



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO MERCOSUR **COVIGSAL**

Volumen 3 | 2025

Argentina

Brasil

Paraguay

Uruguay



ARGENTINA

Ministro de Salud de la Nación
Mario Iván Lugones

Secretario de Gestión Sanitaria
Saúl Flores

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud
María Susana Azurmendi

Dirección de Epidemiología
Cecilia Gonzalez Lebrero

Área de Vigilancia de la Salud

Julián Antman
María Paz Rojas Mena
Yasmin El Ahmed
Tamara Wainziger

Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

Dirección de Enfermedades No Transmisibles
María Julieta Rodríguez Cámara
Ana King
Manuela Bulló

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni" ANLIS
Hugo Fernandez
Natalia Mordini

BRASIL

Ministro de Estado da Saúde – Ministério de Saúde (MS)
Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)
Mariângela Batista Galvão Simão

Gabinete da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (GAB/SVSA/MS)
Mauro Teixeira de Figueiredo

Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT)
Marília Santini de Oliveira
Mariana Bizinoto dos Santos Anjo

Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses (CGARB/DEDT/SVSA/MS)
Livia Carla Vinhal Frutuoso
Marcela Lopes Santos
Marcelle Araújo Ribeiro
Camila Rilbeiro Silva

Coordenação-Geral de Vigilância da Covid-19, Influenza e Outros Vírus Respiratórios Departamento de Doenças Transmissíveis (CGCOVID/DEDT/SVSA/MS)
Aluísio Pereira da Silva Filho
Eucilene Alves Santana
Germana Vizzotto Osowski
Marcelo Ferreira da Costa Gomes
Mariana de Carvalho
Plínio Tadeu Istilli
Walquiria Aparecida Ferreira de Almeida

Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial (CGZV/DEDT/SVSA/MS)
Mayara Maia Lima
Aline Ale Beraldo
Francisco Edilson Ferreira de Lima Junior
Silene Lima Dourado Ximenes Santos

Departamento de Imunização e Doenças Inmunopreveníveis (DPNI)
Eder Gatti Fernandes

Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização (Cgici/DPNI/SVSA/MS)
Ana Catarina de Melo Araújo
Luciana Maiara Diogo Nascimento
Krishna Mara Rodrigues Freire
Sonierly Almeida Maciel

Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi/SVSA/MS)
Draurio Barreira Cravo Neto
Carmen Silvia Bruniera Domingues

Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias não Tuberculosas (CGTM/Dathi/SVSA/MS)
Fernanda Dockhorn Costa Johansen
Karina dos Santos Casado
Luiz Henrique Arroyo
Luiza Ohana Harada

Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis (CGIST/Dathi/SVSA/MS)
Pâmela Cristina Gaspar

Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (Daent)
Leticia de Oliveira Cardoso
Oscar Geovanny Enriquez-Martinez
Paula Carvalho de Freitas
Geórgia Maria de Albuquerque
Leonardo de Souza Lourenco Carvalho
Naiza Nayla Bandeira de Sá
Marli de Mesquita Silva

PARAGUAI

Ministra de Salud
María Teresa Barán

Directora General de Vigilancia de la Salud
Andrea Ojeda

Dirección General de Vigilancia de la Salud
Andrea Ojeda

Dirección del Centro de Información Epidemiológica y Vigilancia de la Salud
Esther Pedrozo
Fátima Aidée Vázquez
Mónica Arellano
Katia Peralta

Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles
Viviana de Egea

Programa Nacional de Enfermedades Vectoriales
Martha Torales
Karina Rotela
Fatima Rojas
Judith Román
Karen Rojas

Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
Sarita Aguirre
Natalia Sosa
Angélica Escobar

Programa Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles y PAI (PNEI y PAI)
Luis Cousirat
Vilma Teresa Pérez

Programa Nacional de Control de VIH/SIDA/ITS
Elena Candia

Giulia Cipolla
Stela Samaniego

Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles
Felicia Cañete Villalba
Ethel Santacruz Lezcano
Noelia Cañete Borja

URUGUAI

Ministra de Salud de Uruguay
Cristina Lustemberg

Dirección General de Salud
Fernanda Nozar

Dirección del Área de Vigilancia en de la Población
Mónica Castro

Dirección del Departamento de Vigilancia en Salud
Nataly Rodríguez

Sector de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles
Sally Cossio

Sector de Vigilancia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud
Daiana Tritten
Eduardo Silvera

Sector de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles
Griselda Bitarr
Erika Bruzzese

Unidad de Análisis
Estrella Sicardi

Unidad de Inmunizaciones
Catalina Pirez
Steven Tapia
Jeremy Tairovich

Departamento de Laboratorios de Salud Publica
Natalia Goñi

Unidad de Zoonosis y Vectores
Gabriela Willat
Lorenzo Verger

Editorial científica
Christian Loret de Mola Zanatti –
Universidade Federal do Rio Grande
Tatiane Fernandes Portal de Lima Alves
da Silva – CGEVSA/Daevs/SVSA/MS

Traducción
Christian Loret de Mola Zanatti

Revisión técnica del formato
Tatiane Souza

Proyecto gráfico
Fred Lobo – CGEVSA/Daevs/SVSA

Maquetación
Sabrina Lopes – CGEVSA/Daevs/SVSA

Producción
Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente (Daevs/SVSA/MS)
Guilherme Loureiro Werneck

Coordenação-Geral de Editoração Técnico-Científica em Vigilância em Saúde (CGEVSA/Daevs/SVSA)
Tais Freire Galvão

Resumen

Presentación.....	3
Contexto histórico de la Comisión de Vigilancia de la Salud (COVIGSAL) del MERCOSUR.....	5
1 Introducción.....	7
1.1 Argentina	7
1.2 Brasil	8
1.3 Paraguay	8
1.4 Uruguay	9
2 Métodos.....	11
2.1 Arbovirosis.....	11
2.1.1 Dengue	11
2.1.2 Chikungunya	16
2.1.3 Zika	21
2.1.4 Fiebre Amarilla.....	25
2.2 Cobertura de vacunación.....	30
2.2.1 Vacunación contra sarampión.....	30
2.2.2 Vacunación contra Fiebre Amarilla	33
2.2.3 Vacunación contra poliomielitis	35
2.2.4 Vacunación contra Covid-19	37
2.3 Sífilis e enfermedad de Chagas congénita	40
2.3.1 Sífilis congénita	40
2.3.2 Enfermedad de Chagas congénita	43
2.4 Enfermedad tipo influenza por Covid-19 e infección respiratoria aguda grave (IRAG) por Covid-19, influenza e virus sincicial respiratorio.....	45
2.4.1 Enfermedad tipo influenza por Covid-19	45
2.4.2 Infección respiratoria aguda grave por Covid-19	48
2.4.3 Infección respiratoria aguda grave por influenza	52
2.4.4 Infección respiratoria aguda grave por virus sincicial respiratorio (VSR).....	55
2.5 Tuberculosis	58
2.6 Mortalidad prematura por ENT, tabaquismo y accidentes de tránsito.....	62
2.6.1 Mortalidad Prematura por ENT	64
2.6.2 Prevalencia de tabaquismo (18-64 años).....	65
2.6.3 Mortalidad por accidentes de tránsito	66
3 Resultados.....	67
3.1 Arbovirosis.....	67
3.1.1 Dengue	67
3.1.2 Chikungunya	69
3.1.3 Zika	71
3.1.4 Fiebre Amarilla.....	73
3.2 Cobertura de vacunación.....	75
3.2.1 Sarampión	75
3.2.2 Fiebre Amarilla.....	77
3.2.3 Poliomielitis	78
3.2.4 Covid-19	80

3.3 Sífilis y enfermedad de Chagas congénita.....	81
3.3.1 Sífilis congénita	81
3.3.2 Enfermedad de Chagas congénita	82
3.4 Enfermedad Tipo influenza por Covid-19 e infección respiratoria aguda grave (IRAG) por Covid-19, influenza e virus sincicial respiratorio	83
3.4.1 Covid-19	83
3.4.2 Influenza.....	85
3.4.3 Virus sincicial respiratorio	86
3.5 Tuberculosis	87
3.5.1 Tasa de incidencia de tuberculosis	87
3.5.2 Tasa de letalidad de tuberculosis.....	88
3.5.3 Tasa de mortalidad específica por tuberculosis.....	88
3.6 Enfermedades no transmisibles.....	89
3.6.1 Mortalidad prematura por ENT (30-69 años)	89
3.6.2 Prevalencia de tabaquismo.....	90
3.6.3 Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito	91
4 Consideraciones finales.....	93
4.1 Argentina.....	93
4.1.1 Arbovirosis	93
4.1.2 Cobertura de vacunación.....	93
4.1.3 Sífilis y enfermedad de Chagas congénita	93
4.1.4 Enfermedad tipo influenza por Covid-19 e infección respiratoria aguda grave (IRAG) por Covid-19, influenza e virus sincicial respiratorio	94
4.1.5 Tuberculosis	94
4.2 Brasil.....	94
4.2.1 Arbovirosis	94
4.2.2 Cobertura de vacunación.....	94
4.2.3 Sífilis e enfermedad de Chagas congénita.....	95
4.2.4 Enfermedad tipo influenza por Covid-19 e infección respiratoria aguda grave (IRAG) por Covid-19, influenza e virus sincicial respiratorio	95
4.2.5 Tuberculosis	95
4.3 Paraguay.....	96
4.3.1 Arbovirosis.....	96
4.3.2 Cobertura de vacunación.....	96
4.3.3 Sífilis y enfermedad de Chagas congénita	97
4.3.4 Enfermedad tipo influenza por Covid-19 e infección respiratoria aguda grave (IRAG) por Covid-19, influenza e virus sincicial respiratorio	97
4.3.5 Tuberculosis.....	98
4.4 Uruguay.....	98
4.4.1 Arbovirosis	98
4.4.2 Cobertura de vacunación.....	99
4.4.3 Sífilis e enfermedad de Chagas congénita	99
4.4.4 Enfermedad tipo influenza por Covid-19 e infección respiratoria aguda grave (IRAG) por Covid-19, influenza e virus sincicial respiratorio	99
4.4.5 Tuberculosis	100
4.5 Enfermedades no transmisibles	100
Referencias	101

Presentación

Este documento es resultado de una asociación entre los países miembros del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) (Brasil, Argentina, Paraguay y Uruguay) para compartir información epidemiológica sobre enfermedades y condiciones relevantes para la salud pública entre los países y apoyar estrategias de acción integradas.

Este Boletín proporciona información sobre el perfil epidemiológico de las Arbovirosis, cobertura de vacunación, la Tuberculosis, Sífilis, Enfermedad de Chagas Congénita, Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) por Covid-19, Influenza y virus respiratorio sincitial (VRS). En esta nueva edición, también se incluyen indicadores de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (ENT), mortalidad por accidentes de tránsito y prevalencia del tabaquismo.

La vigilancia epidemiológica de las ENT y de las lesiones por causas externas es el conjunto de acciones sistemáticas orientadas a medir su carga, comprender sus determinantes y reducir su impacto. Evalúa la magnitud y tendencias de morbilidad y sus factores de riesgo – tabaquismo, consumo nocivo de alcohol, alimentación inadecuada, actividad física insuficiente, entre otros –, e identifica desigualdades territoriales y socioeconómicas. Para ello integra múltiples fuentes de información (registros vitales y hospitalarios, encuestas poblacionales y escolares) y transforma los datos en evidencia que guía la prevención, la continuidad del cuidado y la evaluación de políticas. En articulación con la Atención Primaria de la Salud, la promoción de la salud y otras políticas públicas sustenta decisiones oportunas, fija metas realistas y favorece la asignación eficiente de recursos, contribuyendo a avances sostenibles en salud y equidad.

Contexto histórico de la Comisión de Vigilancia de la Salud (COVIGSAL) del MERCOSUR

El MERCOSUR es un bloque con el objetivo de promover la integración económica, política y social de países sudamericanos, compuesto por Estados miembros, entre ellos Argentina, Brasil, Uruguay y Paraguay¹, y países observadores, como Bolivia, que posteriormente se incorporó oficialmente al MERCOSUR. El objetivo de la creación de este bloque fue la garantía de la libre circulación de bienes, servicios y personas, estableciendo acuerdos y tarifas comunes que fueran más atractivos para fomentar una economía justa entre los países que integran el bloque económico, también llamados Estados Parte ¹.

Las regiones de frontera tienden a tener una intensa movilidad poblacional, tanto para el turismo como para el comercio. La experiencia mundial con la Covid-19 demuestra que la movilidad de la población es un factor importante en la diseminación de enfermedades ². Esto refuerza la necesidad de mantener la vigilancia de la salud dentro y entre los países, con foco en la situación epidemiológica.

La Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR fue creada en 1995, con base en la Decisión N.º 3 de 1995 del Consejo del Mercado Común (CMC) del MERCOSUR, con el propósito de proponer al referido Consejo medidas destinadas a coordinar políticas en el área de la salud en el ámbito del MERCOSUR. Como resultado, en 1996, en el ámbito del Grupo Mercado Común (GMC), fue creado el Subgrupo de Trabajo N.º 11 (Salud), por medio de la Resolución GMC/RES N.º 151 de 1996. Este documento estableció la necesidad de un órgano técnico, de carácter deliberativo, que centralizara el tratamiento de estos temas, para facilitar la armonización de las legislaciones nacionales y la compatibilidad de los sistemas de control sanitario de los Estados Parte.

Por medio de la Resolución GMC/RES N.º 4 de 1998, fue aprobada la "Agenda de Negociación del Subgrupo de Trabajo N.º 11 (Salud)". Es en este contexto que nació la Comisión de Vigilancia Epidemiológica y Control Sanitario de Puertos, Aeropuertos, Estaciones y Pasos de Frontera, que posteriormente pasó a ser denominada Comisión de Vigilancia de la Salud (COVIGSAL), con el propósito de promover la vigilancia sanitaria y el intercambio de información sobre enfermedades entre los países del MERCOSUR. El trabajo comprende el análisis de la situación sanitaria, en coordinación con un conjunto de actividades destinadas a adoptar medidas para la identificación, promoción, prevención y control de las enfermedades y sus determinantes en la región. Estas acciones son implementadas a través de planes de trabajo, definidos para un período de dos años.

La COVIGSAL se reúne para discutir la situación epidemiológica de los países miembros y compartir información epidemiológica. El Programa de Trabajo 2023-2024 de la COVIGSAL, aprobado en la CXXVIII Reunión Ordinaria del GMC, incluye una actualización periódica (semestral) del status

del MERCOSUR de los eventos priorizados; el intercambio de información y estrategias en el área de inmunización; el intercambio de estrategias, avances y dificultades en la vigilancia, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores; y la construcción de estrategias comunes en el MERCOSUR para combatir la resistencia a los antimicrobianos.

A partir de 2023, el Boletín Epidemiológico del MERCOSUR pasó a elaborarse con los indicadores seleccionados por los países correspondientes al año anterior, con el objetivo de recopilar, sistematizar y comparar datos a lo largo de las ediciones futuras. Hasta el momento se han publicado dos boletines: el primero en 2023 y el segundo en 2024^{3,4}. En esta edición de 2025, se amplió el alcance del análisis con la inclusión de indicadores de ENT y de otros síndromes respiratorios agudos graves.

Por lo tanto, el objetivo de este boletín epidemiológico es divulgar información epidemiológica sobre enfermedades y problemas de salud pública de interés de los países miembros del MERCOSUR para apoyar acciones integradas entre ellos. Para ello, fueron acordados cinco problemas de salud entre los países: Arbovirosis; cobertura de vacunación; Sífilis y Enfermedad de Chagas Congénita; Covid-19; y Tuberculosis.

1 Introducción

1.1 Argentina

La República Argentina posee una organización político-sanitaria federal, con el papel de dirección y regulación del Gobierno federal, coordinado en conjunto por las 24 jurisdicciones. El Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) está encuadrado en la Ley Nacional 15.465 y en la Resolución 2827/2022, que actualiza la lista de eventos de notificación obligatoria, actualmente en 151 eventos. Este sistema abarca enfermedades transmisibles, no transmisibles (intoxicaciones, lesiones intencionales y no intencionales, salud mental, entre otros) y otros eventos de importancia para la salud pública (eventos emergentes, efectos en la salud asociados a temperaturas extremas, entre otros).

El SNVS 2.0 consiste en un sistema de información en línea (online), desarrollado y coordinado por el Ministerio de Salud y gestionado en conjunto con las autoridades sanitarias de las 24 jurisdicciones. Se caracteriza por la intercomunicación horizontal y por el acceso federal de todos los actores involucrados (establecimientos de salud del subsector público, privado y de la seguridad social, y de salud animal; áreas de epidemiología locales, municipales, provinciales y nacional; laboratorios locales, laboratorios nacionales de referencia, programas de control). Integra la información producida desde la detección de casos, el diagnóstico y la evolución clínica, así como la información generada durante el proceso de investigación epidemiológica y las acciones de control, disponiendo de un sistema de alertas para eventos que requieren intervenciones inmediatas. El sistema integra información clínica, epidemiológica y laboratorial, y soporta estrategias de vigilancia universal, centinela, por redes de laboratorio, bancos de sangre y estudios especiales. Todos los eventos bajo programa (TB, VIH e ITS, enfermedades zoonóticas, enfermedades transmisibles por vectores, etc.) están integrados al SNVS, el cual se complementa con la vigilancia de eventos basada en fuentes abiertas. El proceso se completa con la difusión de la información a través de un Boletín Epidemiológico Nacional de publicación semanal⁵.

Desde 2009, en el marco de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control de las ENT, la vigilancia se organiza para monitorear tendencias de morbilidad, prevalencias y factores de riesgo. El Área de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de ENT trabaja en tres ejes: (1) **Mortalidad**, con análisis de estadísticas vitales consolidadas por la Dirección de Estadística de Información en Salud (DEIS); (2) **Morbilidad**, mediante el conjunto mínimo de datos (egresos hospitalarios), registros de ENT y lesiones y otras fuentes administrativas; y (3) **Factores de riesgo**, principalmente a través de encuestas poblacionales como la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), realizada con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) desde 2005 (cuatro ediciones), encuestas de tabaquismo en adolescentes y adultos, la Encuesta Mundial de Salud Escolar y la vigilancia telefónica (VIGITEL). Su representatividad nacional, regional y/o provincial y su periodicidad permiten seguir la evolución de indicadores y evaluar el impacto de políticas de prevención y control a nivel jurisdiccional.

1.2 Brasil

En Brasil, los servicios de salud pública son organizados por el Sistema Único de Salud (SUS), conforme la Ley nº 8.080/1990. La Vigilancia en Salud, fundamental en este sistema, involucra la recolección, análisis y divulgación continua de datos sobre eventos de salud para proteger y controlar riesgos a la población. La Vigilancia Epidemiológica utiliza información recopilada en las unidades de salud por medio de fichas de notificación, registradas en diversos sistemas de información, como el Sistema de Información de Agravios de Notificación (SINAN) y e-SUS Notifica, entre otros. La Secretaría de Vigilancia en Salud y Ambiente (SVSA), del Ministerio de Salud, define plazos y procedimientos para que secretarías municipales y estatales realicen notificaciones regulares, garantizando respuestas rápidas y eficientes.

En la vigilancia de enfermedades transmisibles y vacunación, el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI), creado en 1973, garantiza de forma universal y gratuita la oferta de 31 vacunas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del SUS, en más de 5.570 municipios. En cuanto a la Vigilancia de Virus Respiratorios, el Sistema de Vigilancia de Síndromes Respiratorias fue creado en 2000 para monitoreo de la circulación de los virus Influenza en el país, a partir de la Red de Vigilancia Centinela de Enfermedad Tipo Influenza. Con la pandemia por el virus Influenza A (H1N1) el modelo fue perfeccionado con la vigilancia de IRAG en 2009. Con la Covid-19, se adoptó el modelo de Vigilancia Integrada de Covid-19, Influenza y Otros Virus Respiratorios, manteniendo la notificación obligatoria de casos hospitalizados de IRAG. Además, la Vigilancia de Arbovirosis cuenta con una larga historia, siendo la Fiebre Amarilla la primera de notificación obligatoria (1903). Dengue, Chikungunya y Zika también son de notificación obligatoria, con carácter universal mediante sospecha. Con relación a la enfermedad de Chagas, la notificación de la fase aguda (incluida la infección congénita) fue instituida en el año 2000, y la vigilancia de la fase crónica fue implementada a nivel nacional en 2020, siendo que el formulario está disponible en e-SUS Notifica desde 2023. La notificación de sífilis congénita comenzó a ser obligatoria en 1986, sífilis durante el embarazo en 2005, y sífilis adquirida en 2010.

Desde 2006, el Departamento de Análisis Epidemiológico y Vigilancia de ENT (DAENT) coordina la vigilancia de las ENT, sus factores de riesgo y protección, y de las causas externas. Para el monitoreo se utilizan el Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM) y encuestas poblacionales como VIGITEL, la Encuesta Nacional de Salud (PNS, para personas de 18 años o más) y la Encuesta Nacional de Salud del Escolar (PeNSE, para adolescentes de 13 a 17 años). En causas externas, además de encuestas de vigilancia de violencias y accidentes, el país cuenta con un sistema de notificación de violencias autoprovocadas. Estos instrumentos generan información oportuna y confiable para sustentar políticas públicas.

1.3 Paraguay

El Sistema de Salud de Paraguay está integrado por instituciones públicas, privadas y mixtas. La función de dirección y regulación es ejercida por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), institución que asume la responsabilidad de definir las Políticas Sanitarias, Planes Estratégicos, Objetivos, Metas y Actividades, promoviendo la armonización y complementación entre los subsistemas, caracterizados por diferentes modalidades de financiamiento, población objetivo, condiciones de empleo, posición social y capacidad de pago. A su vez, se organiza en regiones

sanitarias, una por cada departamento, además de la capital del país. Cada Región Sanitaria cuenta con un número determinado de servicios de atención a la salud de los diferentes subsectores (Público, Privado y de la Seguridad Social) y complejidad, conforme su nivel de atención. Cada uno de estos servicios de atención se constituye como Unidades Notificadoras de la Red de Vigilancia.

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de Paraguay tiene carácter universal, comprendiendo toda persona que reside en el territorio nacional, y su alcance abarca los diferentes subsistemas de salud. La Red de Vigilancia Nacional se estructura en tres niveles de gestión: el nivel nacional, liderado por la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS); el nivel regional, que comprende 18 Unidades Epidemiológicas Regionales; y, finalmente, un nivel local que incluye 1.468 unidades notificadoras.

Actualmente, existen 42 Eventos de Notificación Obligatoria que incluyen la vigilancia de 150 sub-eventos, agrupados en: eventos transmisibles, no transmisibles y otros eventos de importancia para la Salud Pública. También son vigilados otros eventos a través de estudios especiales, como ENT y sus factores de riesgo; y factores de riesgo ambientales, tales como enfermedades en animales, contaminaciones ambientales, variaciones climáticas y riesgos de desastres naturales. Así como investigaciones de brotes, la vigilancia de rumores y la vigilancia de los puntos de entrada en el país.

Conforme el tipo de Vigilancia, se clasifican en Universal, Centinela y Especiales, además de una vigilancia intensificada que es activada según el tipo de evento. El tipo de notificación y la periodicidad dependen del evento que debe ser notificado, y están estipulados en la Guía Nacional de Vigilancia y Control de Enfermedades, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, actualizado en 2022.

Desde hace dos décadas, la vigilancia de las ENT y de las lesiones por causas externas busca fortalecer la disponibilidad y la calidad de la información para decisiones basadas en evidencia, con el objetivo de reducir la discapacidad, la morbilidad y los factores de riesgo asociados. Entre las fuentes empleadas se encuentran la ENFR (2011–2022), la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes, los boletines epidemiológicos de ENT y de factores de riesgo y los informes técnicos nacionales. Estas herramientas se articulan en ejes estratégicos que incluyen la vigilancia de la morbilidad y la mortalidad, así como el monitoreo de los sistemas de información de ENT y de sus determinantes sociales.

1.4 Uruguay

En Uruguay, el Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria, reglamentado a través del Decreto 41/012, establece la lista de enfermedades y eventos considerados de notificación obligatoria y los plazos de notificación, así como los responsables y las sanciones establecidas en caso de incumplimiento. Es revisado y actualizado periódicamente por el Ministerio de Salud Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica de Salud Pública. Estas actualizaciones son aprobadas por medio de decreto presidencial y se realizan de acuerdo con las alteraciones epidemiológicas nacionales, regionales e internacionales, y las reglamentaciones internacionales vigentes.

El Código agrupa 54 enfermedades y eventos, diferenciando dos grupos conforme el plazo para la notificación. El grupo A, de notificación inmediata en las primeras 24 horas, y el grupo B, con notificación del evento durante la primera semana después de la sospecha del caso. Algunos eventos específicos, como tuberculosis y lepra, deben ser notificados a la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP), y las intoxicaciones al Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (CIAT).

El sistema de vigilancia tiene alcance nacional y se organiza a nivel central en una estructura dependiente del Área de Vigilancia en Salud de la Población de la Dirección General de la Salud. En 2010, con el objetivo de fortalecer la Red de Vigilancia Nacional, fueron creadas las Unidades de Epidemiología Departamental (UED), dependientes de las Direcciones Departamentales de Salud. Todos los sectores que la integran cuentan con personal capacitado en vigilancia en salud y epidemiología, una infraestructura física definida y la logística necesaria para desempeñar las tareas de detección, investigación y control.

Dentro de sus atribuciones esenciales, esta área técnica proporciona a las autoridades los subsidios necesarios para la toma de decisiones oportunas en materia de salud, además de la planificación de programas y de la evaluación de su impacto sanitario en la población. Es también propósito de esta división promover el desarrollo y la divulgación de información epidemiológica de interés, dirigida a los equipos de salud de todo el país y a la población en general (estadísticas vitales, perfil de morbilidad y mortalidad, factores de riesgo, etc.).

La vigilancia de las ENT está orientada a dimensionar la morbilidad y la mortalidad, identificar inequidades y monitorear el cumplimiento de metas nacionales e internacionales. Para ello integra múltiples fuentes: encuestas poblacionales como la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFRENT) en 2006 y 2013, la Encuesta Mundial de Salud en Estudiantes (EMSE), la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS) y en Jóvenes (GYTS), el Registro Nacional de Cáncer, estudios de carga global de enfermedad y registros asistenciales. La vigilancia de la mortalidad se realiza utilizando las estadísticas vitales derivadas de los certificados de defunción.

El objetivo de este boletín epidemiológico es monitorear, comparar y difundir información epidemiológica sobre enfermedades y condiciones de salud pública de interés para los países miembros del MERCOSUR para apoyar acciones integradas entre países.

2 Métodos

Aquí se describe cómo se seleccionaron los casos del numerador (cuál fue la definición de caso) y del denominador (a qué población se refiere). Además, se indica la fuente de los datos con la referencia y/o enlace.

2.1 Arbovirosis

2.1.1 Dengue

ARGENTINA

CUADRO 1
Indicadores de dengue – Argentina

DENGUE				
Indicador para el total del año 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia: número de casos probables dividido por la población residente multiplicada por 100.000 habitantes	Casos confirmados de dengue en 2024 (casos incidentes).	Población publicada por el Instituto de Estadísticas y Censos, de acuerdo con los resultados del Censo 2010 con proyecciones 2024.	Ministerio de Salud – Dirección de Epidemiología – Sistema de Vigilancia Sanitaria 2.0 (SNVS 2.0).	Instituto Nacional de Estadística y Censos (Año 2010 – proyección 2023).
Tasa de letalidad general: número de muertes dividido por los casos graves (dengue con signos de alarma y dengue grave) multiplicado por 100	Casos fallecidos por dengue durante el período 2024.	Casos confirmados de dengue en 2024.	Ministerio de Salud – Dirección de Epidemiología – Sistema de Vigilancia Sanitaria 2.0 (SNVS 2.0).	Ministerio de Salud – Dirección de Epidemiología – Sistema de Vigilancia Sanitaria 2.0 (SNVS 2.0).
Tasa de mortalidad específica: número de muertos por dengue dividido por la población multiplicado por 100.000	Casos fallecidos por dengue durante el período 2024.	Población publicada por el Instituto de Estadísticas y Censos, de acuerdo con los resultados del Censo 2010 con proyecciones 2024.	Ministerio de Salud – Dirección de Epidemiología – Sistema de Vigilancia Sanitaria 2.0 (SNVS 2.0).	Instituto Nacional de Estadística y Censos (Año 2010 – proyección 2023).

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Epidemiología, Sistema de Vigilancia Sanitaria 2.0 (2025).

Caso probable: Todo caso que se encuadra en la definición de caso sospechoso de dengue y presenta:

- Por laboratorio: Detección de IgM (ELISA o inmunocromatográfica) o NS1 (inmunocromatográfica) en una única muestra de suero (recolectada durante la fase aguda o convaleciente); o
- Por nexo epidemiológico: Asociación con un caso confirmado.

Caso confirmado: Todo caso sospechoso o probable de dengue que presenta:

- Detección molecular del genoma viral por RT-PCR; o
- Detección de la proteína viral NS1 por técnica de ELISA; o
- Aislamiento viral; o
- Demostración de seroconversión en test de neutralización de anticuerpos del tipo IgG contra el virus del dengue, con evaluación de la reactividad cruzada con un panel de flavivirus, realizada en dos muestras colectadas con diferencia de por lo menos 10 a 15 días; o
- En casos de muerte no confirmados previamente, detección molecular del genoma viral a partir de tejido de autopsia o por estudio histopatológico e inmunohistoquímica.

BRASIL

CUADRO 2

Indicadores de dengue – Brasil

DENGUE				
Indicador para el total del año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia: número de casos probables dividido por la población residente multiplicado por 100.000 habitantes	Casos probables de dengue.	Población residente.	SINAN On-line y E-SUS VS.	Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE) (Proyecciones de la Población de Brasil y Unidades de la Federación: 2000-2070).
Tasa de letalidad general: número de muertes dividido por los casos graves (dengue con signos de alarma y dengue grave) multiplicado por 100	Muertes confirmadas por dengue.	Casos Graves (dengue con signos de alarma y dengue grave).	SINAN On-line y E-SUS VS.	SINAN On-line y E-SUS VS.
Tasa de mortalidad específica: número de muertes por dengue dividido por la población multiplicado por 100.000	Muertes confirmadas por dengue.	Población residente.	SINAN On-line y E-SUS VS.	Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE) (Proyecciones de la Población de Brasil y Unidades de la Federación: 2000-2070).

Fuente: Ministerio de Salud, SINAN On-line y e-SUS VS (2025).

Definición de caso sospechoso de dengue

Individuo que resida en área donde se registran casos de Dengue o que haya viajado en los últimos 14 días para área con ocurrencia de transmisión o presencia de *Aedes aegypti*. Debe presentar fiebre, usualmente de dos a siete días, y dos o más de las siguientes manifestaciones: náusea/vómitos; exantema; mialgia/artralgia; cefalea/dolor retro orbital; petequias/prueba del lazo positiva; leucopenia.

Definición de caso probable de dengue

Comprende todos los casos que cumplen la definición de caso sospechoso, con excepción de los casos descartados después de la investigación.

La confirmación de caso es realizada por criterio laboratorial o clínico-epidemiológico:

- **Confirmado por criterio laboratorial:** Cumple la definición de caso sospechoso y fue confirmado por uno o más de los siguientes exámenes de laboratorio: ELISA NS1 reactivo; aislamiento viral positivo; RT-PCR detectable (hasta el quinto día de inicio de síntomas de la enfermedad); detección de anticuerpos IgM ELISA (a partir del sexto día de inicio de síntomas de la enfermedad); aumento >4 veces en los títulos de anticuerpos en el PRNT o test IH, utilizando muestras pareadas (fase aguda y convaleciente).
- **Confirmado por criterio clínico-epidemiológico:** Debe ser considerado en la imposibilidad de realizar confirmación laboratorial específica o para casos con resultados laboratoriales no concluyentes. En esos casos, la confirmación se da por vínculo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio después de evaluación de la distribución espacial de los casos.

Tasa de incidencia de dengue: es calculada utilizando el número de casos nuevos probables (todas las formas) notificados en residentes como numerador. El denominador es representado por la población total residente en el período determinado, conforme las proyecciones del Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE). La tasa es expresada por 100.000 habitantes. Los datos de casos son obtenidos a partir de los sistemas de notificación compulsoria, específicamente el Sinan Online y el e-SUS VS.

Tasa de letalidad de dengue: es determinada por la razón entre el número de muertos por dengue confirmados (numerador) y el número de casos graves (dengue con signos de alarma y dengue grave) en residentes (denominador). El resultado es multiplicado por 100 para ser expresado en porcentual. Esta tasa se enfoca en la gravedad de la enfermedad, evaluando el riesgo de muerte entre los casos que evolucionaron para formas más severas. Las fuentes de datos primarias para ambos componentes de la razón son el Sinan Online y el e-SUS VS.

Tasa de mortalidad por dengue: refleja el impacto de la enfermedad en la población general. Su cálculo es dado por la razón entre el número de muertos por dengue (numerador) y la población total residente en el período determinado (denominador), expresada por 100.000 habitantes. Los datos de mortalidad son rastreados por medio del Sinan Online y del e-SUS VS, y los datos poblacionales son obtenidos vía IBGE. Este indicador es esencial para monitorear la tendencia de desenlaces fatales y subsidiar acciones de prevención y control en salud pública.

PARAGUAY

CUADRO 3

Indicadores de dengue – Paraguay

DENGUE				
Indicador para el total del año 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia	Número de casos confirmados y probables de dengue notificados (ver definición de caso).	Población estimada a nivel país.	Sistema de Información y Tecnología de la Dirección General de Vigilancia Salud (IT-DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).	Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE), Paraguay. Revisión 2024.
Tasa de letalidad	Confirmados de muertes por dengue.	Confirmados de dengue.	Sistema de Información y Tecnología de la Dirección General de Vigilancia Salud (IT-DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).	Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión 2024.
Tasa de mortalidad específica	Casos de muertes confirmadas por dengue.	Población estimada nivel país.	Sistema de Información y Tecnología de la Dirección General de Vigilancia Salud (IT-DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).	Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión 2024.

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2025).

Resolución Ministerial 184/2025

Caso probable: todo caso sospechoso que presente detección de IgM dengue en una muestra obtenida a partir del sexto día de inicio de síntomas, y resultado negativo para Zika.

Caso confirmado: todo caso sospechoso que cuenta con al menos un resultado positivo mediante; detección de ARN viral por RT-PCR, detección de la proteína viral NS1 mediante ELISA, detección del virus mediante aislamiento viral, aumento de 4 veces en el valor de título de anticuerpos neutralizantes específicos para dengue.

Fuentes de datos y métodos de cálculo

Tasa de incidencia: Número de casos confirmados y probables de dengue notificados dividida por la población estimada a nivel país del año 2024 por 100.000 habitantes. Fuente: IT-DGVS.

Tasa de letalidad: Confirmados de muertes por dengue divididos por el número de confirmados de dengue por 100. Fuente: IT-DGVS.

Tasa de mortalidad: Casos de muerte confirmados por dengue divididos por la población a nivel país por 100.000 habitantes. Fuente: IT-DGVS.

URUGUAY

CUADRO 4
Indicadores de dengue – Uruguay

DENGUE				
Indicador para el total del año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia: Número de casos confirmados/ población residente por 100.000 habitantes	Número de casos de dengue confirmados por el Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP).	Población del país según proyecciones basadas en el Censo del año 2011 del Instituto Nacional de Estadística.	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.	Proyecciones de Población estimadas por el Instituto Nacional de Estadística.
Tasa de letalidad: Número de muertes por dengue/casos confirmados por 100	Casos fallecidos confirmados por laboratorio detectados en el sistema informático.	Número de casos de dengue confirmados por el Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP).	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.
Tasa de mortalidad específica: Número de muertes por dengue/población residente por 100.000 habitantes	Casos fallecidos confirmados por laboratorio y detectados en el sistema informático.	Población del país según proyecciones basadas en el Censo del año 2011 del Instituto Nacional de Estadística.	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia de la Salud – Ministerio de Salud Pública.	Proyecciones de población Instituto Nacional de Estadística.

Fuente: Ministerio de Salud Pública (MSP), Departamento de Vigilancia de la Salud (2025).

Caso sospechoso: Toda persona que presente fiebre de inicio abrupto, de no más de 7 días de duración, acompañada de dos o más de los siguientes síntomas: mialgias, cefalea, dolor retro orbitario, artralgias, erupción cutánea manifestaciones hemorrágicas leves y leucopenia; sin afectación de las vías aéreas superiores con o sin antecedente de viaje.

Caso confirmado: caso sospechoso con confirmación de laboratorio a través de las técnicas disponibles.

Fuentes de datos y métodos de cálculo

Tasa de incidencia – Número total de casos confirmados dividido por la población del país multiplicado por 100.000 (habitantes) – Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de Población estimadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE)

Tasa de letalidad – Número total de casos fallecidos por dengue dividido por el número total de casos confirmados multiplicado por 100 – Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.

Tasa de mortalidad específica – Número total de casos fallecidos por dengue dividido por la población del país multiplicado por 100.000 (habitantes) – Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de Población estimadas por el INE.

2.1.2 Chikungunya

ARGENTINA

CUADRO 5

Indicadores de Chikungunya– Argentina

CHIKUNGUNYA				
Indicador para el total del año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia: número de casos confirmados y positivos divididos por la población residente multiplicada por 100.000 habitantes	Casos confirmados y positivos de Chikungunya en 2024.	Población publicada por el Instituto de Estadísticas y Censos, de acuerdo con los resultados del Censo 2010 con proyecciones 2024.	Ministerio de Salud – Dirección de Epidemiología – Sistema de Vigilancia de la Salud 2.0 (SNVS 2.0).	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Año 2010 – proyección 2023).
Tasa de letalidad: número de muertes dividido por los casos confirmados y positivos multiplicado por 100.000 habitantes	Casos fallecidos por chikungunya durante el periodo 2024.	Casos confirmados y positivos de casos de Chikungunya en 2024.	Ministerio de Salud – Dirección de Epidemiología – Sistema de Vigilancia de la Salud 2.0 (SNVS 2.0).	Ministerio de Salud – Dirección de Epidemiología – Sistema de Vigilancia de la Salud 2.0 (SNVS 2.0).
Tasa de mortalidad específica: número de muertes por Chikungunya dividido por la población multiplicado por 100.000 habitantes	Casos fallecidos por Chikungunya durante el periodo 2024.	Población publicada por el Instituto de Estadísticas y Censos, de acuerdo con los resultados del Censo 2010 con proyecciones 2024.	Ministerio de Salud – Dirección de Epidemiología – Sistema de Vigilancia de la Salud 2.0 (SNVS 2.0).	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Año 2010 – proyección 2023).

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Epidemiología, Sistema de Vigilancia Sanitaria 2.0 (2025).

Caso probable: Todo caso sospechoso de Chikungunya y que presente:

- Por laboratorio Detección de IgM en una sola muestra de suero (recogida durante la fase aguda o convaleciente); o
- Por nexo epidemiológico referido con un caso confirmado por laboratorio.

Caso confirmado: Todo caso sospechoso o probables de Chikungunya y que presente:

- Detección de genoma viral por qRT-PCR o aislamiento viral; o
- Seroconversión (Aumento o disminución de 4 veces) en el valor de título de anticuerpos específicos tipo IgG medidos por Neutralización para CHIKV en par serológico (muestras recogidas con 10 a 15 días de diferencia) con evaluación de reactividad cruzada con otros virus de la familia.
- En fallecidos, detección de genoma viral a partir de tejido de autopsia o mediante estudio histopatológico e inmunohistoquímica.

Descripción de los indicadores

Tasa de incidencia de Chikungunya: calculada a partir del número de casos confirmados y los casos positivos por métodos directos en residentes como numerador. El denominador es la población total de residentes en el período determinado, conforme las proyecciones del INDEC. La tasa es expresada por 100.000 habitantes. Los datos de casos son obtenidos a partir del sistema nacional de notificación obligatoria SNVS 2.0.

Tasa de letalidad de Chikungunya: resulta de la división de las muertes por Chikungunya (de casos confirmados y casos positivos por métodos directos en residentes) en el numerador y los casos confirmados y positivos por métodos directos en residentes en el denominador. El resultado es multiplicado por 100 para ser expresado en porcentual. Esta tasa se enfoca en la gravedad de la enfermedad, evaluando el riesgo de muerte entre los casos que evolucionaron para formas más severas. Las fuentes de datos primarias para ambos componentes de la razón es el SNVS 2.0.

Tasa de mortalidad por Chikungunya: es el número de muertes por Chikungunya (de casos confirmados y casos positivos por métodos directos en residentes) dividido por la población residente, expresado por cada 100.000 habitantes. Los datos de fallecidos son extraídos del SNVS 2.0, y los datos poblacionales del INDEC. Este indicador es esencial para monitorear la tendencia de desenlaces fatales y subsidiar acciones de prevención y control en salud pública.

BRASIL

CUADRO 6
Indicadores de Chikungunya – Brasil

CHIKUNGUNYA				
Indicador para el total del año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia: número de casos probables dividido por la población residente multiplicado por 100.000 habitantes	Casos probables de Chikungunya.	Población residente.	SINAN On-line y E-SUS VS.	IBGE (Proyecciones de la Población de Brasil y Unidades de la Federación: 2000-2070).
Tasa de letalidad general: número de muertes dividido por los casos probables multiplicado por 100	Muertes confirmadas por Chikungunya.	Casos probables de Chikungunya.	SINAN On-line y E-SUS VS.	SINAN On-line y E-SUS VS.
Tasa de mortalidad específica: número de muertes por Chikungunya dividido por la población multiplicado por 100.000	Muertes confirmadas por Chikungunya.	Población residente.	SINAN On-line y E-SUS VS.	IBGE (Proyecciones de la Población de Brasil y Unidades de la Federación: 2000-2070).

Fuente: Ministerio de Salud. SINAN On-line y E-SUS VS.. Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE) (2025).

Definiciones de casos

El caso sospechoso de Chikungunya se define como el paciente con fiebre de inicio súbito (superior a 38,5°C) y artralgia o artritis aguda grave no explicada por otras condiciones, que reside o ha visitado áreas con transmisión hasta dos semanas antes del inicio de los síntomas o que tiene un vínculo epidemiológico con un caso importado confirmado. El caso probable comprende todos los casos que cumplen con esta definición de sospechoso, con la excepción de los casos descartados después de la investigación.

El caso confirmado por criterios de laboratorio es cualquier caso sospechoso confirmado por laboratorio mediante: aislamiento viral positivo, detección de ARN viral por RT-PCR, detección de IgM en una sola muestra de suero durante la fase aguda (a partir del sexto día) o convaleciente (15 días después del inicio de los síntomas), demostración de seroconversión entre muestras en la fase aguda y convaleciente, o detección de IgG en muestras recogidas de pacientes en fase crónica de la enfermedad con hallazgos clínicos sugerentes.

Descripción de los indicadores

La tasa de incidencia de Chikungunya se calcula por el número de casos probables en residentes dividido por la población total proyectada por el IBGE, por 100.000 habitantes. Los datos provienen de SINAN On-line y e-SUS VS, extraídos el 28/07/2025.

La Tasa de Letalidad resulta de la división de las muertes por chikungunya por casos probables, multiplicando por 100, datos de SINAN On-line y e-SUS VS.

La Tasa de Mortalidad Específica es el número de muertes por chikungunya dividido por la población residente, expresado por cada 100.000 habitantes, con base en datos de SINAN On-line, e-SUS VS y IBGE. El indicador guía las acciones de salud pública mediante el monitoreo de resultados fatales.

PARAGUAY

CUADRO 7
Indicadores de Chikungunya – Paraguay

CHIKUNGUNYA				
Indicador para el total del año 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia	Número de casos confirmados y probables de Chikungunya notificados.	Población estimada nivel país.	Sistema de Información y Tecnología de la Dirección General de Vigilancia Salud (IT-DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).	Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión 2024.
Tasa de letalidad	Número de muertes confirmadas por Chikungunya.	Casos confirmados de Chikungunya.	Sistema de Información y Tecnología de la Dirección General de Vigilancia Salud (IT-DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).	Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión 2024.
Tasa de mortalidad específica	Número de muertes confirmadas por Chikungunya.	Población estimada nivel país.	Sistema de Información y Tecnología de la Dirección General de Vigilancia Salud (IT-DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).	Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE). Revisión 2024.

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2025).

Caso confirmado: Todo caso sospechoso que cuente con resultado positivo de técnicas moleculares de RT-PCR convencional, RT-PCR en tiempo real, Multiplex PCR o por aislamiento viral.

Caso probable: todo caso sospechoso que cuente con presencia de IgM en una sola muestra recolectada durante la fase aguda o post-aguda; seroconversión entre muestras en fase aguda y post-aguda. Nexo epidemiológico: asociación de un caso sospechoso con un caso confirmado.

Fuentes de datos y métodos de cálculo

Tasa de incidencia: Número de casos confirmados y probables de Chikungunya notificados dividido por la población del nivel país por 100.000 habitantes. Fuente IT-DGVS.

Tasa de letalidad: Número de muertes confirmadas por Chikungunya dividido por casos confirmados de Chikungunya por 100. Fuente: IT-DGVS.

Tasa de mortalidad: Número de muertes confirmadas por Chikungunya dividido por la población del nivel país por 100.000 habitantes. Fuente: IT-DGVS.

URUGUAY

CUADRO 8

Indicadores de Chikungunya – Uruguay

CHIKUNGUNYA				
Indicador para el total del año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia: Número de casos confirmados/ población residente por 100.000 habitantes	Número de casos de Chikungunya confirmados por el Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP).	Población del país según proyecciones basadas en el Censo del año 2011 del Instituto Nacional de Estadística.	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.	Proyecciones de Población Instituto Nacional de Estadística.
Tasa de letalidad: Número de muertes por Chikungunya/ casos confirmados por 100	Casos fallecidos confirmados por laboratorio y detectados en el sistema informático.	Número de casos de Chikungunya confirmados por el Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP).	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.
Tasa de mortalidad específica: Número de muertes por Chikungunya/ población residente por 100.000 habitantes	Casos fallecidos confirmados por laboratorio y detectados en el sistema informático.	Población del país según proyecciones basadas en el Censo del año 2011 del Instituto Nacional de Estadística.	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.	Proyecciones de Población Instituto Nacional de Estadística.

Fuente: Ministério de Saúde Pública (MSP), Departamento de Vigilância em Saúde (2025).

Caso sospechoso: Toda persona que presente fiebre de inicio abrupto, de no más de 7 días de duración, acompañada de artralgia o artritis no explicada por otra condición médica.

Caso confirmado: Persona con sospecha de la enfermedad, con confirmación de laboratorio a través de las técnicas disponibles.

Fuentes de datos y métodos de cálculo

Tasa de incidencia – número total de casos confirmados dividido por la población del país multiplicado por 100.000 (habitantes) – Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de Población estimadas por el Instituto Nacional de Estadística.

Tasa de letalidad – número total de casos fallecidos por Chikungunya dividido por el número total de casos confirmados multiplicado por 100 – Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.

Tasa de mortalidad – número total de casos fallecidos por Chikungunya dividido por la población del país multiplicado por 100.000 (habitantes) – Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de Población estimadas por el Instituto Nacional de Estadística.

2.1.3 Zika

ARGENTINA

CUADRO 9
Indicadores de Zika – Argentina

ZIKA				
Indicador para el total del año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia: número de casos confirmados dividido por la población residente multiplicada por 100.000 habitantes	Casos confirmados de Zika en 2024.	Población publicada por el Instituto de Estadísticas y Censos, de acuerdo con los resultados del Censo 2010 con proyecciones 2024.	Ministerio de Salud – Dirección de Epidemiología – Sistema de Vigilancia de la Salud 2.0 (SNVS 2.0).	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Año 2010 – proyección 2023).
Tasa de letalidad: número de muertes dividido por los casos confirmados multiplicado por 100.000 habitantes	Casos fallecidos por Zika durante el período 2024.	Casos confirmados de casos de Zika en 2024.	Ministerio de Salud – Dirección de Epidemiología – Sistema de Vigilancia de la Salud 2.0 (SNVS 2.0).	Ministerio de Salud – Dirección de Epidemiología – Sistema de Vigilancia de la Salud 2.0 (SNVS 2.0).
Tasa de mortalidad específica: número de muertes por Zika dividido por la población multiplicado por 100.000 habitantes	Casos fallecidos por Zika durante el período 2024.	Población publicada por el Instituto de Estadísticas y Censos, de acuerdo con los resultados del Censo 2010 con proyecciones 2024.	Ministerio de Salud – Dirección de Epidemiología – Sistema de Vigilancia de la Salud 2.0 (SNVS 2.0).	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Año 2010 – proyección 2023).

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Epidemiología, Sistema de Vigilancia de la Salud 2.0 (2025).

Caso confirmado: todo paciente que cumpla los criterios de caso sospechoso o probable y presente:

- Detección de genoma viral o aislamiento del ZIKV en muestras de suero o de otro tipo (por ejemplo, orina, saliva, tejidos o sangre total, LCR); o
- Demostración de seroconversión en prueba de neutralización de anticuerpos de tipo IgG contra virus Zika frente a un panel de flavivirus, realizada en par serológico de muestras recogidas con al menos 10 a 15 días de diferencia (igual que el criterio de seroconversión para otros flavivirus); o
- En casos fallecidos: detección molecular del genoma viral y/o aislamiento viral a partir de tejido de autopsia o fresco.

Fuentes de datos y métodos de cálculo

Tasa de incidencia de Zika: Número de casos confirmados de Zika notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) dividido por el total de la población por 100.000 habitantes según proyecciones provinciales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

Tasa de letalidad de Zika: Número de muertes confirmadas por Zika notificados al SNVS 2.0 dividido por casos confirmados de Zika notificados al SNVS 2.0. El resultado es multiplicado por 100 para ser expresado en porcentual. Esta tasa se enfoca en la gravedad de la enfermedad, evaluando el riesgo de muerte entre los casos que evolucionaron para formas más severas. Las fuentes de datos primarias para ambos componentes de la razón es el SNVS 2.0.

Tasa de mortalidad por Zika: Número de muertes confirmadas por Zika notificados al SNVS 2.0 en el numerador y la población total residente en el período determinado en el denominador, expresada por 100.000 habitantes. Los datos de fallecidos son relevados del SNVS 2.0, y los datos poblacionales son obtenidos del INDEC. Este indicador es esencial para monitorear la tendencia de desenlaces fatales y subsidiar acciones de prevención y control en salud pública.

BRASIL

CUADRO 10

Indicadores de Zika – Brasil

ZIKA				
Indicador para el total del año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de Incidencia: Casos confirmados de Zika dividido por la población residente multiplicado por 100.000 habitantes	Casos confirmados de Zika.	Población Residente.	SINAN Net.	Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística.
Tasa de letalidad: Muertes confirmados por Zika dividido por Casos Confirmados de Zika multiplicado por 100	Muertes confirmadas por Zika.	Casos confirmados de Zika.	SINAN Net.	SINAN Net.
Casos de Zika en gestantes: Número absoluto de casos confirmados por criterio de laboratorio en gestante	Casos confirmados en gestantes por criterio Laboratorial de Zika.	No aplica.	SINAN Net.	No aplica.

Fuente: Ministerio de Salud, SINAN Net, Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE) (2025).

La tasa de incidencia de Zika se obtiene dividiendo el número de casos probables por la población residente en el período, y se expresa por cada 100.000 habitantes. Sirve para medir la velocidad de nuevos casos y utiliza datos de SINAN Net, e-SUS VS y IBGE.

La tasa de letalidad del Zika relaciona las muertes por Zika con el número total de casos confirmados, multiplicando el resultado por 100 como porcentaje. Mide la gravedad de la enfermedad y la eficacia clínica, con datos extraídos de SINAN Net el **28/07/2025**.

Los casos de Zika en mujeres embarazadas reflejan el número absoluto de casos confirmados por laboratorio en este grupo de riesgo, con un enfoque en la vigilancia del síndrome congénito de Zika. La fuente exclusiva es SINAN Net.

PARAGUAY

CUADRO 11
Indicadores de Zika – Paraguay

ZIKA				
Indicador para el total del año 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia	Número de casos probables y confirmados de Zika notificados.	Población estimada nivel país.	Sistema de Información y Tecnología de la Dirección General de Vigilancia Salud (IT-DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).	Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE), Paraguay. Revisión 2024.
Tasa de letalidad	Número de muertes confirmadas por Zika.	Casos confirmados de Zika.	Sistema de Información y Tecnología de la Dirección General de Vigilancia Salud (IT-DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).	Sistema de Información y Tecnología de la Dirección General de Vigilancia Salud (IT-DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).
Casos de Zika en gestantes	Número de casos probables y confirmados de Zika en gestantes.	No aplica.	Sistema de Información y Tecnología de la Dirección General de Vigilancia Salud (IT-DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).	No aplica.

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2025).

Resolución Ministerial 184/2025

Caso confirmado: Todo caso sospechoso de Zika que cuente con resultado positivo por Técnicas moleculares de RT-PCR convencional, RT-PCR en tiempo real. – Aislamiento viral

Caso probable: Todo caso sospechoso/notificado que cuente con Serología por ELISA IgM positiva para Zika y resultado de ELISA negativa para dengue.

Fuentes de datos y métodos de cálculo

Tasa de incidencia: Número de casos probables y confirmados de Zika notificados dividido por el total de la población por 100.000 habitantes. Fuente: IT-DGVS.

Tasa de letalidad: Número de muertes confirmadas por Zika dividido por casos confirmados de Zika por 100. Fuente: IT-DGVS.

Casos de Zika en gestantes: Número de casos probables y confirmados de Zika en gestantes. Fuente: IT-DGVS.

URUGUAY

CUADRO 12

Indicadores de Zika – Uruguay

ZIKA				
Indicador para el total del año de 2024			Fuente de datos	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia: Número de casos confirmados/ población residente por 100.000 habitantes	Número de casos de Zika confirmados por el Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP).	Proyecciones de población basadas en el Censo de 2011 del Instituto Nacional de Estadística.	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.	Proyecciones de Población Instituto Nacional de Estadística.
Tasa de letalidad: Número de muertes por Zika/ casos confirmados por 100	Casos fallecidos confirmados por laboratorio y detectados en el sistema informático.	Número de casos de Zika confirmados por el Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP).	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.
Casos de Zika en gestantes: número absoluto de casos	Número de casos de Zika en embarazadas confirmados por el Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP).	No aplica.	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.	No aplica.

Fuente: Ministerio de Salud Pública (MSP), Departamento de Vigilancia de la Salud (2025).

Caso sospechoso: Toda persona que presente cuadro febril agudo más la presencia de exantema maculopapular y conjuntivitis (no purulenta) y se acompañe de uno a más de los siguientes síntomas: mialgias, artralgias, cefalea, dolor retro orbitario.

Criterios epidemiológicos: Residir o haber visitado áreas con transmisión actual de Zika en el plazo de 15 días anteriores a la aparición de los síntomas o residir en un lugar donde no hay transmisión activa de Zika, pero en los últimos 30 días existió un caso confirmado.

Caso confirmado: Todo caso sospechoso con resultado positivo a virus Zika mediante la detección de genoma viral en sangre tomada en los primeros cinco días de inicio del cuadro clínico.

Fuentes de datos y métodos de cálculo

Tasa de incidencia: Es calculada como el número total de casos confirmados dividido por la población del país, multiplicado por 100.000 (habitantes). Los datos son provenientes del Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública. Las proyecciones de población son estimadas por el Instituto Nacional de Estadística.

Tasa de letalidad: Es determinada por el número total de casos fallecidos por Zika dividido por el número total de casos confirmados, multiplicado por 100. Los datos para este cálculo son obtenidos integralmente a través del Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.

Casos de Zika en gestantes: Es el número absoluto de casos de Zika en gestantes confirmados por el Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP). Los datos son provenientes del Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.

2.1.4 Fiebre Amarilla

ARGENTINA

CUADRO 13
Indicadores de Fiebre Amarilla – Argentina

FIEBRE AMARILLA				
Indicador para el total del año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Casos humanos confirmados: número absoluto de casos	Número absoluto de casos humanos de Fiebre Amarilla en 2024.	No aplica.	Ministerio de Salud – Dirección de Epidemiología – Sistema de Vigilancia de la Salud 2.0 (SNVS 2.0).	No aplica.
Tasa de letalidad: número de muertes dividido por los casos reportados multiplicado por 100	Número de fallecidos por Fiebre Amarilla en 2024.	Número absoluto de casos humanos de Fiebre Amarilla en 2024.	Ministerio de Salud – Dirección de Epidemiología – Sistema de Vigilancia de la Salud 2.0 (SNVS 2.0).	Ministerio de Salud – Dirección de Epidemiología – Sistema de Vigilancia de la Salud 2.0 (SNVS 2.0).
Eventos que involucran primates no humanos: número de eventos confirmados	Número de eventos que involucran primates no humanos confirmados en 2024.	No aplica.	Ministerio de Salud – Dirección de Epidemiología – Sistema de Vigilancia de la Salud 2.0 (SNVS 2.0).	No aplica.

Fuente Ministerio de Salud, Dirección de Epidemiología, Sistema de Vigilancia de la Salud 2.0 (2025).

- Caso confirmado:**
- En personas sin antecedente de vacunación contra Fiebre Amarilla: todo caso sospechoso con aislamiento del virus de la Fiebre Amarilla, o detección del genoma viral (en suero, orina o LCR), o IgM para FA en LCR, o aumento de por lo menos 4 veces el título de anticuerpos IgG contra el virus de la Fiebre Amarilla (seroconversión) en muestras de suero obtenidas en fase aguda y de convalecencia (en todos los casos detectados por serología descartar reacciones cruzadas con otros flavivirus).

- En personas con antecedente de vacunación reciente (aproximadamente hasta 30 días de recibida la vacuna) contra FA: todo caso sospechoso con aislamiento del virus de FA o detección del genoma viral (en suero, orina o LCR), identificado a través de técnicas moleculares específicas que permiten la diferenciación entre este virus y el virus vacunal (PCR dúplex/secuenciación genómica) En pacientes fallecidos: detección del antígeno específico de virus de FA en tejidos por inmunohistoquímica o detección de genoma viral por técnicas moleculares y/o aislamiento viral en cultivos celulares.

Casos humanos confirmados: el número absoluto de casos humanos confirmados de Fiebre Amarilla registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS 2.0)

Tasa de letalidad por Fiebre Amarilla: resulta de la división entre el número de fallecidos confirmados por Fiebre Amarilla (numerador) y los casos confirmados por Fiebre Amarilla en el denominador. El resultado es multiplicado por 100 para ser expresado en porcentual. Esta tasa se enfoca en la gravedad de la enfermedad, evaluando el riesgo de muerte entre los casos que evolucionaron para formas más severas. Las fuentes de datos primarias para ambos componentes de la razón es el SNVS 2.0.

Número de eventos con primates no humanos: número absoluto de casos reportados a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud 2.0 y confirmados por laboratorio.

BRASIL

CUADRO 14

Indicadores de Fiebre Amarilla – Brasil

FIEBRE AMARILLA				
Indicador para el total del año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Casos humanos confirmados: número absoluto de casos	Número de casos humanos confirmados.	No aplica.	Sistema de Información de Enfermedades y Lesiones de Notificación obligatoria (SINAN), E-SUS VS.	Casos humanos confirmados: número absoluto de casos.
Tasa de letalidad: número de muertes dividido por los casos confirmados multiplicado por 100	Número de muertes confirmados por Fiebre Amarilla.	Número de casos confirmados de Fiebre Amarilla.	Sistema de Información de Enfermedades y Lesiones de Notificación obligatoria (SINAN), E-SUS VS.	Tasa de letalidad: número de muertes dividido por los casos confirmados multiplicado por 100.
Eventos que involucran primates no humanos: número de animales confirmados	Número de primates no humanos confirmados para Fiebre Amarilla	No aplica.	Sistema de Información de Enfermedades y Lesiones de Notificación obligatoria (SINAN); Sistema de Información en Salud Silvestre (SISS-Geo).	Eventos que involucran primates no humanos: número de animales confirmados.

Fuente: Ministerio da Saúde, Sistema de Información de Enfermedades y Lesiones de Notificación obligatoria (SINAN), E-SUS VS (2025).

Casos humanos confirmados en Brasil: el número absoluto de casos humanos confirmados de Fiebre Amarilla deriva de las notificaciones de sospechas registradas en el Sistema de Información de Agravios de Notificación (SINAN) y evaluadas críticamente en cuanto a los aspectos clínicos, epidemiológicos y laboratoriales. El número de casos generalmente bajo torna la tasa de incidencia un indicador inestable e impreciso para representar la magnitud de la enfermedad.

El número de casos humanos confirmados de Fiebre Amarilla representa el total registrado en los sistemas SINAN y e-SUS VS, esencial para monitoreo viral y acciones inmediatas. Datos extraídos en 28/07/2025.

La tasa de letalidad es el porcentaje de muertes entre los casos confirmados, indicando la gravedad de la enfermedad y la eficiencia del sistema de salud. Fuente: SINAN y e-SUS VS.

El número de eventos en primates no humanos confirmados para Fiebre Amarilla señala riesgo y alerta temprana de la circulación viral, especialmente en áreas de selva y periurbanas. El monitoreo se realiza a través del SINAN y del Sistema de Información de Salud Silvestre (SISS-Geo). El SISS-Geo ha posibilitado la notificación simultánea y, en tiempo real, para todas las instancias administrativas del Sistema Único de Salud (SUS) (municipal, regional, estatal y federal). Por lo tanto, para más información sobre el SISS-Geo y el registro de epizootias con sospecha de Fiebre Amarilla, acceda al sitio web del Centro de Información en Salud Silvestre: www.biodiversidade.ciss.fiocruz.br.

PARAGUAY

CUADRO 15

Indicadores de Fiebre Amarilla – Paraguay

FIEBRE AMARILLA				
Indicador para el total del año 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Casos humanos confirmados	Número de casos confirmados de Fiebre Amarilla notificados.	No se aplica.	Sistema de Información y Tecnología de la Dirección General de Vigilancia Salud (IT-DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).	No se aplica.
Tasa de letalidad	Número de muertes confirmadas por Fiebre Amarilla.	Número de casos confirmados de Fiebre Amarilla.	Sistema de Información y Tecnología de la Dirección General de Vigilancia Salud (IT-DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).	Sistema de Información y Tecnología de la Dirección General de Vigilancia Salud (IT-DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).
Eventos de primates no humanos: número de eventos confirmados	Primate no humano PNH, de cualquier especie, encontrado muerto (incluye osamentas) o enfermos, e cualquier localidad de país. Se considera PNH enfermo a aquel primate con comportamiento anormal, que se mueve lento, separado del grupo y no demuestra instinto de fuga, de aspecto desnutrido o deshidratado.	No se aplica.		No se aplica.

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2025).

Caso confirmado

Por laboratorio: todo caso sospechoso con pruebas de laboratorio confirmatorias como RT-PCR o aislamiento viral.

Caso confirmado por nexo epidemiológico: todo caso sospechoso que ha realizado la misma actividad de riesgo en el mismo período que un caso confirmado; y durante un brote, todo caso sospechoso que viva por área afectada por el brote.

Fuentes de datos y métodos de cálculo

Tasa de letalidad: Número de muertes confirmadas por Fiebre Amarilla dividido por el número de casos confirmados de Fiebre Amarilla por 100. Fuente: IT-DGVS.

URUGUAY

CUADRO 16
Indicadores de Fiebre Amarilla – Uruguay

FIEBRE AMARILLA				
Indicador para el total del año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Casos humanos confirmados: número absoluto de casos	Número de casos de Fiebre Amarilla confirmados por el Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP).	No aplica.	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.	No aplica.
Tasa de letalidad: Número de muertes por Fiebre Amarilla/casos confirmados por 100	Casos fallecidos confirmados por laboratorio y detectados en el sistema informático.	Número de casos de Fiebre Amarilla confirmados por el Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP).	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.	Proyecciones de Población Instituto Nacional de Estadística.

Fuente: Ministerio de Salud Pública (MSP), Sistema informático SG DEVISA, Departamento de Vigilancia Sanitaria (2025).

Casos humanos confirmados: es el número absoluto de casos confirmados de Fiebre Amarilla. Los datos son provenientes del Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública. Las Proyecciones de Población son estimadas por el Instituto Nacional de Estadística.

Tasa de letalidad: es determinada por el número total de casos fallecidos por Fiebre Amarilla dividido por el número total de casos confirmados, multiplicado por 100. Los datos para este cálculo son obtenidos integralmente a través del Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.

2.2 Cobertura de vacunación

2.2.1 Vacunación contra sarampión

ARGENTINA

CUADRO 17

Indicadores de vacunación contra sarampión – Argentina

SARAMPIÓN				
Cobertura de vacunación total para el año 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
1ª dosis (12 meses)	Número de niños que recibieron la primera dosis de la Vacuna.	Nacidos vivos del año anterior.	NOMIVAC-SISA.	Dirección de Estadísticas e Información en Salud.
2ª dosis (5 años)	Número de niños que recibieron la segunda dosis de la Vacuna.	Nacidos vivos entre 01/01/2019 y 31/12/2019.		

Fuente: Ministerio de Salud, Registro Nominal de Vacunación Electrónico (RNVe), NOMIVAC-SISA (2025).

Para la determinación del denominador (población objetivo a vacunar) se utilizan datos suministrados por las jurisdicciones, por las Direcciones de Estadísticas Provinciales y por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Para el grupo de 1 año, se consideran los nacidos vivos del año anterior, mientras que, para el grupo de 5 años, se utiliza la cohorte de 2019, correspondiente a la población nacida entre 01/01/2019 y 31/12/2019. El numerador es calculado a partir de la información registrada en el Registro Nominal de Vacunación Electrónico (RNVe), conocido como NOMIVAC, incorporando los datos relativos a la vacuna, dosis y lugar de residencia, de acuerdo con la información validada en el Registro Nacional de las Personas (RENAPER).

BRASIL

CUADRO 18

Indicadores de vacunación contra sarampión – Brasil

SARAMPIÓN				
Cobertura de vacunación total para el año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Cobertura de vacunación para la vacuna MMR 1ª dosis	Número de niños que recibieron la primera dosis de la Vacuna con componente Sarampión.	Población estimada de niños menores de 1 año	Red Nacional de Datos de Salud (RNDS).	Sistema de Información de Nacidos Vivos (SINASC).
Cobertura de vacunación para la vacuna MMR 2ª dosis	Número de niños que completaron el esquema de vacunación del componente Sarampión.			

Fuente: Red Nacional de Datos en Salud (RNDS), Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (SINASC) (2025).

El indicador de cobertura de la primera dosis es la relación entre el número de primeras dosis administradas y la población de 1 año.

El indicador de cobertura de la dosis de refuerzo se calculará dividiendo el número de segundas dosis administradas por la población de 1 año.

El factor de multiplicación es 100.

Nota: La cobertura de vacunación se genera para cada dosis.

La meta de cobertura de vacunación establecida por el Programa Nacional de Inmunización es del 95%.

El numerador considera el número total de primeras dosis de la MMR , primeras dosis de la MMR y primeras dosis del esquema cuádruple viral , el cual es dividido por la estimación de la población objetivo en el denominador y multiplicado por 100.

PARAGUAY

CUADRO 19
Indicadores de vacunación contra sarampión – Paraguay

SARAMPIÓN				
Cobertura de vacunación total para el año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Proporción de niños que recibieron una dosis de vacuna de Sarampión de acuerdo con el calendario nacional recomendado	Número de niños de 12 a 23 meses, que recibieron la primera dosis de la vacuna frente al virus del Sarampión (SPR1).	Población de 1 año.	Registro de Vacunación Electrónica (RVE) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).	Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Revisión 2024.
Proporción de niños que recibieron dos dosis de vacuna de Sarampión de acuerdo con el calendario nacional recomendado	Número de niños de 18 a 23 meses, que recibieron la segunda dosis de la vacuna frente al virus del Sarampión (SPR2).	Población de 1 año.	Registro de Vacunación Electrónica (RVE) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).	Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Revisión 2024.

Fuente: Programa Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles (PNEI) y Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (2025).

Fuentes de datos y métodos de cálculo

Para el primer indicador: Proporción de niños que recibieron una dosis de vacuna que contiene Sarampión de acuerdo con el calendario nacional recomendado.

El método de cálculo es $PNVS = NNVS / NTN \times 100$:

Donde:

- **PNVS** = Proporción de niños vacunados con la primera dosis de vacuna SPR que contiene Sarampión.
- **NNVS** = Número de niños vacunados con la primera dosis de vacuna que contiene Sarampión en el año 2024 según el esquema nacional.
- **NTN** = Número total de niños de un año proyectados en el año 2024 según el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Para el segundo indicador: Proporción de niños que recibieron dos dosis de vacuna que contiene Sarampión de acuerdo con el calendario nacional recomendado.

El método de cálculo es $PNVS = NNVS / NTN \times 100$:

Donde:

- **PNVS** = Proporción de niños vacunados con la segunda dosis de vacuna SPR que contiene Sarampión.
- **NNVS** = Número de niños vacunados con la segunda dosis de vacuna que contiene Sarampión en el año 2024 según el esquema nacional.
- **NTN** = Número total de niños de un año proyectados en el año 2024 según el Instituto Nacional de Estadística (INE).

URUGUAY

CUADRO 20

Indicadores de vacunación contra sarampión – Uruguay, 2024

SARAMPIÓN				
Cobertura de vacunación total para el año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número de dosis administradas a niños igual y mayores de 1 año de la vacuna triple viral (1.ª y 2.ª dosis) / población mayor de 1 año multiplicado por 100	SRP -1° SRP -2°	Datos del certificado de recién nacido vivo proporcionado por el Departamento de Estadísticas Vitales del MSP.	Sistema Informático de Vacunas (SIV) el que incluye a la población vacunada de todo el territorio nacional.	Certificado del Recién Nacido Vivo proporcionado por el Departamento de Estadísticas Vitales del MSP.

Fuente: Departamento de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública (MSP) (2025).

El denominador es extraído del registro de certificado de recién nacidos vivos. Este es proporcionado por el Departamento de Estadísticas Vitales del MSP.

El numerador es obtenido a partir del SIV, que incluye la población vacunada de todo el territorio nacional, y puede ser filtrado por los grupos etarios.

Cálculo: Se realiza el cálculo a partir del número de dosis administradas igual o mayores a 1 año vacunados con SRP para primera y segunda dosis. Esto es dividido sobre el denominador de la población mayor a 1 año de vida, multiplicado por 100.

2.2.2 Vacunación contra Fiebre Amarilla

ARGENTINA

CUADRO 21
Indicadores de vacunación contra Fiebre Amarilla – Argentina

FIEBRE AMARILLA				
Cobertura de vacunación total para el año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
1ª dosis (12 meses)	Número de niños que recibieron la primera dosis de la vacuna.	Nacidos vivos en el año anterior.	NOMIVAC-SISA.	Información proporcionada por las jurisdicciones, Direcciones de Estadísticas Provinciales y Dirección de Estadísticas información de la salud.
Refuerzo (11 años)	Número de niños que recibieron el refuerzo de la vacuna.	nacidos vivos entre 01/01/2013 y 31/12/2013.		

Fuente: Ministerio de Salud, Registro Nominal de Vacunación Electrónico (RNVe), NOMIVAC-SISA (2025).

Para la determinación del denominador (población objetivo a vacunar) se utilizan datos suministrados por las jurisdicciones, por las Direcciones de Estadísticas Provinciales y por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Para el grupo de 1 año se consideran los nacidos vivos del año anterior, mientras que para el grupo de 11 años se utiliza la cohorte de 2013, correspondiente a la población nacida entre 01/01/2013 y 31/12/2013. El numerador es calculado a partir de la información registrada en el Registro Nominal de Vacunación Electrónico (RNVe), conocido como NOMIVAC, incorporando los datos relativos a la vacuna, dosis y lugar de residencia, de acuerdo con la información validada en el Registro Nacional de las Personas (RENAPER).

Las coberturas son calculadas solamente sobre zonas endémicas para Fiebre Amarilla, que comprenden jurisdicciones y departamentos específicos (Misiones, Corrientes, Formosa, etc.).

Brasil

CUADRO 22
Indicadores de vacunación contra Fiebre Amarilla – Brasil, 2024

FIEBRE AMARILLA				
Cobertura de vacunación total para el año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Cobertura de vacunación para Fiebre Amarilla	Número de niños que iniciaron el esquema de la vacuna Fiebre Amarilla.	Población objetivo estimada < 1 año.	Red Nacional de Datos de Salud (RNDS).	Sistema de Información de Nacidos Vivos (SINASC).

Fuente: Red Nacional de Datos en Salud (RNDS), Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (SINASC) (2025).

Método: Considera a las personas que iniciaron el esquema de vacunación por el número de dosis y la edad, luego incluye registros válidos por "tipo de dosis". La cobertura se calcula por la relación entre los vacunados y la población objetivo, multiplicado por 100. *La meta del Programa Nacional de Inmunización es del 95%.*

PARAGUAY

CUADRO 23
Indicadores de vacunación contra Fiebre Amarilla – Paraguay, 2024

FIEBRE AMARILLA				
Cobertura de vacunación total para el año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Proporción de niños que recibieron la vacuna frente al virus de la Fiebre Amarilla al año de acuerdo con el calendario nacional recomendado	Número de niños de 12 a 23 meses que recibieron la dosis única de vacuna frente al virus de la Fiebre Amarilla.	Población de 1 año.	Registro de Vacunación Electrónica (RVE) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).	Proyecciones de población asignada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). para el año 2024.

Fuente: Programa Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles (PNEI) y Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (2025).

Fuentes de datos y métodos de cálculo

Para el indicador: Proporción de niños que recibieron la vacuna frente al virus de la Fiebre Amarilla al año de acuerdo con el calendario nacional recomendado.

El método de cálculo es $PNVFA = \frac{NNVFA}{NTN} \times 100$:

Donde:

- PNVFA = Proporción de niños de un año vacunados con la dosis única de la vacuna frente al virus de la Fiebre Amarilla. Fuente: RVE-MSPBS
- NNVFA = Número de niños vacunados con la dosis única de la vacuna frente al virus de la Fiebre Amarilla en el año 2024 según el esquema nacional.
- NTN = Número total de niños de un año proyectados para el año 2024 según el Instituto Nacional de Estadística (INE).

URUGUAY

La vacuna de Fiebre Amarilla no forma parte del Programa Nacional de Vacunas en Uruguay, es brindada a quienes viajan a países con riesgo de transmisión de la enfermedad.

2.2.3 Vacunación contra poliomielitis

ARGENTINA

CUADRO 24
Indicadores de vacunación contra poliomielitis – Argentina

POLIOMIELITIS				
Cobertura de vacunación total para el año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
1ª dosis (2 meses) 2ª dosis (4 meses) 3ª dosis (6 meses)	Número de niños que recibieron la primera, segunda, y tercera dosis de la Vacuna.	nacidos vivos del año anterior.	NOMIVAC-SISA.	Información proporcionada por las jurisdicciones, Direcciones de Estadísticas Provinciales y Dirección de Estadísticas información de la salud.
Refuerzo (5 años)	Número de niños que recibieron el refuerzo de la Vacuna.	Nacidos vivos entre 01/01/2019 y 31/12/2019.		

Fuente: Ministerio de Salud, Registro Nominal de Vacunación Electrónico (RNVe), NOMIVAC-SISA (2025).

Para la determinación del denominador (población objetivo a vacunar) se utilizan datos suministrados por las jurisdicciones, por las Direcciones de Estadísticas Provinciales y por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Para el grupo de 5 años se utiliza la cohorte de 2019, correspondiente a la población nacida entre 01/01/2019 y 31/12/2019. El numerador es calculado a partir de la información registrada en el Registro Nominal de Vacunación Electrónico (RNVe), conocido como NOMIVAC, incorporando los datos relativos a la vacuna, dosis y lugar de residencia, de acuerdo con la información validada en el Registro Nacional de las Personas (RENAPER).

BRASIL

CUADRO 25
Indicadores de vacunación contra poliomielitis – Brasil, 2024

POLIOMIELITIS				
Cobertura de vacunación total para el año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Cobertura de vacunación contra la Poliomielitis 3.ª dosis (VIP) Cobertura de vacunación contra la Poliomielitis 1er refuerzo (OPV)	<ul style="list-style-type: none">Número de niños que recibieron el ciclo completo de la vacuna contra la Poliomielitis.Número de niños que siguieron el calendario de vacunación contra la Poliomielitis.	Población estimada de niños menores de 1 año	Red Nacional de Datos de Salud (RNDS).	Sistema de Información de Nacidos Vivos (SINASC).

Fuente: Red Nacional de Datos en Salud (RNDS), Sistema de Información de Nacidos Vivos (SINASC) (2025).

Método: La cobertura de vacunación se calcula considerando a aquellos que han completado el esquema de dosis recomendado, alternatively, la última dosis válida según el "tipo de dosis", dividida por la población estimada de niños menores de 1 año y multiplicada por 100. El objetivo del Programa Nacional de Inmunización es el 95% para cada dosis.

PARAGUAY

CUADRO 26
Indicadores de vacunación contra poliomielitis – Paraguay, 2024

POLIOMIELITIS				
Cobertura de vacunación total para el año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Proporción de niños que recibieron la vacuna frente al polio virus, en su tercera dosis contenida en la vacuna hexavalente de acuerdo con el calendario nacional recomendado	Número de niños de 6 a 11 meses que recibieron la vacuna frente al polio virus, en su tercera dosis contenida en la vacuna hexavalente.	Población menor de 1 año.	Registro de Vacunación Electrónica (RVE) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).	Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Revisión año 2024.

Fuente: Programa Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles (PNEI) y Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (2025).

Fuentes de datos y métodos de cálculo

Para el indicador: Proporción de niños que recibieron la vacuna frente al polio virus, en su tercera dosis contenida en la vacuna hexavalente de acuerdo con el calendario nacional recomendado.

El método de cálculo es $PNVH3 = \frac{NNVH3}{NTN} \times 100$:

Donde:

- **PNVH3** = Proporción de niños menores de un año vacunados frente al polio virus, en su tercera dosis contenida en la vacuna hexavalente.
- **NNVH3** = Número de niños menores de un año vacunados frente al polio virus, en su tercera dosis contenida en la vacuna hexavalente en el año 2024 según el esquema nacional.
- **NTN** = Número total de niños menores de un año proyectados en el año 2024 según el Instituto Nacional de Estadística (INE).

URUGUAY

CUADRO 27
Indicadores de vacunación contra poliomielitis – Uruguay, 2024

POLIOMIELITIS				
Cobertura de vacunación total para el año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número de dosis administradas a niños menores de 1 año de vacuna contra la polio/población menor de 1 año, Multiplicado por 100	IPV -1° IPV -2° IPV -3°	Datos del certificado de recién nacido vivo proporcionado por el Departamento de Estadísticas Vitales del MSP.	Sistema Informático de Vacunas (SIV) el que incluye a la población vacunada de todo el territorio nacional.	Certificado del Recién Nacido Vivo proporcionado por el Departamento de Estadísticas Vitales del MSP.

Fuente: Unidad de inmunizaciones del Ministerio de Salud Pública (2025).

El denominador es extraído del registro de certificado de recién nacidos vivos. Este es proporcionado por el Departamento de Estadísticas Vitales del MSP.

El numerador es obtenido a partir del SIV, que incluye la población vacunada de todo el territorio nacional, y puede ser filtrado por los grupos etarios.

Cálculo:

Se realiza el cálculo a partir del número de dosis administradas a los menores de 1 año con vacuna frente a polio, dividido sobre el denominador de la población menor al año de vida, multiplicado por 100.

2.2.4 Vacunación contra Covid-19

ARGENTINA

CUADRO 28
Indicadores de vacunación contra Covid-19 – Argentina

COVID-19				
Cobertura de vacunación total para el año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Dosis aplicadas en menores a 18 años	Número de personas con menos de 18 años, que recibieron la dosis anual de vacuna contra la Covid-19.	No se aplica.	NOMIVAC-SISA.	No se aplica.
Dosis aplicadas en mayores a 18 años	Número de personas de 18 años o más, que recibieron la dosis anual de vacuna contra la Covid-19.	No se aplica.		

Fuente: NOMIVAC-SISA (2025).

El numerador es calculado a partir de la información registrada en el Registro Nominal de Vacunación Electrónico (RNVe), conocido como NOMIVAC, incorporando los datos relativos a la vacuna, dosis y lugar de residencia, de acuerdo con la información validada en el Registro Nacional de las Personas (RENAPER).

BRASIL

CUADRO 29

Indicadores de vacunación contra Covid-19 – Brasil

COVID-19				
Cobertura de vacunación total para el año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Cobertura de vacunación COVID para niños <1 año	Número de niños que recibieron el esquema completo según el inmunizador.	Numero de nacidos vivos del año en curso para niños menores de 1 año.	Red Nacional de Datos de Salud (RNDS).	Sistema de Información de Nacidos Vivos (SINASC).

Fuente: Red Nacional de Datos en Salud (RNDS), Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (SINASC) (2025).

Numerador: dos dosis para la vacuna COVID-19-mRNA, Moderna (Spikevax) y tres dosis para la vacuna COVID-19-mRNA, Pfizer (Comirnaty).

Denominador: SINASC del año en curso.

Factor de multiplicación: 100.

Cálculo: Cobertura de vacunación <1 año = (Número de niños que recibieron el esquema completo según el inmunizador/SINASC del año en curso como denominador único para niños menores de 1 año) × 100.

La evaluación de Vacunación para Covid-19 considera las dosis aplicadas de acuerdo con las recomendaciones vigentes para cada grupo y grupo etario. Las directrices actuales están disponibles en el sitio web del Ministerio de Salud en el enlace: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/guia-rapido-de-vacinacao-contr-a-covid-19>.

Actualmente, la metodología para calcular la cobertura de vacunación en adultos mayores y personas gestantes se encuentra en proceso de revisión, dado que se han realizado recientes modificaciones en los esquemas de vacunación contemplados por el Calendario Nacional. Por este motivo, la información aún no está disponible. El objetivo de esta revisión es asegurar mayor precisión y alineación con las directrices establecidas para la Vacunación contra Covid-19.

PARAGUAY

CUADRO 30
Indicadores de vacunación contra Covid-19 – Paraguay, 2024

COVID-19				
Cobertura de vacunación total para el año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Proporción de adultos de 60 años y más (población de alto riesgo), que han recibido al menos 1 dosis de alguna vacuna frente a la Covid-19 de acuerdo con el calendario nacional recomendado	Número de personas de 60 años y más, que han recibido la dosis anual de vacuna frente a la Covid-19.	Población de 60 años y más.	Registro de Vacunación Electrónica (RVE) y Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).	Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Revisión al 2024.

Fuente: Programa Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles (PNEI) y Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (2025).

Fuentes de datos y métodos de cálculo

Para el indicador: Proporción de adultos de 60 años y más (población de alto riesgo), que han recibido al menos 1 dosis de alguna vacuna frente a la Covid-19 de acuerdo con el calendario nacional recomendado.

El método de cálculo es $PNVCov-19 = NNVCov-19 / NTN \times 100$:

Donde:

- **PNVCov-19** = Proporción de personas de 60 años y más vacunados frente a la Covid-19, en su dosis anual. Fuente: Sistema RVE-MSPBS.
- **NNVCov-19** = Número de personas de 60 años y más vacunados frente a la Covid-19, en su dosis anual en el año 2024 según el esquema nacional. Fuente: Sistema RVE-MSPBS.
- **NTN** = Número total de personas de 60 años y más años proyectados en el año 2024 según el Instituto Nacional de Estadística (INE).

URUGUAY

CUADRO 31
Indicadores de vacunación contra Covid-19 – Uruguay, 2024

COVID-19				
Cobertura de vacunación total para el año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número de personas de 5 años y más vacunadas/población recomendada. Multiplicado por 100	Número de personas mayores de 5 años vacunadas al menos una vez frente a Covid-19.	Población recomendada.	Sistema Informático de Vacunas (SIV) el que incluye a la población vacunada de todo el territorio nacional.	Registro Único de Asistencia Formal en Salud (RUCAF). nacional.

Fuente: Unidad de Inmunizaciones del Ministerio de Salud Pública (2025).

El denominador es extraído del Registro Único de Asistencia Formal en Salud (RUCAF).

El numerador es obtenido a partir del SIV, que incluye la población vacunada de todo el territorio nacional, y puede ser filtrado por los grupos etarios.

Cálculo:
Se realiza el cálculo a partir del número de personas mayor de 5 años vacunadas al menos una vez frente a Covid-19, dividido por la población recomendada, esto multiplicado por 100.

2.3 Sífilis e enfermedad de Chagas congénita

2.3.1 Sífilis congénita

ARGENTINA

CUADRO 32
Indicadores de sífilis congénita – Argentina

SÍFILIS CONGÉNITA		
Casos de sífilis congénita en el año de 2024		Fuente de datos
Nombre	Numerador	Numerador
Número absoluto de casos de sífilis congénita del año 2024	Casos notificados de sífilis congénita por criterio epidemiológico, por criterio laboratorial y por criterio clínico.	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud. SNVS 2.0.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Epidemiología, Sistema de Vigilancia Sanitaria 2.0 (2025).

Sífilis congénita:

- a. Nacido vivo o muerte fetal o aborto de más de 500 gramos de una embarazada con diagnóstico confirmado de sífilis y sin tratamiento adecuado de la embarazada durante el embarazo.
- b. Nacido vivo, muerte fetal o aborto de más de 500 gramos, o niño menor de 24 meses, hijo de una embarazada con criterio de caso probable o confirmado de sífilis.

Y

I. Criterios de laboratorio (Uno o más de ellos)

- a. Recién nacido con prueba no treponémica (PNT) reactiva con título 4 veces o más que el de la embarazada.
- b. Demostración de T. pallidum por Campo Oscuro o PC en placenta, secreción nasal, material de lesión de la piel o material de autopsia, en un neonato o mortinato.
- c. VDRL reactiva en LCR.
- d. Niño expuesto a T. pallidum, que no haya recibido tratamiento luego del nacimiento y con PNT reactiva luego de los 6 meses de vida.

O

II. Criterios radiográficos

Menor de 24 meses con PNT reactiva y radiografías de huesos largos características de sífilis congénita, (Osteocondritis que origina la pseudoparálisis de Parrot, epifisitis y periostitis bilateral).

O

III. Criterios clínicos

- a. Menor de 24 meses con PNT reactiva y signos clínicos característicos o altamente sugerentes.
- b. Hidrops fetal no inmunológico, hepatomegalia, rinitis mucosa o hemorrágica, anemia hemolítica y plaquetopenia, rash maculo papular o vesicular, lesiones descamativas y lesiones ampollares palmo-plantares (pénfigo sifilítico).
- c. Muerte fetal en embarazada con diagnóstico de sífilis y sin otra causa conocida.

BRASIL

CUADRO 33
Indicadores de sífilis congénita – Brasil

SÍFILIS CONGÉNITA		
Casos de sífilis congénita en el año 2024		Fuente de datos
Nombre	Numerador	Numerador
Número de casos de sífilis congénita en 2024	<ul style="list-style-type: none">■ Nacidos vivos con sífilis congénita menores de 1 año en el año evaluado, notificados en el SINAN.■ Pérdidas fetales (abortos espontáneos y mortinatos) de madres con sífilis no tratada o tratada inadecuadamente que ocurrieron en el año evaluado, reportadas en el SINAN.■ Muertes neonatales por sífilis congénita identificadas en el SIM (no reportadas en el SINAN), después de la investigación y confirmación del diagnóstico.	<p>Sistema de Información de Enfermedades de Notificación Obligatoria (SINAN).</p> <p>Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM).</p>

Fuente: Ministerio de Salud, Sistema de Información de Enfermedades de Notificación Obligatoria (SINAN), Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM) (2025).

Criterios para la definición de caso para el cálculo del numerador

I. Situación 1: Incluye a recién nacidos, mortinatos o abortos de mujeres con sífilis no tratada o tratada de manera inadecuada.

II. Situación 2: Se refiere a los niños menores de 13 años que presentan al menos una de las siguientes condiciones:

1. Manifestación clínica, alteración del líquido cefalorraquídeo o alteración radiológica de sífilis congénita asociada a una PNT reactiva.
2. Títulos de pruebas no treponémicas infantiles superiores a los de la madre en dos diluciones, en muestras de sangre periférica recogidas Simultáneamente al momento del parto.
3. Títulos de prueba no treponémicos ascendentes en dos diluciones durante el seguimiento del niño expuesto.

- 4. Persistencia de títulos de pruebas no treponémicas reactivas después de los seis meses de edad, excepto en casos de seguimiento terapéutico.
- 5. Pruebas treponémicas reactivas después de los 18 meses de edad sin un diagnóstico previo de sífilis congénita.

III. Situación 3: Evidencia microbiológica de infección por *Treponema pallidum* en secreción nasal, lesión cutánea, biopsia o necropsia de un niño, aborto o muerte fetal, detectada mediante exámenes de microscopía directa (campo oscuro o material teñido).

PARAGUAY

CUADRO 34
Indicadores de sífilis congénita – Paraguay, 2024

SÍFILIS CONGÉNITA		
Indicador para el total del año 2024		Fuente de datos
Nombre	Numerador	Numerador
Número absoluto de casos de sífilis congénita en 2024	<ul style="list-style-type: none">■ Todo producto de un aborto o pérdida fetal de <20 semanas de gestación de una madre seropositiva para sífilis sin tratamiento o tratamiento no adecuado (tratamiento diferente a la penicilina o tratamiento que no culminó 1 mes antes del parto) para la sífilis.■ Mortinato, nacido vivo o pérdida fetal de > 20 semanas de gestación o > 500 gramos de peso al nacer nacido de una madre seropositiva para sífilis sin tratamiento o tratamiento no adecuado (tratamiento diferente a la penicilina o tratamiento que no culminó 1 mes antes del parto) para la sífilis.■ Recién nacido o niño menor de 2 años nacido de una mujer con serología positiva para sífilis o estado serológico desconocido, que presenta: (i) pruebas de RPR/VDRL con títulos cuatro veces mayor (equivale a un cambio de dos diluciones) que los títulos de la madre realizados en el momento del parto, o (ii) evidencia de cambio en la serología, VDRL anteriormente negativa que se hace positiva o elevación de título de VDRL con relación a títulos anteriores.■ Recién nacido o niño menor de 2 años nacido de una mujer con serología positiva para sífilis o estado serológico desconocido, y pruebas radiológicas o clínicas sugestivas de sífilis congénita al examen físico (Hepatoesplenomegalia, lesiones mucocutáneas, condiloma plano, rinitis persistente, ictericia, pseudoparálisis debida a periostitis y osteocondritis, afectación del sistema nervioso central, anemia, síndrome nefrótico) de infección por sífilis (independientemente del momento o la idoneidad de la atención materna).	PRONASIDA Programa Nacional de Control del VIH/Sida/ITS

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2025).

URUGUAY

Indicadores de sífilis congénita – Uruguay, 2024

El país se encuentra actualmente trabajando en una mejora en la calidad de los datos a través de la auditoría de diferentes fuentes como las historias clínicas de embarazadas con pruebas positivas para sífilis y recién nacidos expuestos. Los casos del año 2024 se encuentran en análisis.

2.3.2 Enfermedad de Chagas congénita

ARGENTINA

CUADRO 35

Indicadores de enfermedad de Chagas congénita – Argentina, 2024

ENFERMEDAD DE CHAGAS CONGÉNITA		
Casos de Enfermedad de Chagas Congénita en 2024		Fuente de datos
Nome	Numerador	Numerador
Número absoluto de casos de confirmados de Chagas agudo congénito del año 2024*	Casos confirmados por técnicas directas antes de los 10 meses de edad y por serología entre los 10 y 18 meses de edad.	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud. SNVS 2.0.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Epidemiología, Sistema de Vigilancia Sanitaria 2.0 (2025).

*Caso congénito, considerar fase aguda hasta los 3 años.

Caso sospechoso: toda persona menor de 18 meses hijo de una embarazada con diagnóstico de Chagas.

Caso confirmado: caso sospechoso con confirmación de laboratorio por las siguientes técnicas: Técnicas parasitológicas con resultados positivos/detectable (PCR o microhematocrito/micrométodo) desde las 24 horas hasta los 10 meses de vida; o Dos técnicas serológicas, con diferente principio, con resultados positivos (ELISA y HAI, ELISA e IFI, HAI e IFI) entre los 10 y 18 meses de vida.

Caso descartado: caso sospechoso con resultados negativos por dos técnicas serológicas con diferente principio (ELISA y HAI, ELISA e IFI, HAI e IFI) a partir de los 10 meses de vida.

BRASIL

CUADRO 36
Indicadores de enfermedad de Chagas congénita – Brasil, 2024

ENFERMEDAD DE CHAGAS CONGÉNITA		
Casos de enfermedad de Chagas congénita en 2024		Fuente de datos
Nome	Numerador	Numerador
Número de casos agudos de enfermedad de Chagas por transmisión vertical*	Total, de casos agudos en niños de hasta 3 años por transmisión vertical por año de notificación.	Sistema de información de Enfermedades de notificación obligatoria (SINAN).

Fuente: Ministerio de Salud, Sistema de información de Enfermedades de notificación obligatoria (SINAN) (2025).
*Caso congénito, se considera fase aguda hasta los 3 años.

Chagas congénita

Esta es una descripción del número absoluto de casos agudos por transmisión vertical en Brasil en 2024. La fuente de datos usada fue evaluada preliminarmente para identificar posibles casos de Enfermedad de Chagas aguda previamente tratados por duplicidades e inconsistencias del Sistema de Información de Enfermedades de Notificación Obligatoria (SINAN), por año de notificación. Los casos confirmados se seleccionaron en el grupo de edad de hasta 3 años y con forma probable de transmisión vertical.⁸

PARAGUAY

CUADRO 37
Indicadores de enfermedad de Chagas congénita – Paraguay, 2024

ENFERMEDAD DE CHAGAS CONGÉNITA		
Indicador para el total del año 2024		Fuente de datos
Nombre	Numerador	Numerador
Número de casos agudos de enfermedad de Chagas de transmisión vertical*	Casos agudos de Chagas congénito confirmados, notificados.	Sistema de Información y Tecnología de la Dirección General de Vigilancia Salud (IT-DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2025).
*Definición de caso, según la Guía Nacional de Vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria.⁹

Caso confirmado: Todo recién nacido hijo de madre con serología positiva a Chagas y que presenta resultado de examen directo o PCR en los primeros meses de vida; o una técnica parasitológica positiva hasta los 6 meses o una serología positiva entre los 9 y 12 meses de vida.

URUGUAY

CUADRO 38
Indicadores de enfermedad de Chagas congénita – Uruguay, 2024

ENFERMEDAD DE CHAGAS CONGÉNITA		
Casos de enfermedad de Chagas congénita no año de 2024		Fuente de datos
Nombre	Numerador	Numerador
Número de casos agudos de enfermedad de Chagas de transmisión vertical	Total, de casos agudos notificados al sistema de vigilancia.	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.

Fuente: Ministerio de Salud Pública de Uruguay (2025).

Chagas congénita: Número absoluto de casos agudos de enfermedad de Chagas de transmisión vertical. Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.

2.4 Enfermedad tipo influenza por Covid-19 e infección respiratoria aguda grave (IRAG) por Covid-19, influenza e virus sincial respiratorio

2.4.1 Enfermedad tipo influenza por Covid-19

ARGENTINA

CUADRO 39
Indicadores de enfermedad tipo influenza por Covid-19 – Argentina

COVID-19				
Indicador para el total del año 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número absoluto de casos confirmados de Covid-19*	Total, de casos confirmados de Covid-19, en todos los componentes de la estrategia nacional de vigilancia.	No se aplica.	Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.	No se aplica.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Epidemiología, Sistema de Vigilancia Sanitaria 2.0 (2025).
*Corresponde al número total de casos confirmados de Covid-19 notificados en el período en el Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (no es realizado estudio etiológico universal de los casos de Síndrome Influenza o enfermedad semejante a la gripe).

Se expresan los casos totales de Covid-19 confirmados, en todos los componentes de la estrategia de vigilancia nacional. Durante 2024, para fines de vigilancia epidemiológica, no fue recomendada la realización de estudio etiológico universal para SARS-CoV-2, excepto para los casos sospechosos de Covid-19 pertenecientes a la vigilancia centinela (Unidades de Monitoreo Ambulatoria de Enfermedad Tipo Influenza y Unidades Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave). Además, fue indicada la notificación de otros casos confirmados para SARS-CoV-2 no contemplados en la estrategia de vigilancia descrita, estudiados por indicación del equipo de salud responsable por el tratamiento.

Por consiguiente, con los datos disponibles, no es posible calcular la tasa de incidencia de la infección a nivel nacional para 2024.

BRASIL

CUADRO 40

Indicadores de enfermedad tipo influenza por Covid-19 – Brasil

COVID-19				
Indicador para el total del año 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia de Enfermedad tipo Influenza (ETI) por Covid-19 por cada 100.000 habitantes	Número de nuevos casos confirmados* con fecha de inicio de los síntomas en 2024.	Población residente estimada.	e-SUS notifica del Ministerio de Salud**.	Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE).

Fuente: SVSA/Ministerio de Salud, e-SUS notifica e Instituto Brasileiro de Geografía e Estadística (IBGE) (2025).

*Mediante prueba epidemiológica clínica o de laboratorio.

**A partir de 2025, el Ministerio de Salud de Brasil contará los casos de Covid-19 solo en función del sistema oficial de notificación de casos de Enfermedad tipo Influenza (ETI) por Covid-19. En el boletín COVIGSAL 2023 se siguieron utilizando los valores de la contabilidad independiente de cada Unidad Federativa (UF), a través de las Secretarías Estatales de Salud (SES).

Tasa de incidencia – número total de casos confirmados por criterio laboratorial o clínico-epidemiológico, dividido por la población residente, y multiplicado por 100.000 habitantes.

PARAGUAY

CUADRO 41

Indicadores de síndrome gripal por Covid-19 – Paraguay

COVID-19				
Cobertura de vacunación total para el año 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia	Número de casos confirmados de Covid-19 en la vigilancia universal.	Población estimada a nivel país, año 2024.	Sistema de Información y tecnología de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (IT-DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).	Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Revisión al 2015.

Fuente: Sistema de Información y Tecnología de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (IT-DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) (2025).

URUGUAY

CUADRO 42
Indicadores de enfermedad tipo influenza por Covid-19 – Uruguay, 2024

COVID-19				
Indicador para el total del año 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia: número de casos notificados dividido por la población residente multiplicada por 100.000 habitantes	Casos confirmado-notificados al sistema de vigilancia.	Proyecciones de población basadas en el Censo del año 2011 del Instituto Nacional de Estadística.	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública Proyectos de Población Instituto Nacional de Estadística.	Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística.
Tasa de letalidad: Número de muertes por Covid-19/casos confirmados por 100	Casos fallecidos confirmados por laboratorio y detectados en el sistema informático.	Casos confirmados por PCR o Test de Antígeno para SARS-CoV 2.	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.

Fuente: Departamento de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud Pública (MSP) (2025).

Tasa de incidencia: es calculada como el número total de casos confirmados dividido por la población del país, multiplicado por 100.000 (habitantes). Los datos son provenientes del Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública. Las Proyecciones de Población son estimadas por el Instituto Nacional de Estadística.

Tasa de letalidad: es determinada por el número total de casos fallecidos por Covid-19 dividido por el número total de casos confirmados, multiplicado por 100. Los datos para este cálculo son obtenidos integralmente a través del Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia Sanitaria – Ministerio de Salud Pública.

2.4.2 Infección respiratoria aguda grave por Covid-19

ARGENTINA

CUADRO 43
Indicadores de infección respiratoria aguda grave por Covid-19 – Argentina

COVID-19				
Indicador para el total del año 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número absoluto de casos de personas hospitalizadas y/o fallecidas con Covid-19*	número total de personas hospitalizadas y/o fallecidas con un diagnóstico confirmado de Covid-19.	No se aplica.	Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).	No se aplica.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Epidemiología, Sistema de Vigilancia Sanitaria 2.0 (2025).
*Corresponde a personas hospitalizadas y/o fallecidas con diagnóstico confirmado de Covid-19 notificado en el periodo en el Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (no se realiza vigilancia universal de casos de IRAG).

Aquí se muestra el número total de casos confirmados de Covid-19 hospitalizados (centinela y no centinela). Durante el año 2024, para efectos de vigilancia epidemiológica y con el objetivo de caracterizar el comportamiento del SARS-CoV-2 en la generación de enfermedad grave, se definió el estudio etiológico de los casos incluidos en la estrategia de vigilancia centinela del IRAG. De igual forma, a nivel nacional, todas las personas hospitalizadas o fallecidas por infección respiratoria aguda con diagnóstico confirmado de infección por SARS-CoV-2 son notificadas al Sistema Nacional de Vigilancia.

BRASIL

CUADRO 44
Indicadores de infección respiratoria aguda grave por Covid-19 – Brasil

COVID-19				
Indicador para el total del año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia de IRAG por Covid-19: Número de nuevos casos confirmados por Covid-19 que resultaron en hospitalización, por 100.000 habitantes	Número de nuevos casos confirmados por Covid-19 que resultaron en hospitalización, considerando la fecha de inicio de los síntomas ocurrida en el año 2024.	Población residente estimada.	Sivep-Gripe.	Instituto Brasileiro de Geografia y estadística (IBGE).
Tasa de mortalidad de IRAG por Covid-19: Número de muertes confirmados por Covid-19 entre pacientes hospitalizados, considerando la fecha de inicio de los síntomas ocurrida en el año 2024.	Número de muertes confirmados por Covid-19 entre pacientes hospitalizados, considerando la fecha de inicio de los síntomas ocurrida en el año 2024.	Población residente estimada.	Sivep-Gripe.	Instituto Brasileiro de Geografia y estadística (IBGE).
Tasa de letalidad de IRAG por Covid-19: Número de muertes dividido por el total de casos hospitalizados, multiplicado por 100	Número de muertes confirmados por Covid-19 entre pacientes hospitalizados, considerando la fecha de inicio de los síntomas registrada en el año 2024.	Número de casos confirmados de Covid-19 que resultaron en hospitalización, considerando la fecha de inicio de los síntomas ocurrida en el año 2024.	Sivep-Gripe.	Sivep-Gripe.

Fuente: Ministerio de Salud. Sivep-Gripe e Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) (2025).

Tasa de incidencia de IRAG por Covid-19

Fuente de datos: Sivep-Gripe e Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE).

Método de cálculo: número de nuevos casos confirmados de IRAG por Covid-19 en el período, notificados en Sivep-Gripe, dividido por la población residente y multiplicado por 100.000 habitantes.

Tasa de mortalidad de IRAG por Covid-19

Fuente de datos: Sivep-Gripe e Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE).

Método de cálculo: número de muertes confirmadas por IRAG por Covid-19 entre pacientes hospitalizados, notificadas en Sivep-Gripe, divididas por la población residente y multiplicadas por 100.000 habitantes.

Tasa de mortalidad de IRAG por Covid-19

Fuente de datos: Sivep-Gripe.

Método de cálculo: número de muertes confirmadas por IRAG por Covid-19 entre pacientes hospitalizados, notificadas en Sivep-Gripe, dividido por el número total de casos confirmados de IRAG por Covid-19 en el mismo período, y multiplicado por 100.

PARAGUAY

CUADRO 45

Indicadores de infección respiratoria aguda grave por Covid-19 – Paraguay, 2024

COVID-19				
Indicadores para el año 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de Hospitalización	Número de casos confirmados de Covid-19 hospitalizados.	Población estimada a nivel país, año 2024.	Sistema de Información y tecnología de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (IT-DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).	Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Revisión al 2015.
Tasa de letalidad	Número de muertes confirmadas por Covid-19.	Número de casos confirmados de Covid-19 que resultaron en hospitalización con fecha de inicio de síntomas ocurrida en el año 2024.	Sistema de Información y tecnología de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (IT-DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).	Sistema de Información y tecnología de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (IT-DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).
Tasa de mortalidad específica	Número de muertes confirmadas por Covid-19.	Población estimada a nivel país, año 2024.	Sistema de Información y tecnología de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (IT-DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).	Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Revisión al 2015.

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2025).

Fuentes de datos y métodos de cálculo

En Paraguay al 2024, la vigilancia de Covid-19 se mantiene como vigilancia universal, además de la incorporación en vigilancia centinela de ETI/IRAG y vigilancia genómica en hospitales centinelas.

Las definiciones de casos

Casos confirmados por Covid-19: Toda persona que presente una prueba RT-PCR positiva o una prueba de detección de antigenemia positiva para el SARS-CoV2, emitida por un certificado de laboratorio.

Caso fallecido por Covid-19: La muerte de Covid-19 se define, a efectos de vigilancia, como un fallecimiento resultante de una enfermedad clínicamente compatible y sea un caso confirmado de Covid-19 por laboratorio. A menos que exista una clara causa de otra alternativa de muerte que no pueda relacionarse con Covid-19 (por ejemplo, un traumatismo) en cuyo caso no codificaría como causa básica de desaparición por Covid-19.

Indicadores

Tasa de incidencia: número de casos notificados dividido por la población residente multiplicada por 100.000 habitantes. Fuente: Sistema IT-DGVS/MSPBS, para el denominador Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Tasa de letalidad: número de muertes dividido por casos reportados multiplicado por 100. Fuente: Sistema IT-DGVS/MSPBS.

Tasa de mortalidad específica: número de muertes por Covid-19 dividido por la población multiplicada por 100.000. Fuente: Sistema IT-DGVS/MSPBS, para el denominador Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

URUGUAY

CUADRO 46
Indicadores de infección respiratoria aguda grave por Covid-19 – Uruguay, 2024

IRAG POR COVID-19				
Indicador para el total del año 2024			Fuente de datos	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia de IRAG por Covid-19 en personas internadas por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela	Casos de IRAG por Covid-19 reportados al sistema de vigilancia por los centros centinela.	Población que se asiste en los centros centinela según Registro Único de Asistencia Formal en Salud (RUCAF).	Sistema informático de CIH – Departamento de Vigilancia de la Salud – Ministerio de Salud Pública.	Registro Único de Asistencia Formal en Salud (RUCAF).
Tasa de letalidad de IRAG por Covid-19: Número de muertes dividido por el total de casos confirmados, multiplicado por 100	Número de muertes en casos de IRAG por Covid-19 confirmados, en centros centinela.	Número de casos confirmados de IRAG por Covid-19 en centros centinela.	Sistema informático de CIH – Departamento de Vigilancia de la Salud – Ministerio de Salud Pública.	Sistema informático de CIH – Departamento de Vigilancia de la Salud – Ministerio de Salud Pública.

Fuente: Sistema informático de CIH, Departamento de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud Pública.

La vigilancia de IRAG y ETI se lleva a cabo mediante la estrategia de vigilancia centinela. Actualmente se cuenta con 11 centros centinela distribuidos en 6 departamentos del país. Esta estrategia incluye el monitoreo de diferentes virus respiratorios, incluyendo SARS-COV2, Influenza y VRS.

Tasa de incidencia de IRAG por Covid-19: El cálculo es hecho a partir de los casos de IRAG por Covid-19 reportados al sistema de vigilancia por los centros centinela, dividido por el total de la población que es asistida en los centros centinela multiplicado por 100.000.

Tasa de letalidad: número de muertes dividido por casos reportados multiplicado por 100.

2.4.3 Infección respiratoria aguda grave por influenza

ARGENTINA

CUADRO 47

Indicadores de infección respiratoria aguda grave por influenza – Argentina

INFLUENZA				
Indicador para el total del año 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número absoluto de casos hospitalizados y/o fallecidos con Influenza*	Número total de casos hospitalizados y/o fallecidos con diagnóstico confirmado.	No se aplica.	Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.	
Número de casos fallecidos con Influenza	Número total de casos fallecidos con diagnóstico confirmado.	No se aplica.	Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.	
Tasa de letalidad de la Influenza IRAG	Número total de casos fallecidos con diagnóstico confirmado.	Número total de casos hospitalizados y/o fallecidos con diagnóstico confirmado.	Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.	

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Epidemiología, Sistema de Vigilancia Sanitaria 2.0 (2025).

*Corresponde a las personas internadas y/o fallecidas con diagnóstico confirmado de Influenza notificados en el período en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (no se realiza vigilancia universal de casos de IRAG).

Tasa de incidencia. Se expresan los casos totales de Influenza confirmados internados (centinela y no centinela). Durante 2024, a los fines de la vigilancia epidemiológica y con el objetivo de caracterizar el comportamiento de Influenza en la generación de enfermedad grave, se definió el estudio etiológico de los casos incluidos en la estrategia de vigilancia centinela de **IRAG**. Asimismo, a nivel nacional se notifican al Sistema Nacional de Vigilancia todas las personas internadas o fallecidas por infección respiratoria aguda con diagnóstico de infección por Influenza confirmado.

Tasa de letalidad. Durante 2024, a los fines de la vigilancia epidemiológica y con el objetivo de continuar caracterizando el comportamiento de influenza en la generación de enfermedad grave, se definió a nivel nacional la notificación de todas las personas fallecidas con diagnóstico de infección por influenza (tanto centinela de **IRAG** como en establecimientos no centinela). Si bien se dispone del número de casos confirmados fallecidos, dado que no se realiza vigilancia universal en casos ambulatorios e internados, no es posible calcular la tasa de letalidad para el año 2024.

Tasa de mortalidad específica. La información de los casos fallecidos con diagnóstico de Influenza confirmado por laboratorio surge de las notificaciones nominales al SNVS 2.0 con el objetivo de caracterizar la población afectada. Dada la estrategia de vigilancia epidemiológica vigente, este análisis no implica una estimación de la mortalidad real por Influenza en el país ni un reemplazo de las estimaciones que se realizan anualmente a partir de los registros estadísticos.

BRASIL

CUADRO 48
Indicadores de infección respiratoria aguda grave por influenza – Brasil, 2024

INFLUENZA				
Indicador para el total del año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia de IRAG por Influenza: Número de nuevos casos confirmados por Influenza que resultaron en hospitalización, por 100.000 habitantes	Número de nuevos casos confirmados por Influenza que resultaron en hospitalización, considerando la fecha de inicio de los síntomas ocurrida en el año 2024.	Población residente estimada.	Sivep-Gripe.	Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE).
Tasa de mortalidad de IRAG por Influenza: Número de muertes confirmados por Influenza entre pacientes hospitalizados, considerando la fecha de inicio de los síntomas ocurrida en el año 2024.	Número de muertes confirmados por Influenza entre pacientes hospitalizados, considerando la fecha de inicio de los síntomas ocurrida en el año 2024.	Población residente estimada.	Sivep-Gripe.	Instituto Brasileiro de Geografia y estadística (IBGE).
Tasa de letalidad de IRAG por Influenza: Número de muertes dividido por el total de casos hospitalizados, multiplicado por 100	Número de muertes confirmados por Influenza entre pacientes hospitalizados, considerando la fecha de inicio de los síntomas registrada en el año 2024.	Número de casos confirmados por Influenza que resultaron en hospitalización, considerando la fecha de inicio de los síntomas ocurrida en el año 2024.	Sivep-Gripe.	Sivep-Gripe.

Fuente: Ministerio de Salud, Sivep-Gripe e Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) (2025).

Tasa de incidencia de IRAG debido a influenza

Fuente de datos: Sivep-Gripe e Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE).

Método de cálculo: número de nuevos casos confirmados de IRAG por Influenza en el periodo, notificados en Sivep-Gripe, dividido por la población residente y multiplicado por 100.000 habitantes.

Tasa de mortalidad de IRAG debido a influenza

Fuente de datos: Sivep-Gripe e Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE).

Método de cálculo: número de muertes confirmadas por IRAG por Influenza entre pacientes hospitalizados, notificadas en Sivep-Gripe, divididas por la población residente y multiplicadas por 100.000 habitantes.

Tasa de mortalidad de IRAG debido a influenza

Fuente de datos: SIVEP-Gripe.

Método de cálculo: número de muertes confirmadas por IRAG por Influenza entre pacientes hospitalizados, notificadas en Sivep-Gripe, dividido por el número total de casos confirmados de IRAG por Influenza en el mismo periodo, y multiplicado por 100.

PARAGUAY

CUADRO 49

Indicadores de infección respiratoria aguda grave por influenza – Paraguay, 2024

INFLUENZA				
Indicadores para el año 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Números de casos de Influenza	Números de Casos de Influenza notificados por Vigilancia Centinela de IRAG.	No aplica.	Sistema de Información y tecnología de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (IT-DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).	No aplica.

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2025).

Fuentes de datos y métodos de cálculo

La fuente de datos corresponde a la Vigilancia Centinela de IRAG, en 10 hospitales de referencia a nivel país.

URUGUAY

CUADRO 50

Indicadores de infección respiratoria aguda grave por influenza – Uruguay, 2024

IRAG POR INFLUENZA				
Indicadores para el año 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia de IRAG por Influenza, en personas internadas por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela	Casos de IRAG por Influenza en reportados al sistema de vigilancia por los centros centinela.	Total, de población que se asisten en los centros centinela según Registro Único de Asistencia Formal en Salud (RUCAF).	Sistema informático de CIH – Departamento de Vigilancia e Salud – Ministerio de Salud Pública.	Registro Único de Asistencia Formal en Salud (RUCAF).
Tasa de letalidad de IRAG por Influenza: Número de muertes dividido por el total de casos confirmados, multiplicado por 100	Número de muertes en casos de IRAG por Influenza confirmados, en centros centinela.	Número de casos confirmados de IRAG por Influenza en centros centinela.	Sistema informático de CIH – Departamento de Vigilancia de la Salud – Ministerio de Salud Pública.	Sistema informático de CIH – Departamento de Vigilancia de la Salud – Ministerio de Salud Pública.

Fuente: Sistema informático de CIH, Departamento de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud Pública (2025).

Tasa de incidencia de IRAG por influenza: El cálculo es hecho a partir de los casos de IRAG por Influenza reportados al sistema de vigilancia por los centros centinela, dividido por el total de la población que es asistida en los centros centinela multiplicado por 100.000.

Tasa de letalidad: número de muertes dividido por casos reportados multiplicado por 100.

2.4.4 Infección respiratoria aguda grave por virus sincial respiratorio (VSR)

ARGENTINA

CUADRO 51
Indicadores de infección respiratoria aguda grave por VSR – Argentina

VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO				
Indicador para el total del año 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número absoluto de casos hospitalizados y/o fallecidos con VSR*	Casos totales de VSR confirmado hospitalizados y/o fallecidos.	No se aplica.	Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria SNVS2.0.	No se aplica.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Epidemiología, Sistema de Vigilancia Sanitaria 2.0 (2025).
*Corresponde a las personas internadas y/o fallecidas con diagnóstico confirmado de infección por VSR notificados en el período en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (no se realiza vigilancia universal de casos de IRAG).

Tasa de incidencia

Se expresan los casos totales de VSR confirmados internados (centinela y no centinela). Durante 2024, con fines de vigilancia epidemiológica y con el objetivo de caracterizar el comportamiento del virus sincial respiratorio (VSR) en la generación de enfermedad grave, se definió el estudio etiológico de los casos incluidos en la estrategia de vigilancia centinela de IRAG. Asimismo, a nivel nacional se notifican al Sistema Nacional de Vigilancia todas las personas internadas por infección respiratoria aguda con diagnóstico confirmado de infección por VSR. Los datos informados corresponden al total de casos internados por VSR (tanto de establecimientos centinela como no centinela).

Tasa de letalidad e mortalidad específica

Actualmente, no es posible determinar el número de fallecimientos asociados a infección por VSR en el país a partir de los registros del SNVS, dado que durante 2024 se implementaron modificaciones orientadas al fortalecimiento de la estrategia.

BRASIL

CUADRO 52

Indicadores de infección respiratoria aguda grave por VSR – Brasil, 2024

VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO (VSR)				
Indicador para el total del año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia de IRAG por VSR: Número de nuevos casos confirmados por VSR que resultaron en hospitalización, por 100.000 habitantes	Número de nuevos casos confirmados por VSR que resultaron en hospitalización, considerando la fecha de inicio de los síntomas ocurrida en el año 2024.	Población residente estimada.	Sivep-Gripe.	Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE).
Tasa de mortalidad de IRAG por VSR: Número de muertes confirmados por VSR entre pacientes hospitalizados, por 100.000 habitantes	Número de muertes confirmados por VSR entre pacientes hospitalizados, considerando la fecha de inicio de los síntomas ocurrida en el año 2024.	Población residente estimada.	Sivep-Gripe.	Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE).
Tasa de letalidad de IRAG por VSR: Número de muertes dividido por el total de casos hospitalizados, multiplicado por 100	Número de muertes confirmados por VSR entre pacientes hospitalizados, considerando la fecha de inicio de los síntomas registrada en el año 2024.	Número de casos confirmados por VSR que resultaron en hospitalización, considerando la fecha de inicio de los síntomas ocurrida en el año 2024.	Sivep-Gripe.	Sivep-Gripe.

Fuente: Ministerio de Salud, Sivep-Gripe e Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) (2025).

Tasa de incidencia de IRAG por VRS

Fuente de datos: Sivep-Gripe e Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE).

Método de cálculo: número de nuevos casos confirmados de IRAG por VRS en el período, notificados en Sivep-Gripe, dividido por la población residente y multiplicado por 100.000 habitantes.

Tasa de mortalidad de IRAG por VRS

Fuente de datos: Sivep-Gripe e Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE).

Método de cálculo: número de muertes confirmadas por IRAG por VRS entre pacientes hospitalizados, notificadas en Sivep-Gripe, divididas por la población residente y multiplicadas por 100.000 habitantes.

Tasa de letalidad de IRAG por VRS

Fuente de datos: Sivep -Gripe.

Método de cálculo: número de muertes confirmadas por IRAG por VRS entre pacientes hospitalizados, notificadas en Sivep-Gripe, dividido por el número total de casos confirmados de IRAG por VRS en el mismo período, y multiplicado por 100.

PARAGUAY

CUADRO 53
Indicadores de infección respiratoria aguda grave por VSR – Paraguay, 2024

VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO				
Indicadores para el año 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Números de casos de Virus Sincital Respiratorio	Números de Casos de Virus Sincital Respiratorio por Vigilancia Centinela de IRAG.	No aplica.	Sistema de Información y tecnología de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (IT-DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).	No aplica.

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2025).

Fuentes de datos y métodos de cálculo

La fuente de datos corresponde a la Vigilancia Centinela de IRAG, en 10 hospitales de referencia a nivel país.

URUGUAY

CUADRO 54
Indicadores de infección respiratoria aguda grave por VSR – Uruguay

IRAG POR VSR				
Indicadores para el año 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia de IRAG por VSR, en personas internadas por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela	Casos de IRAG por VSR en reportados al sistema de vigilancia por los centros centinela.	Total, de población que se asisten en los centros centinela según Registro Único de Asistencia Formal en Salud (RUCAF).	Sistema informático de CIH – Departamento de Vigilancia e Salud – Ministerio de Salud Pública.	Registro Único de Asistencia Formal en Salud (RUCAF).
Tasa de letalidad de IRAG por VSR: Número de muertes dividido por el total de casos confirmados, multiplicado por 100	Número de muertes en casos de IRAG por VSR confirmados, en centros centinela.	Número de casos confirmados de IRAG por VSR en centros centinela.	Sistema informático de CIH – Departamento de Vigilancia de la Salud – Ministerio de Salud Pública.	Sistema informático de CIH – Departamento de Vigilancia de la Salud – Ministerio de Salud Pública.

Fuente: Sistema informático de CIH, Departamento de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud Pública (2025).

Tasa de Incidencia de IRAG por VSR: El cálculo es hecho a partir de los casos de IRAG por VSR reportados al sistema de vigilancia por los centros centinela, dividido por el total de la población que es asistida en los centros centinela multiplicado por 100.000.

Tasa de letalidad: número de muertes dividido por casos reportados multiplicado por 100.

2.5 Tuberculosis

ARGENTINA

CUADRO 55

Indicadores de tuberculosis – Argentina, 2024

TUBERCULOSIS				
Indicador para el total del año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia: Número de casos notificados dividido por población residente multiplicado por 100.000 habitantes	Casos notificados de tuberculosis (TB) nuevos, recaídas y sin información de antecedentes de tratamiento en 2024 (Casos incidentes).	Población estimada al 1 de julio de 2024.	SNVS 2.0	Proyecciones de población Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
Tasa de letalidad: Número de muertes dividido por los casos notificados multiplicado por 100*	Casos notificados de tuberculosis (TB) nuevos, recaídas y sin información de antecedentes de tratamiento informados como fallecidos en el SNVS 2.0 en 2023.	Total, de casos notificados de TB nuevos, recaídas y sin información de antecedentes de tratamiento notificados para 2023.	SNVS 2.0	SNVS 2.0
Tasa de mortalidad específica: número de muertes por tuberculosis dividido por la población multiplicado por 100.000*	Total de muertes por tuberculosis (TB). Códigos CIE 10: A15-A19 – Tuberculosis; B20.0 – Enfermedad por VIH, resultante en infección por micobacterias; B90 – Secuelas de tuberculosis; O98 – Embarazo complicado por tuberculosis. Registradas en las bases de estadísticas vitales 2023.	Población estimada al 1 de julio de 2023.	Dirección de Estadísticas e Información en Salud.	Proyecciones de población Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Epidemiología, Sistema de Vigilancia de la Salud 2.0 (2025).

*La información de las tasas de Letalidad y Mortalidad se refiere al año 2023.

La tasa de incidencia de tuberculosis (TB) para Argentina se calcula considerando como numerador los casos notificados de tuberculosis (TB) (nuevos, recaídas y sin información de antecedentes de tratamiento o casos incidentes). El denominador es la Población Estimada al 1 de julio de cada año calendario. Los datos provienen del SNVS 2.0 de la Dirección de Epidemiología y el INDEC. Este indicador es clave para evaluar el riesgo de enfermar en la población general. *(Fórmula: $(\text{Casos incidentes de TB} / \text{Población estimada}) \times 100.000$).*

La tasa de letalidad es calculada como la razón entre los casos notificados de tuberculosis (TB) incidentes informados como fallecidos en el SNVS 2.0 (numerador) y el Total de Casos Incidentes notificados de TB para el año calendario (denominador). Este resultado se multiplica por 100 para expresarse en porcentaje. La fuente de datos para ambos componentes del indicador es el SNVS 2.0 de la Dirección de Epidemiología.

La **tasa de mortalidad por tuberculosis** se calcula utilizando el total de muertes por tuberculosis (TB) registradas en las bases de estadísticas vitales (códigos CIE 10: A15-A19, B20.0, B90, O98) como numerador. El denominador es la Población Estimada al 1 de julio de cada año calendario (INDEC). El resultado se multiplica por 100.000. Este indicador utiliza fuentes del Ministerio de Salud (Estadísticas Vitales) y el INDEC.

BRASIL

CUADRO 56
Indicadores de tuberculosis – Brasil, 2024

TUBERCULOSIS				
Indicador para el total del año de 2024 (incidencia) y 2023 (mortalidad)			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia de tuberculosis: Número de casos nuevos por 100.000 habitantes	Número de casos nuevos de tuberculosis en un determinado año.	Población residente en un determinado año.	Sistema de Información sobre Enfermedades de Notificación Obligatoria (SINAN).	IBGE/Estudio de Estimaciones de Población por Municipio, Edad y Sexo 2000-2024 – Brasil.
Tasa de mortalidad por tuberculosis: Número de muertes por 100.000 habitantes	Número de muertes por tuberculosis registrados con los códigos A15 a A19 como causa básica, conforme a la 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).	Población residente en un determinado año.	Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM).	IBGE/Estudio de Estimaciones de Población por Municipio, Edad y Sexo 2000-2024 – Brasil.

Fuente: Ministerio de Salud, Sistema de Información de Enfermedades de Notificación Obligatoria (SINAN), Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2025).

Tasa de incidencia – representa el número de casos nuevos en 2024 de tuberculosis dividido por la población, multiplicado por 100.000.

Tasa de mortalidad – representa el número de muertes en 2023 por tuberculosis dividido por la población, multiplicado por 100.000.

Las limitaciones en las bases de datos disponibles en Brasil no permiten realizar el cálculo de letalidad por tuberculosis.

PARAGUAY

CUADRO 57

Indicadores de tuberculosis – Paraguay, 2024

TUBERCULOSIS				
Indicador para el total del año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia	Personas que se enferman de tuberculosis de todas las formas (nuevos y recaídas).	Población nivel país.	Sistema Experto de TB-MSPBS.	Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Revisión 2024.
Tasa de letalidad	Proporción de personas que han fallecido de tuberculosis todas las formas (nuevos y recaídas, previamente tratados), en un período establecido.	Total, de casos de tuberculosis reportados.	Sistema Experto de TB-MSPBS.	Sistema Experto de TB-MSPBS.
Tasa de mortalidad específica	Paciente con tuberculosis que mueren por cualquier razón antes de iniciar o durante el curso del tratamiento.	Población nivel país.	Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV).	Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Revisión 2024.

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2025).

Fuentes de datos y métodos de cálculo

Basados en definiciones y marco de trabajo para la notificación de tuberculosis.¹⁰

Tasa de incidencia: Personas que se enferman de tuberculosis de todas las formas (nuevas y recaídas) dividida por la población del nivel país por 100.000 habitantes. Fuente: Sistema Experto TB.

Tasa de letalidad: Proporción de personas que han fallecido de tuberculosis todas las formas (nuevos y recaídas, previamente tratados), en un período establecido dividido por el total de casos de tuberculosis reportados por 100. Fuente: Sistema Experto TB.

Tasa de mortalidad: Paciente con tuberculosis que mueren por cualquier razón antes de iniciar o durante el curso del tratamiento dividido por la población del nivel del país. Fuente: Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV).

URUGUAY

CUADRO 58
Indicadores de tuberculosis – Uruguay, 2024

TUBERCULOSIS				
Indicador para o total del año de 2024			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia: Número de casos diagnosticados/ población residente por 100.000 habitantes	Casos confirmados de tuberculosis.	Proyecciones de Población del Instituto Nacional de Estadística.	Comisión honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP).	Proyecciones de Población Instituto Nacional de Estadística.
Tasa de letalidad: Número de muertes/casos diagnosticados por 100	Número de fallecidos por tuberculosis.	Casos confirmados de tuberculosis.	Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP).	Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP).
Tasa de mortalidad específica: Número de muertes por tuberculosis/ población residente por 100.000 habitantes	Número de fallecidos por tuberculosis.	Población según proyecciones de Población Instituto Nacional de Estadística.	Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP).	Proyecciones de población Instituto Nacional de Estadística.

Fuente: Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (2025).

Tasa de incidencia – número total de casos confirmados dividido por la población del país multiplicado por 100.000 (habitantes) – Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP). Proyecciones de Población estimadas por el Instituto Nacional de Estadística.

Tasa de letalidad – número total de casos fallecidos dividido por el número total de casos confirmados multiplicado por 100 – CHLA-EP.

Tasa de mortalidad específica – número total de casos fallecidos dividido por la población del país multiplicado por 100.000 (habitantes) – CHLA-EP Proyecciones de Población estimadas por el Instituto Nacional de Estadística.

2.6 Mortalidad prematura por ENT, tabaquismo y accidentes de tránsito

ARGENTINA

CUADRO 59

Indicadores de mortalidad prematura por ENT (30-69 años), tabaquismo y mortalidad por accidentes de tránsito, Argentina, 2024

Indicador	Numerador	Denominador	Unidad	Fuente de datos	Año/nota
Mortalidad prematura por ENT (30-69 años)	Defunciones por ENT de 30-69 años (CIE-10: C00-C97; E10-E14; I00-I99; J30-J98, excepto J36).	Población de 30-69 años (proyección censal).	×100.000	Muertes: Estadísticas Vitales (DEIS). Población: Proyecciones y Censos (INDEC).	2023
Prevalencia de tabaquismo (18-64 años)	Personas de 18-64 años que fuman actualmente y han fumado ≥100 cigarrillos en la vida.	Población total 18-64 años.	×100	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR).	2018
Mortalidad por accidentes de tránsito	Defunciones por accidentes de tránsito (CIE-10: V01-V89).	Población total (proyección censal).	×100.000	Muertes: DEIS. Población: INDEC.	2023

Fuente Ministerio de Salud, Estadísticas Vitales (DEIS). Población: Proyecciones y Censos (INDEC), Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) (2025).

BRASIL

CUADRO 60

Indicadores de mortalidad prematura por ENT (30-69 años), tabaquismo y mortalidad por accidentes de tránsito, Brasil, 2024

Indicador	Numerador	Denominador	Unidad	Fuente de datos	Año/nota
Mortalidad prematura por ENT (30-69 años) – 2023	Fallecimientos por los 4 grupos principales (Neoplasias, Diabetes, Enfermedades cardiovasculares, Enfermedades respiratorias crónicas entre 30-69 años).	Población residente de 30-69 años (estimada).	×100.000	Fallecimientos SIM/MS. Población: Estimativas IBGE; coord. CGI Demográfico/RIPSA y CGIAE/SVSA/MS.	2023
Prevalencia de tabaquismo (18-64 años)	Individuos 18 -64 años que respondieron "Sí, diariamente" o "Sí, menos que diariamente" a la pregunta: "¿Actualmente fuma algún producto del tabaco?".	Total, de individuos 18-64 años.	×100	Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).	2019
Mortalidad por accidentes de tránsito	Muertes por accidentes de tránsito. (CIE-10: V01-V89).	Población residente (estimada).	×100.000	Muertes: SIM/MS. Población: Estimativas IBGE; CGI Demográfico/RIPSA; CGIAE/SVSA/MS.	2023

Fuente: Ministerio de Salud, Coordinación General de Vigilancia Sanitaria, Sistema de Información de Enfermedades de Notificación Obligatoria (SINAN), Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) (2025).

PARAGUAY

CUADRO 61
Indicadores de mortalidad prematura por ENT (30-69 años), tabaquismo y mortalidad por accidentes de tránsito, Paraguay, 2024

Indicador	Numerador	Denominador	Unidad	Fuente de datos	Año/nota
Mortalidad prematura por ENT (30-69 años) – 2023	Defunciones por ENT de 30-69 años (CIE-10: C00-C97; E10-E14; I00-I99; J30-J98, excepto J36).	Población de 30-69 años.	×100.000	Mortalidad: Estadísticas Vitales – Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES) /Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). Población: Proyección (base Censo 2012, Rev. 2015).	2023
Consumo actual de tabaco (18-64 años) – 2022	Personas 18-64 años que reportan fumar actualmente productos de tabaco (diario o no).	Población total 18-64 años.	×100	2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de ENT (ENFR/ENFRENT).	2022
Mortalidad por accidentes de tránsito	Defunciones por accidentes de tránsito (CIE-10: V01-V89).	Población total.	×100.000	Mortalidad: Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES)/Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). Población: Proyecciones (base Censo 2012, Rev. 2015).	2023

Fuente: Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES), Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) (2025).

URUGUAY

CUADRO 62

Indicadores de mortalidad prematura por ENT (30-69 años), tabaquismo y mortalidad por accidentes de tránsito, Uruguay, 2024

Indicador	Numerador	Denominador	Unidad	Fuente de datos	Año/nota
Mortalidad prematura por ENT (30-69 años) – 2023	Defunciones por ENT en 30-69 años (CIE-10: C00-C97; E10-E14; I00-I99; J30-J98, excepto J36).	Población 30-69 años (proyección INE).	×100.000	Mortalidad: Depto. de Estadísticas Vitales –Ministerio de Salud Pública (MSP). Población: Instituto Nacional de Estadística (INE) (Proyecciones, Rev. 2025).	2023
Prevalencia de tabaquismo (18-64 años)	Personas 18 -64 años clasificadas como fumadores actuales (ponderado).	Individuos encuestados 18-64 años (ponderado).	×100	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFRENT).	2013
Mortalidad por accidentes de tránsito	Defunciones por accidentes de tránsito (CIE-10: V01-V89).	Población total.	×100.000	Mortalidad: Depto. de Estadísticas Vitales –Ministerio de Salud Pública (MSP). Población: Instituto Nacional de Estadística (INE) (Proyecciones, Rev. 2025).	2023

Fuente: Depto. de Estadísticas Vitales –Ministerio de Salud Pública (MSP). Instituto Nacional de Estadística (INE) (2025).

2.6.1 Mortalidad Prematura por ENT

Argentina

Las defunciones provienen de las estadísticas vitales de la DEIS, y la población del Censo Nacional 2022 del INDEC. Para calcular las tasas se usó como referencia el grupo de 30-69 años tanto en el numerador como en el denominador. Las causas incluidas corresponden a ENT según CIE-10: C00-C97 (neoplasias malignas), E10-E14 (diabetes), I00-I99 (enfermedades cardiovasculares) y J30-J98, excluyendo J36 (enfermedades respiratorias crónicas).

Brasil

La mortalidad prematura por ENT se estimó a partir del SIM (Sistema de Información sobre Mortalidad) en la población de 30-69 años. Se analizaron cuatro grupos específicos conforme a la CIE-10: C00-C97 (neoplasias malignas), E10-E14 (diabetes mellitus), I00-I99 (enfermedades cardiovasculares) y J30-J98, excluyendo J36 (enfermedades respiratorias crónicas).

Paraguay

La mortalidad prematura por ENT se midió como la probabilidad de morir entre los 30 y 69 años, considerando cuatro categorías: diabetes mellitus (E10-E14), enfermedades cardiovasculares (I00-I99), enfermedades respiratorias crónicas (J30-J98) y cáncer (C00-C97). El indicador se obtiene aplicando tasas específicas por edad (quinquenales) sobre el total de defunciones por ENT registradas en 30-69 años. Fuentes: MSPBS/Dirección General de Información Estratégica en Salud (DGIES) y Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV).

Uruguay

La medición se basa en los registros del Departamento de Estadísticas Vitales del MSP, que procesa y codifica anualmente los certificados de defunción según CIE-10. Para la tasa de mortalidad prematura por ENT se consideraron: enfermedades cardiovasculares (I00-I99), tumores malignos (C00-C97), diabetes mellitus (E10-E14) y enfermedades respiratorias crónicas (J30-J98, excepto J36). El numerador es el número de defunciones por ENT en 30-69 años y el denominador son las proyecciones poblacionales del INE (revisión 2025, basadas en el Censo 2023).

2.6.2 Prevalencia de tabaquismo (18-64 años)

Argentina

La prevalencia de consumo de cigarrillos es definida a partir de quienes fumaron más de 100 cigarrillos en toda su vida y que fuman actualmente cigarrillos, en población de 18 a 64 años. Este indicador históricamente fue analizado desde la primera edición de la ENFR 2005.

Brasil

La prevalencia de tabaquismo se estimó con la "Pesquisa Nacional de Saúde" (PNS), encuesta de base poblacional realizada en todo el país con muestra representativa. La pregunta utilizada fue: "*¿Actualmente fuma algún producto de tabaco?*". Para los cálculos de prevalencia se aplicaron pesos y ponderaciones del diseño muestral, dada su complejidad (estratificación y multietapas).

Se consideró fumador al participante que actualmente fuma productos derivados del tabaco que emiten humo, tal como cigarros industrializados, cigarros de hoja, pipas, cigarros con sabores como clavo (o de Bali) y narguile. El cálculo de prevalencia considera el total de individuos de 18 a 64 años que se declaran fumadores ajustado por el plano de la muestra.

Paraguay

El cálculo se basó en la Segunda ENFR de ENT (2022), utilizando las preguntas: "*¿Fuma actualmente algún producto de tabaco como cigarrillos, cigarros o pipa?*" y "*¿Fuma actualmente productos de tabaco todos los días?*". El análisis consideró a la población de 18 a 64 años. Fuente: 2ª ENFR de ENT, 2022.

Uruguay

La estimación de la prevalencia de tabaquismo proviene de la 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de ENT (ENFRENT 2013), estudio poblacional representativo de la población urbana de 18 a 64 años, con diseño probabilístico, estratificado y de múltiples etapas, garantizando representatividad por sexo y edad. Se empleó el cuestionario estandarizado OMS/OPS (STEPS), adaptado al contexto local. Se definió como fumador actual quien declaró consumir tabaco en cualquier forma al momento de la encuesta.

2.6.3 Mortalidad por accidentes de tránsito

Argentina

Las defunciones provienen de las Estadísticas Vitales (DEIS) y el denominador de la población total del Censo 2022 del INDEC. Las tasas se calcularon sobre la población total. Las causas se clasificaron según CIE-10 V01-V89, que incluyen fallecimientos de ocupantes de vehículos motorizados, motociclistas, ciclistas, peatones y otros usuarios en accidentes de transporte terrestre.

Brasil

La mortalidad por accidentes de tránsito se estimó a partir del SIM (Sistema de Información sobre Mortalidad). Se incluyeron las defunciones codificadas como CIE-10 V01-V89, que abarcan ocupantes de vehículos motorizados, motociclistas, ciclistas, peatones y otros usuarios en accidentes de transporte terrestre.

Paraguay

La mortalidad por accidentes de tránsito se midió con el número de defunciones en todas las edades clasificadas como CIE-10 V01-V89 (ocupantes de vehículos motorizados, motociclistas, ciclistas, peatones y otros usuarios) y se expresó por 100.000 habitantes usando como denominador la población total de 2023. Fuentes: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social – Dirección General de Información Estratégica en Salud (MSPBS/DGIES) y Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV).

Uruguay

La estimación se basó en los registros del Departamento de Estadísticas Vitales del MSP, que procesa y codifica todos los certificados de defunción. Se consideraron como muertes por tránsito las clasificadas CIE-10 V01-V89 (ocupantes de vehículos motorizados, motociclistas, ciclistas, peatones y otros usuarios). La tasa se calculó con el número absoluto de fallecidos y, como denominador, las proyecciones de población del INE (revisión 2025) para la población total.

3 Resultados

3.1 Arbovirosis

3.1.1 Dengue

3.1.1.1 Tasa de incidencia de dengue

TABLA 1
Tasa de incidencia de dengue por 100.000 habitantes en los países del MERCOSUR en 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (por 100.000 habitantes)
Argentina	582.296	47.067.641	1.237,1
Brasil	6.563.561	212.583.750	3.087,5
Paraguay	86.625	6.372.623	1.359
Uruguay	1.137	3.577.896	31,77

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).

Argentina

Durante 2024, Argentina registró 582.296 casos de dengue, de los cuales el 97% fueron autóctonos. Se observó un aumento sostenido en los casos de dengue desde el inicio de 2024, con un incremento marcado a partir de la SE 9, alcanzando su pico en la SE 12. La mayor carga de casos correspondió a la región Central, que contribuyó con cerca del 60% del total de casos del país.

Brasil

En el año 2024 se registraron 6.563.561 casos probables de dengue, con una incidencia de 3.087,5 casos por 100.000 habitantes.

Paraguay

En Paraguay, en 2024, se registraron 86.625 casos de dengue, con una tasa de incidencia de 1.359 casos por 100.000 habitantes. Los serotipos circulantes fueron DEN-1 y DEN-2.

Uruguay

La tasa de incidencia del dengue en Uruguay durante el brote de 2024 alcanzó 31,77 casos por 100.000 habitantes, con 1.137 casos notificados. Este fue el brote de mayor magnitud registrado hasta la fecha, coincidiendo con la situación epidemiológica reportada en la región para ese año.

3.1.1.2 Tasa de letalidad de dengue

TABLA 2
Tasa de letalidad de dengue en los países del MERCOSUR en 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (%)
Argentina	412	582.296	0,070 %
Brasil	6.321	106.427	5,94%
Paraguay	149	37.898	0,39
Uruguay	5	1.137	0,44

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).

Argentina

En el período analizado, el número de defunciones por dengue fue de 412, lo que resultó en una letalidad de 0,070% entre los casos confirmados.

Brasil

En 2024 un total de 6.321 defunciones fueron confirmadas entre 106.427 casos graves de dengue, resultando en una letalidad de 5,94%.

Paraguay

Se registraron 149 defunciones con una tasa de letalidad de 0,39%.

Uruguay

La tasa de letalidad del dengue fue de 0,44%. Este valor se calculó a partir de 5 defunciones confirmadas sobre un total de 1.137 casos identificados. La letalidad refleja la gravedad de la infección en el contexto del brote de 2024.

3.1.1.3 Tasa de mortalidad específica por dengue

TABLA 3
Tasa de mortalidad específica por dengue por 100.000 habitantes en los países del MERCOSUR en 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (%)
Argentina	412	47.067.641	0,87
Brasil	6.321	212.583.750	3
Paraguay	149	6.372.623	2,33
Uruguay	5	3.577.896	0,14

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).

Argentina

La tasa de mortalidad específica por dengue en Argentina fue de 0,87 defunciones por 100.000 habitantes.

Brasil

En 2024 la mortalidad específica por dengue fue de 3,0 defunciones por 100.000 habitantes.

Paraguay

Se registraron 149 muertes con una tasa de mortalidad de 2,33 muertes por 100.000 habitantes.

Uruguay

La tasa de mortalidad específica por dengue en Uruguay fue de 0,14 defunciones por 100.000 habitantes. Este indicador es el resultado de 5 defunciones confirmadas en el brote de 2024 sobre una población de 3.577.896 residentes estimados.

3.1.2 Chikungunya

3.1.2.1 Tasa de incidencia de Chikungunya

TABLA 4
Tasa de incidencia de chikungunya por 100.000 habitantes en los países del MERCOSUR en 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (por 100.000 habitantes)
Argentina	843	47.067.641	1,79
Brasil	263.502	212.583.750	124
Paraguay	44	6.372.623	0,69
Uruguay	1	3.577.896	0,03

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).

Argentina

La tasa de incidencia de Chikungunya fue de 1,79 casos por 100.000 habitantes. En cuanto a los casos confirmados, de la SE 1 a la SE 30 de 2024, hubo un pico máximo en la SE 16. Los casos positivos indirectos (IgM) se concentraron entre la SE 35 y 48 en una única provincia del país.

Brasil

En el año 2024 se registraron 263.502 casos probables de Chikungunya, con una incidencia de 124 casos por 100.000 habitantes.

Paraguay

En Paraguay, en 2024, se registraron 44 casos de Chikungunya, con una tasa de incidencia de 0,69 casos por 100.000 habitantes.

Uruguay

Se registró un caso de Chikungunya importado de Brasil, sin defunciones por esta causa.

3.1.2.2 Tasa de letalidad de Chikungunya

TABLA 5
Tasa de letalidad de Chikungunya en los países del MERCOSUR en 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (%)
Argentina	0	843	0
Brasil	246	263.502	0,09%
Paraguay	0	44	0
Uruguay	0	1	0

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).

Argentina

No se notificaron defunciones por Chikungunya en el período analizado.

Brasil

En 2024 un total de 246 muertes fueron confirmadas entre 263.502 casos probables de Chikungunya, resultando en una letalidad de 0,09%.

Paraguay

No se notificaron defunciones por Chikungunya en el período analizado.

Uruguay

No se notificaron defunciones por Chikungunya en el período analizado.

3.1.2.3 Tasa de mortalidad específica por Chikungunya

TABLA 6
Tasa de Mortalidad específica por Chikungunya por 100.000 habitantes en los países del MERCOSUR en 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (por 100.000 habitantes)
Argentina	0	47.067.641	0
Brasil	246	212.583.750	0,12
Paraguay	0	6.372.623	0
Uruguay	0	3.577.896	0

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).

Argentina

No se notificaron defunciones por Chikungunya en el período analizado.

Brasil

En 2024 la mortalidad específica por Chikungunya fue de 0,12 defunciones por 100.000 habitantes.

Paraguay

No se notificaron defunciones por Chikungunya en el período analizado.

Uruguay

No se notificaron defunciones por Chikungunya en el período analizado.

3.1.3 Zika

3.1.3.1 Tasa de incidencia de Zika

TABLA 7

Tasa de incidencia de Zika por 100.000 habitantes en los países del MERCOSUR en 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (por 100.000 habitantes)
Argentina	0	47.067.641	No se aplica
Brasil	2.037	213.317.639	1
Paraguay	0	6.372.623	0
Uruguay	2	3.577.896	0,056

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).

Argentina

No se reportó ningún caso de Zika durante el período analizado.

Brasil

En el año 2024 se registraron 2.037 casos confirmados de Zika, con una incidencia de 1,0 casos por 100.000 habitantes.

Paraguay

En 2024, no se reportó ningún caso probable o confirmado de Zika en Paraguay. En 2015, se registraron los primeros 6 casos confirmados. En 2018, se notificaron 2 casos confirmados; posteriormente, no se notificó ningún caso en el país.

Uruguay

Durante 2024, se reportaron dos casos importados de Zika, desde Brasil y Asia.

3.1.3.2 Tasa de letalidad de Zika

TABLA 8
Tasa de letalidad de Zika en los países del MERCOSUR en 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (%)
Argentina	0	0	0
Brasil	0	2.037	0
Paraguay	0	0	0
Uruguay	0	2	0

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).

Argentina

No se notificaron defunciones por Zika en el período analizado.

Brasil

En 2024 un total de 0 defunciones fueron confirmadas entre 2.037 casos confirmados de Zika, resultando en una letalidad de 0%.

Paraguay

No se notificaron defunciones por Zika en el período analizado.

Uruguay

No se notificaron defunciones por Zika en el período analizado.

3.1.3.3 Casos de Zika en gestantes

TABLA 9
Casos de Zika en gestantes en los países del MERCOSUR en 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Casos totales
Argentina	0	47.067.641	No se aplica
Brasil	68	No se aplica	68
Paraguay	0	No se aplica	0
Uruguay	0	No se aplica	0

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).

Argentina

No se notificaron casos de Zika en embarazadas en el período analizado.

Brasil

En 2024, se confirmaron 68 casos de infección por el virus Zika en mujeres embarazadas mediante criterios de laboratorio. Para el análisis de estos casos, únicamente se consideraron aquellos con confirmación laboratorial, siguiendo las directrices establecidas por la guía de vigilancia en salud para contextos gestacionales. Esta metodología permite minimizar posibles sobrestimaciones y contribuye a una evaluación más precisa del impacto del virus Zika en la salud materno infantil.

Paraguay

En 2024, no se reportó ningún caso probable o confirmado de Zika en Paraguay.

Uruguay

No se notificaron casos de Zika en embarazadas en el período analizado.

3.1.4 Fiebre Amarilla

3.1.4.1 Casos humanos confirmados de Fiebre Amarilla

TABLA 10
Casos humanos confirmados de Fiebre Amarilla en los países del MERCOSUR en 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (por 100.000 habitantes)
Argentina	2	No se aplica	No se aplica
Brasil	8	212.583.750	0,004
Paraguay	0	No se aplica	0
Uruguay	0	No se aplica	0

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).

Argentina

Las dos defunciones confirmadas de Fiebre Amarilla en humanos corresponden a dos personas con historial de vacunación.

Brasil

En 2024, se confirmaron 8 casos de Fiebre Amarilla en humanos.

Paraguay

No se reporta ninguna defunción humana confirmada en Paraguay. El último brote ocurrió en 2008, con 28 casos confirmados.

Uruguay

En Uruguay no hubo casos de Fiebre Amarilla desde 1873.

3.1.4.2 Tasa de letalidad de Fiebre Amarilla

TABLA 11
Tasa de letalidad de Fiebre Amarilla en los países del MERCOSUR en 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (%)
Argentina	0	2	No se aplica
Brasil	4	8	50
Paraguay	0	0	0
Uruguay	0	0	0

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).

Argentina

No se notificaron defunciones por Fiebre Amarilla en el período analizado.

Brasil

En 2024 un total de 4 muertes fueron confirmadas entre casos confirmados de Fiebre Amarilla, resultando en una letalidad de 50%.

Paraguay

No se reporta ninguna defunción humana confirmada en Paraguay.

Uruguay

En Uruguay no hubo casos de Fiebre Amarilla desde 1873.

3.1.4.3 Eventos envolviendo primates no humanos

TABLA 12
Eventos envolviendo primates no humanos por Fiebre Amarilla en los países del MERCOSUR en 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)
Argentina	0	No se aplica
Brasil	24	No se aplica
Paraguay	0	No se aplica
Uruguay	0	No se aplica

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).

Argentina

No se notificaron casos de Fiebre Amarilla en primates no humanos.

Brasil

En 2024, se confirmaron 24 epizootias en primates no humanos de Fiebre Amarilla.

Paraguay

No se reportan epizootias por Fiebre Amarilla.

Uruguay

No se notificaron casos de Fiebre Amarilla en primates no humanos.

3.2 Cobertura de vacunación

TABLA 13
Recomendación de la vacunación para sarampión, Fiebre Amarilla, poliomielitis y Covid-19 en los países del MERCOSUR, 2024

Vacuna	Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay
Sarampión	Si	Si	Si	Si
Fiebre Amarilla	Si	Si	Si	Si
Poliomielitis	Si	Si	Si	Si
Covid-19	Si	Si	No	Si

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).

3.2.1 Sarampión

3.2.1.1 Cobertura de vacunación de sarampión (dosis 1 e dosis 2)

TABLA 14
Cobertura de vacunación de sarampión en los países del MERCOSUR en 2024

País	Dosis	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Cobertura de vacunación (calculada)%
Argentina	1ª dosis	380.659	457.551	83,2
	2ª dosis	284.83	609.675	46,7
Brasil	1ª dosis	2.284.334	2.385.047	95,78
	2ª dosis	1.915.782	2.385.047	80,32
Paraguay	1ª dosis	88.916	98.407	90
	2ª dosis	67.633	98.407	69
Uruguay	1ª dosis	30.368	31.265	97
	2ª dosis	30.613	31.196	95

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).

Argentina

El esquema de vacunación contra el Sarampión en Argentina incluye dos dosis de vacuna triple viral (Sarampión, Rubéola y Paperas): la primera a los 12 meses y la segunda al ingreso escolar. En campañas de seguimiento, se aplica una dosis extra de doble viral en niños de 1 a 4 años para mantener coberturas superiores al 95%. Para la determinación del denominador (población objetivo a vacunar) se utilizan datos provistos por las jurisdicciones. Para el grupo de 1 año, se consideran los recién nacidos vivos del año anterior, y para el grupo de 5 años, se utiliza la cohorte de 2019.

El numerador se calcula a partir de la información registrada en el Registro Nominal de Vacunación Electrónico (RNVe), conocido como NOMIVAC. En 2024, la cobertura de vacunación contra el Sarampión en Argentina alcanzó 83,2% para la primera dosis aplicada al año de vida y 46,7% para la segunda dosis al ingreso escolar, según datos del NOMIVAC. Ninguna de las dos dosis alcanzó la meta del 95% establecida. Estas brechas reflejan el impacto acumulado de la pandemia y desafíos en la nominalización, en el registro oportuno y en la captación de cohortes.

Brasil

En el año 2024, la cobertura de vacunación contra el sarampión se evaluó mediante la administración de la vacuna triple viral en dos dosis. La tasa de cobertura para la primera dosis (D1) fue de 95,78%, mientras que la segunda dosis (D2) alcanzó una cobertura del 80,32%. Considerando que la meta de cobertura establecida por el PNI es del 95%, se observa que la primera dosis logró cumplir con este objetivo, en tanto que la segunda dosis permaneció por debajo del estándar esperado.

Paraguay

En 2024, Paraguay cerró con 90% de cobertura para la primera dosis de la vacuna triple viral (Sarampión, paperas y rubéola) en la población adscrita, de acuerdo con el Registro Electrónico de Vacunación. A pesar del aumento en relación con el año anterior, este nivel aún está por debajo del límite recomendado de 95%, lo que representa un riesgo para la reintroducción del virus del Sarampión en territorio nacional. Sarampión: La vacuna MMR contra el virus del Sarampión, paperas y rubéola (MMR) es una vacuna hecha con cepas vivas atenuadas de Sarampión, virus de las paperas y virus de la rubéola. De acuerdo con el Esquema Regular de Vacunación de nuestro país, se administra en un esquema de dos dosis: Primera Dosis: a los 12 meses de edad Segunda Dosis: a los 18 meses de edad.

Uruguay

El monitoreo de la cobertura del Sarampión, particularmente la segunda dosis del triple viral es una prioridad para sostener la eliminación del Sarampión en el país. Mantener una cobertura de al menos 95% en ambas dosis es esencial para prevenir brotes y mantener la inmunidad de la población. Las diferencias observadas entre la primera y la segunda dosis refuerzan la necesidad de optimizar la captación en los controles de salud entre 15 y 24 meses, fase en que se concentra la administración de refuerzos.

3.2.2 Fiebre Amarilla

3.2.2.1 Cobertura de vacunación de Fiebre Amarilla

TABLA 15
Cobertura de vacunación de Fiebre Amarilla en los países del MERCOSUR en 2024

País	Dosis	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Cobertura de vacunación (calculada)%
Argentina	1ª dosis (12 meses)	33.006	50.439	65,40
	Refuerzo (11 años)	20.838	68.802	30,30
Brasil	1ª dosis (9 meses)	1.752.155	2.385.047	73,46
Paraguay	12 meses – dosis única	81.825	98.407	83
Uruguay*	-	-	-	-

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).
*Vacuna no incluida en el calendario nacional de vacunas.

Argentina

En Argentina, la vacuna contra la Fiebre Amarilla es de virus vivo atenuado (cepa 17D), aplicada en dosis única a los 12 meses de edad. Es recomendada únicamente en zonas endémicas y de riesgo, o para viajeros. Para la determinación del denominador, se utilizan datos provistos por las jurisdicciones. Para el grupo de 1 año se consideran los recién nacidos vivos del año anterior, y para el grupo de 11 años se utiliza la cohorte de 2013. El numerador se calcula a partir del NOMIVAC. Las coberturas se calculan sobre zonas endémicas para Fiebre Amarilla, que comprenden jurisdicciones específicas (Misiones, Corrientes, Formosa, y departamentos del norte de Salta, Jujuy y Chaco). En 2024, la cobertura de vacunación contra la Fiebre Amarilla en Argentina alcanzó 65,4% para la primera dosis y 30,3% para el refuerzo a los 11 años, según datos del NOMIVAC. Los valores se calculan sobre la población residente en zonas endémicas, permaneciendo por debajo de la meta del 95%.

Brasil

En 2024, se evaluó la cobertura de vacunación contra la Fiebre Amarilla en la población de 9 meses de edad. La tasa de cobertura fue del 73,46%. El PNI estableció una meta de cobertura de vacunación del 95%. En 2024, Brasil no alcanzó este parámetro, aunque desde 2023 se observa un aumento de 14 puntos porcentuales respecto a 2022, lo que indica una tendencia al incremento de la cobertura de vacunación.

Paraguay

En 2024, Paraguay alcanzó 83% de cobertura para la vacuna contra Fiebre Amarilla en la población de 12 meses, de acuerdo con el Registro Electrónico de Vacunación. Actualmente, el país está digitalizando las dosis administradas en años anteriores, con más de 700 mil registros ya incorporados al sistema, fortaleciendo así la rastreabilidad y el control del biológico. Además, fue implementada una herramienta que permite a los viajeros descargar la versión electrónica del Certificado Internacional de Vacunación, facilitando el acceso y la verificación de la inmunización de acuerdo con los

requisitos internacionales. La vacuna contra Fiebre Amarilla es una suspensión liofilizada de virus vivos atenuados. De acuerdo con el Calendario Regular de Vacunación de nuestro país, los niños son vacunados cuando cumplen un año con una dosis única, si tienen más de 1 año y no tienen la vacuna, esta puede ser administrada hasta los 59 años.

Uruguay

No es una vacuna incluida en el calendario nacional de vacunas. Es administrada con receta médica a todos los ciudadanos, sean ellos legales o naturales, en situaciones de desplazamiento hacia el área de circulación de la enfermedad.

3.2.3 Poliomiелitis

3.2.3.1 Cobertura de vacunación de poliomiелitis

TABLA 16
Cobertura de vacunación de poliomiелitis en los países del MERCOSUR en 2024

País	Dosis	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Cobertura de vacunación (calculada)%
Argentina	1ª dosis (2 meses)	372.395	438.021	85,00
	2ª dosis (4 meses)	367.373	438.021	83,90
	3ª dosis (6 meses)	340.029	438.021	77,60
	Refuerzo (5 años)	290.071	609.576	47,60
Brasil	IPV (esquema completo)	2.155.402	2.385.047	90,37
	OPV (refuerzo)	2.097.213	2.385.047	87,93
Paraguay	6 meses – 3ª dosis	78.361	98.224	80
Uruguay	IPV -1°	29.006	29.839	97
	IPV -2°	28.840	29.839	97
	IPV -3°	28.138	29.839	94

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).

Argentina

En Argentina, la vacunación contra la Poliomiелitis combina vacuna inactivada (IPV) y vacuna oral bivalente (bOPV). El esquema incluye tres dosis de IPV a los 2, 4 y 6 meses y un refuerzo con bOPV al ingreso escolar (5 años). Para la determinación del denominador, se utilizan datos provistos por las jurisdicciones. Para el grupo de 5 años se utiliza la cohorte de 2019. El numerador se calcula a partir del NOMIVAC, incorporando los datos relativos a la vacuna, dosis y lugar de residencia. En 2024, la cobertura de vacunación contra la Poliomiелitis en Argentina alcanzó 85,0% para la primera dosis, 83,9% para la segunda, 77,6% para la tercera y 47,6% para el refuerzo. Todas permanecen por debajo de la meta del 95%, con las mayores brechas observadas en el refuerzo.

Brasil

En 2024, la cobertura de vacunación contra la Poliomielitis se evalúa considerando el esquema completo de la vacuna inactivada (VIP) y una dosis de refuerzo con la vacuna oral (VOP). La tasa de cobertura de la VIP fue de 90,37%, mientras que la del refuerzo VOP alcanzó el 87,93%. La meta de cobertura establecida por el PNI es del 95%, por lo que ambas dosis permanecen por debajo de este parámetro. Desde 2023, se ha registrado un aumento de 11 puntos porcentuales en comparación con 2022, lo que indica una tendencia al alza en las coberturas de vacunación.

Paraguay

En 2024, Paraguay alcanzó 80% de cobertura para la tercera dosis de la vacuna contra la Poliomielitis en la población de 6 meses, de acuerdo con el Registro Electrónico de Vacunación. Actualmente, el país utiliza la vacuna hexavalente acelular que protege contra seis enfermedades, entre ellas la Poliomielitis, aplicada a los 2, 4, 6 y 18 meses de edad, complementada con una dosis de IPV (vacuna inactivada contra la Poliomielitis) a los 4 años. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social continúa fortaleciendo las estrategias de vacunación de rutina y la vigilancia de la parálisis flácida aguda, con el objetivo de mantener la certificación de país libre de Poliomielitis. Existen varias vacunas que protegen contra la Poliomielitis: bOPV (vacuna bivalente oral), IPV (vacuna inactivada contra la Poliomielitis) y vacunas Combinadas: pentavalente o hexavalente. De acuerdo con el Esquema Regular de Vacunación de nuestro país, se administra en un esquema de 3 dosis primarias y dos refuerzos: Primera Dosis: a los 2 meses de edad, contenida en la vacuna combinada hexavalente. Segunda Dosis: a los 4 meses de edad, contenida en la vacuna combinada hexavalente. Tercera Dosis: a los 6 meses de edad, contenida en la vacuna combinada hexavalente. Primer refuerzo: a los 18 meses de edad contenido en la vacuna combinada hexavalente. Segundo refuerzo: a los 4 años contenido en la vacuna inactivada contra la Poliomielitis (IPV).

Uruguay

En el contexto de la lucha por la eliminación de la Poliomielitis en las Américas, la tasa de vacunación en nuestro país permaneció en rangos aceptables durante el curso de la pandemia. Las vacunas, como IPV 1 e IPV 3, permanecen en el nivel recomendado por la Organización Panamericana De La Salud de 95%. A partir de julio de 2025, la vacuna hexavalente de células enteras es incorporada al calendario, la vacunación contra la Poliomielitis será incorporada a esta vacuna en un esquema primario en los meses 2, 4 y 6, con un refuerzo a los 15 meses.

3.2.4 Covid-19

3.2.4.1 Cobertura de vacunación de Covid-19 (niños <1 año)

TABLA 17
Cobertura de vacunación de Covid-19 en los países del MERCOSUR en 2024

País	Dosis	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Cobertura de vacunación (calculada) %
Argentina	Dosis aplicadas en menores de 18 años	118.154	No se aplica	No se aplica
	Dosis aplicadas en mayores de 18 años	1.601.833	No se aplica	No se aplica
Brasil	Niños <1 año	108.115	2.385.047	4,53
Paraguay	Dosis única en la población prioritaria de alto riesgo con 60 años o más.	53.861	776.532	7
Uruguay		3.096.651	3.471.773	89

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).

Argentina

En Argentina, la vacunación contra la Covid-19 utiliza vacunas de ARN mensajero, vector viral e inactivadas. El esquema incluye dos dosis y refuerzos periódicos según edad y riesgo, no integrando el Calendario Nacional de Vacunación. El numerador (dosis aplicadas) se calcula a partir del NOMIVAC-SISA. En 2024, se aplicaron 1.953.987 dosis, siendo 118.154 en menores de 18 años y 1.601.833 en adultos, reflejando una tendencia descendente en la cobertura general.

Brasil

En 2024, la cobertura de vacunación de menores de un año contra la Covid-19 en el Calendario Nacional de Vacunación fue 4,53%. Este porcentaje corresponde a la reciente incorporación de la vacuna al calendario en 2024. La meta establecida por el PNI es alcanzar una cobertura del 90%; por lo tanto, el resultado actual se sitúa por debajo del parámetro esperado.

Paraguay

En 2024, Paraguay alcanzó 7% de cobertura para vacunación contra Covid-19 en la población prioritaria de alto riesgo con 60 años o más, de acuerdo con el Registro Electrónico de Vacunación. La vacuna es aplicada en dosis única anual, de acuerdo con las recomendaciones nacionales para la protección de los grupos más vulnerables. Actualmente, el país continúa vacunando con biológicos adaptados a las nuevas variantes circulantes, y el refuerzo del registro digital para garantizar la monitorización oportuna de la cobertura en la población objetivo. La vacuna de ARN mensajero monovalente Covid 19 JN.1 del laboratorio Moderna. El ARNm SARS-CoV-2 JN.1 está indicado para inmunización activa para prevenir formas graves de Covid-19, en personas a partir de los 6 meses de edad. El Comité Técnico Asesor de Inmunizaciones de Paraguay, en 10 de enero de 2025, recomendó el uso de esta vacuna para personas pertenecientes a Grupos Prioritarios de Alto y Medio Riesgo, en consonancia con las recomendaciones más recientes del Grupo Consultivo de Expertos de la OMS

y del Grupo Consultivo Técnico de la OPAS; siendo adultos con 60 años o más (población de alto riesgo), quienes deben recibir al menos 1 dosis de una vacuna contra Covid-19 de acuerdo con el esquema nacional recomendado.

Uruguay

La vacuna es aplicada en dosis única anual, de acuerdo con las recomendaciones nacionales para la protección de la población que presenta mayor riesgo de cursar formas graves de la enfermedad: Mayores de 70 años, Mayores de 50 años con comorbilidades, personas mayores de 5 años con inmunosupresión moderada a severa, Mujeres embarazadas, personas con síndrome de Down mayores de 5 años, Personal de salud asignado a tareas asistenciales directas.

3.3 Sífilis y enfermedad de Chagas congénita

3.3.1 Sífilis congénita

TABLA 18
Casos de sífilis congénita notificados en los países del MERCOSUR en 2024

SÍFILIS	
País	Valor absoluto
Argentina	1.020
Brasil	24.443
Paraguay	344
Uruguay*	-

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).
*Números totales aun en análisis.

Argentina

En 2024 se notificaron 1.020 casos de Sífilis Congénita en el país. La definición de caso se ajusta a los criterios clínico-epidemiológicos y de laboratorio establecidos en la normativa nacional, que prioriza la identificación temprana de embarazadas con sífilis y el tratamiento oportuno para prevenir la transmisión vertical. Aunque se mantiene una tendencia sostenida de notificación en los últimos años, persisten desafíos vinculados al diagnóstico en el embarazo y al seguimiento de la madre y del recién nacido. Las estrategias actuales se orientan a fortalecer la pesquisa prenatal, garantizar el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno en todos los niveles de atención y mejorar la calidad de los registros nominales en el Sistema Nacional de Vigilancia.

Brasil

La definición de caso de Sífilis Congénita se basa en la historia clínico-epidemiológica de la madre y/o en los criterios clínicos y laboratoriales del niño. La tasa de incidencia es un indicador esencial para identificar resultados adversos del embarazo y fallas en la prevención de la transmisión vertical durante el control prenatal, especialmente en el diagnóstico y tratamiento oportuno de las embarazadas con sífilis. En 2024, esta tasa presentó una reducción de 3,0% en relación con el año anterior, pasando de 9,9 a 9,6 casos por mil recién nacidos vivos. El coeficiente de mortalidad infantil

específica por Sífilis Congénita cayó 7,7%, de 7,8 a 7,2 defunciones por 100.000 recién nacidos vivos, representando 576 casos y 15 defunciones menos.

Paraguay

El Departamento de Vigilancia Epidemiológica del PRONASIDA elaboró el informe nacional sobre la situación de la transmisión vertical en el período de 2024, permitiendo una evaluación más precisa del impacto de la estrategia Eliminación de Transmisión Materno-Infantil (ETMI) Plus. Los casos reportados de Sífilis Congénita fueron 344, con una incidencia nacional de 4,42 por 1.000 recién nacidos vivos. La variación homóloga fue de 36,8% frente a 2023.

Uruguay

El país está actualmente trabajando para mejorar la calidad de los datos por medio de la auditoría de diferentes fuentes, como las historias clínicas de embarazadas con pruebas positivas para sífilis y recién nacidos expuestos. Los casos del año 2024 están en análisis.

3.3.2 Enfermedad de Chagas congénita

TABLA 19
Casos notificados de Chagas congénita en los países del MERCOSUR en 2024

ENFERMEDAD DE CHAGAS CONGÉNITA	
País	Valor absoluto
Argentina	39
Brasil	0
Paraguay	1
Uruguay	0

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).

Argentina

En 2024 se notificaron 39 casos de Enfermedad de Chagas Congénita en el país. La vigilancia se basa en la notificación nominal de los casos confirmados mediante estudios parasitológicos o moleculares en recién nacidos de madres con serología positiva para *Trypanosoma cruzi*, y en estudios serológicos entre los 10 a 18 meses de edad. Si bien los casos se mantienen dentro del rango esperado, persisten desafíos vinculados a la pesquisa sistemática en el embarazo y al seguimiento postnatal, sobre todo al cierre diagnóstico que permita ofrecer tratamiento oportuno. Se continúa fortaleciendo la estrategia de diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y seguimiento activo, en el marco del Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Vertical de Chagas, con énfasis en la articulación entre los niveles de atención y los servicios de laboratorio.

Brasil

En 2024 no se notificaron casos agudos de transmisión vertical en menores de 3 años. Sin embargo, podría existir subregistro. En 2010 se calculó una prevalencia de 1,1% de embarazadas con *T. cruzi* (34.629 casos) y un promedio de 589 nacimientos con infección congénita, cifra similar al estimado anual de la OPAS (571 casos) para Brasil.⁷

Paraguay

En 2024, se registró un caso de Enfermedad de Chagas Congénita aguda, correspondiente a un recién nacido de madre con serología chagásica positiva y con resultado de PCR también positivo, residente en el Departamento Central.

Uruguay

No se confirmó ningún caso de Enfermedad de Chagas Congénita durante 2024.

3.4 Enfermedad Tipo influenza por Covid-19 e infección respiratoria aguda grave (IRAG) por Covid-19, influenza e virus sincicial respiratorio

3.4.1 Covid-19

3.4.1.1 Tasa de incidencia de enfermedad tipo influenza por Covid-19

TABLA 20
Tasa de incidencia de enfermedad tipo influenza por Covid-19 por 100.000 habitantes en los países del MERCOSUR en 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (100.000 habitantes)
Argentina	66.222*	No se aplica	No se aplica
Brasil	995.604	212.583.750	468,33
Paraguay	16.316	7.656.215	213,11
Uruguay	4.559	3.577.896	127,42

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).
*Corresponde al total de casos confirmados de Covid-19 notificados en el período en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (no se realiza estudio etiológico universal de casos de Enfermedad Tipo Influenza ni enfermedad tipo influenza).

Argentina

Durante 2024 se registraron dos ascensos en el número de casos de Covid-19: el primero entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 12, y el segundo entre las SE 29 y 51, de menor magnitud que el anterior. En el primer ascenso se notificó un promedio de 4.432 casos semanales, mientras que en el segundo el promedio fue de 435 casos por semana. Totalizando un número absoluto de **66.222 casos**

Brasil

Entre enero y diciembre de 2024 se registraron 995.604 nuevos casos de ETI, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 468,33 casos por cada 100.000 habitantes. Se observa que, aunque se ha producido una reducción en comparación con años anteriores, la circulación viral sigue siendo intensa durante todo el período. Este escenario refuerza la necesidad de mantener e intensificar las acciones y estrategias de vigilancia en el país.

Paraguay

En 2024 se registraron 16.316 casos de Covid-19 reportados al sistema de vigilancia del país, con una tasa de incidencia de 213,11 casos cada 100.000 habitantes

Uruguay

En 2024 se registraron 4.559 casos de Covid-19 reportados al sistema de vigilancia del país, con una tasa de incidencia de 127,42 casos cada 100.000 habitantes, la cual fue menor a la presentada en 2023 con 591,24 casos cada 100.000 habitantes.

3.4.1.2 Tasa de incidencia, mortalidad e letalidad de IRAG por Covid-19

TABLA 21
Indicadores de IRAG por Covid-19 en los países del MERCOSUR en 2024

País	Indicador	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa
Argentina*	Tasa de incidencia	6.734	No se aplica	No se aplica
	Tasa de mortalidad	268	No se aplica	No se aplica
	Tasa de letalidad	268	No se aplica	No se aplica
Brasil	Tasa de incidencia	17.502	212.583.750	8,23/100.000
	Tasa de mortalidad	3.095	212.583.750	1,45/100.000
	Tasa de letalidad	3.095	17.502	17,60%
Paraguay	Tasa de incidencia	1.473	7.656.215	19,23/100.000
	Tasa de mortalidad	123	7.656.215	1,60/100.000
	Tasa de letalidad	123	1.473	8,35%
Uruguay	Tasa de incidencia	65	953.350	6,8/100.000
	Tasa de letalidad	5	65	7,7%

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).
*Cálculo de número absoluto de casos

Argentina

En 2024, se registraron dos aumentos en los casos de Covid-19: el primero durante las SE 1-12 con un promedio semanal de 4.432 casos, y el segundo durante las SE 29-51 con 435 casos semanales en promedio. Ambos períodos vieron aumentos en las hospitalizaciones y muertes relacionadas con el SARS-CoV-2. Aunque tanto el número de casos como de defunciones fue menor que en los años anteriores, el SARS-CoV-2 continúa generando casos, hospitalizaciones y muertes. Los aumentos registrados estuvieron ligados a la introducción de nuevas variantes genómicas del virus en el país, y aún no es posible establecer un patrón estacional definido para estos aumentos.

Brasil

El análisis de los casos de IRAG revela una incidencia de 8,23 por cada 100.000 habitantes, lo que corresponde a una ocurrencia relativamente baja en comparación con los años previos. La tasa de mortalidad por IRAG fue de 1,45 defunciones por 100.000 habitantes, reflejando el impacto de la enfermedad durante el período evaluado. Asimismo, la tasa de letalidad fue 17,6%, indicando que cerca de uno de cada cinco casos de IRAG asociados a Covid-19 resultó en fallecimiento. Estos resultados ponen de manifiesto la severidad de la infección respiratoria aguda.

Paraguay

En 2024, se notificaron 1.473 casos de IRAG por Covid-19 (19,23 por 100.000 habitantes), con 123 muertes atribuidas al virus. La letalidad fue de 8,35% y la tasa de mortalidad fue de 1,6 por 100.000 habitantes.

Uruguay

En 2024, se confirmaron 65 casos de IRAG por Covid-19 en los centros centinela, representando una incidencia de 6,8 por 100.000 habitantes. La letalidad se situó en 7,7%.

3.4.2 Influenza

3.4.2.1 Tasa de incidencia, mortalidad e letalidad de IRAG por influenza

TABLA 22
Indicadores de IRAG por influenza en los países del MERCOSUR en 2024

País	Indicador	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa
Argentina	Tasa de incidencia	7.122*	No se aplica	No se aplica
	Tasa de mortalidad	189	No se aplica	No se aplica
	Tasa de letalidad	189	No se aplica	No se aplica
Brasil	Tasa de incidencia	15.404	212.583.750	7,24/100.000
	Tasa de mortalidad	1.658	212.583.750	0,77/100.000
	Tasa de letalidad	1.658	15.404	10,70%
Paraguay	Tasa de incidencia	728*	No aplica	No aplica
	Tasa de mortalidad	No se aplica	No se aplica	No se aplica
	Tasa de letalidad	No se aplica	No se aplica	No se aplica
Uruguay	Tasa de incidencia	170	953.350	17,83/100.000
	Tasa de letalidad	10	170	5,88%

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).
*Corresponde a las personas internadas y/o fallecidas con diagnóstico confirmado de Influenza notificados en el periodo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (no se realiza vigilancia universal de casos de IRAG).

Argentina

En relación con la Influenza, durante el año 2024 se observó un aumento pronunciado de las notificaciones entre la SE 16 y la SE 23, con predominio de la Influenza A (no subtipada y A H3N2), con el 78% de los casos concentrados entre la SE 18 y la SE 30. A partir de la SE 31, los casos comenzaron a disminuir y, en las últimas semanas del año, se observó un cambio en el tipo de Influenza identificada, con predominio de la Influenza B (linaje Victoria), que experimentó un aumento. En este periodo, hubo un aumento de hospitalizaciones y defunciones con diagnóstico de infección por Influenza. Las detecciones positivas para Influenza entre pacientes hospitalizados predominaron en personas con 65 años o más, 5 a 9 años y en el grupo de edad de 45 a 64 años.

Brasil

En el año 2024, se notificaron 15.404 hospitalizaciones de IRAG por Influenza, resultando en una tasa de incidencia de 7,24 casos por 100.000 habitantes. En el mismo período, ocurrieron 1.658 muertes atribuidas a IRAG por Influenza, correspondiendo a una tasa de mortalidad de 0,77 defunciones por 100.000 habitantes. La tasa de letalidad alcanzó 10,7%. Aunque la tasa de incidencia de IRAG por Influenza en 2024 fue próxima a la observada para IRAG por Covid-19 (7,24 y 8,23 por 100.000 hab., respectivamente), la mortalidad fue significativamente inferior.

Paraguay

Durante 2024, un total de 728 casos de Influenza fueron notificados por medio de la Vigilancia Centinela de IRAG. Con predominio de Influenza A (H3N2) con 37%, e Influenza A (H1N1) 27% seguido de Influenza B (24%).

Uruguay

En el año 2024, se notificaron 170 hospitalizaciones de SRAG por Influenza, resultando en una tasa de incidencia de 17,83 casos por 100.000 habitantes. En el mismo período, ocurrieron 10 defunciones atribuidas a SRAG por Influenza, correspondiendo a una tasa de letalidad de 5,88%.

3.4.3 Virus sincicial respiratorio

3.4.3.1 Tasa de incidencia, mortalidad e letalidad de IRAG por VSR

TABLA 23
Indicadores de IRAG por virus sincicial respiratorio (VSR) en los países del MERCOSUR en 2024

País	Indicador	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (calculada)%
Argentina	Tasa de incidencia	9.693*	No se aplica	No se aplica
	Tasa de mortalidad	No se aplica	No se aplica	No se aplica
	Tasa de letalidad	No se aplica	No se aplica	No se aplica
Brasil	Tasa de incidencia	27.037	212.583.750	12,71/100.000
	Tasa de mortalidad	444	212.583.750	0,2/100.000
	Tasa de letalidad	444	27.037	1,60%
Paraguay	Tasa de incidencia	1.223	No se aplica	No se aplica
	Tasa de mortalidad	No se aplica	No se aplica	No se aplica
	Tasa de letalidad	No se aplica	No se aplica	No se aplica
Uruguay	Tasa de incidencia	381	953.350	39,9/100.000
	Tasa de letalidad	3	381	0,78%

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).
*Corresponde a las personas internadas y/o fallecidas con diagnóstico confirmado de infección por VSR notificados en el período en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (no se realiza vigilancia universal de casos de IRAG).

Argentina

En relación con los casos de infección por VSR durante el año 2024, hubo un aumento de las notificaciones a partir de la SE 16, alcanzando su máximo en la SE 26, con el 91% de las detecciones concentradas entre la SE 20 y la SE 36, y una tendencia a la baja después del pico alcanzado en la SE 26. Este aumento se registró tanto en casos ambulatorios como en hospitalizados. Relativo a la distribución por grupo de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde el inicio de 2024 se registró el mayor número de casos positivos para el VSR en niños con menos de 5 años, particularmente en niños con menos de 1 año.

Brasil

En 2024 se registraron 27.037 hospitalizaciones de IRAG por VSR, resultando en una tasa de incidencia de 12,71 casos por 100.000 habitantes. En el mismo período, se confirmaron 444 defunciones por IRAG asociadas al VSR, correspondiendo a una tasa de mortalidad de 0,20 defunciones por 100.000 habitantes. La tasa de letalidad fue de 1,6%. Aunque las hospitalizaciones de IRAG por VSR están mayoritariamente concentradas en los niños pequeños, la tasa de incidencia fue significativamente mayor que las observadas para IRAG por Covid-19 o Influenza (12,71, 8,23 y 7,24 por 100.000 hab., respectivamente).

Paraguay

Durante 2024, 1.223 casos de Virus Sincicial Respiratorio (VSR) fueron reportados por medio de la Vigilancia Centinela de IRAG.

Uruguay

En el año 2024, se notificaron 381 hospitalizaciones de SRAG por VSR, resultando en una tasa de incidencia de 39,9 casos por 100.000 habitantes. La tasa de letalidad se situó en 0,78 %.

3.5 Tuberculosis

3.5.1 Tasa de incidencia de tuberculosis

TABLA 24
Número de casos nuevos y tasa de incidencia de tuberculosis en los países del MERCOSUR en 2024

País	Número de casos nuevos de tuberculosis	Población residente	Tasa de Incidencia de tuberculosis/ 100.000 habitantes
Argentina	15.915	47.067.641	33,8
Brasil	85.936	212.583.750*	40,42
Paraguay	4.057	6.372.623	63,7
Uruguay	1.454	3.577.896	40,6

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).
*Población estimada entre 2000-2024.

3.5.2 Tasa de letalidad de tuberculosis

TABLA 25
Letalidad por tuberculosis, países del MERCOSUR en 2024

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (calculada)%
Argentina*	935	14.281	6,5
Brasil **	-	-	-
Paraguay	493	4.521	10,9
Uruguay	148	1.454	10,2

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).
*Población en 2023.
**Brasil no calcula tasas de letalidad por tuberculosis por limitaciones en el sistema de notificación.

3.5.3 Tasa de mortalidad específica por tuberculosis

TABLA 26
Número total de muertes e tasa de mortalidad por tuberculosis en los países del MERCOSUR en 2024

País	Número de muertes por tuberculosis	Población residente	Tasa de Mortalidad por tuberculosis/100.000 habitantes
Argentina*	825	46.654.581	1,7
Brasil*	6.025	211.695.158	2,85
Paraguay	143	6.372.623	2,24
Uruguay	148	3.577.896	4,1

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).
*Población en 2023.

Argentina

En el período 2009-2024, la tasa de notificación de casos nuevos y recidivantes de TB aumentó 35,1% y 58,3% en el número de casos, con más de 5.825 casos registrados entre ambos años. Desde 2020, se observa un aumento constante de las tasas hasta 2024, con una variación media anual del 11,5%. Este cambio no fue homogéneo, sino con diferentes características en relación con la edad y las jurisdicciones de residencia. Se observó un aumento del 47% en la tasa de letalidad entre 2015 y 2023 (4,4% a 6,5%). Entre 2022 y 2023, el número de defunciones por TB aumentó 12,6%, destacándose el aumento de las defunciones por TB del sistema nervioso central, que pasaron de 15 a 35 defunciones entre ambos años.

Brasil

En 2024, se registraron 85.936 casos nuevos de tuberculosis en Brasil, lo que corresponde a una incidencia de 40,4 por 100.000 habitantes. A pesar del aumento en relación con el año anterior (40,0 por 100.000 habitantes), es posible observar la desaceleración del aumento en el número de casos nuevos.

En relación con la mortalidad, las 6.025 defunciones de 2023 resultaron en el coeficiente de 2,85; desde 1998 no se observaban valores absolutos superiores a 6 mil casos. El aumento de defunciones por tuberculosis en los años subsiguientes a la pandemia de Covid-19 es esperado, como reflejo de la sobrecarga de los servicios de salud, dada la naturaleza crónica y de progresión lenta de la enfermedad.

Paraguay

La tasa de incidencia de tuberculosis en Paraguay en 2024 fue de 63,7 casos por 100.000 habitantes, 20,1 puntos más que la registrada el año anterior. En 2024, la tasa de letalidad fue de 10,9%; en 2023, se reportó una tasa de letalidad de 8%.

Uruguay

En 2024, Uruguay alcanzó la menor tasa de letalidad por tuberculosis de los últimos 20 años. El diagnóstico temprano, el inicio precoz del tratamiento en casos positivos, la detección de pacientes con resistencia a los medicamentos y el reclutamiento y seguimiento de un mayor número de contactos por caso índice – 2,4 contactos captados por paciente – permitieron reducir la letalidad de la enfermedad en el país.

3.6 Enfermedades no transmisibles

3.6.1 Mortalidad prematura por ENT (30-69 años)

Definición: Defunciones por ENT en 30-69 años (C00-C97; E10-E14; I00-I99; J30-J98, excepto J36) por 100.000 habitantes del mismo grupo etario.

TABLA 27
Tasa de mortalidad prematura por ENT en países del MERCOSUR, 2023

País	Nombre del indicador	Numerador (absoluto)	Denominador (absoluto)	Tasa (por 100.000 habitantes)
Argentina	Tasa de mortalidad prematura (30-69 años) por ENT	62.899	21.075.249	298,5
Brasil	Tasa de mortalidad prematura (30-69 años) por ENT	322.860	106.732.086	302,5
Paraguay	Tasa de mortalidad prematura (30-69 años) por ENT	6.586	3.117.350	211,3
Uruguay	Tasa de mortalidad prematura (30-69 años) por ENT	5.676	1.731.313	327,8

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).

Argentina

En el año analizado, la tasa de mortalidad por ENT fue de 298,45 por 100.000 habitantes (población total). La cifra comprende fallecimientos por enfermedades cardiovasculares, cánceres, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas.

Brasil

En el año analizado, la tasa de mortalidad prematura por ENT fue de 302,5 por 100.000 habitantes (30-69 años). Se incluyeron fallecimientos atribuibles a enfermedades cardiovasculares, neoplasias malignas, diabetes mellitus y enfermedades respiratorias crónicas.

Paraguay

En 2023, la tasa de mortalidad prematura por las cuatro principales ENT (30-69 años) fue de 211,3 por 100.000 habitantes, con 6.586 defunciones registradas. Se consideraron diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y neoplasias.

Uruguay

En 2023, la tasa de mortalidad prematura por ENT en la población de 30-69 años fue de 327,8 por 100.000 habitantes. El análisis se basó en los códigos CIE-10 C00-C97, E10-E14, I00-I99 y J30-J98 (excepto J36).

3.6.2 Prevalencia de tabaquismo

Definición: Fumadores actuales según encuestas nacionales de salud.

TABLA 28
Prevalencia de tabaquismo en países del MERCOSUR, 2023

País	Nombre del indicador	Prevalencia	Año
Argentina	Prevalencia de tabaquismo (18-64 años)	24,43% (23,3-25,6)	2018
Brasil	Prevalencia de tabaquismo (18-64 años)	13,1% (12,7-13,6)	2019
Paraguay	Prevalencia de tabaquismo (18-64 años)	12,6% (10,9-14,3)	2022
Uruguay	Prevalencia de tabaquismo (15-64 años)	27,4% (25,3-29,6)	2013

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).

Argentina

En Argentina, la prevalencia de consumo de tabaco para el año 2018 fue de 24,43%. Con un intervalo de confianza de 23,3 - 25,6.

Brasil

En Brasil, la prevalencia del consumo de tabaco para el año de 2019 fue de 13,1%. Con un intervalo de confianza de 12,7 - 13,6.

Paraguay

En Paraguay, la prevalencia de consumo de tabaco para el año 2022 fue de 12,6%. Con un intervalo de confianza de 10,9-14,3.

Uruguay

En Uruguay, la prevalencia de consumo de tabaco para el año 2013 fue de 27,4%. Con un intervalo de confianza de 25,3-29,6.

3.6.3 Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito

Definición: muertes por accidentes de tránsito (CIE-10 V01–V89) por 100.000 habitantes (todas las edades).

TABLA 29
Tasa de mortalidad por lesiones de tránsito en países del MERCOSUR, 2023

País	Nombre del indicador	Numerador (absoluto)	Denominador (absoluto)	Tasa (por 100.000)
Argentina	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito	3.350	46.654.581	7,18
Brasil	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito	34.881	211.695.158	16,5
Paraguay	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito	1.207	7.554.796	16,0
Uruguay	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito	414	3.496.400	11,84

Fuente: datos proporcionados por los países (2025).

Argentina (2023)

La tasa de mortalidad por accidentes de tránsito fue de 7,7 por 100.000 habitantes. Se incluyeron fallecimientos de ocupantes de vehículos motorizados, motociclistas, ciclistas, peatones y otros vehículos en accidentes de transporte terrestre (CIE-10 V01-V89).

Brasil

En el año analizado, la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito fue de 16,5 por 100.000 habitantes, incluyendo incidentes con ocupantes de vehículos motorizados, motociclistas, ciclistas, peatones y otros usuarios del transporte terrestre (CIE-10 V01-V89).

Paraguay

Las muertes por accidentes de tránsito constituyeron el 67,4% de las defunciones por lesiones externas. Se registraron 1.207 fallecimientos, lo que equivale a una tasa de 16,0 por 100.000 habitantes (ambos sexos), considerando defunciones clasificadas como CIE-10 V01-V89 en todas las edades.

Uruguay (2023)

Con 414 defunciones por accidentes de tránsito y una población estimada de 3.496.400 personas (proyecciones INE, revisión 2025), la tasa fue de 11,84 por 100.000 habitantes. Se consideraron muertes codificadas según CIE-10 V01-V89.

4 Consideraciones finales

4.1 Argentina

4.1.1 Arbovirosis

Durante el año 2024, Argentina enfrentó brotes de dengue y Chikungunya, siendo el dengue el de mayor impacto, con 582.296 casos y una incidencia de 1.237,1 por 100.000 habitantes. Este brote se destacó por la alta proporción de casos autóctonos (97%) y una baja letalidad (0,070%). La circulación se concentró en la región Central. Por su parte, Chikungunya registró 843 casos y una letalidad nula, indicando la necesidad de mantener la vigilancia entomológica y la capacidad laboratorial para el diagnóstico diferencial de los arbovirus, considerando la persistencia del *Aedes aegypti* en zonas urbanas y el riesgo de introducción de nuevos serotipos.

4.1.2 Cobertura de vacunación

Las coberturas de vacunación en Argentina en 2024 continúan por debajo de las metas ideales del 95% para las vacunas esenciales. La primera dosis del Sarampión alcanzó 83,2%, y la segunda dosis solo 46,7%, evidenciando una brecha significativa en el refuerzo al ingreso escolar. La Poliomiелitis siguió un patrón similar, con la tercera dosis en 77,6% y el refuerzo en 47,6%. Este escenario exige el fortalecimiento urgente de las estrategias de recuperación de esquemas atrasados y la mejora del registro nominal para evitar el riesgo de reemergencia de enfermedades eliminadas, como el Sarampión y la Poliomiелitis.

4.1.3 Sífilis y enfermedad de Chagas congénita

Argentina mantiene la vigilancia activa de la Sífilis y Enfermedad de Chagas Congénita, buscando la eliminación de la transmisión vertical. El mantenimiento de la vigilancia y la incorporación continua de técnicas diagnósticas, como el PCR para *T. cruzi* (mencionado en la metodología), son cruciales para reducir la subnotificación y garantizar el tratamiento oportuno de madres y recién nacidos. El análisis de estos indicadores es fundamental para evaluar el desempeño de los programas de salud materno-infantil en las provincias.

4.1.4 Enfermedad tipo influenza por Covid-19 e infección respiratoria aguda grave (IRAG) por Covid-19, influenza e virus sincial respiratorio

En 2024, la situación epidemiológica estuvo marcada por la circulación sucesiva de los principales virus respiratorios: SARS-CoV-2, Influenza y virus sincial respiratorio (VSR). Inicialmente, se observaron dos aumentos de casos de SARS-CoV-2 (SE 1–12 y SE 29–51, siendo el segundo de menor intensidad). Entre la SE 16 y la SE 23, hubo un aumento expresivo de Influenza A, seguido por el predominio de Influenza B. A continuación, ocurrió un aumento de VSR entre la SE 20 y la SE 36. Durante este período, Argentina avanzó en la integración de la vigilancia de SARS-CoV-2 con otros virus respiratorios, fortaleciendo la estrategia centinela para IRAG y ETI, lo que resultó en una mejor caracterización etiológica, identificación de grupos de riesgo y optimización de las medidas de prevención y control.

4.1.5 Tuberculosis

La tuberculosis permanece un desafío para la salud pública argentina. La tasa de notificación ha presentado un aumento en los últimos años, alcanzando 33,8 por 100.000 habitantes en 2024. El aumento en la letalidad (6,5% en 2023) subraya la necesidad de fortalecer las acciones de diagnóstico temprano y garantizar el tratamiento supervisado en todas las jurisdicciones, con foco en los determinantes sociales que influyen la propagación y el desenlace fatal de la enfermedad.

4.2 Brasil

4.2.1 Arbovirosis

En Brasil, las Arbovirosis como el dengue, Chikungunya y Zika representan un desafío significativo para la salud pública. Este fenómeno se atribuye a la extensa presencia de *Aedes aegypti*, la diversidad geográfica del país, las diferencias regionales en los criaderos, así como la alta movilidad de la población y factores sociales determinantes. La Fiebre Amarilla, por su parte, se destaca por su alta letalidad y por el elevado potencial de transmisión, lo que hace esencial la vigilancia intensiva sobre primates no humanos y la implementación de medidas de prevención y control en áreas de riesgo son fundamentales para evitar brotes y proteger a la población.

4.2.2 Cobertura de vacunación

Las coberturas de vacunación son fundamentales para asegurar un escenario adecuado de control y eliminación de las enfermedades inmunoprevenibles. Desde 2023, Brasil ha presentado avances relevantes en este campo; sin embargo, vacunas estratégicas como la Poliomielitis, la Fiebre Amarilla, la Covid-19 y la segunda dosis del Sarampión, no han alcanzado la meta del 95% en 2024, según lo recomendado por el PNI. Este escenario evidencia la necesidad de fortalecer estrategias locales enfocadas en la ampliación de las coberturas de vacunación, garantizar registros consistentes en los sistemas de información e intensificar acciones estratégicas en el ámbito nacional, como la microplanificación, la multivacunación y las iniciativas regionales, de modo que se asegure la protección colectiva y la sostenibilidad de los logros ya obtenidos.

4.2.3 Sífilis e enfermedad de Chagas congénita

Respecto a la Enfermedad de Chagas Congénita, la posibilidad de subregistro indica la importancia de organizar la vigilancia junto con las acciones de salud materno-infantil y establecer líneas de atención, con el objetivo de eliminar la transmisión vertical de la enfermedad como problema de salud pública.

La eliminación de la transmisión vertical de la sífilis, además del VIH, la hepatitis B, la enfermedad de Chagas y el HTLV, es uno de los objetivos del Comité Interministerial para la Eliminación de la tuberculosis y otras Enfermedades Socialmente Determinadas (CIEDDS), creado en abril de 2023 por el Decreto N° 11.494.

4.2.4 Enfermedad tipo influenza por Covid-19 e infección respiratoria aguda grave (IRAG) por Covid-19, influenza e virus sincicial respiratorio

El escenario observado para los casos de Enfermedad Tipo Influenza por Covid-19 en 2024 revela una amplia circulación viral y una elevada demanda sobre la atención básica. Por otro lado, la Tasa de incidencia de IRAG por Covid-19, Influenza y VSR, y la Tasa de mortalidad reflejan el impacto de las formas graves, destacando la expresiva letalidad y mortalidad observadas en la IRAG por Covid-19 (17% y 1,46 por 100.000 habitantes, respectivamente), lo que evidencia una diferencia significativa en el riesgo de muerte en los casos asociados a este virus. En términos de incidencia de IRAG, se destaca el expresivo impacto del VSR que, aun cuando se concentra en una franja etaria más restringida, presentó un valor significativamente más elevado que los observados para IRAG por Covid-19 e Influenza, registrando en 2024 12,71 casos notificados por 100.000 habitantes, frente a 8,23 y 7,24 por 100.000 habitantes, respectivamente. Estos indicadores refuerzan la importancia de la integración entre las vigilancias epidemiológica, laboratorial y genómica, asegurando la detección precoz de alteraciones en el perfil de las enfermedades y el fortalecimiento de las estrategias permanentes de monitoreo.

4.2.5 Tuberculosis

A pesar de los avances en las estrategias de control de la enfermedad y la desaceleración en el aumento de casos, el escenario actual aún conlleva desafíos para el alcance de las metas de eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública, especialmente debido al componente de determinación social de la enfermedad. De esta forma, es indispensable el direccionamiento de esfuerzos a las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad. En este contexto, Brasil se destaca en su compromiso para alcanzar las metas de eliminación, incluyendo, entre las acciones programáticas, la elaboración y fortalecimiento de políticas públicas con énfasis en el compromiso social y multisectorial.

4.3 Paraguay

4.3.1 Arbovirosis

En Paraguay, en 2024, se registraron 86.625 casos de dengue (confirmados y probables), con brotes reportados en diversas regiones del país, incluyendo Capital, Central, Itapúa, Paraguari, Cordillera, Alto Paraná, Caaguazú, Guairá, Alto Paraguay, presidente Hayes y Concepción. Estos brotes se extendieron desde la Semana Epidemiológica 01 hasta la 29. Los serotipos virales circulantes identificados fueron DEN-1 y DEN-2, siendo este último predominante, representando el 89% de los casos.

En relación con Chikungunya, no se registraron brotes significativos en 2024. En total, se notificaron 44 casos, concentrados principalmente en los departamentos de Guairá (17 casos) e Itapúa (10 casos).

En cuanto a Zika, no hubo registro de casos en el período.

En relación con la Fiebre Amarilla, no se confirmaron casos ni se observó la ocurrencia de epizootias. Las áreas consideradas favorables para la transmisión epizootica se sitúan en la Región Oriental del país, especialmente en los departamentos que hacen frontera con Brasil, donde hay presencia de vectores silvestres y primates no humanos susceptibles. Se destacan, en este contexto, los departamentos de Alto Paraná, Amambay, Canindeyú, Caaguazú y Concepción.

4.3.2 Cobertura de vacunación

Durante el año 2024, Paraguay registró avances significativos en la mejora de las coberturas de vacunación, según datos del Registro de Vacunación Electrónica, reflejando el compromiso sostenido del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social con la protección de la población frente a enfermedades inmunoprevenibles.

Con relación al Sarampión, el país cerró con una cobertura del 90% para la primera dosis de la vacuna SPR1 (Sarampión, Parotiditis y Rubéola). Si bien representa un aumento respecto al año anterior, este nivel aún se mantiene por debajo del 95% recomendado por la OPS/OMS, lo que continúa representando un riesgo potencial para la reintroducción del virus en el territorio nacional.

Respecto a la Fiebre Amarilla, la cobertura alcanzó el 83% en la población de 12 meses de edad. En paralelo, el país avanza en la digitalización de las dosis administradas en años anteriores, con más de 700 mil registros incorporados al sistema nacional, fortaleciendo la trazabilidad y el control del biológico. Asimismo, se ha implementado una herramienta digital que permite a los viajeros descargar la versión electrónica del Certificado Internacional de Vacunación, garantizando el cumplimiento de los estándares internacionales de movilidad segura.

En cuanto a la Poliomielitis, la cobertura nacional para la tercera dosis alcanzó el 80% en la población de 6 meses de edad. Paraguay utiliza actualmente la vacuna hexavalente acelular, aplicada a los 2, 4, 6 y 18 meses, complementada con una dosis de IPV a los 4 años. El país mantiene su compromiso con la certificación de país libre de Poliomielitis, fortaleciendo la vigilancia de parálisis flácida aguda y la continuidad de las estrategias de vacunación de rutina.

Por último, en el marco de la vacunación contra la Covid-19, Paraguay alcanzó una cobertura del 7% en la población prioritaria de alto riesgo de 60 años y más. La vacuna se aplica en dosis única anual, conforme a las recomendaciones nacionales, priorizando la protección de los grupos más vulnerables. Actualmente, el país continúa utilizando biológicos adaptados a las variantes circulantes, en paralelo con el fortalecimiento del registro digital, que permite un seguimiento más preciso y oportuno de las coberturas alcanzadas.

En conjunto, estos resultados evidencian el progreso sostenido del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en la recuperación y consolidación de coberturas, reafirmando la importancia de sostener las estrategias integrales de vacunación, vigilancia y gestión digital para alcanzar los estándares internacionales de control y eliminación de enfermedades inmunoprevenibles.

4.3.3 Sífilis y enfermedad de Chagas congénita

Durante el año 2024, Programa Nacional de Control de VIH/sida/ITS (PRONASIDA) logró implementar la estrategia de Eliminación de Transmisión Materno-Infantil (ETMI), de VIH, Sífilis, Hepatitis B y Chagas. Este avance se concretó mediante la aprobación de la Guía de Manejo ETMI Plus, oficializada por la Resolución S.G. N.º 114/2025, que establece su aplicación a nivel nacional. La estrategia refuerza lo dispuesto en la Resolución S.G. N.º 433/2006, que obliga el ofrecimiento de pruebas de tamizaje para VIH y sífilis a todas las mujeres embarazadas.

Paraguay enfrenta como prioridad la eliminación de la transmisión materno-infantil de la sífilis. La detección durante el embarazo y el tratamiento oportuno son intervenciones esenciales, cuya omisión se asocia a desenlaces graves como aborto espontáneo, muerte fetal (mortinato) y sífilis congénita en recién nacidos. La tasa de sífilis congénita constituye un indicador clave para la vigilancia epidemiológica nacional, reflejando tanto el desempeño del sistema de salud en la atención materna como el impacto de las intervenciones programáticas para interrumpir la transmisión vertical.

Este descenso representa un avance significativo en la prevención de la sífilis congénita y evidencia el fortalecimiento de las acciones de tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno en el marco de la estrategia ETMI Plus.

En el año 2024 se registró un caso de Chagas agudo congénito, correspondiente a un recién nacido de madre con serología positiva a Chagas y con resultado de PCR positiva, residente en el Departamento Central.

4.3.4 Enfermedad tipo influenza por Covid-19 e infección respiratoria aguda grave (IRAG) por Covid-19, influenza e virus sincicial respiratorio

En Paraguay, la vigilancia de la Covid-19 permanece universal, abarcando toda la población, y es complementada por la vigilancia centinela de virus respiratorios, especialmente para ETI e IRAG. En 2024, se notificaron 16.316 casos de Covid-19, resultando en una tasa de incidencia de 213 casos por cada 100.000 habitantes. En cuanto a los casos de SRAG asociados a Covid-19, se registraron

1.473 hospitalizaciones y 123 defunciones confirmadas por Covid-19, correspondiendo a una incidencia de 19,23 hospitalizaciones por cada 100.000 habitantes, una letalidad de 8,35% en hospitalizados y una tasa de mortalidad de 1,6 por cada 100.000 habitantes. Estos indicadores reflejan una reducción del 27% en comparación con el año anterior, manteniendo bajos niveles de transmisión comunitaria en todo el país. La variante Ómicron sigue siendo la predominante según la vigilancia genómica. Sin embargo, se han detectado nuevas líneas, como JN.1 y sublíneas de BA.2.86 (LB.1, MJ.1, KP.3.1, entre otras), están en circulación, ocasionando pequeños aumentos de casos en determinados momentos.

En el mismo período, la vigilancia centinela de las IRAG identificó 728 casos de influenza, con predominio del subtipo Influenza A (H3N2), que representó el 37% de los registros, seguido por Influenza A (H1N1), con el 27%, y por Influenza B, con el 24%. De estos casos, 127 (17%) necesitaron cuidados intensivos y 89 (12%) evolucionaron a defunción. El pico de circulación se registró en la semana epidemiológica (SE) 23, impactando principalmente a adultos mayores.

En relación con el Virus Sincicial Respiratorio (VSR), se identificaron 1.223 casos en 2024, de los cuales 225 (18%) precisaron hospitalización en unidades de terapia intensiva y se notificaron 38 defunciones (3,1%). El pico de circulación ocurrió en la semana epidemiológica (SE) 29, con mayor concentración de casos en niños menores de un año (35%) y en el grupo de 1 a 4 años (22%), evidenciando una elevada carga de la enfermedad en la población pediátrica más vulnerable.

4.3.5 Tuberculosis

En Paraguay, se observa una tendencia creciente a nivel nacional, con concentraciones significativas en determinadas regiones sanitarias y entre poblaciones vulnerables. Se implementaron técnicas avanzadas de diagnóstico, como el Xpert MTB/RIF desde 2013, y, a partir de 2020, su uso pasó a ser adoptado como método inicial para el diagnóstico de TB. Este enfoque fue fundamental para la identificación de más casos, especialmente en áreas rurales de difícil acceso, donde las acciones de rastreo realizadas por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) tuvieron un impacto expresivo. También se verifica un aumento en la estimación de incidencia señalada por la OMS, que continúa en ascenso. En relación con la letalidad, en los últimos años el promedio se mantuvo en 10,4%; aunque hubo una leve reducción en el año anterior, para 2024 el índice permanece similar al observado previamente.

4.4 Uruguay

4.4.1 Arbovirosis

Aunque, históricamente, el país registraba solo casos importados sin circulación viral sostenida, el escenario cambió en los últimos años debido a factores como las alteraciones climáticas y el aumento del turismo regional hacia países con alta endemidad. Los años 2023 y 2024 marcaron un punto de inflexión, con la ocurrencia de brotes de dos arbovirus diferentes.

En abril de 2023, Uruguay registró por primera vez un brote de Chikungunya. El episodio inicial fue identificado en la ciudad de Paysandú, y, posteriormente, se notificaron casos autóctonos en otros departamentos, confirmando la circulación viral en el ámbito nacional.

El año 2024 se destaca por el mayor brote de dengue ya registrado en el país en los últimos años. Este evento coincide con una situación epidemiológica regional sin precedentes, en la que países vecinos experimentaron un aumento récord de casos, evidenciando la relevancia de la vigilancia y del control transfronterizo.

Este panorama refuerza la necesidad de fortalecer las medidas de vigilancia entomológica y controlar la proliferación de vectores. La prevención y el control de estas enfermedades exigen no solo atención clínica, sino también una estrategia integral que considere la interrelación entre salud humana y salud ambiental.

4.4.2 Cobertura de vacunación

Uruguay demostró resiliencia, manteniendo coberturas de vacunación altas y próximas a la meta del 95%. El Sarampión y la Poliomielitis (IPV) permanecen en niveles seguros (97% y 94% en la 3ª dosis). La excepción es el refuerzo del Sarampión (95%) y la vacuna contra la Covid-19, cuya cobertura del 89% en la población total exige atención. Es esencial que el país continúe invirtiendo en el sistema robusto de vacunación universal y en la recuperación activa de esquemas atrasados para mitigar el riesgo de reintroducción de enfermedades eliminadas.

Asimismo, como fortalecimiento de la prevención en la introducción de enfermedades inmunoprevenibles, el país contempla la vacunación en la población inmigrante, legislada por decreto, garantizando la vacunación de forma gratuita y universal.

4.4.3 Sífilis e enfermedad de Chagas congénita

Uruguay está en un proceso de trabajo y formalización para profundizar el análisis y mejorar la calidad de los datos disponibles sobre las infecciones de transmisión vertical epidemiológicamente relevantes, estrategia ETMI PLUS (sífilis, VIH, hepatitis B y Chagas), con énfasis en la sífilis como problema de salud pública reemergente.

4.4.4 Enfermedad tipo influenza por Covid-19 e infección respiratoria aguda grave (IRAG) por Covid-19, influenza e virus sincicial respiratorio

Uruguay mantiene la vigilancia de IRAG y ETI por medio de la estrategia centinela. La incidencia de Covid-19 disminuyó significativamente en 2023 (591,24 por 100.000 hab.), asociada al alto índice de vacunación. Es fundamental que el país continúe con la vigilancia centinela de virus respiratorios (incluyendo IRAG, Influenza y VSR), mejorando el sistema de alertas para garantizar la detección temprana de nuevos brotes y la protección de la población, especialmente en relación con los grupos de riesgo.

4.4.5 Tuberculosis

En 2024, Uruguay alcanzó el índice de letalidad por tuberculosis más bajo de los últimos 20 años. El diagnóstico temprano, el inicio anticipado del tratamiento en los casos positivos, la detección de pacientes con resistencia farmacológica y la captación y seguimiento de un mayor número de contactos por caso índice –2,4 contactos captados por paciente – permitieron disminuir la letalidad de la enfermedad en el país, siendo la más baja de los últimos 20 años (9,9 %).

El uso de las pruebas moleculares rápidas de diagnóstico, conocidas como Xpert, que poseen una sensibilidad del 90 %, no solo representó una mejora en este sentido – el método tradicional, la baciloscopia, reportaba una sensibilidad entre 50 y 60 % –, sino que también facilita la detección de resistencia a fármacos, lo que garantiza que los pacientes diagnosticados reciban el tratamiento adecuado desde el inicio. Estas pruebas demostraron tener un impacto importante en las tasas de seguimiento, curación y reducción de la letalidad.

Se resalta la importancia y el papel desempeñado por la "Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes" (CHLA-EP) y por todos los centros periféricos, distribuidos por todo el territorio nacional, proveyendo seguimiento médico, medicación gratuita durante todo el tratamiento y apoyo financiero para aquellos pacientes que lo requieren.

4.5 Enfermedades no transmisibles

Los países del MERCOSUR comparten una agenda común y prioritaria para enfrentar las ENT y accidentes de tránsito: reducir los factores de riesgo, ampliar el acceso a cuidados integrales y mitigar las desigualdades en salud. La consolidación de los sistemas de vigilancia y la armonización metodológica entre países son pasos decisivos para la comparabilidad, la transparencia y la toma de decisiones basadas en evidencia. Avanzar en la prevención a lo largo del curso de vida de la infancia al envejecimiento, fortalecer la Atención Primaria, integrar salud mental, rehabilitación y cuidados paliativos, y abordar los determinantes comerciales (tabaco, alcohol, alimentos ultra procesados) requiere políticas fiscales, regulatorias y de comunicación coordinadas.

Como próximos pasos, se destacan: pactar metas regionales alineadas con los ODS, intensificar acciones intersectoriales (educación, transporte, ambientes saludables, protección social) con foco en la equidad, ampliar el acceso a tecnologías esenciales para diagnóstico y control clínico, sostener servicios de cesación tabáquica y seguridad vial, y viabilizar financiamiento estable para la promoción de la salud. Por último, la cooperación técnica, la investigación multicéntrica y el uso estratégico de datos (incluida la salud digital) pueden acelerar respuestas más rápidas, costo-efectivas y sensibles a las diversidades territoriales del MERCOSUR.

Referencias

1. Tratado de Asunción. Tratado para la Constitución de un mercado común entre la República Argentina, la República Federativa del Brasil, la República del Paraguay y la República Oriental del Uruguay: (Asunción, 26-3-1991). Cadernos da Secretaria de Informação e Documentação. 2001 dez;1(1):55–70.
2. Leiva GC, Sathler D, Orrico RD. Estructura urbana y movilidad poblacional: implicaciones para el distanciamiento social y la propagación de Covid-19. Rev. Bras Estud Popul. 2020;37:e0122.
3. MERCOSUL/COVIGSAL. Boletim Epidemiológico MERCOSUL COVIGSAL. Vol. 1. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023. [citado en 30/10/2025]. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-mercosul-covigsal-portugues/view>
4. MERCOSUL/COVIGSAL. Boletim Epidemiológico MERCOSUL COVIGSAL. Vol. 2. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024. [citado en 30/10/2025]. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Documento_Boletim%20Epidemiológico_COVIGSAL%20-%20vol%202%20.pdf
5. Ministerio de Salud de la Nación (AR). Boletines epidemiológicos. Banco de recursos de salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. [citado en: 30/10/2025]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/bancos/materiales-para-equipos-de-saude/soporte/boletines-epidemiologicos/>
6. Martins-Melo FR, Lima, MS, Ramos AN, Alencar CH, Heukelbach J. Systematic review: Prevalence of Chagas disease in pregnant women and congenital transmission of Trypanosoma cruzi in Brazil: A systematic review and meta-analysis. Trop. Med. Int. Health. 2014;19(8) 943–957.
7. Organización Panamericana de la Salud. Chagas disease in Latin America: an epidemiological update based on 2010 estimates. Wkly Epidemiol Rec. 2015;90(6).
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 2 [recurso eletrônico]. 6ª ed. Rev. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024. 3 v.: il. [citado en 30/10/2025]. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-2-6a-edicao/view>
9. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (PY). Guía práctica para manejo de transmisión congénita de Chagas y Chagas crónico. Asunción: MSPBS; 2023. [citado en 30/10/2025]. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/porta/adjunto/615b3e-Chagas.pdf>

10. Organización Mundial De La Salud. Definiciones y marco de Trabajo para la notificación de tuberculosis: revisión 2013. Ginebra: OMS; 2013 [citado en 30/10/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241505345>
11. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (PY). Guía práctica para manejo de transmisión congénita de Chagas y Chagas crónico. Asunción: MSPBS; 2023. [citado en 30/10/2025]. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/615b3e-Chagas.pdf>

