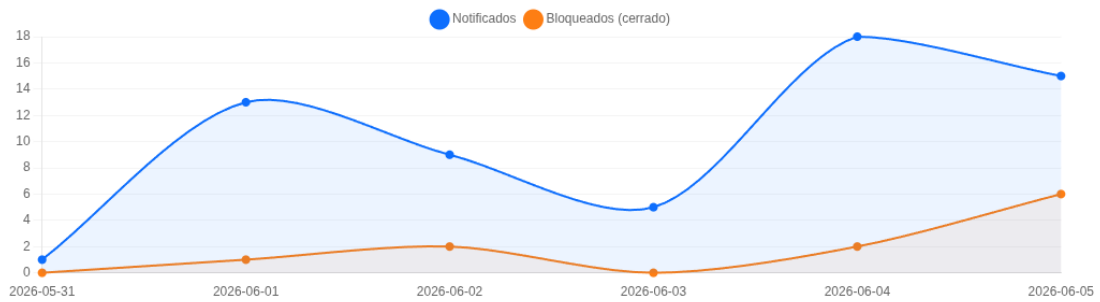
MAPA 2:2 SFAI. BLOQUEOS POR MUNICIPIO. SE 22. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026



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).

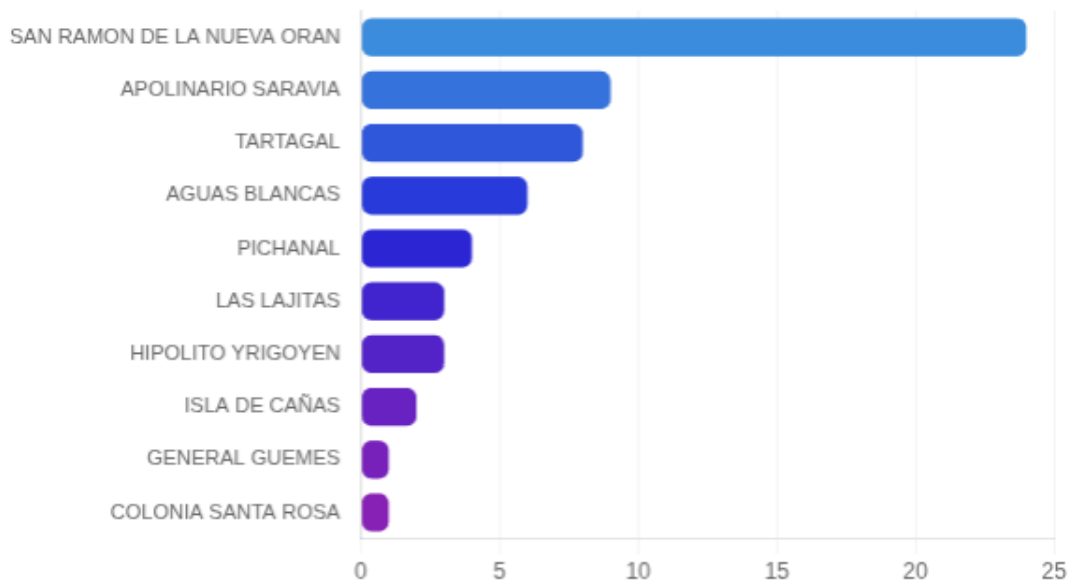
GRÁFICO 2.6. SFAI. CASOS NOTIFICADOS Y BLOQUEOS REALIZADOS. SE 22. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026

✓ **Evolución Temporal de Casos Sospechosos** Últimos 90 días · por fecha de notificación



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 2.7. SFAI. CASOS NOTIFICADOS POR MUNICIPIO. SE 22. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026



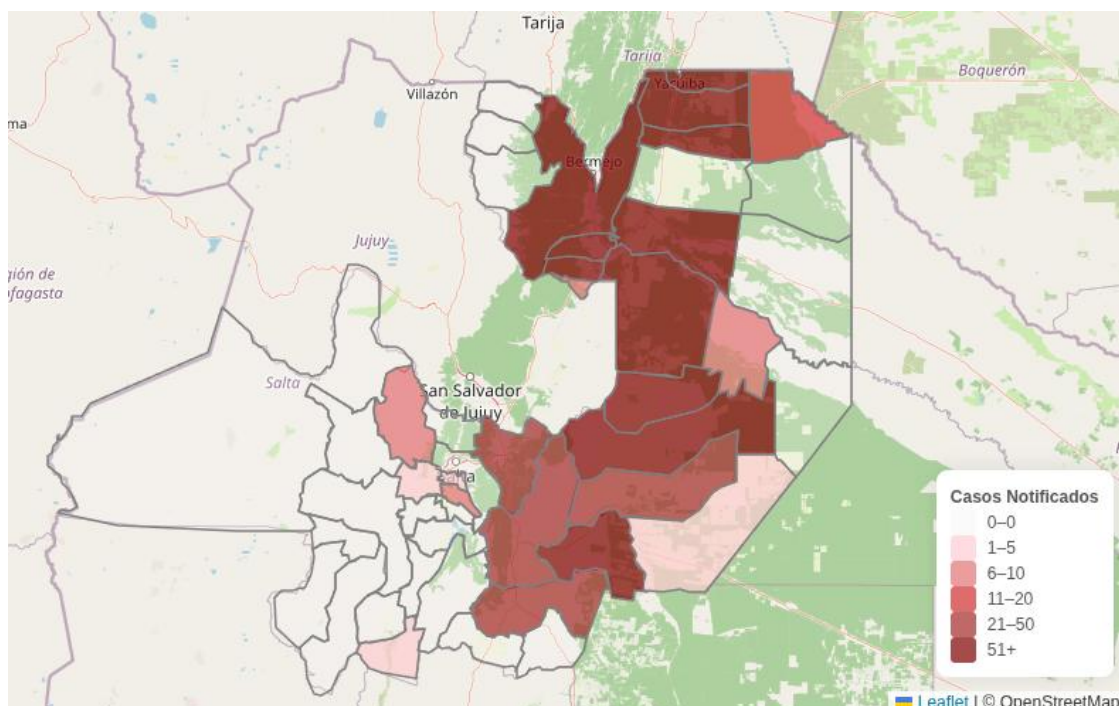
Fuente: Elaboración propia del Prog. E.V. y O.R. de la D.G.C.E. en base al sistema informático Sistema Integral de Vigilancia Vectorial Salta (SIVVSalta).

TABLA 2:6 SFAI. CASOS NOTIFICADOS Y BLOQUEOS REALIZADOS POR AREAS OPERATIVAS Y MUNICIPIOS. SE 22. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026

Área Operativa	Municipio	Casos Sospechosos	Casos Bloqueados
APOLINARIO SARA VIA	APOLINARIO SARA VIA	9	5
COLONIA SANTA ROSA	COLONIA SANTA ROSA	1	1
GENERAL GUEMES	GENERAL GUEMES	1	0
HIPOLITO YRIGOYEN	HIPOLITO YRIGOYEN	3	2
LAS LAJITAS	LAS LAJITAS	3	3
ORAN	AGUAS BLANCAS	6	0
ORAN	ISLA DE CAÑAS	2	0
ORAN	SAN RAMON DE LA NUEVA ORAN	24	0
PICHANAL	PICHANAL	4	0
TARTAGAL	TARTAGAL	8	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 (SIVS Salta).

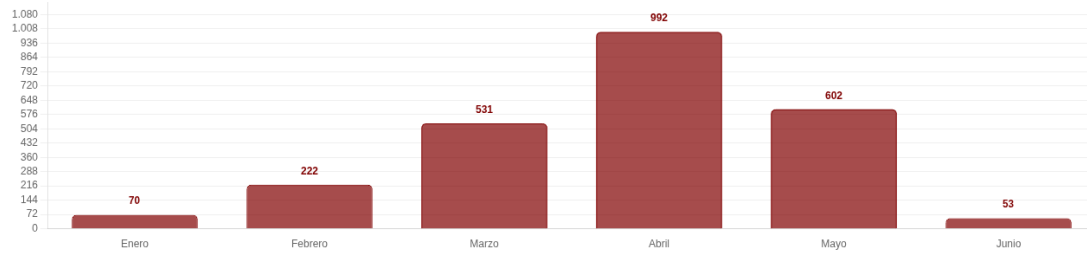
Desde la Semana Epidemiológica N° 1 a la Semana Epidemiológica N° 22 del presente año, se han registrado un total de 2847 casos sospechosos por SFAI de los cuales se lleva el registro de 1153 casos con bloqueos realizados lo que significa que hay un 40.5% de bloqueos realizados. A continuación, se muestra la tabla 2.7 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 22. 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 (SIVS Salta).

GRÁFICO 2.8. SFAI. CASOS NOTIFICADOS POR FIS. DESDE SE 1 A 22. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026

GRÁFICO MENSUAL POR FECHA DE INICIO DE SINTOMA (FIS)



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 21. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026

Área Operativa	Municipio	Casos Sospechosos	Casos Bloqueados
AGUARAY	AGUARAY	90	85
APOLINARIO SARA VIA	APOLINARIO SARA VIA	214	171
APOLINARIO SARA VIA	GENERAL PIZARRO	165	25
CAFAYATE	CAFAYATE	2	2
CAMPO QUIJANO	CAMPO QUIJANO	6	6
CERRILLOS	CERRILLOS	3	0
COLONIA SANTA ROSA	COLONIA SANTA ROSA	78	56
EL GALPON	EL GALPON	54	54
EL QUEBRACHAL	EL QUEBRACHAL	3	3
EMBARCACION	EMBARCACION	200	117
GENERAL GUEMES	CAMPO SANTO	16	3
GENERAL GUEMES	EL BORDO	6	0
GENERAL GUEMES	GENERAL GUEMES	28	3
HIPOLITO YRIGOYEN	HIPOLITO YRIGOYEN	55	38
HPMI - ZONA NORTE	SALTA NORTE	76	74
JOAQUIN V. GONZALEZ	JOAQUIN V GONZALEZ	33	29
LA MERCED	LA MERCED	10	10
LA UNION	RIVADAVIA BANDA SUR	10	3
LAS LAJITAS	LAS LAJITAS	78	78
METAN	SAN JOSE DE METAN	36	36
ORAN	AGUAS BLANCAS	164	1
ORAN	ISLA DE CAÑAS	8	0
ORAN	SAN RAMON DE LA NUEVA ORAN	942	136
PAPA FRANCISCO	SALTA SUR	19	5
PICHANAL	PICHANAL	62	16
PROFESOR SALVADOR MAZZA	PROFESOR SALVADOR MAZZA	188	49
ROSARIO DE LA FRONTERA	ROSARIO DE LA FRONTERA	24	24

ROSARIO DE LERMA	ROSARIO DE LERMA	1	0
SANTA VICTORIA ESTE	SANTA VICTORIA ESTE	16	16
TARTAGAL	TARTAGAL	253	112
URUNDEL	URUNDEL	7	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 (SIVVSalta).

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 recolectada⁴:

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

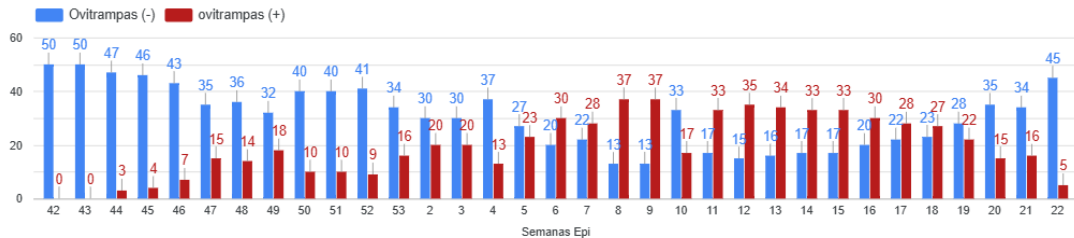
En el presente Boletín se informa los resultados obtenidos de los Sensores colocados en Salta Capital.

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

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.

GRAFICO 2.6. RESULTADO DE CONTROLES POR SE DE LAS OVITRAMPAS – SALTA CAPITAL. SE 42/25 A SE 22. AÑO 2026

Evolución de controles de las Ovitrampas por semanas

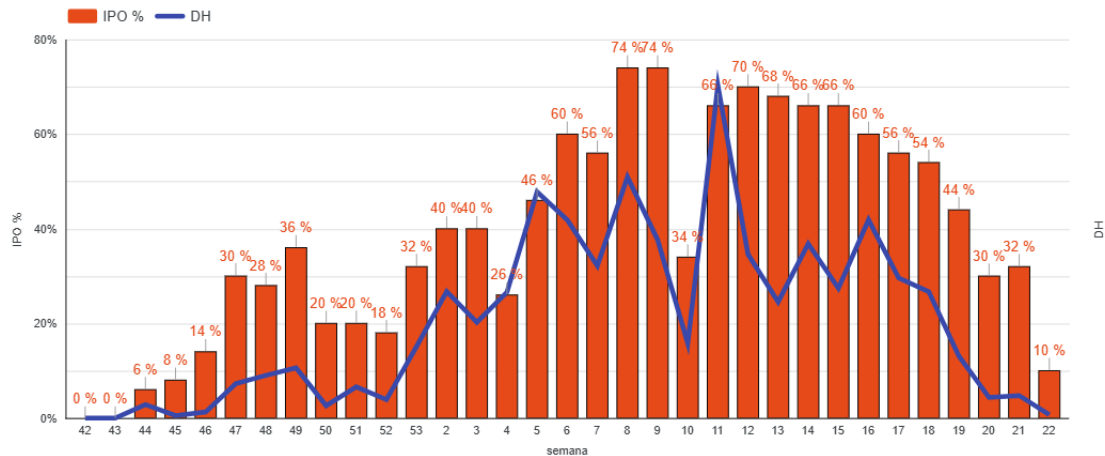


Fuente: elaboración propia programa EVOR a partir de los datos recolectados en el sistema Web de Ovitrampas provincial por el equipo de técnicos de Bases Nacionales

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

GRÁFICO 2.7. ÍNDICE DE OVITRAMPAS POSITIVAS (IPO) E ÍNDICE DE DENSIDAD DE HUEVOS (IDH) POR SE DE LAS OVITRAMPAS – SALTA CAPITAL. SE 42/ 2025 A SE 22/ 2026.

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

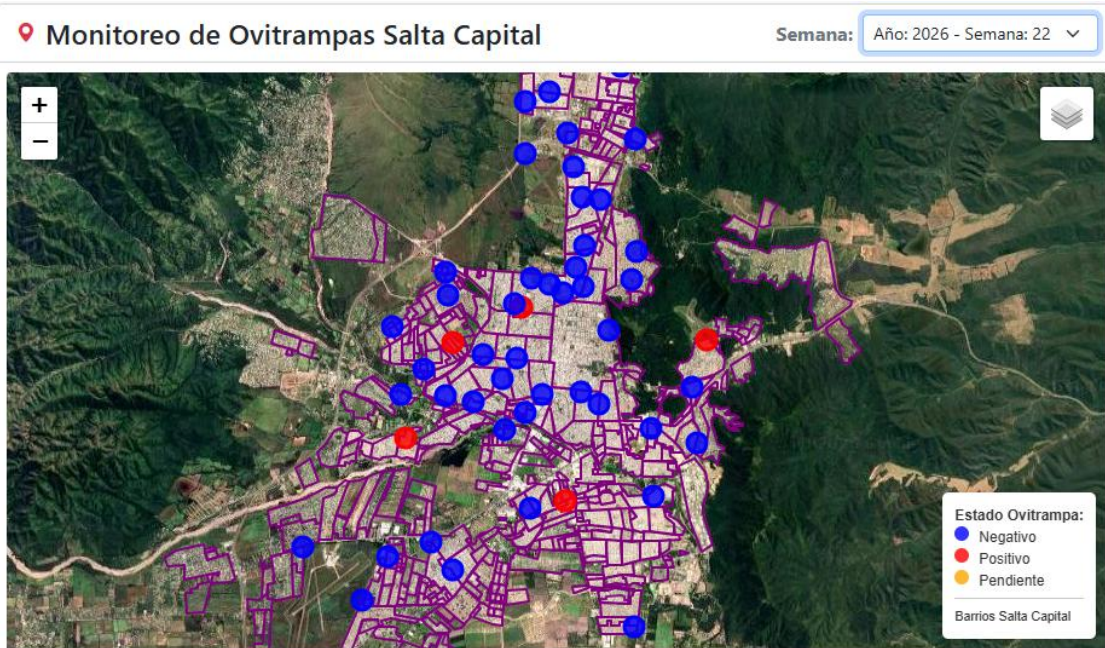


Fuente: elaboración propia programa EVOR a partir de los datos recolectados en el sistema Web de Ovitrampas provincial por el equipo de técnicos de Bases Nacionales.

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.

La SE 22 presente un descenso pronunciado en la actividad del vector Aedes aegypti. Salta Capital se sitúa actualmente en un escenario de Riesgo Bajo, con un Índice de Positividad de Ovitrampas (IPO) del 10%.

MAPA 2:1 GEOREFERENCIAMIENTO DE OVITRAMPAS – SALTA CAPITAL. SE 53. AÑO 2025 A SE 22 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 2.6. DATOS RECOLECTADOS EN EL 32 ° CONTROL DE OVITRAMPAS E ÍNDICES – SALTA CAPITAL. SE 22. AÑO 2026

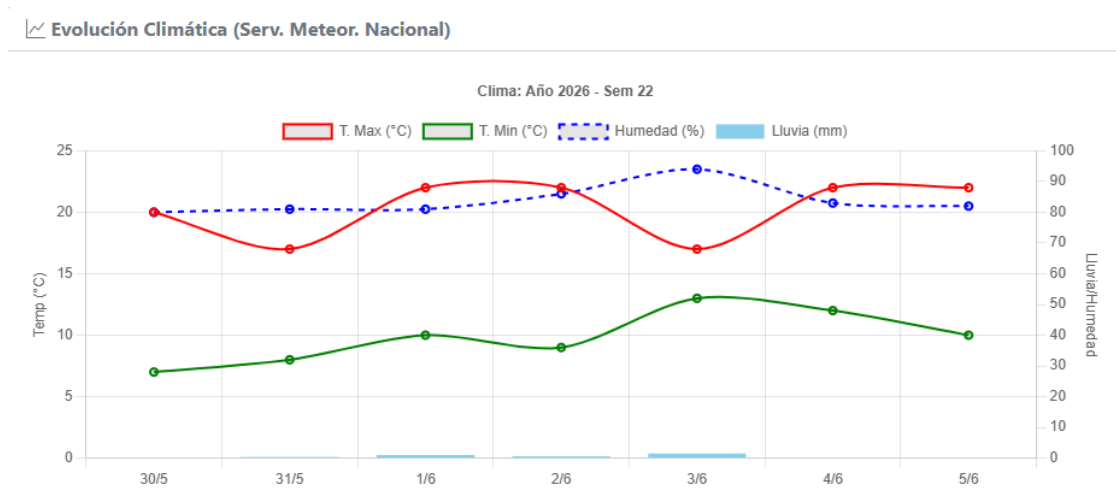
Resumen de Índices y Clima

☑ IPO: 10.00% - Bajo Riesgo
Vigilancia rutinaria.

Control	IPO (%)	DH	PHOP	Ovis	(+)	Huevos	TMax	TMin	LLuvia
33	10.00	0.30	3.00	50	5	15	20.28	9.85	3.5

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 22 fue de 0.30 indicando una actividad reproductiva baja y manejable, aunque confirma la presencia establecida del vector en el ambiente.

GRÁFICO 2.8. EVOLUCIÓN CLIMÁTICA SE 22. AÑO 2026- SALTA CAPITAL

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 22 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 20.29°C, sumado a un acumulado de 3.0 mm de lluvia y niveles de humedad del 94-80%, 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. HASTA SE 22. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026

Evento	Cantidad
Bronquiolitis menores de 2 años	2927
Neumonía	3357
Enfermedad Tipo Influenza (ETI)	13745

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 22. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026

Grupo de Edad	Nº Casos	%
< 6 meses	329	2,4
6 – 11 meses	323	2,3
12 a 23 m	645	4,7
2 a 4	1378	10,0
5 a 9	2251	16,4
10 a 14	1793	13,0
15 a 19	1258	9,2
20 a 24	931	6,8
25 a 34	1632	11,9
35 a 44	1072	7,8
45 a 64	1245	9,1
65 a 74	391	2,8
>= a 75	172	1,3
Edad Sin Esp.	326	2,4
Total general	13745	100

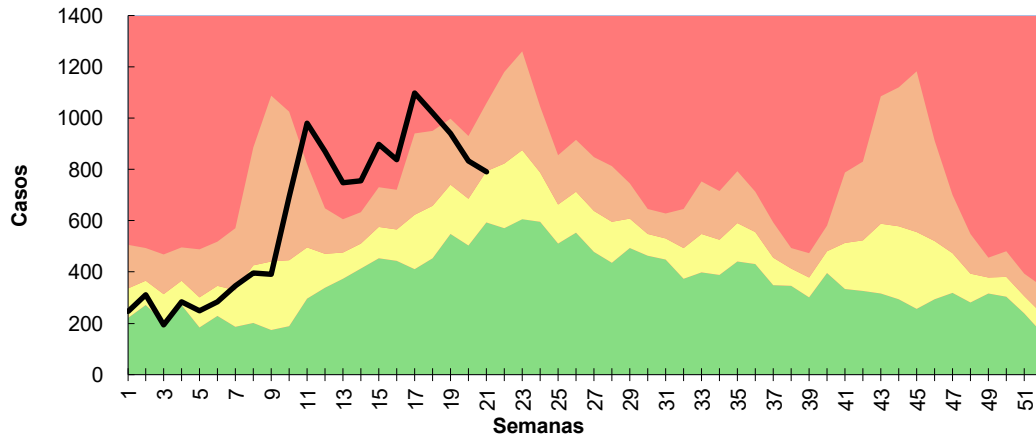
Fuente: Elaboración propia del Prog. De Vigilancia Epidemiológica de la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

CASOS SEMANA 21/2026
749

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

GRÁFICO 3.1. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI) - AÑOS: 2019 A 2025. SE 21 DE 2026. PROVINCIA DE SALTA. (n=13.125)



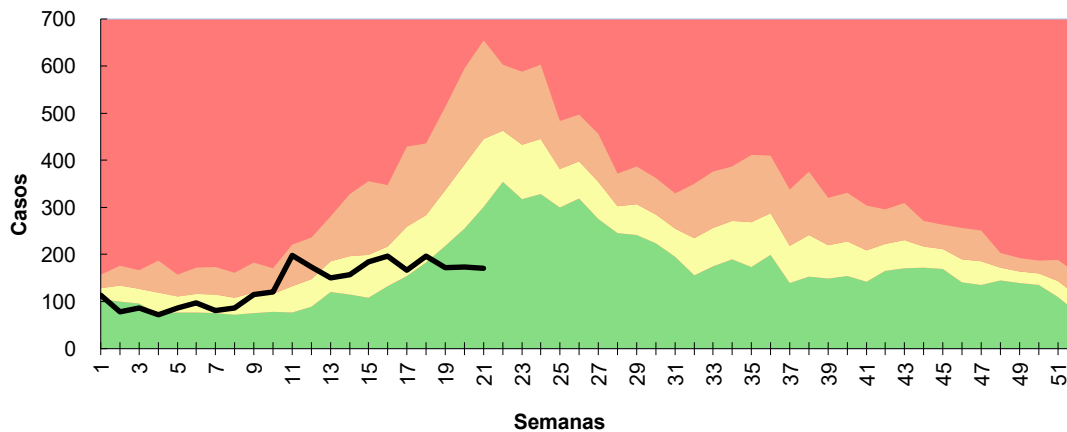
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Los datos presentados en este gráfico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante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

Bronquiolitis

CASOS SEMANA 21/2026
170

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

GRÁFICO 3.2. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS AÑOS: 2019 A 2025. SE 21 DE 2026. PROVINCIA DE SALTA. (n=2.874)



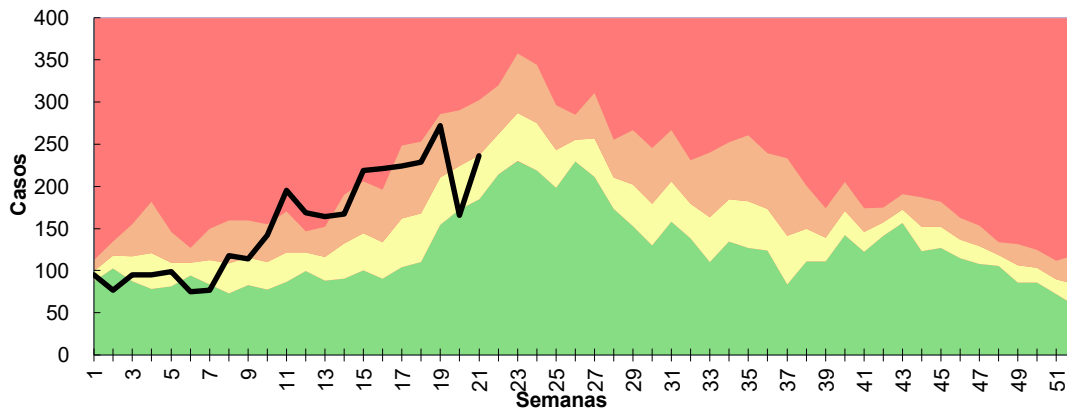
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Los datos presentados en este gráfico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante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

Neumonía

CASOS SEMANA 21/2026
235

En las notificaciones de neumonía, se observan un ascenso del número de casos con respecto a la semana anterior, el corredor endémico continua en zona de seguridad.

GRÁFICO 3.3. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE NEUMONIA AÑOS: 2019 A 2025. SE 21 DE 2026. PROVINCIA DE SALTA. (n=3.249)



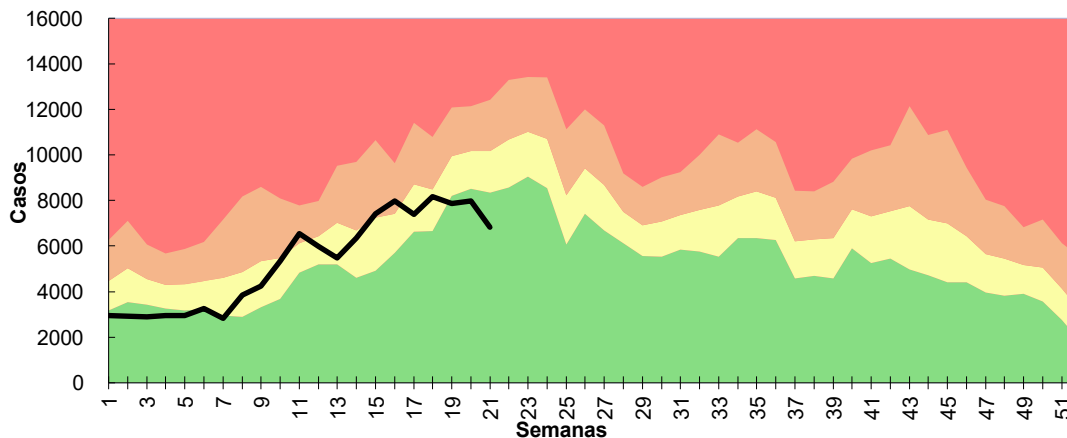
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Los datos presentados en este gráfico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante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

IRA

CASOS SEMANA 21/2026
6818

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

GRÁFICO 3.4. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE IRA AÑOS: 2019 A 2025. SE 21 DE 2026. PROVINCIA DE SALTA. (n=112.178)



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).

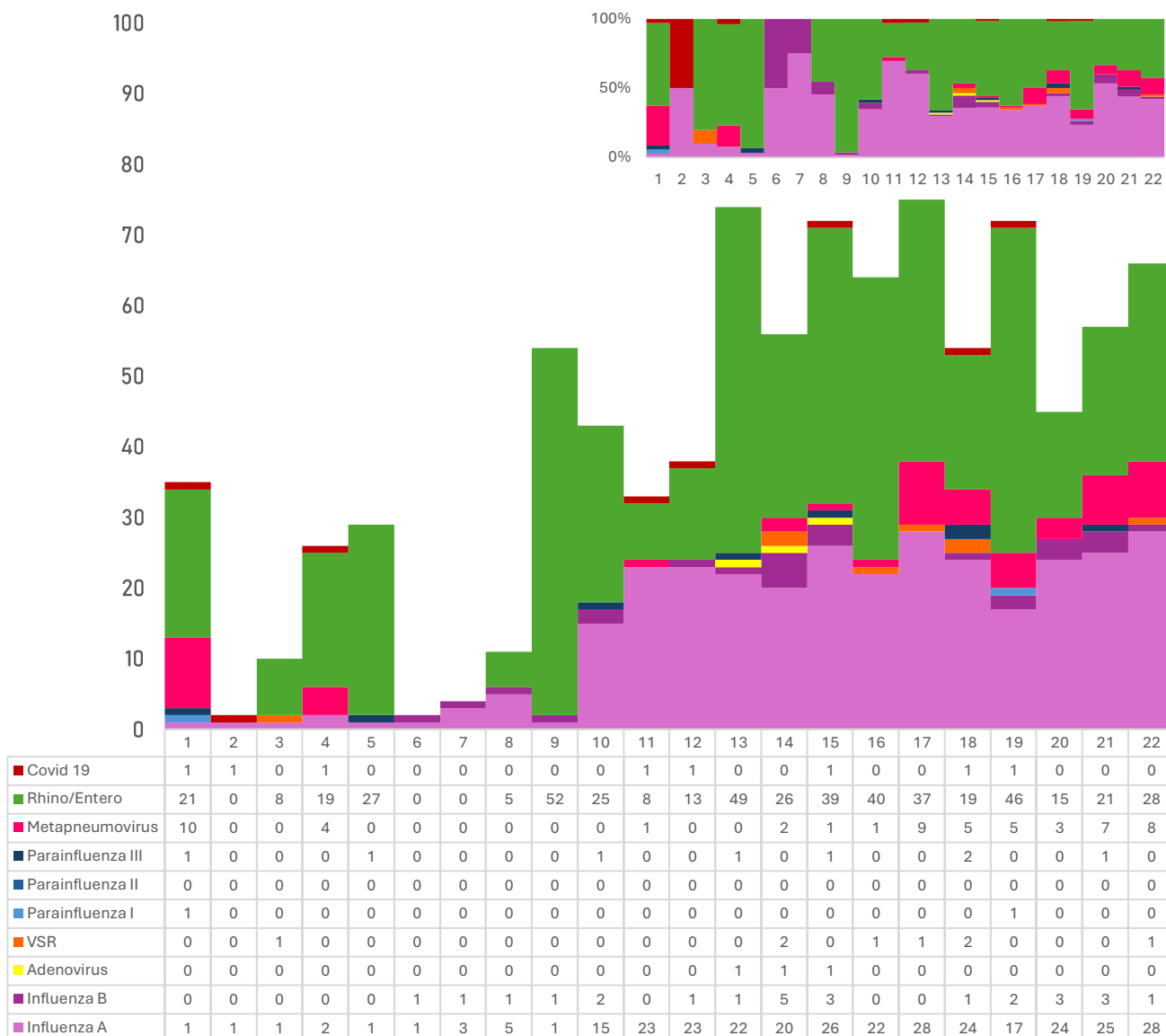
Vigilancia por laboratorios

TABLA 3.3: FRECUENCIA ACUMULADA DE DETERMINACIONES POSITIVAS POR LABORATORIO DE VIRUS RESPIRATORIOS. HASTA SE 22. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026. (n=922)

Metapneumovirus	Influenza A	Influenza B	RHINO/ENTERO	VSR
56	313	26	498	8
Parainfluenza I	Parainfluenza II	Parainfluenza III	Adenovirus	COVID 19
2	0	8	3	8

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 22. AÑO 2026. (n=922)

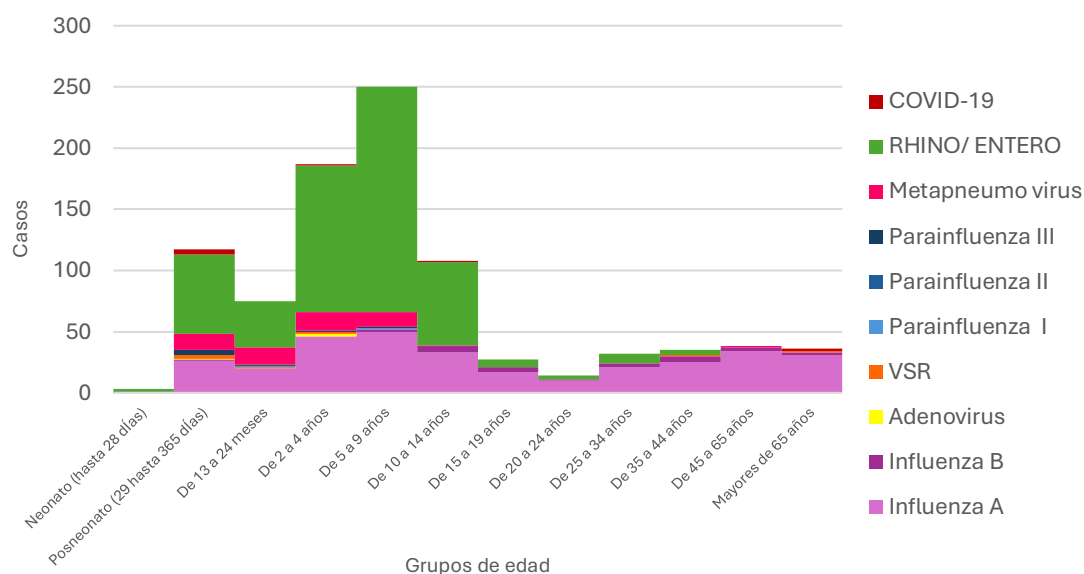


Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia por Redes de Laboratorio con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Ref. VSR (Virus sincial respiratorio). OVR (otros virus respiratorios).

TABLA 3.4. FRECUENCIA ACUMULADA ABSOLUTA DE VIRUS INFLUENZA Y OTROS OVR POR GRUPO DE EDAD HASTA SE 22. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026. (n=922)

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	2	0
Posneonato (29 hasta 365 días)	26	1	1	3	0	0	4	13	65	4
13 a 24 meses	20	0	0	1	1	0	1	14	38	0
2 a 4 años	46	0	2	2	0	0	1	15	120	1
5 a 9 años	50	2	0	0	1	0	1	12	184	0
10 a 14 años	33	5	0	0	0	0	0	1	68	1
15 a 19 años	17	4	0	0	0	0	0	0	6	0
20 a 24 años	10	1	0	0	0	0	0	0	3	0
25 a 34 años	21	3	0	0	0	0	0	0	8	0
De 35 a 44 años	25	5	0	1	0	0	0	0	4	0
De 45 a 65 años	34	3	0	0	0	0	0	1	0	0
Mayores de 65 años	31	2	0	1	0	0	0	0	0	2
Total	313	26	3	8	2	0	8	56	498	8

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 22/2026. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026. (n=922).

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 22. 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
20	11	0	0
21	6	0	0
22	4	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:

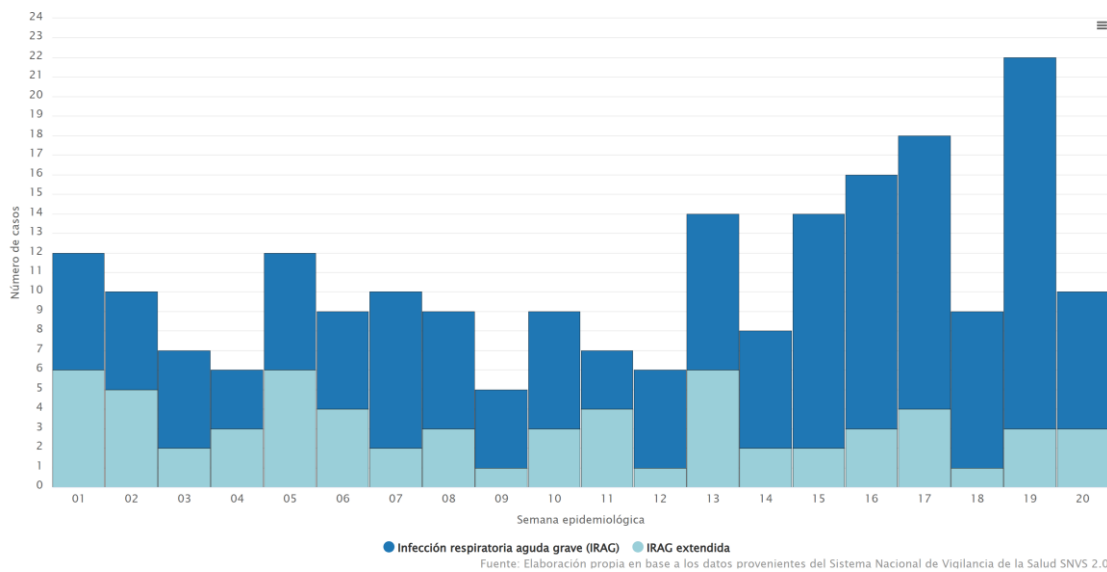
1. **Hospital Señor del Milagro (Salta Capital):** Atiende a adultos (mayores de 15 años).
2. **Hospital San Vicente de Paul (Orán):** Atiende tanto a niños como a adultos.

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 18 del año 2026, se registraron un total de 213 internaciones con diagnóstico de infección respiratoria aguda grave (IRAG e IRAG extendida). Del total, el 70% (n = 149) corresponden a IRAG y el 30% (n = 64) a IRAG extendida. En promedio, se notificaron 11 casos por semana (Grafico 3.7).

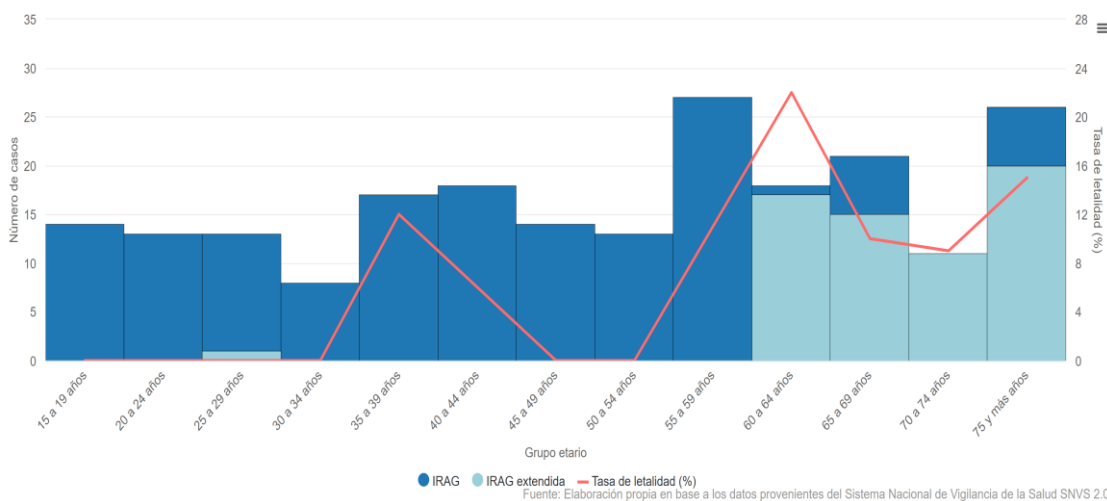
GRÁFICO 3.7. CASOS DE IRAG E IRAG EXTENDIDA POR SE. DESDE SE 1/2026 HASTA SE 20/2026. UC IRAG-HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO. PROVINCIA DE SALTA. n=213



El mayor número de casos de IRAG se observa en el grupo de 55 a 59 años, con 27 casos, mientras que en IRAG extendida, la mayor concentración de casos se encuentra en el grupo de edad 60 a 64 años, con 20 casos.

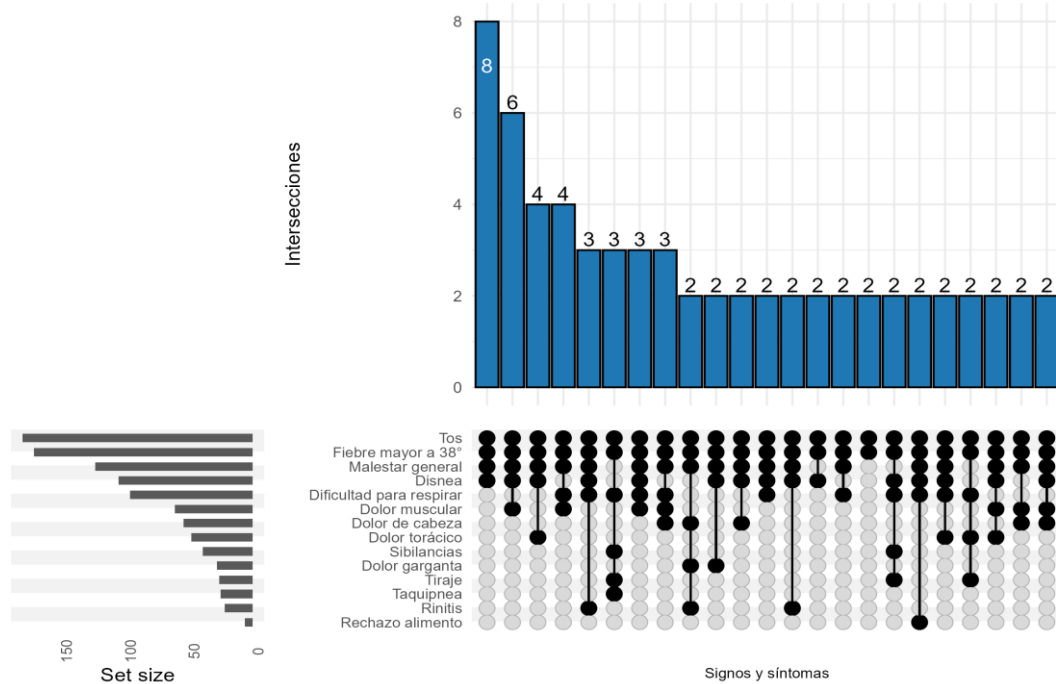
La tasa de letalidad presenta variabilidad a partir del grupo de edad de 35 a 39 años donde se evidencia un pico, con fluctuaciones en los grupos intermedios. Asimismo, se evidencia un aumento marcado en el grupo de 60 a 64 años (22%), lo cual es consistente con el mayor riesgo de complicaciones y mortalidad 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 20/2026. UC IRAG-HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO. PROVINCIA DE SALTA. n= 213



Se observa que una de las combinaciones sintomáticas más reportada fue la presencia conjunta de tos, fiebre mayor a 38°, disnea, malestar general, registrada en 8 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 20/2026. UC IRAG-HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO. PROVINCIA DE SALTA n=64

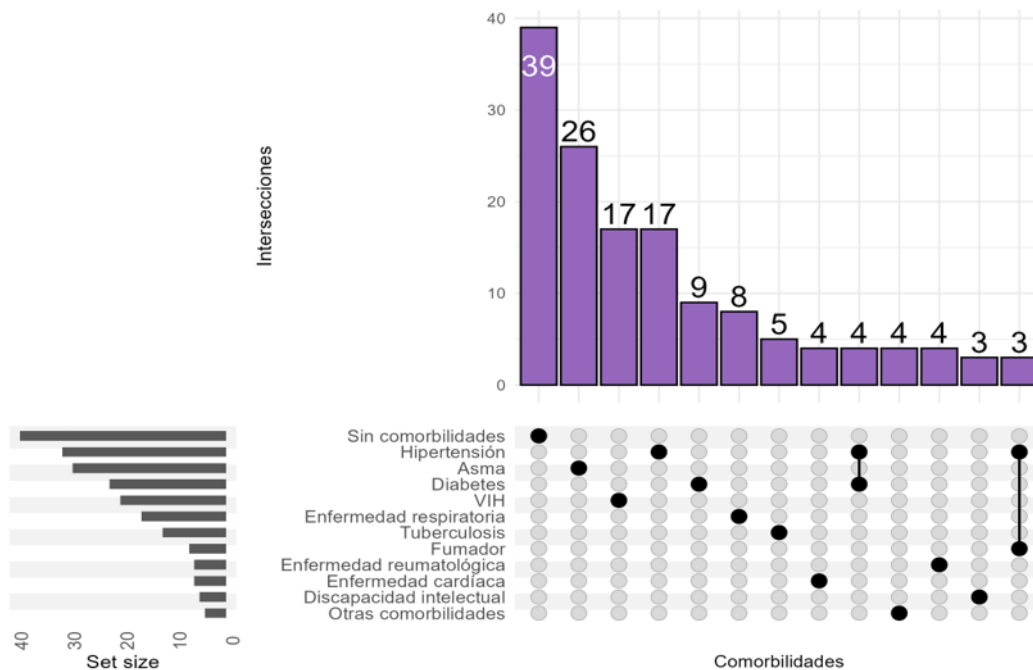


Fuente: Elaboración propia en base a los datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

* Se excluyeron las intersecciones con frecuencia igual a 1 caso y aquellas que involucraban más de 6 combinaciones de síntomas (149).

Se observa que la mayor frecuencia fue de pacientes sin comorbilidades con un total de 39 casos, seguido de asma, hipertensión y VIH (Gráfico N°3.10).

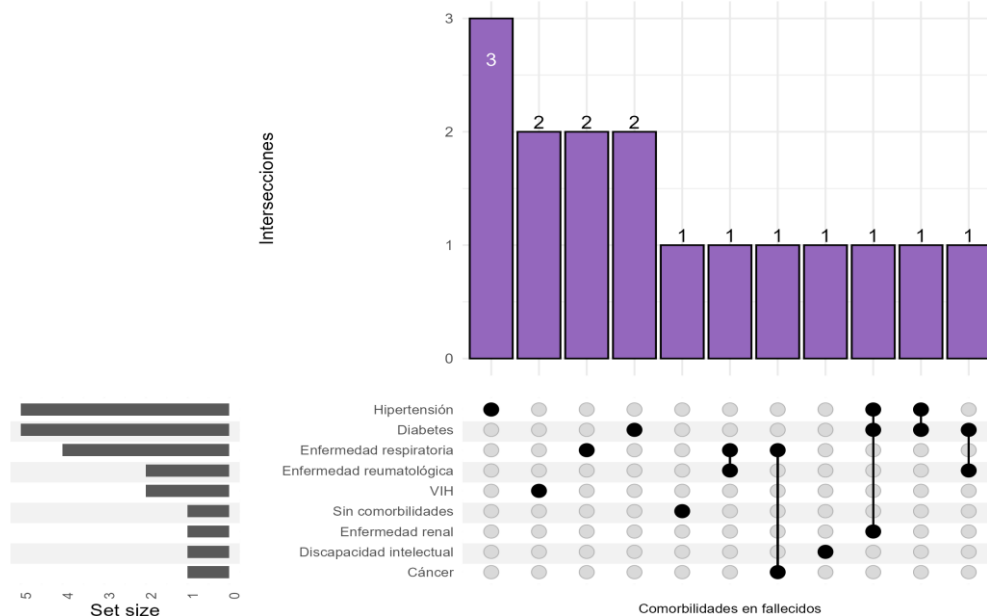
GRÁFICO 3.10. FRECUENCIA Y COMBINACIONES DE COMORBILIDADES REGISTRADAS EN CASOS DE IRAG/IRAG EXTENDIDA. DESDE SE 1/2026 HASTA SE 20/2026. UC IRAG-HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO. PROVINCIA DE SALTA. n=143



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

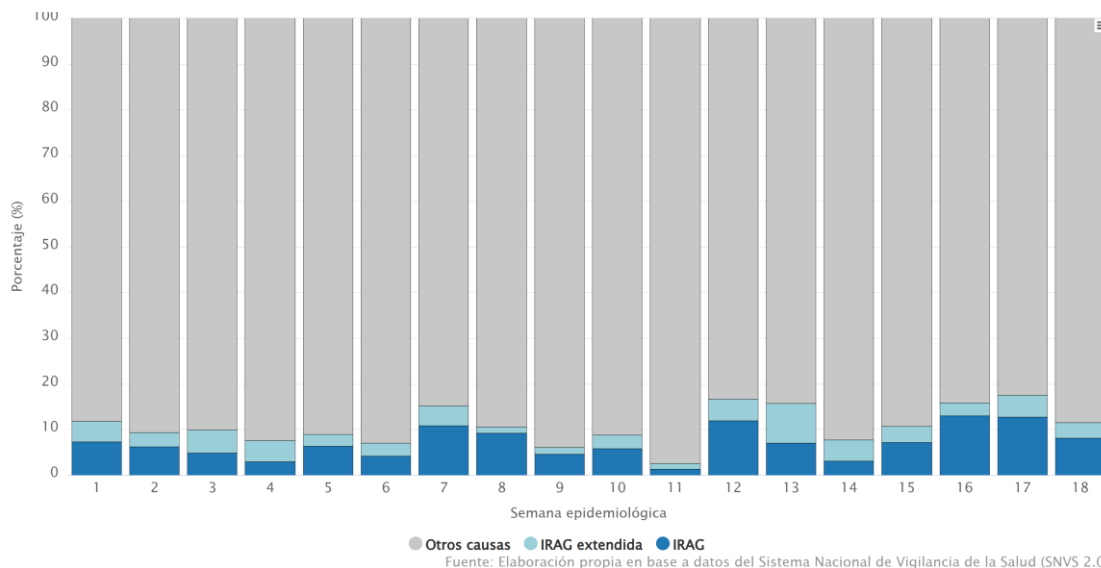
El análisis de comorbilidades evidencia que la totalidad de los pacientes fallecidos (n=16) presentaba al menos una condición subyacente, lo que refuerza el rol de la multimorbilidad como determinante de gravedad en los cuadros de IRAG. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión, identificada 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 18/2026. 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 18/2026. UC IRAG-HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO. PROVINCIA DE SALTA. n=1153

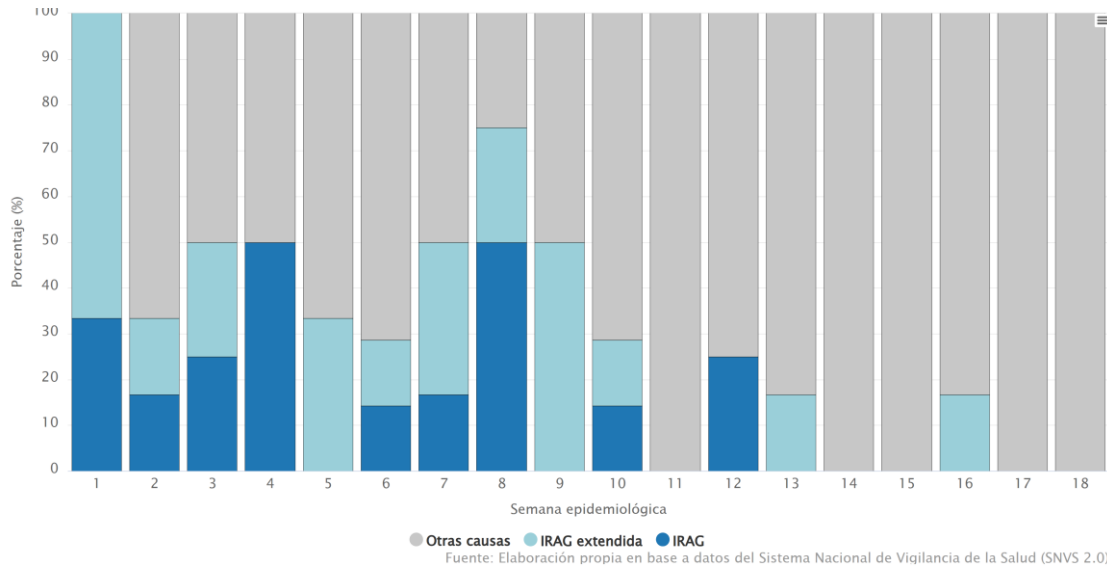


Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Se observa que las internaciones en la unidad de cuidados intensivos (UCI) por casos de IRAG e IRAG extendida presentan una marcada variabilidad intersemanal con semanas donde hubo una preponderancia de internaciones por cuadros respiratorios graves. Asimismo, durante las últimas semanas epidemiológicas

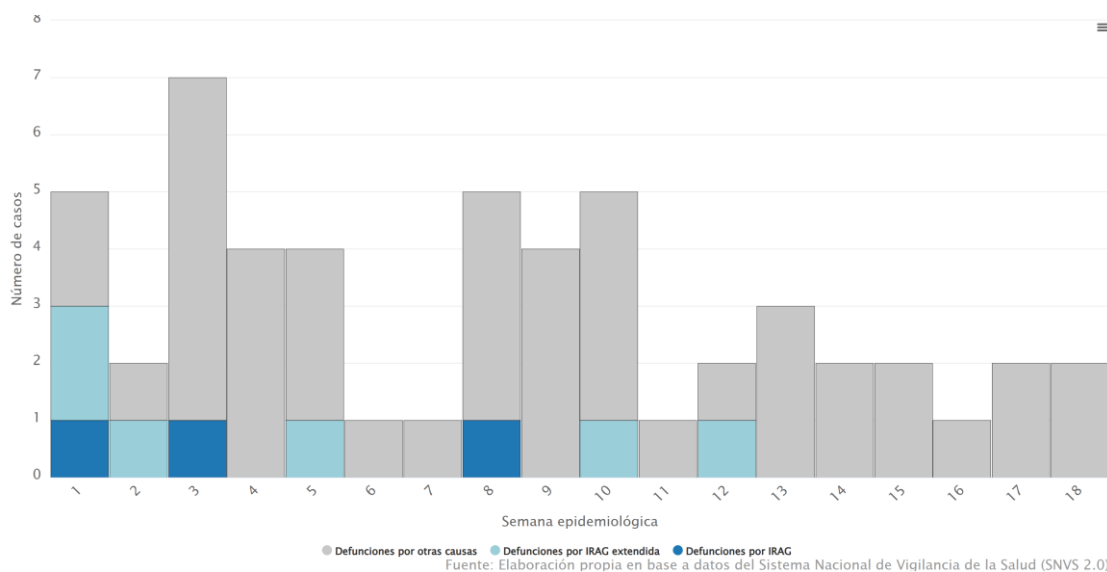
analizadas, se evidencia un claro predominio de pacientes internados por otras causas.

GRÁFICO 3.13. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INTERNACIONES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR IRAG, IRAG EXTENDIDA Y OTRAS CAUSAS. SE 1/2026 HASTA SE 18/2026. UC IRAG-HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO. PROVINCIA DE SALTA. n=89



El total de defunciones por todas las causas entre la SE 1 y la SE 18 fue de 44, de las cuales 3 fueron por IRAG y 6 fueron por IRAG extendida (Gráfico N°3.14).

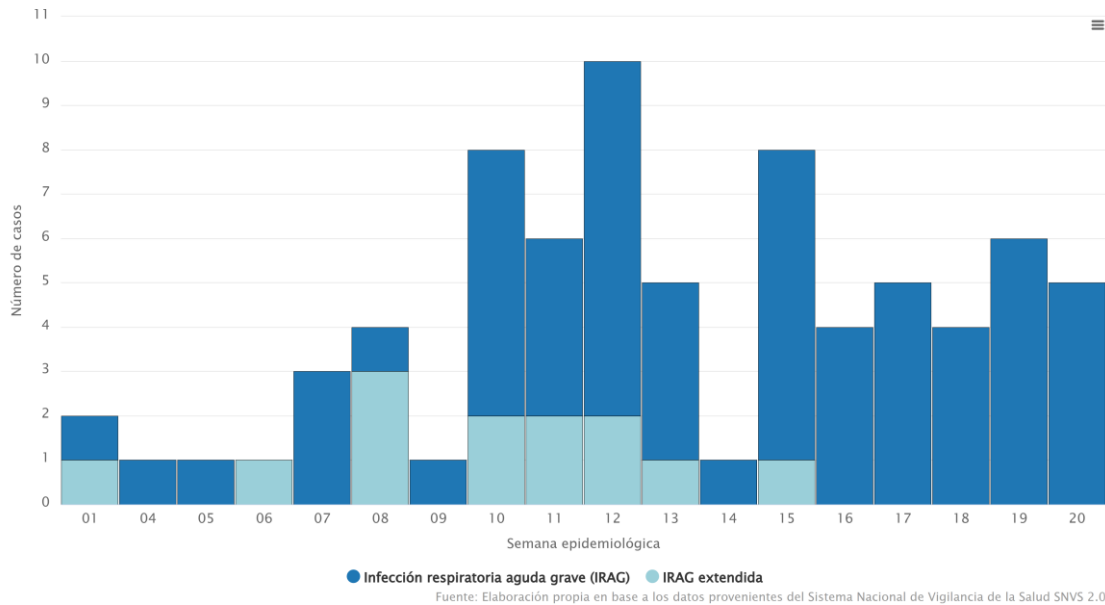
GRAFICO 3.14. DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA DE DEFUNCIONES POR IRAG, IRAG EXTENDIDA Y OTRAS CAUSAS. DESDE SE 1/2026 HASTA SE 18/2026. UC IRAG-HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO. PROVINCIA DE SALTA. n= 44



Hospital San Vicente de Paul

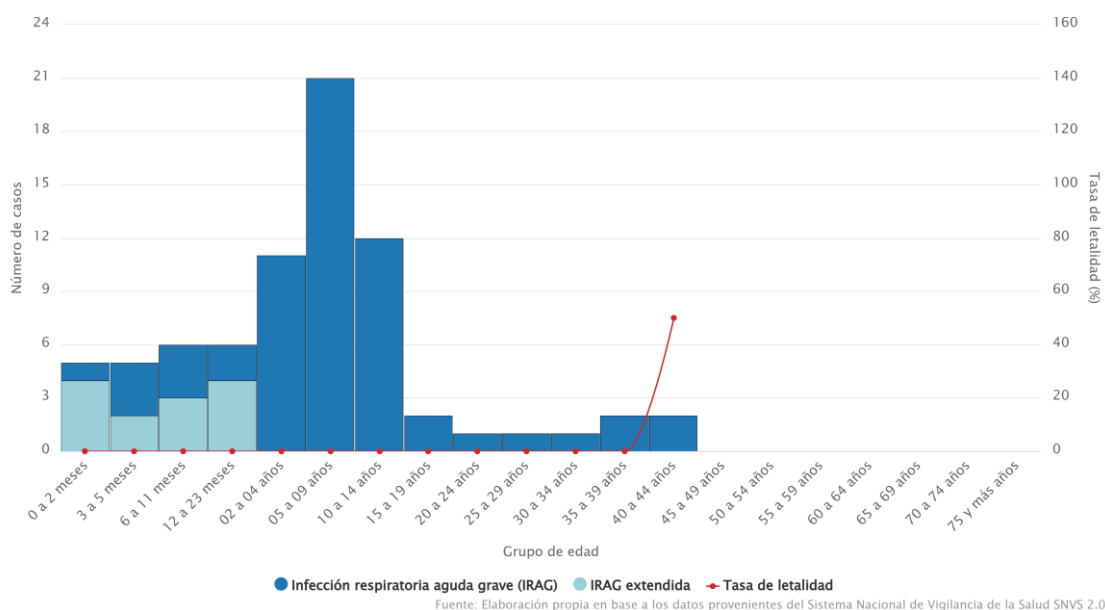
Entre la semana epidemiológica 1 y la SE 20 del año 2026, se registraron un total de 75 internaciones con diagnóstico de infección respiratoria aguda grave (IRAG e IRAG extendida). Del total, el 83% (n = 62) corresponden a IRAG y el 17% (n = 13) a IRAG extendida. En promedio, se notificaron 4 casos por semana. (Gráfico 3.15).

GRAFICO 3.15: CASOS DE IRAG E IRAG EXTENDIDA POR SE. DESDE SE 1/2026 HASTA SE 20/2026. UC IRAG-HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ORAN. PROVINCIA DE SALTA. n= 75



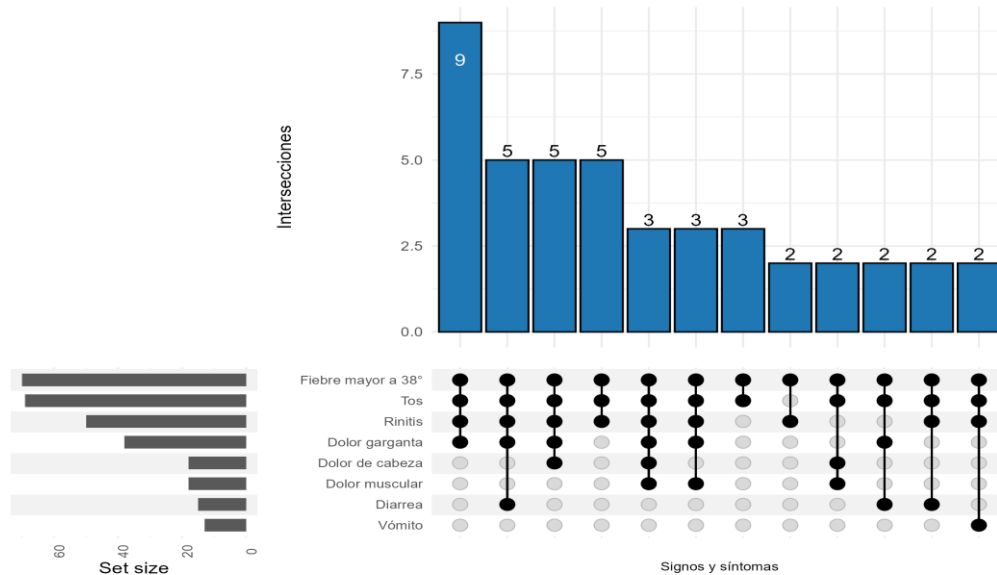
El mayor número de casos de IRAG se observa en el grupo de 5 a 9 años, con 21 casos, mientras que en IRAG extendida, la mayor concentración de casos se encuentra en el grupo de edad 0 a 2 meses y de 12 a 23 meses, con 4 casos de cada grupo (Gráfico 3.16).

GRAFICO 3.16: CASOS DE IRAG E IRAG EXTENDIDA Y TASA DE LETALIDAD POR GRUPO DE EDAD. DESDE SE 1/2026 HASTA SE 20/2026. UC IRAG-HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ORAN. PROVINCIA DE SALTA. n= 75



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 20/2026. UC IRAG-HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL. PROVINCIA DE SALTA. n=43



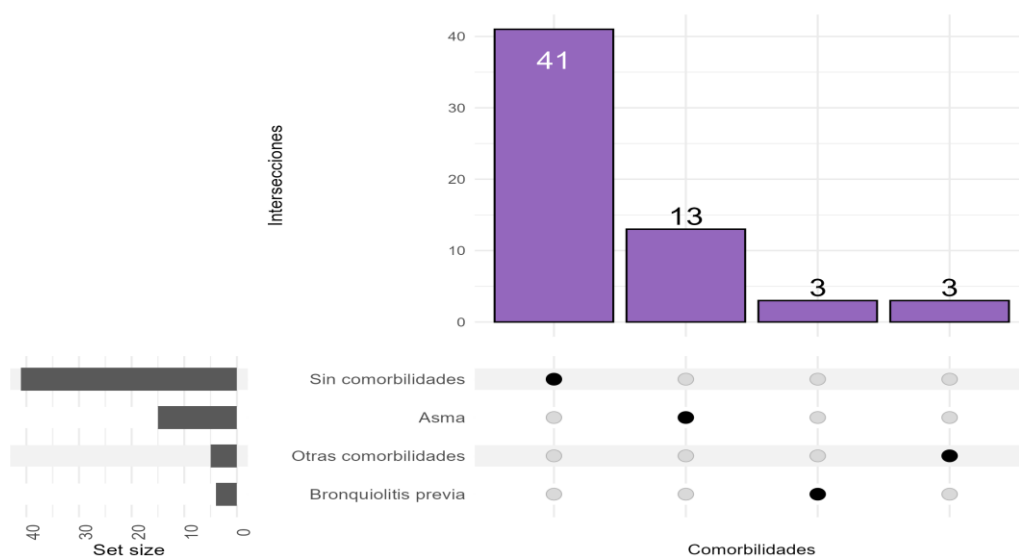
Fuente: Elaboración propia en base a los datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

Se excluyeron las intersecciones con frecuencia igual a un caso y aquellas que involucraban más de 6 combinaciones de síntomas (32 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 9 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 20 /2026. UC IRAG-HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL. PROVINCIA DE SALTA. n=60



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 41 casos, seguido de asma con 13 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 17/2026. UC IRAG-HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ORAN. PROVINCIA DE SALTA. n=3566

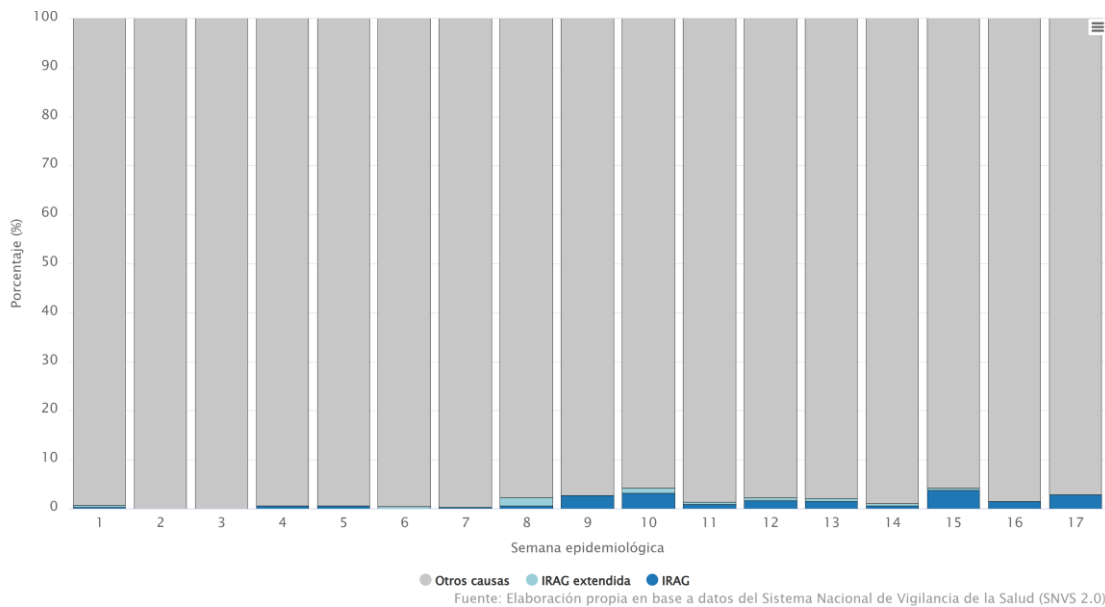


GRAFICO 3.20: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INTERNACIONES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR IRAG, IRAG EXTENDIDA Y OTRAS CAUSAS. DESDE SE 1/2026 HASTA SE 17/2026. UC IRAG-HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ORAN. PROVINCIA DE SALTA. n=88

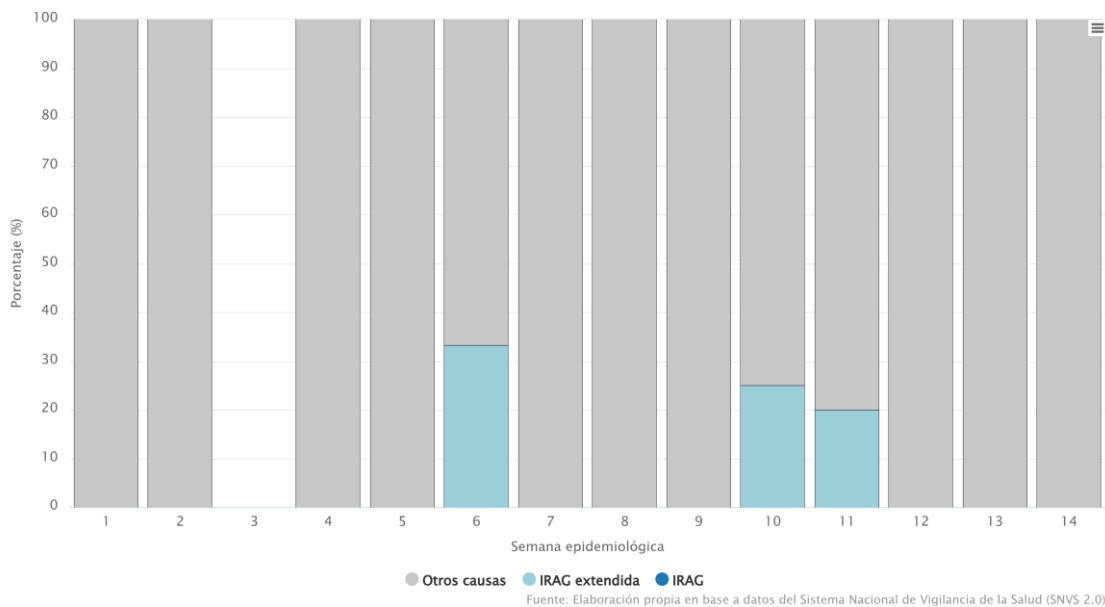
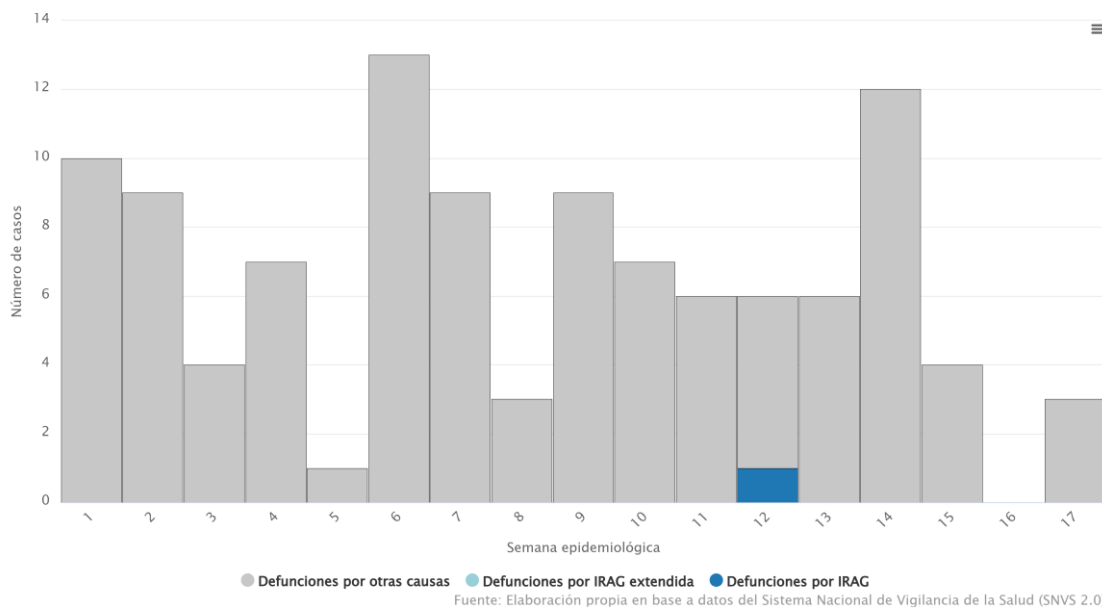


GRAFICO 3.21: DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA DE DEFUNCIONES POR IRAG, IRAG EXTENDIDA Y OTRAS CAUSAS. DESDE SE 1/2026 HASTA SE 17/2026. UC IRAG-HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ORAN. PROVINCIA DE SALTA. n= 108



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

En la SE 22, se notificaron 116 casos de internados por infección respiratoria aguda. Cinco pacientes requirieron internación en unidad de cuidados intensivos.

TABLA N° 3.5 NOTIFICACIONES DE INTERNADOS POR IRA SEGÚN DEPARTAMENTO, SE 1 HASTA SE 22. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2025

DEPARTAMENTO	CASOS SE 22	% SE 22	ACUMULADOS
Anta	10	8,6	193
Cachi	0	0,0	5
Cafayate	2	1,7	18
Capital	53	45,7	805
Cerrillos	1	0,9	71
Chicoana	3	2,6	19
General Güemes	11	9,5	93
Gral. José de San Martín	10	8,6	118
Guachipas	1	0,9	2
Iruya	0	0,0	1
La Caldera	2	1,7	11
La Candelaria	0	0,0	11
La Poma	0	0,0	2
La Viña	0	0,0	9

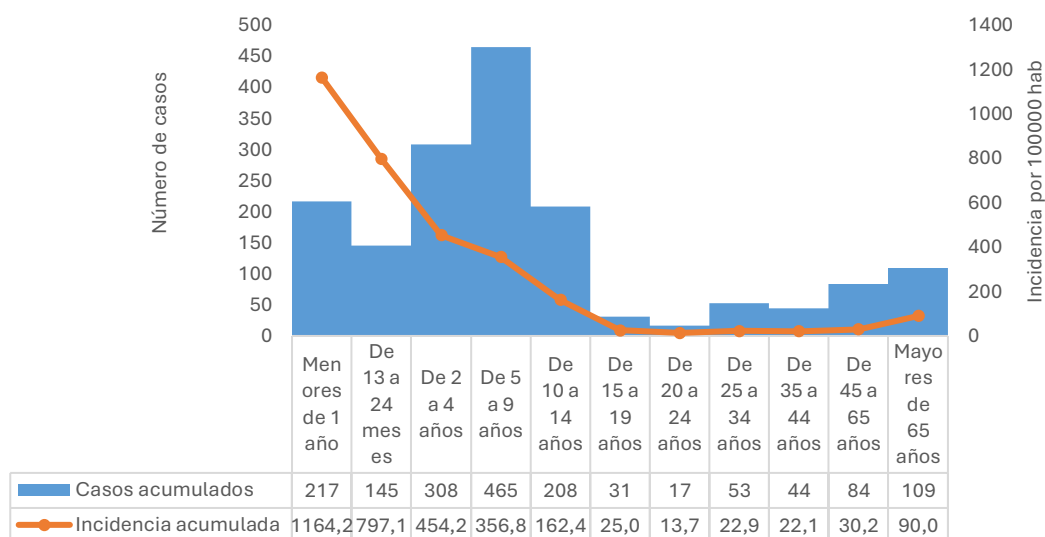
Los Andes	0	0,0	6
Metán	1	0,9	26
Molinos	0	0,0	3
Orán	6	5,2	102
Rivadavia	5	4,3	70
Rosario de la Frontera	5	4,3	34
Rosario de Lerma	4	3,4	70
San Carlos	2	1,7	4
Santa Victoria	0	0,0	8
Total	116	100	1681

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 22. AÑO 2026. PROVINCIA DE SALTA

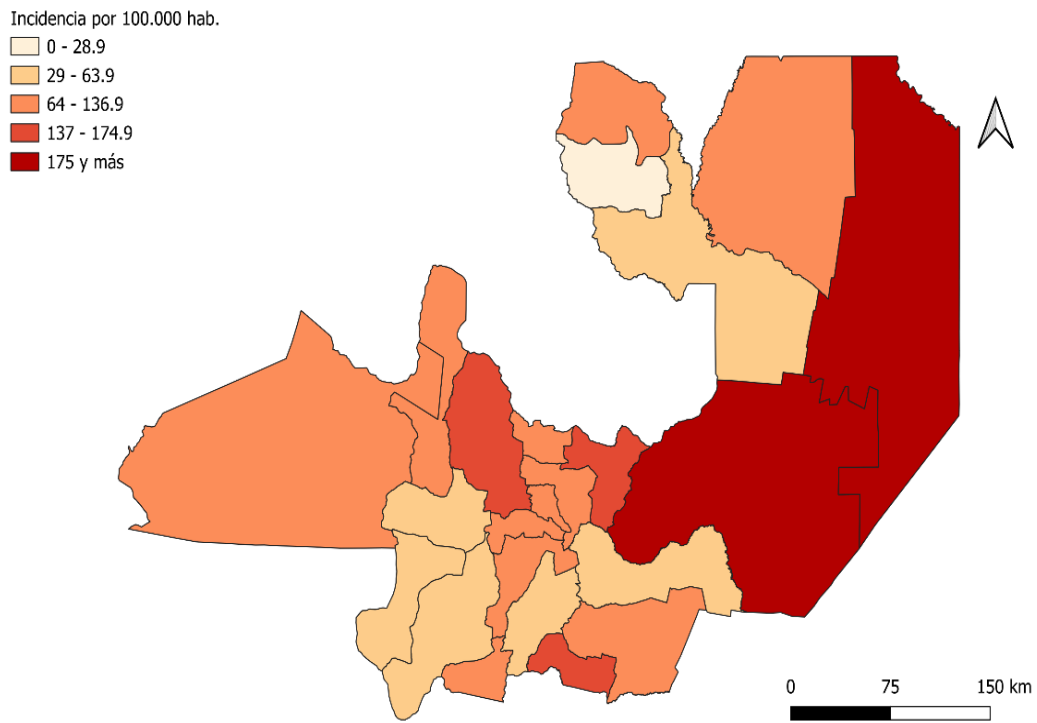
SEMANA EPIDEMIOLÓGICA	NÚMERO DE FALLECIDOS CON INFLUENZA	NÚMERO DE FALLECIDOS CON VSR	NÚMERO DE FALLECIDOS CON COVID-19	TOTAL DE FALLECIDOS
Total General	1	0	0	1

GRÁFICO N.º 3.20: DISTRIBUCIÓN DE CASOS Y TASA DE INCIDENCIA POR 100000 HAB. DE INTERNADOS POR IRA SEGÚN GRUPO DE EDAD. SE 1 HASTA SE 22. 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).

MAPA N° 3.1. INCIDENCIA ACUMULADA POR 100000 HAB. DE INTERNADOS POR IRA SEGÚN DEPARTAMENTO, SE 1 HASTA SE 22 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 Nacional N.º 27.491 de Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación, se reconoce a la vacunación como una estrategia fundamental de salud pública y se declara de interés nacional la investigación, la vigilancia epidemiológica, la toma de decisiones basadas en evidencia, así como la adquisición, almacenamiento, distribución y provisión de vacunas.

TABLA 4.1. FRECUENCIA ABSOLUTA Y ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS. SE 22/2026. PROVINCIA DE SALTA.

E.N.O.	Casos S.E. 22	Acumulados 2026
Difteria	0	0
Coqueluche	0	3
Caso confirmado de Sarampión	0	0
PAF	0	0
Parotiditis	0	7
Varicela *	18	185

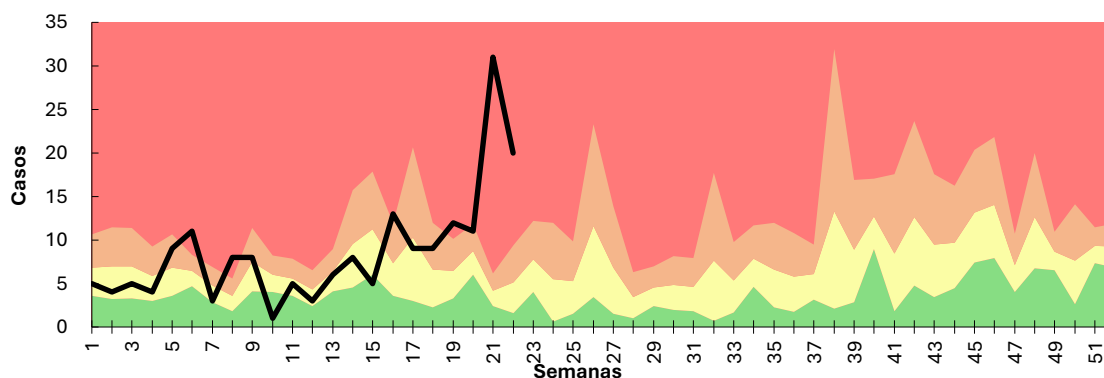
BROTOS DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS

TABLA 4.2. FRECUENCIA ABSOLUTA Y ACUMULADA DE BROTOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS. SE 22/2026. PROVINCIA DE SALTA.

E.N.O.	Casos S.E. 22	Acumulados 2026
Varicela	1	2

En la SE 22, se confirmó un brote de Varicela en una Escuela Secundaria de Salta Capital. En total se reportaron 5 casos, en estudiantes adolescentes de ambos sexos, de 2º Año. En contexto de brote escolar se brindaron medidas de control y prevención para reducir la trasmisión y complicaciones.

GRÁFICO N.º 4.1: CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE VARICELA- AÑOS: 2021 A 2025. SE 1 A 22 DE 2026. PROVINCIA DE SALTA. (n=185)



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.

COMUNICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA VARICELA



DIRECCIÓN GENERAL
DE COORDINACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Ministerio de
Salud Pública



Viernes, 12 de junio de 2026

Ante la confirmación de brotes de varicela ocurridos en las últimas semanas epidemiológicas (SE 21, 22 y 23), en establecimientos educativos, con afectación en alumnos de 12 a 14 años de los departamentos de Anta, Capital y Orán, la Dirección General de Coordinación Epidemiológica emite la presente comunicación epidemiológica con el objetivo de reforzar la vigilancia y fortalecer las acciones de prevención y control.

INTRODUCCIÓN

La varicela es una enfermedad viral aguda, altamente contagiosa, causada por el virus varicela zóster (VVZ), un herpesvirus humano que afecta mayoritariamente a la población infantil. Su presentación clínica incluye fiebre, malestar general y exantema máculo-pápulo-vesicular característico, que aparece en brotes sucesivos.

Tradicionalmente considerada una enfermedad “benigna de la infancia”, la varicela puede evolucionar con complicaciones graves, especialmente en personas inmunocomprometidas, embarazadas, recién nacidos hijos de madres infectadas en el período perinatal, y en adolescentes o adultos sin inmunidad previa.

Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran las sobreinfecciones bacterianas de la piel, neumonía, encefalitis y, en algunos casos, infecciones invasivas graves.

La vacuna para varicela se introdujo en un esquema de una dosis al Calendario Nacional de Vacunación (CNV) en forma universal, gratuita y obligatoria desde el año 2015. Posteriormente, el Ministerio de Salud de la Nación incorpora en el año 2022, la segunda dosis de vacuna contra varicela al Calendario Nacional.

En este contexto, la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad sigue siendo fundamental para monitorear la incidencia, caracterizar los grupos más afectados, detectar modificaciones en el patrón estacional y dar seguimiento al programa de inmunización.

Situación Epidemiológica

En el período comprendido entre 2017 y 2026, el año con mayor número de casos fue 2017. Tras la incorporación de la vacuna al Calendario Nacional de Vacunación, se registró un descenso en el número de casos y en la tasa de incidencia anual, alcanzando sus valores mínimos durante 2020 y 2021.

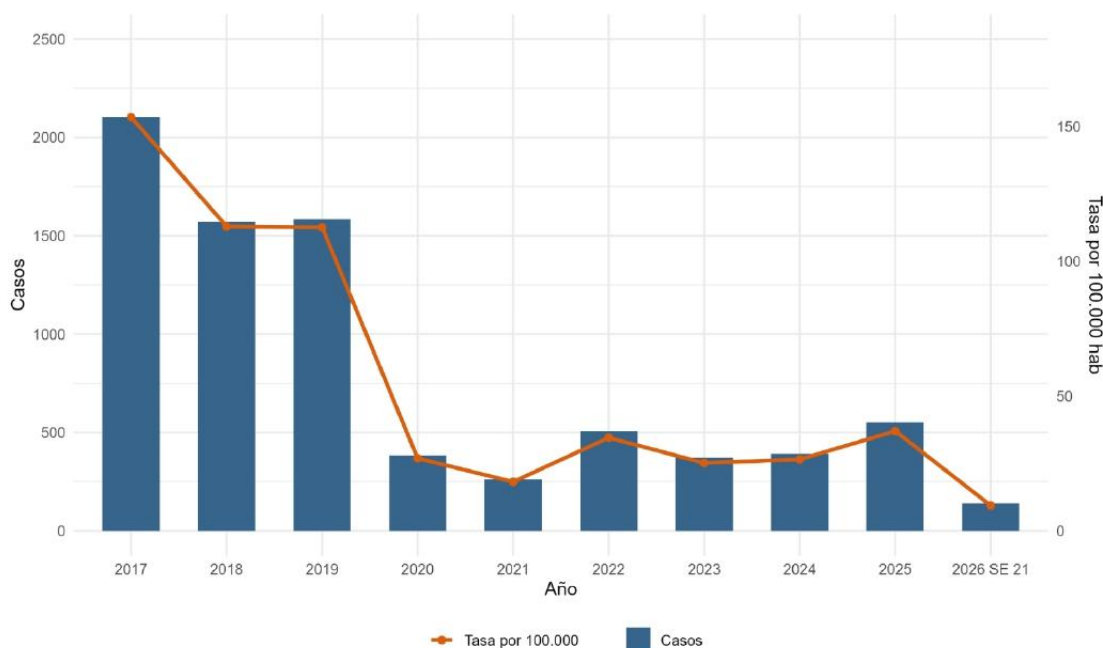


DIRECCIÓN GENERAL
DE COORDINACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

En los años posteriores se observa un ligero aumento en el número de casos respecto del 2021.

Hasta la semana epidemiológica 21 del año 2026 se notificaron 140 casos, con una tasa de incidencia acumulada de 9,38 casos por 100.000 habitantes. Asimismo, se registraron 4 brotes ocurridos en establecimientos educativos de los departamentos de Anta, Capital y Orán.

Gráfico N° 1. Casos de varicela y tasa de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes, por año. Desde el año 2017 hasta SE 21/2026. Provincia de Salta

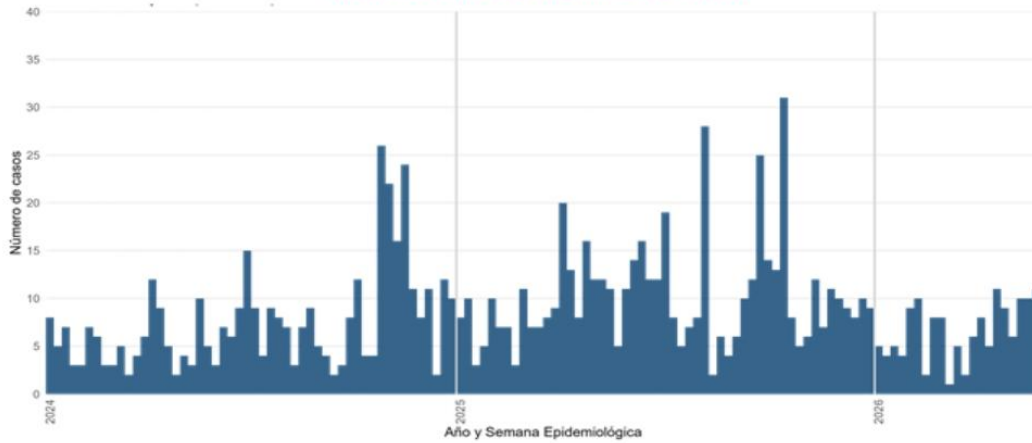


Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

El análisis del gráfico N° 2 muestra la distribución del número de casos registrados semanalmente desde el inicio de 2024 hasta la SE 21 del 2026. A lo largo de este período, se observa un comportamiento dinámico y fluctuante, caracterizado por dos picos principales de contagio que superaron los 25 casos semanales durante el año 2025 (alcanzando su máximo histórico con 31 casos). En contraposición, el histórico de 2024 se mantuvo con valores más moderados, raramente superando la barrera de los 15 casos por SE.



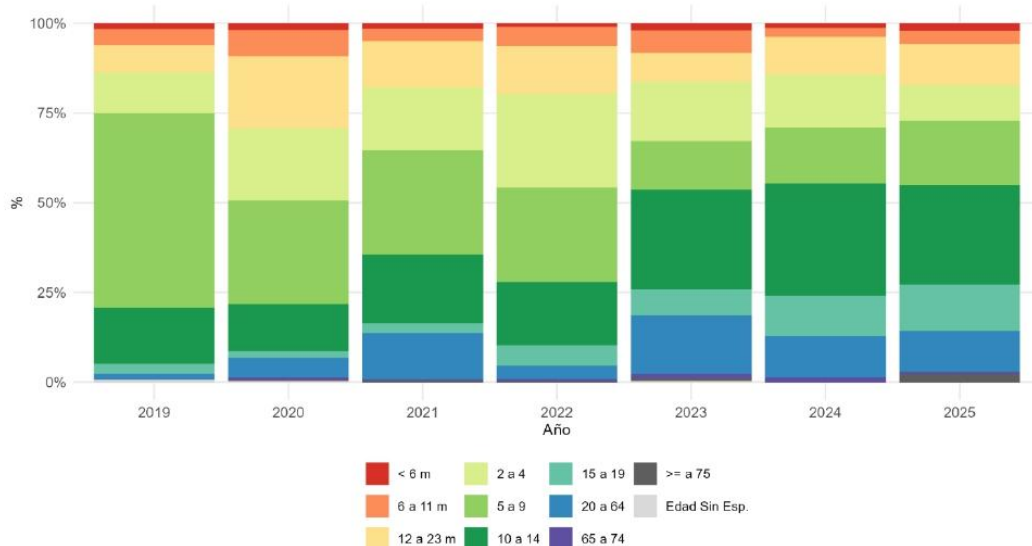
Gráfico N° 2. Curva epidémica de casos de varicela según SE y año. Desde SE 1/2024 hasta SE 22/2026. Provincia de Salta.



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

Al observar el gráfico N° 3, se evidencia una modificación significativa en la frecuencia porcentual con la que cada grupo de edad aportó al total de casos anuales. Mientras que en 2019 el peso relativo de la enfermedad recaía de forma casi exclusiva en los niños más chicos donde el grupo de 5 a 9 años representaba por sí solo alrededor del 50% de los casos, los años subsiguientes muestran una notable redistribución de ese porcentaje. Para 2025, la proporción de casos en niños en edad escolar primaria disminuyó drásticamente en la composición anual, siendo ese porcentaje absorbido por un aumento en la frecuencia relativa principalmente en preadolescentes (10 a 14 años).

Gráfico 3. Distribución relativa de casos de varicela por grupos de edad, por año. Años de 2019 a 2025. 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).



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Notificación al sistema nacional de vigilancia de la salud (snvs 2.0)

Grupo de evento	Evento (Nomenclatura SNVS 2.0)	Criterio de ingreso a sistema de vigilancia (instancia de obligatoriedad)	Modalidad	Estrategia	Periodicidad	Componentes que participan en la vigilancia
Inmunoprevenibles	Varicela	Confirmación	Agrupada	Universal	Inmediata	Clínico
Formulario de notificación de brotes						

DEFINICIONES DE CASO

- **Caso confirmado por clínica***: persona con rash o exantema máculo-pápulo vesicular diseminado de comienzo repentino asociado o no a síntomas generales (fiebre, malestar general, etc.), en ausencia de otra causa aparente.

**En la mayoría de los casos se podrá identificar un vínculo epidemiológico con un caso confirmado cuyo contacto ocurrió entre 10 y 21 días previos al inicio de los síntomas.*

DEFINICIÓN DE BROTE

Se considera brote de varicela a la aparición de 5 o más casos de varicela vinculados epidemiológica y espacialmente en un período de tres semanas. Distintos casos deben considerarse parte de un mismo brote si ocurren dentro del plazo compatible con un período de incubación (21 días) respecto del caso previo.

MEDIDAS PREVENTIVAS

La enfermedad es prevenible a través de la vacunación. La vacuna contra la varicela está elaborada con virus vivos atenuados. La primera dosis se encuentra incluida en el Calendario Nacional de Vacunación desde el año 2015, a los 15 meses de vida, y desde el año 2022 se incorporó la segunda dosis al ingreso escolar (5 años). El Ministerio de Salud de la Nación proveerá la vacuna fuera de Calendario Nacional y en forma gratuita para los siguientes grupos de riesgo:



DIRECCIÓN GENERAL
DE COORDINACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

- Personal de salud sin antecedentes clínicos de varicela y con serología (IgG varicela) negativa.
- Convivientes de inmunocomprometidos.
- Personas en situaciones especiales, sin antecedente clínico de la enfermedad:
 - -Personas viviendo con VIH: niños con recuento de linfocitos T CD4 superiores al 15% o adolescentes y adultos con linfocitos T CD4 superiores a 200/mm³: Vacunar con 2 dosis, con un intervalo entre dosis de 3 meses (mínimo 4 semanas).
 - -Personas con deterioro exclusivo de la inmunidad humoral.
 - -Personas en plan de trasplante de órgano sólido (por lo menos 3 semanas previas al inicio del tratamiento inmunosupresor).
 - -Pacientes post Trasplante de células hematopoyéticas después de 24 meses de suspendida la inmunosupresión, y constatada la ausencia de enfermedad injerto contra huésped (EICH), enfermedad en remisión y ausencia de tratamiento quimioterápico. -Personas con leucemia, linfoma y otras enfermedades malignas, con enfermedad en remisión o bajo control, y habiendo finalizado su tratamiento quimioterápico al menos tres meses antes.
 - -Personas con Síndrome Nefrótico.

MEDIDAS ANTE CONTACTOS

Definición de exposición a la varicela:

- Personas convivientes (la varicela se presenta en aproximadamente 85% de los contactos susceptibles).
- Personas que hayan tenido contacto estrecho (más de una hora).
- Persona / contacto de alto riesgo: Persona con mayor riesgo de complicaciones por varicela debido a su edad o una afección subyacente (por ejemplo, personas inmunocomprometidas, pacientes con cáncer, embarazadas, recién nacidos cuyas madres no son inmunes).
- Contacto intrahospitalario:
 - Varicela: paciente o visitante con varicela en la misma habitación o en camas adyacentes en pabellones. Contacto estrecho.
 - Zoster: contacto íntimo (tacto).
- Recién nacidos: inicio de la varicela en la madre en los cinco días previos al parto, hasta 48 horas después del mismo.
- Las personas expuestas y susceptibles a la varicela pueden recibir como profilaxis postexposición.

Vacuna contra varicela: Puede utilizarse como un mecanismo de bloqueo para el desarrollo de la enfermedad en personas susceptibles expuestas al virus en mayores de 1 año de vida. Debe ser aplicada antes del 5º día post-exposición, especialmente en los huéspedes inmunocomprometidos que no presenten contraindicación para vacunarse, o en brotes en poblaciones cerradas. El Ministerio de Salud no provee la vacuna contra varicela para su uso en estas situaciones si afectan a cohortes no incluidas en la población objetivo a vacunar.



DIRECCIÓN GENERAL
DE COORDINACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Se recomienda consultar los lineamientos técnicos (https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022_01/lineamientos-tecnicos-varicela-2da-dosis.pdf)”

Gammaglobulina específica hiperinmune contra varicela zóster (VZIG): las personas sin evidencia de inmunidad que presentan contraindicaciones para recibir vacunación y alto riesgo de enfermedad grave y complicaciones deben recibir profilaxis secundaria con gammaglobulina específica. Las personas susceptibles no vacunadas, que presenten una nueva exposición a varicela después de este período, deberán recibir nuevamente la VZIG. La VZIG no está recomendada para el tratamiento de la varicela. La gammaglobulina específica no está indicada en personas que recibieron dos dosis de vacuna y después se convirtieron en huéspedes inmunocomprometidos por enfermedad o tratamiento. Estas personas deben ser monitoreadas y eventualmente se les indicaría tratamiento temprano con Aciclovir si desarrollaran la enfermedad. La VZIG es provista por el Ministerio de Salud de la Nación para profilaxis post exposición en inmunocomprometidos, RN de madre con varicela y embarazadas susceptibles a contrarreferencia de la notificación correspondiente. (Planilla de solicitud disponible en:


<https://www.argentina.gob.ar/salud/inmunoprevenibles/vigilancia/varicela>

Si la gammaglobulina específica para varicela zoster no estuviera disponible, debe utilizarse gammaglobulina polivalente o estándar de pool (IGIV), en dosis única de 400 mg/kg.

MEDIDAS ANTE BROTES


Los brotes son frecuentes en escuelas e instituciones cerradas, se debe aislar a los casos infecciosos y aplicar la vacuna a los contactos susceptibles a la brevedad posible. En el caso de no poder recibir la vacuna (huéspedes con alteraciones inmunitarias o embarazadas susceptibles) se deberá considerar la indicación de gammaglobulina específica. La vacuna contra varicela no está provista por el Ministerio de Salud para control de brote en individuos no incluidos en las cohortes de la población objetivo a vacunar por Calendario Nacional.

BIBLIOGRAFÍA

-  Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Epidemiología. (2026). Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria: Actualización 2026 (Versión 1.2). Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/11/manual_de_normas_2026_vf_06_052026.pdf

RECOMENDACIONES FRENTE A BROTE DE VARICELA EN EL ÁMBITO ESCOLAR

El programa de Inmunizaciones emitió la circular normativa 8, con recomendaciones frente a brote de varicela en el ámbito escolar y monitoreo de vacunación en la población objetivo.

Programa de Inmunizaciones	Subsecretaría de Medicina Social	Ministerio de Salud Pública	
----------------------------	----------------------------------	-----------------------------	--

Salta, 04 de Junio del 2026

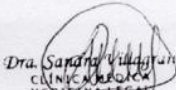
Circular Normativa N° 8
Radiograma N°
Programa de Inmunizaciones

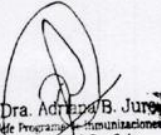
Recomendaciones frente a brote de varicela en ámbito escolar


Antecedentes:
La varicela es una enfermedad altamente contagiosa, con mayor severidad en adolescentes, adultos jóvenes y en personas gestantes e inmunocomprometidos.
Transmisión: contacto directo con lesiones, gotas respiratorias y diseminación aérea del líquido vesicular, objetos recién contaminados también pueden transmitir.
Periodo de incubación: 14–16 días (rango 10–21). Puede prolongarse en inmunodeficientes o tras inmunoglobulina.
Periodo de contagio: Desde 1–2 días antes de la erupción (a veces hasta 5) hasta que todas las lesiones están encostradas (≈5 días). En inmunocomprometidos, el periodo es más largo.
En el contexto de un brote escolar, se requiere implementar medidas de clasificación, control y prevención para reducir la transmisión y las complicaciones.
Estas recomendaciones fueron elaboradas en base a normativas y disponibilidad de insumos

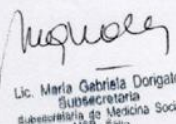
Recomendaciones:

- CLASIFICACIÓN DE ALUMNOS Y PERSONAL:** registro y separación de ambos grupos para definir riesgo y medidas específicas.
 - **Inmunes:** con antecedente confirmado de enfermedad o vacunación documentada (1 o 2 dosis según edad).
 - **Susceptibles:** sin antecedente de enfermedad ni vacunación.
- EVALUACIÓN DE RIESGOS:**
 - **Identificar comorbilidades relevantes** (enfermedades cutáneas, inmunosupresión, uso de corticoides con altas dosis).
 - **Considerar contactos familiares vulnerables:** hermanos pequeños en edad escolar y embarazadas en el hogar.
 - **Intervención farmacológica:**
 - Aciclovir Oral: en adolescentes susceptibles y adultos jóvenes no vacunados, y en niños con factores de riesgo. Dosis: la pauta habitual en la literatura es 20 mg/kg por dosis, cada 6 horas (máximo 800 mg por dosis). Adultos: 800 mg cada 6 horas. La ventana óptima para usar aciclovir como profilaxis postexposición es a partir del día 7 tras el contacto, continuando por 7 días. No se recomienda usarlo inmediatamente después de la exposición, porque en esa fase aún no hay replicación viral significativa.
 - Aciclovir intravenoso: reservado para inmunocomprometidos o cuadros graves.
 - En casos secundarios dentro del hogar, la enfermedad suele ser más intensa, y se sugieren aciclovir oral en esos escenarios.
- MEDIDAS GENERALES DE CONTROL**
 - Higiene de manos frecuente.
 - Ventilación de los ambientes.
 - De artículos contaminados con secreciones nasales y faríngeas.
 - Corte de uñas para evitar sobreinfección.
 - Tratamiento sintomático del prurito
 - Educación sobre signos de alarma: fiebre persistente, lesiones impetiginizadas, dificultad respiratoria, compromiso neurológico.
 - Cuarentena: No suele aplicarse, salvo en lugares con niños susceptibles expuestos y riesgo de contagiar a inmunodeficientes. Duración: 10–21 días tras exposición (hasta 28 si se administró inmunoglobulina).
- EXCLUSIÓN ESCOLAR**
 - Casos confirmados: no concurrir hasta que todas las lesiones estén en costra.
 - Sospechosos: no concurrir hasta descartar o confirmar la enfermedad.
 - Evaluar concurrencia de personas con alto de riesgo a la exposición.
- MONITOREO DE VACUNACIÓN:**
Se debe controlar el estado vacunal de la población objetivo según las normativas vigentes, personas nacidas a partir del 1 de octubre de 2013.


 Dra. Sandra Villalón
 CLÍNICA INTEGRAL
 MEDICINA LEGAL
 M.P. 5315 - M.N. 198917


 Dra. Adriana B. Jure
 Jefe Programa de Inmunizaciones
 A.P.S. - M.S.P. - Salta


 LIC. BEATRIZ ALEJANDRA MAGDALENO
 Directora de Atención Primaria de la Salud
 Ministerio de Salud Pública - Salta


 Lic. María Gabriela Dorigato
 Subsecretaria
 Subsecretaría de Medicina Social
 MSP - Salta

EFE**TABLA 4.3. NOTIFICACIONES DE ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA SEGÚN CLASIFICACIÓN DE CASO. SE 1 a 22. AÑO 2026. PROVINCIA DE SALTA**

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

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

TABLA 4.4. NOTIFICACIONES DE ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA SEGÚN CLASIFICACIÓN DE CASO Y DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. ACUMULADO, SE 1 A SE 22 DEL 2026. PROVINCIA DE SALTA

Departamento	Sospechosos	Probable	Confirmado	Descartado	Invalidado	Otro Diagnóstico	Total Notificaciones
ANTA	1	0	0	1	0		2
CACHI	0	0	0	0	0	0	0
CAFAYATE	0	0	0	0	0	0	0
CAPITAL	8	0	0	2	0	1	11
CERRILLOS	1	0	0	0	0	0	1
CHICOANA	0	0	0	0	0	0	0
GENERAL GÜEMES	0	0	0	0	0	0	0
GRL. JOSÉ DE SAN MARTÍN	2	0	0	0	0	0	2
GUACHIPAS	0	0	0	0	0	0	0
IRUYA	0	0	0	0	0	0	0
LA CALDERA	1	0	0	0	0	0	1
LA CANDELARIA	0	0	0	0	0	0	0
LA POMA	0	0	0	0	0	0	0
LA VIÑA	1	0	0	0	0	0	1
LOS ANDES	0	0	0	0	0	0	0
METÁN	0	0	0	0	0	0	0
MOLINOS	0	0	0	0	0	0	0
ORÁN	0	0	0	0	0	0	0
RIVADAVIA	1	0	0	0	0	0	1
ROSARIO DE LA FRONTERA	0	0	0	0	0	0	0
ROSARIO DE LERMA	0	0	0	1	0	0	1
SAN CARLOS	0	0	0	0	0	0	0
SANTA VICTORIA	0	0	0	0	0	0	0
Total	13	1	0	5	0	1	20

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 22/2026.

Con vacuna registrada	Sin vacuna registrada	Total de notificaciones
10	10	20

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

TABLA 4.6: PRUEBAS DE LABORATORIO PARA DIAGNÓSTICO DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA HASTA SE 22/2026

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
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	1	1	0	1	0	1	0	1	0
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	20	18	2	18	0	17	12	10	8

Fuente: Elaboración propia del Programa de Redes de Laboratorio 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 4.7. CASOS NOTIFICADOS ACUMULADOS DE MENINGITIS SEGÚN CLASIFICACIÓN Y ETIOLOGÍA. HASTA SE 22. AÑO 2026. PROVINCIA DE SALTA (n=77).

Clasificación manual de caso	Nº de casos
Caso confirmado de meningoencefalitis viral sin especificar agente	4
Caso confirmado de Encefalitis por herpes simple	3
Caso confirmado de meningitis fúngica	1
Caso confirmado de meningitis parasitaria	0
Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana - otros agentes	2
Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana s/especificar agente	5
Caso confirmado de meningoencefalitis por Haemophilus influenzae	1
Caso confirmado de meningoencefalitis por Neisseria meningitidis	0
Caso confirmado de meningoencefalitis por Streptococcus pneumoniae	5
Caso confirmado de meningoencefalitis viral - enterovirus	1
Caso confirmado de Meningoencefalitis viral - otros agentes	4
Caso invalidado por epidemiología	15
Caso probable de meningitis, meningoencefalitis o encefalitis virales	26
Caso probable de meningoencefalitis bacteriana	5
Encefalitis por arbovirus	0
Meningitis tuberculosa	2
Meningoencefalitis secundaria	0
Meningoencefalitis sin especificar etiología	3
Total	77

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.

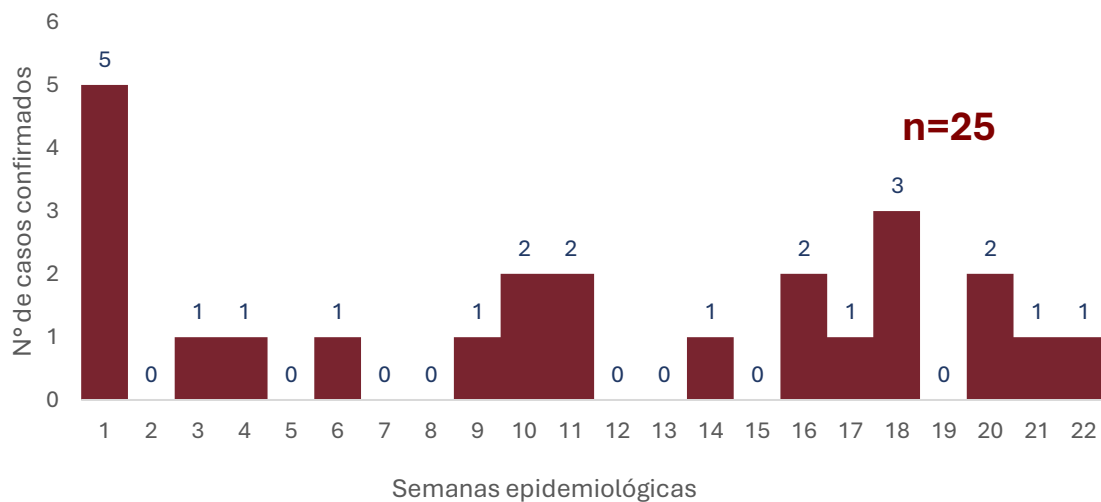
TABLA 5.1. FRECUENCIA ABSOLUTA Y ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES TRANSMITIDA POR ALIMENTOS, AGUA O RUTA FECAL-ORAL. SE 22/2026. PROVINCIA DE SALTA.

E.N.O.	Casos S.E. 22	Acumulados 2026
Botulismo del lactante	0	2
Botulismo	0	0
Síndrome Urémico Hemolítico	0	1
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	25
Brote asociado a Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA)	0	1
Diarrea aguda por Salmonelosis	1	6

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

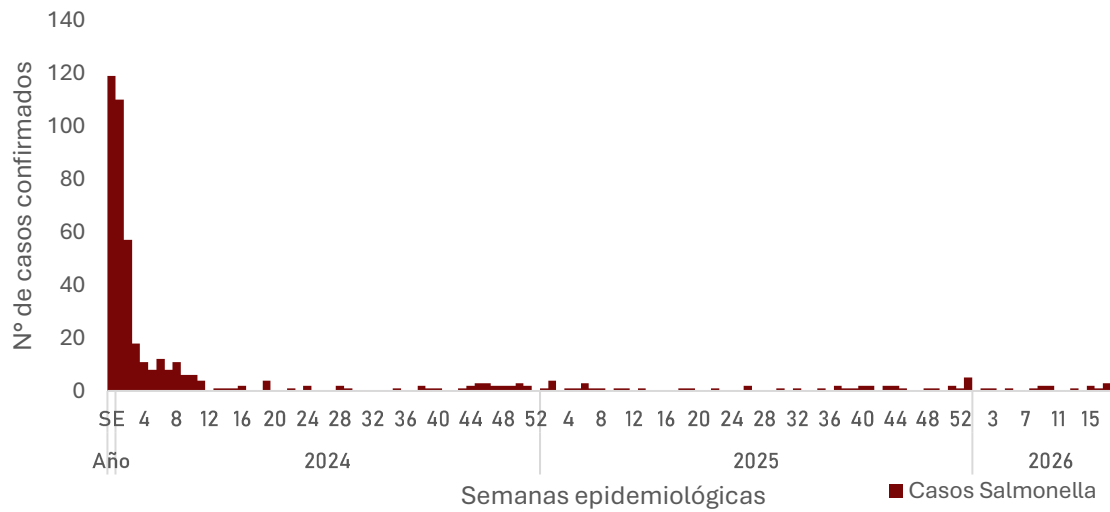
Fiebre tifoidea y paratifoidea

GRÁFICO 5.1. CASOS CONFIRMADOS DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA SEGÚN S.E. HASTA S.E. 22/2026. 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 22/2026. PROVINCIA DE SALTA.



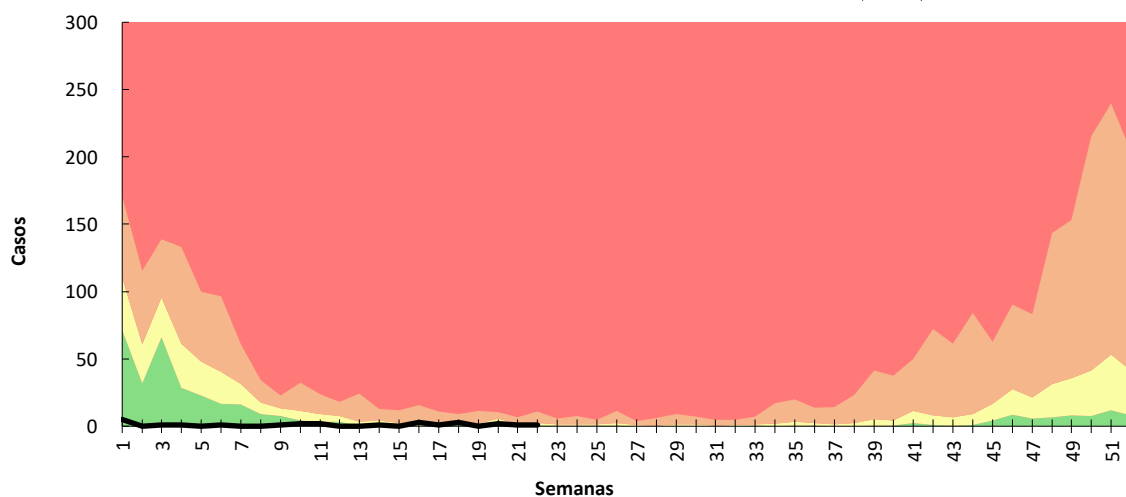
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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 22 se registró 1 caso 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 22 DE 2026. PROVINCIA DE SALTA. (n=25)



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 22. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2026.

Departamentos	SE 22	Acumulado 2026
Anta	0	0
Cachi	0	0
Cafayate	0	0
Capital	1	25
Cerrillos	0	1
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
Total general	1	25

TABLA 5.3. CASOS CONFIRMADOS DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA ACUMULADOS, POR RESIDENCIA EN OTRAS PROVINCIAS, HASTA SE 22. 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).

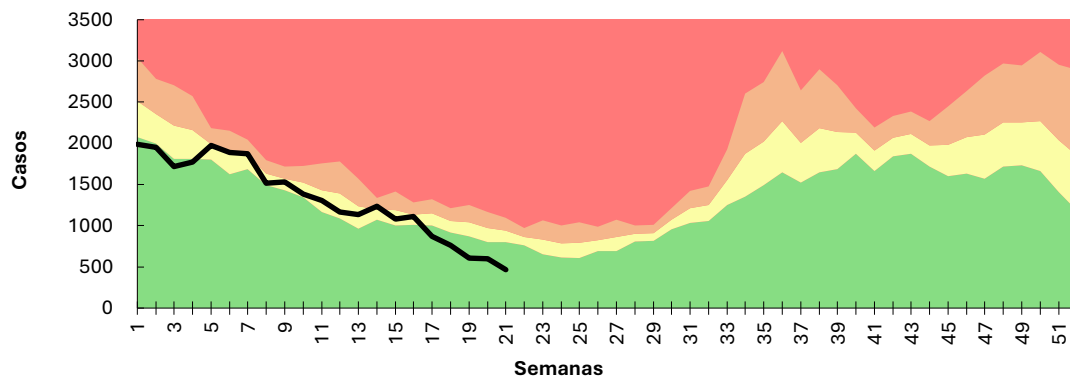
Enfermedades diarreicas agudas

CASOS SEMANA 22/2026
466

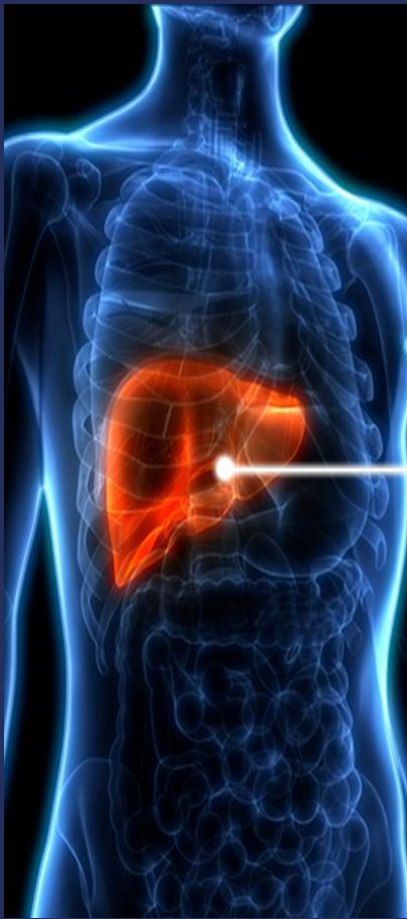
CASOS ACUMULADOS 2026
27.934

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 21 DE 2026. PROVINCIA DE SALTA. (n= 27.934)



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).

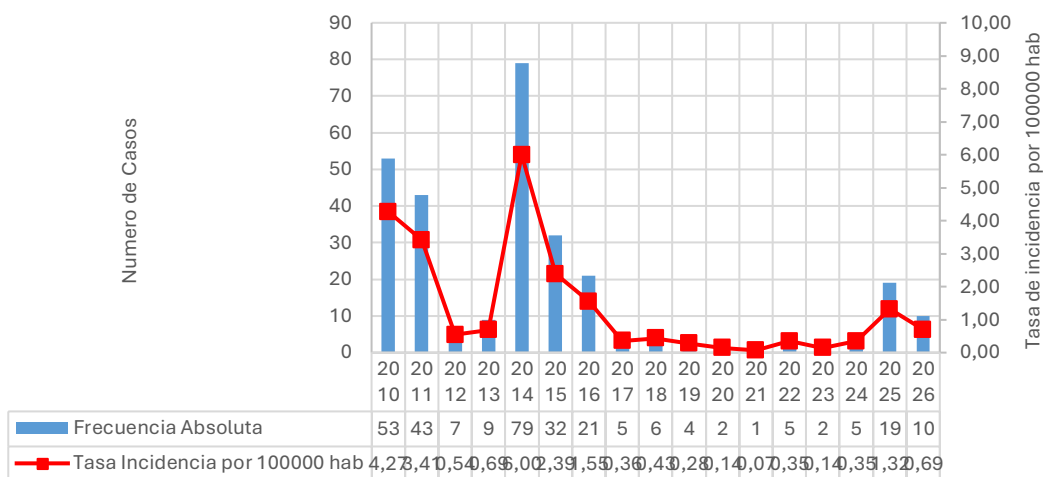


HEPATITIS VIRALES

Hepatitis A

Hasta la semana epidemiológica (SE) N° 22 del año 2026, se notificaron un total de 32 casos sospechosos de hepatitis A, de los cuales se confirmaron 10 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 22 del año 2026.

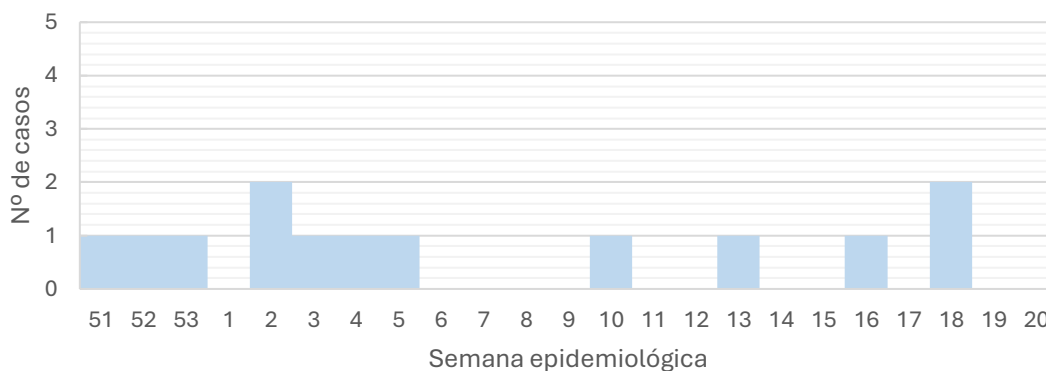
GRÁFICO 6.1. CASOS CONFIRMADOS DE HEPATITIS A Y TASA CADA 100MIL HAB. PERIODO 2010 HASTA SE 22/2026. PROVINCIA DE SALTA.



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 22. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2025-2026



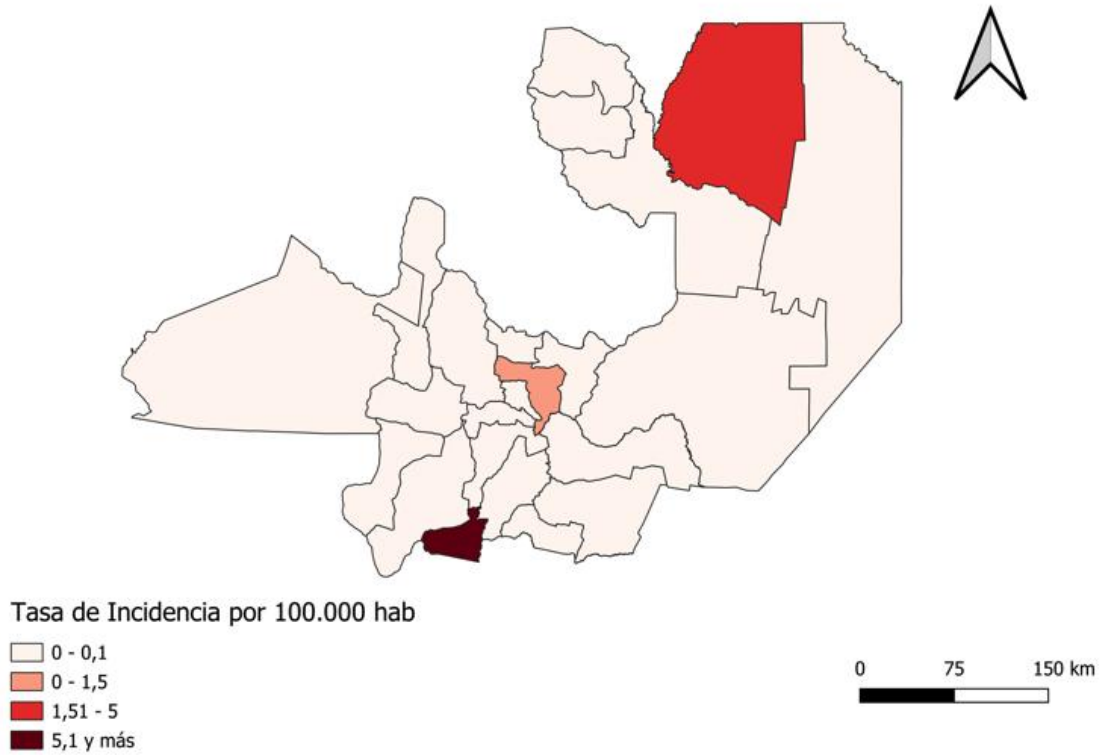
En cuanto a los 10 casos confirmados hasta la SE 22/2026, los mismos tienen residencia en los departamentos de Gral. San Martín, Capital y Cafayate (Tabla N.º 6.1).

TABLA 6.1. NOTIFICACIONES DE HEPATITIS A SEGÚN CLASIFICACIÓN DE CASO Y DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. ACUMULADO HASTA SE 22/2026. PROVINCIA DE SALTA.

Departamentos	Caso confirmado por laboratorio	Caso confirmado por nexos 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	2	0	0	4
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	7	0	15	0	1	23
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
TOTAL	10	0	18	2	2	31

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

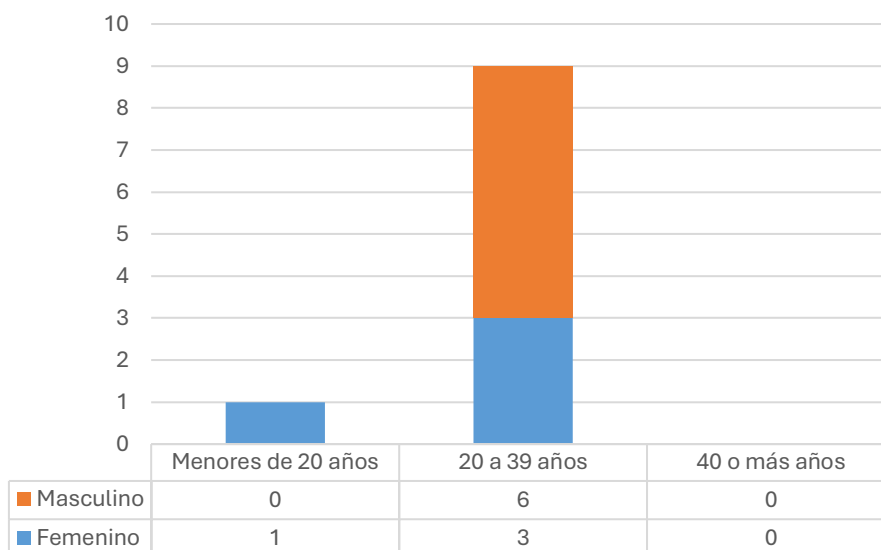
MAPA 6.1. TASA DE INCIDENCIA DE HEPATITIS A POR 10000 HAB. SEGÚN DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. ACUMULADO HASTA SE 22/2026. PROVINCIA DE SALTA.



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 90 % (n = 9) 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 22. 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 22/2026. 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	7	3,93
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
PROVINCIA	10	0,69

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 22. AÑO 2026. PROVINCIA DE SALTA.

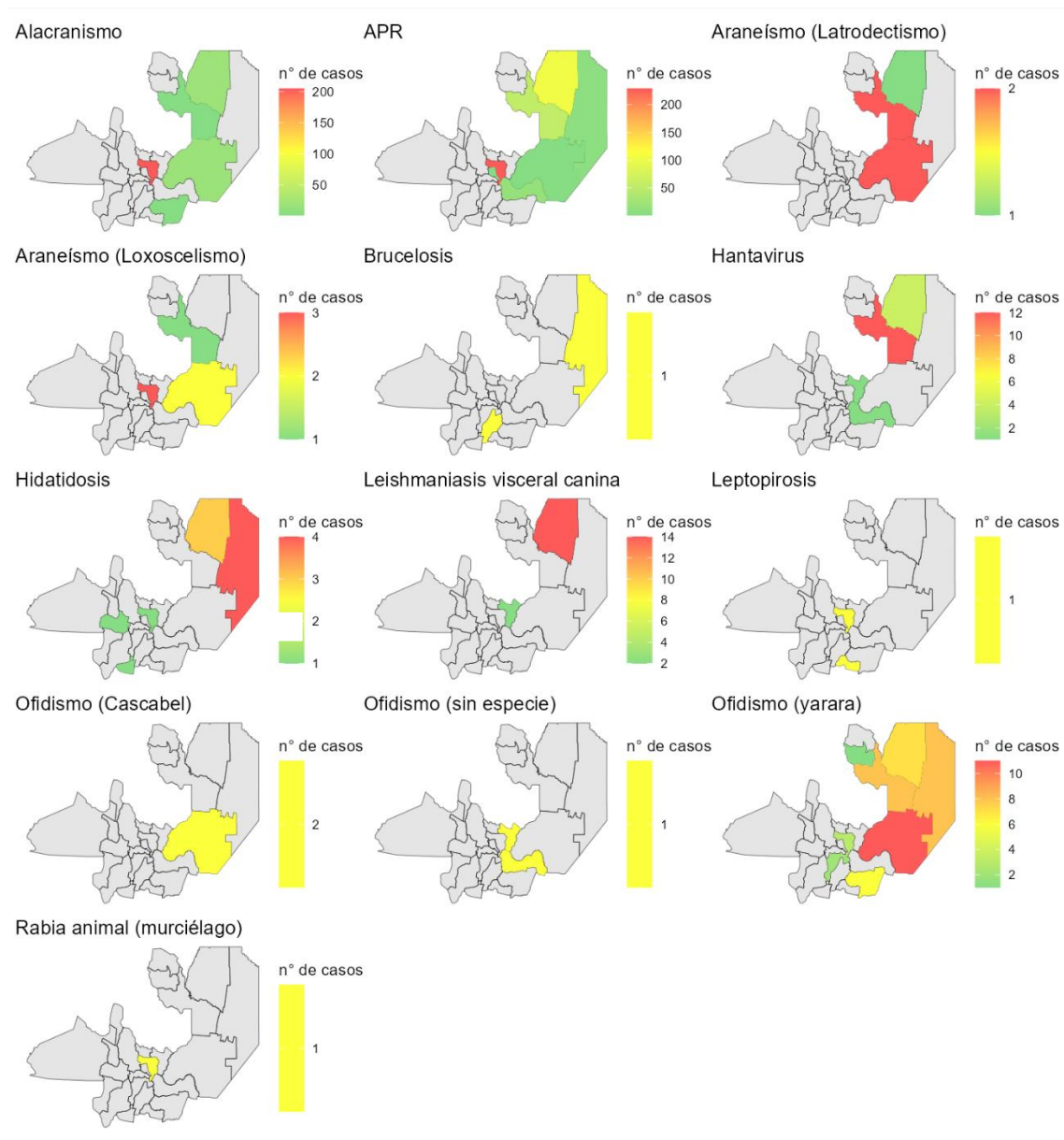
ENO	Casos SE 22	Acumulado 2026
Accidente potencialmente rábico (APR)	17	406
Alacranismo	1	249
Araneísmo sin especificar especie	0	0
Araneísmo-Envenenamiento por Latrodectus (Latrodectismo)	0	5
Araneísmo-Envenenamiento por Loxosceles (Loxoscelismo)	0	6
Araneísmo-Envenenamiento por Phoneutria (Foneutrismo)	0	0
Brucelosis	0	3
Brucelosis en embarazadas	0	0
Hantavirusosis	0	18
Hidatidosis	0	12
Leishmaniasis visceral canina	1	16
Leptospirosis	0	2
Ofidismo sin especificar especie	0	3
Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	1	44
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 22/2026. PROVINCIA DE SALTA.

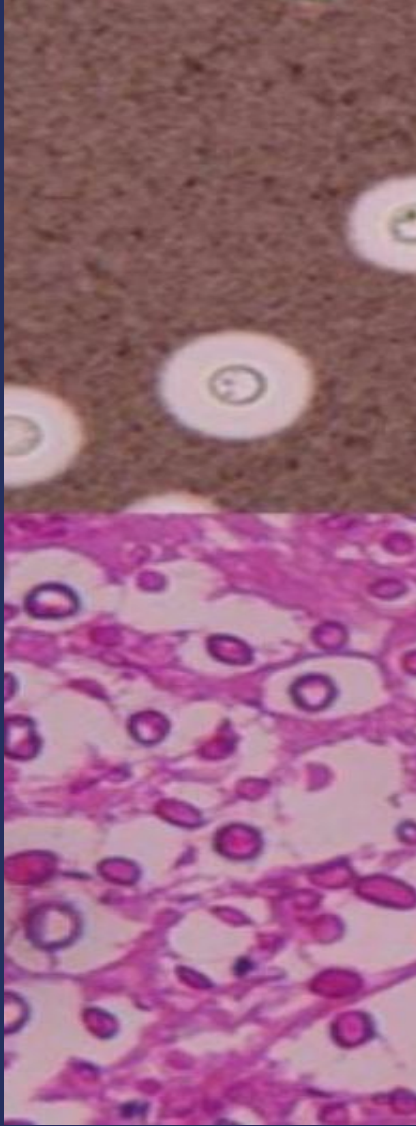
ENO	Departamento	Casos SE 22
APR	CAPITAL	2
	CERRILLOS	1
	SAN MARTIN	4
	METAN	1
	ORAN	9
ALACRANISMO	CAPITAL	1
LEISHMANIASIS VISCERAL CANICA	SAN MARTIN	1
OFIDISMO (YARARA)	IRUYA	1

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 22/2026. 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.

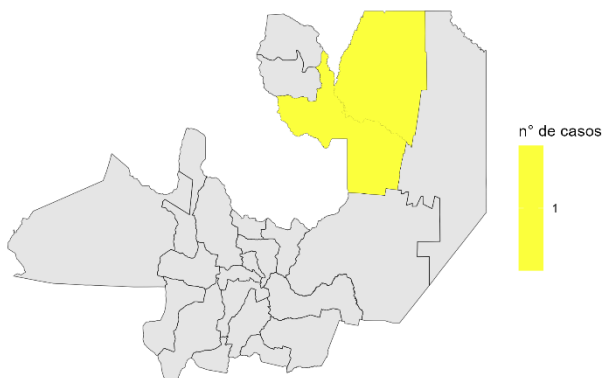
TABLA 9.1. FRECUENCIA ABSOLUTA Y ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS DE INTERÉS SANITARIO. SE 22/2026. PROVINCIA DE SALTA.

ENO	Casos SE 22	Acumulado 2026
Leishmaniasis cutánea humana	0	2
Leishmaniasis mucocutánea humana	0	3
Leishmaniasis visceral humana	1	2
Lepra	0	11
Micosis profunda	0	0

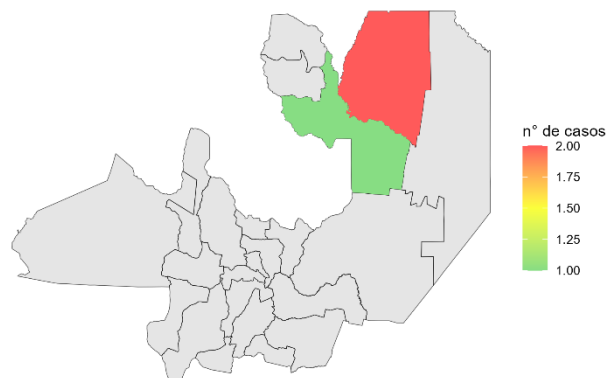
Fuente: Elaboración propia del Programa de EDIS con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). S/D: Sin Datos actualizados.

GRÁFICO 9.1. FRECUENCIA ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS DE INTERÉS SANITARIO POR DEPARTAMENTO HASTA SE 22/2026. PROVINCIA DE SALTA

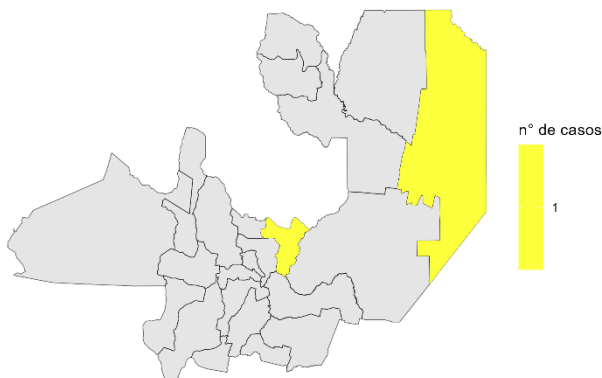
Leishmaniasis cutánea



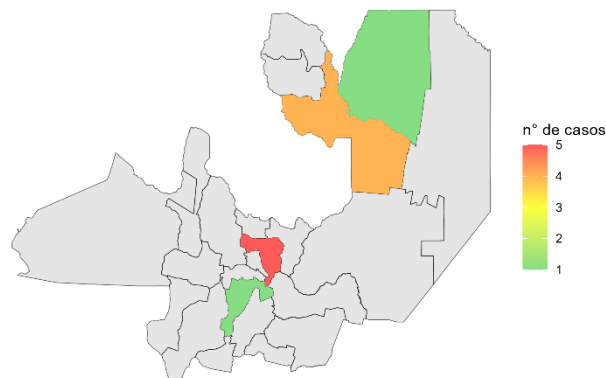
Leishmaniasis mucocutánea



Leishmaniasis visceral



Lepra



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

CONTROL DE FOCO. PRIMER CASO DE LV HUMANA EN GENERAL GÜEMES

Participantes: Dr. Nicolas Ruiz de Huidobro, Dra. Emilce M Tapia, personal de Epidemiología del Hospital Joaquín Castellanos Tomas Sánchez, Supervisora de APS Silvia Ramos y agentes sanitarios Daniela Bermudez y Luz Cardozo, personal de la Municipalidad de Gral. Güemes.

Situación: Paciente de 28 años, con obesidad mórbida, internado en el Hospital Joaquín Castellanos con diagnóstico de Leishmaniasis Visceral, bajo tratamiento. Al momento previo a realizar el control de foco, paciente en UTI, estable que inicia en el día de la fecha tratamiento con Anfotericina B Liposomal, y se plantea su paso a Sala Común. Refiere que reside en B Santa Ana junto a sus padres mayores de 60 años, madre hipertensa. Se explica a cerca de la enfermedad y de la importancia del trabajo en terreno.

Trabajo en terreno

Domicilio del paciente. Se entrevista a los padres se explica a cerca del trabajo que se inicia en su domicilio y continua con la periferia, sobre la patología y la implicancia del vector y papel del perro. Se realiza inspección y se dan indicaciones con respecto a la disposición de la basura y acciones tendientes a combatir al insecto y a procurar salud al animal. Se procede a tomar muestra al can de la familia, quien resulta rk 39 (+).

Posteriormente se visitaron 14 domicilios (casas 77,76, 75,74,89 ,88 ,87 ,86 ,85 84 ,83 82 ,81 ,80 y 79) en cada uno de los domicilios se procedió de idéntica forma que la utilizada con la familia del caso índice, informando a cerca de la patología, las medidas de prevención, promoción, tomándose muestras a los canes de cada uno de los domicilios. Se tomaron muestras a 11 perros.

Por sugerencia del equipo de APS se realizó visita a una familia que posee can sospechoso para tomar muestra, resultando el segundo caso positivo para LV canina de los casos caninos estudiados durante este trabajo. Posteriormente la comisión se dirigió al lugar de trabajo del paciente en cuestión trabajándose con idéntica modalidad.

Sobre esta patología la Dirección de Epidemiología y sus Programa EDIS y Zoonosis están trabajando en forma interinstitucional, dando relevancia al conocimiento y tratamiento en todo sentido de esta. Se destaca la Sensibilización del equipo de salud, la importancia del trabajo en red. Se recomienda

- Mayor difusión de la existencia de la patología a la población (información acerca de medidas de promoción, prevención y consulta precoz ante la sospecha)
- Intervención sobre el medio ambiente en forma adecuada.
- Insistir en la importancia de la tenencia responsable y manejo del reservorio (uso de collares y castración de canes)



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):	18/06/2026 09:50
Título	Alertan por síntomas inusuales de gripe en niños: convulsiones, cuadros similares a paperas y fiebre intermitente
Fuente	primeraedicionweb General News, National https://www.primeraedicion.com.ar/nota/101115154/alertan-por-sintomas-inusuales-de-gripe-en-ninos-convulsiones-cuadros-similares-a-paperas-y-fiebre-intermitente/
Fecha	[[<i>fetched UTC</i>] 2026-06-17T14:43:00.000Z [<i>imported UTC</i>] 2026-06-17T14:43:05.320Z
Descripción	<p>La gripe que avanza en Argentina ya no se presenta únicamente con los síntomas respiratorios clásicos. Convulsiones en niños, inflamación de glándulas salivales similar a las paperas y episodios de fiebre que desaparecen para regresar días después son algunas de las manifestaciones atípicas que comenzaron a detectar los médicos en distintos puntos del país y que encendieron las alarmas del sistema sanitario. La advertencia fue realizada por el reconocido médico infectólogo Hugo Pizzi, quien describió un escenario complejo marcado por el incremento de internaciones pediátricas, una variante más contagiosa de influenza y una cobertura de vacunación que considera insuficiente para enfrentar la temporada invernal. Convulsiones y síntomas que desconciertan a las familias.</p> <p>Lo que más preocupa a los especialistas no es solamente la cantidad de casos, sino la forma en que la enfermedad está manifestándose en muchos menores. Pizzi aseguró que los profesionales comenzaron a observar cuadros poco frecuentes asociados a la influenza. “En los chicos estamos notando que hay cuadros de convulsiones. Entonces los padres desesperados los llevan por el cuadro de la convulsión”, explicó. Según detalló, también se detectaron casos de inflamación de las glándulas salivales que pueden confundirse fácilmente con paperas. “Hemos notado una inflamación de las glándulas salivales a tal punto que da un cuadro parecido a la papera, como una parotiditis, pero no es el virus de la papera. Es el virus H3N2 subclado K”, señaló. A esto se suma otro comportamiento inusual de la enfermedad: la fiebre intermitente. “Muchos niños internados presentan fiebre abrupta durante dos o tres días, luego desaparece y vuelve</p>

	<p>a aparecer dos o tres días después. Es una situación rara y atípica “, describió.</p> <p>Para el especialista, estas manifestaciones pueden retrasar la consulta o generar confusión en las familias, por lo que insistió en la importancia de acudir rápidamente al médico ante cualquier síntoma preocupante. Una variante más contagiosa y agresiva. El infectólogo explicó que la situación actual está vinculada a una modificación genética del virus de la influenza. Según relató, las primeras advertencias llegaron desde Europa y otros países del hemisferio norte, donde la circulación viral comenzó meses antes. “Era la gripe conocida como H3N2, pero en Australia hizo un cambio genético y dejó de ser simplemente H3N2 para conformarse en H3N2 subclado K. Ese subclado la hizo más contagiosa y contundente”, explicó. De acuerdo con Pizzi, las autoridades sanitarias tomaron nota de esas advertencias y adelantaron la compra de vacunas. “Las vacunas se compraron en febrero, se pagaron y el 10 de marzo estaban distribuidas en toda la jurisdicción”, pero el problema radica en que “la gente no se vacuna”, lamentó.</p>
--	--

Título	Situación epidemiológica en Tucumán: primera semana sin casos de chikungunya
Fuente	<p>contextotucuman General News, National https://www.contextotucuman.com/nota/389179/situacion-epidemiologica-en-tucuman-primera-semana-sin-casos-de-chikungunya-y-mas-de-200-mil-vacunas-antigripales-aplicadas.html</p>
Fecha	<p>[<i>fetched UTC</i>] 2026-06-17T19:56:00.000Z [<i>imported UTC</i>] 2026-06-17T19:57:36.399Z</p>
Descripción	<p>Tucumán continúa mostrando una situación epidemiológica alentadora respecto de las enfermedades transmitidas por mosquitos. De acuerdo con el último informe presentado en una nueva Sala de Situación a cargo del ministro de Salud Pública, Luis Medina Ruiz, la provincia registró su primera semana sin casos confirmados de chikungunya y acumula 50 semanas consecutivas sin notificaciones de dengue, un dato que refleja el impacto de las estrategias de prevención, control y vigilancia implementadas por el sistema de salud.</p> <p>A nivel nacional, Argentina mantiene una tendencia descendente en los casos de chikungunya luego de haber alcanzado su pico en la semana epidemiológica 16. En Tucumán, durante la última semana no se confirmaron nuevos contagios de esta enfermedad, mientras que tampoco se registraron casos de dengue en toda la temporada.</p>

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



RESIDENCIA DE EPIDEMIOLOGÍA DE CAMPO

Ingreso de residentes a Epidemiología-Año 2026

Con enorme satisfacción damos la bienvenida a quienes este año inician su formación en la Residencia de Epidemiología de Campo de la Provincia de Salta.

Cada nueva cohorte representa la continuidad de un proyecto formativo que, a lo largo de los años, ha contribuido al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, la investigación de eventos de salud, el análisis de información para la toma de decisiones y el trabajo articulado con los distintos niveles del sistema sanitario.

A continuación, les presentamos a los 3 nuevos residentes que se incorporan a este camino de aprendizaje, crecimiento profesional y compromiso con la salud de la población. Sus experiencias previas, motivaciones e intereses reflejan la riqueza de una residencia que se nutre del trabajo interdisciplinario.

Les damos la bienvenida a Mayra, Oriana y Matias a este nuevo recorrido, convencidos de que su aporte fortalecerá la Epidemiología de Campo y contribuirá al desarrollo de la salud pública que soñamos y a la cual continuamos apostando.



Mayra Stefoni Alsina

Tengo 28 años, soy Licenciada en Nutrición graduada de la Universidad Nacional de Salta y actualmente formo parte de la residencia de Epidemiología de campo como R1.

Como profesional de la salud mi primer acercamiento de la teoría a la práctica fue en mis prácticas integrales en el año 2024 en el Hospital Dr. Elias Anna correspondiente al A.O. de Colonia Santa Rosa. Allí pude trabajar en equipos interdisciplinarios en área clínica, comunitaria y área del servicio de alimentación.



Realizando actividades de promoción de la salud como actividades de EAN (educación alimentaria nutricional), prevención de la enfermedad en sus distintos niveles a fin de favorecer la recuperación como la atención nutricional de internados y ambulatorios en consultorio externo y domicilio para evitar el progreso de los procesos patológicos a estadios más severos.

A partir de dicha experiencia pude reafirmar mi interés por la salud pública y la necesidad de construir indicadores y bases de información reales que permitan la priorización y resolución de problemas de manera eficiente a contextos adversos.

La residencia de Epidemiología de campo me permite permanecer en la salud pública y aportar información certera acerca de la situación de salud de la provincia para planificar de manera correcta acciones que respondan a las necesidades sociosanitarias actuales favoreciendo a la salud de la población y prevención de las enfermedades.



Oriana Romina Cardozo

Tengo 25 años, soy Licenciada en Trabajo Social graduada de la Universidad Católica de Salta, en donde actualmente soy docente de la Catedra Residencia de Intervención pre-profesional.

Como profesional del área social, tengo experiencia con trabajo en el ámbito comunitario y territorial e individual desde una perspectiva de derechos humanos, desarrollando intervenciones interdisciplinarias e interinstitucionales con diversos organismos, entre ellas el sector de salud. Entre mis actividades específicas se encuentran la realización de visitas domiciliarias, viajes de investigación e intervención en distintas localidades del interior de la provincia, articulación con instituciones y actores comunitarios, acompañamiento de poblaciones en situación de vulnerabilidad y participación en equipos interdisciplinarios.



Fue precisamente a través de estas experiencias y del contacto con distintos equipos de salud e instituciones que comenzó mi interés por la salud pública, reconociendo la importancia de comprender los procesos de salud desde una mirada integral. Es por ello que, en el corriente año, decidí rendir el examen único para ingresar a la Residencia de Epidemiología, ya que considero que esto me permite incorporar nuevas herramientas de análisis y fortalecer mi formación profesional.



Matías Pioli

Hola, soy Licenciado en Ciencias Biológicas y residente de primer año (R1) de Epidemiología en Salta, y actualmente me encuentro a punto de concluir mi doctorado en Ciencias Biológicas. Previo a mi ingreso a la residencia, me desempeñé desde 2021 como becario doctoral del CONICET, enfocando mi trabajo en las áreas de biotecnología y microbiología. Durante esa etapa adquirí una sólida experiencia de laboratorio, aunque aún no en el trabajo de campo. Por este motivo, integrarme a Epidemiología y al ámbito de la salud en general representa un desafío nuevo, emocionante y sumamente enriquecedor para mi desarrollo profesional.





INFORMES ESPECIALES

Intoxicación/exposición por monóxido de carbono

La información presentada corresponde a los casos registrados durante el año 2025 y hasta la Semana Epidemiológica (SE) 22 del año 2026.

El total de casos confirmados de intoxicación/exposición por monóxido de carbono durante el año 2025 fue de 88. En lo que va del año 2026, hasta la Semana Epidemiológica (SE) 22, el total es de 13 casos, pertenecientes al departamento Capital. En la SE 22 no se presentaron casos.

Hasta la SE 22 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 2025 Y 2026 HASTA SE 22.

Acumulados 2025	Casos SE 22/2026	Acumulados 2026
88	0	16

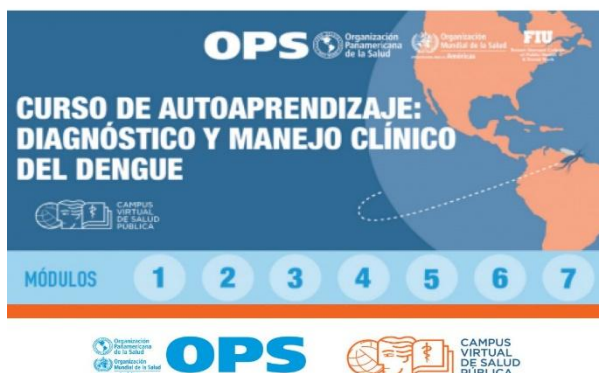
Fuente: Elaboración propia del Prog. De Vigilancia Epidemiológica de la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).



HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

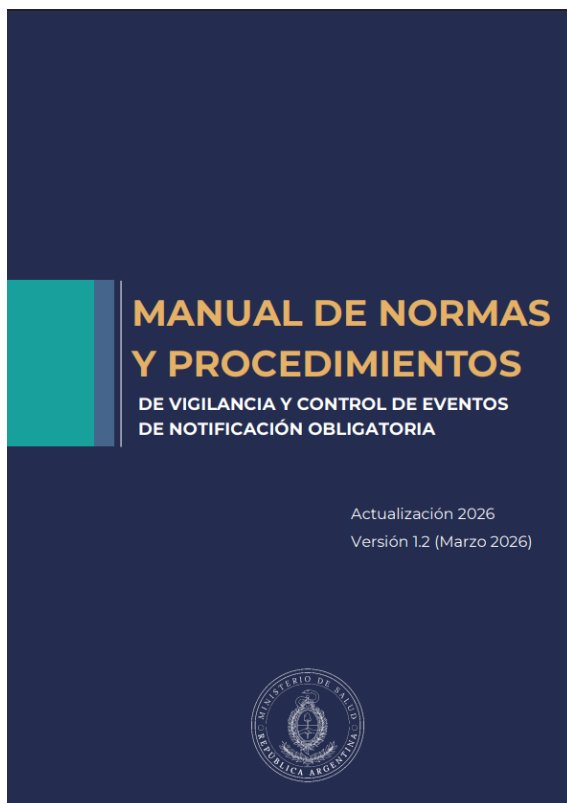
CURSO VIRTUAL



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
EPIDEMIOLOGICOS

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	MARCELA QUISPE	
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	MARCELA SORIA	vigi.epi.eltala@gmail.com
22	SUR	GRAL. GUEMES	TOMAS SANCHEZ	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	LOPEZ RAMON	lopez.ramon.by@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

