



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO MERCOSUR **COVIGSAL**

Volumen 1 | 2023

Argentina

Brasil

Paraguay

Uruguay



ARGENTINA

Carlos Giovacchini – Dirección de Epidemiología
Tamara Wainzinger – Área de Vigilancia de la Salud
Gabriela Fernandez – Área de Vigilancia de la Salud
Maria Paz Rojas Mena – Área de Vigilancia de la Salud
Hugo Fernández – Epidemiología INER 'Emilio Coni' ANLIS
Florencia Bruggesser – Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

BRASIL

Ministério da Saúde – MS

Nisia Verônica Trindade Lima

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente – SVSA

Ethel Leonor Noia Maciel

Angelica Espinosa Barbosa Miranda – SVSA/MS

Gabinete da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente – GAB/ SVSA/MS

Westley Vitor da Silva – GAB/SVSA/MS

Coordenação de Gestão Técnica e Administrativa – Cogad/GAB/SVSA/MS
Mauro Teixeira de Figueiredo – Cogad/GAB/SVSA/MS
Fernanda Manara – Cogad/GAB/SVSA/MS

Núcleo de Comunicação – Nucom/SVSA/MS

Edgard Rebouças – Nucom/SVSA/MS
Aedê Cadaxa – Nucom/SVSA/MS
Flávio Forini – Nucom/SVSA/MS
Fred Lobo – Nucom/SVSA/MS
Sabrina Gonçalves Lopes – Nucom/SVSA/MS
Yana Maria Palonkof – Nucom/SVSA/MS

Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente – Daevs

Guilherme Loureiro Werneck – Daevs/SVSA/MS

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/Daevs/SVSA/MS

Vivian Siqueira Santos Gonçalves – CGDEP/Daevs/SVSA/MS
Maryane Oliveira Campos – CGDEP/Daevs/SVSA/MS

Paola Barbosa Marchesini – CGDEP/Daevs/SVSA/MS

Yan Rodrigues Esteves – CGDEP/Daevs/SVSA/MS

Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis – DPNI

Eder Gatti Fernandes – DPNI/SVSA/MS

Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis – CGVDI/DPNI/SVSA/MS
Greice Madeleine Ikeda do Carmo – CGVDI/DPNI/SVSA/MS
Eucilene Alves Santana – CGVDI/DPNI/SVSA/MS
Marcelo Yoshito Wada – CGVDI/DPNI/SVSA/MS
Plínio Tadeu Istilli – CGVDI/DPNI/SVSA/MS

Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização – CGICI/DPNI/SVSA/MS
Ana Catarina de Melo Araújo – CGICI/DPNI/SVSA/MS
Luciana Maiara Diogo Nascimento – CGICI/DPNI/SVSA/MS
Daniela Sant'Ana de Aquino – CGICI/DPNI/SVSA/MS

Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis – Dathi/SVSA/MS

Dráurio Barreira – Dathi/SVSA/MS

Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias Não Tuberculosas – CGTM/Dathi/SVSA/MS
Fernanda Dockhorn Costa Johansen – CGTM/Dathi/SVSA/MS
Daniele Maria Pelissari – CGTM/Dathi/SVSA/MS
Geisa Poliane de Oliveira – CGTM/Dathi/SVSA/MS
Isabela de Lucena Heráclio – CGTM/Dathi/SVSA/MS
José Nildo de Barros Silva – CGTM/Dathi/SVSA/MS
Luiz Henrique Arroyo – CGTM/Dathi/SVSA/MS
Luiza Ohana Harada – CGTM/Dathi/SVSA/MS
Yury Bitencourt da Costa – CGTM/Dathi/SVSA/MS

Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis – CGIST/Dathi/SVSA/MS
Pâmela Cristina Gaspar – CGIST/Dathi/SVSA/MS
MS Fábio Moherdau – CGIST/Dathi/SVSA/MS
Leonor Henriette de Lannoy – GIST/Dathi/SVSA/MS
Mayra Aragón – CGIST/Dathi/SVSA/MS
Isabella M. C. D. M. Nepomuceno de Souza – CGIST/Dathi/SVSA/MS

Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/Aids e das Hepatites Virais – CGAHV/Dathi/SVSA/MS
Carmen Silvia Bruniera Domingues – CGAHV/Dathi/SVSA/MS

Departamento de Doenças Transmissíveis – DEDT

Alda Maria da Cruz – DEDT/SVSA/MS

Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial – CGZV/DEDT/SVSA/MS
Francisco Edilson Ferreira de Lima Junior – CGZV/DEDT/SVSA/MS
Mayara Maia Lima – CGZV/DEDT/SVSA/MS
Milton Martins de Lima Neto – CGZV/DEDT/SVSA/MS

Coordenação-Geral de Vigilância em Arboviroses – CGARB/DEDT/SVSA/MS
Livia Carla Vinhal Frutuoso – CGARB/DEDT/SVSA/MS
Daniel Garkauskas Ramos – CGARB/DEDT/SVSA/MS
Morgana Caraciolo – CGARB/DEDT/SVSA/MS

Pedro Henrique de Oliveira Passos – CGARB/DEDT/SVSA/MS
Marcela Lopes Santos – CGARB/DEDT/SVSA/MS
Alessandro Igor da Silva Lopes – CGARB/DEDT/SVSA/MS
Pedro de Alcantara Brito Junior – CGARB/DEDT/SVSA/MS

Editoria científica

Maryane Oliveira Campos – CGDEP/Daevs/SVSA/MS
Paola Barbosa Marchesini – CGDEP/Daevs/SVSA/MS

Tradução

Oscar Geovanny Enriquez Martinez – Daent/SVSA/MS
Rejane Maria de Souza Alves – CGSAT/Dsast/SVSA/MS
Mauro Teixeira de Figueiredo – Cogad/GAB/SVSA

Revisão portuguesa

Yana Maria Palonkof – Nucom/SVSA/MS

Revisão espanhol

Oscar Geovanny Enriquez Martinez – Daent/SVSA/MS

Produção

Núcleo de Comunicação – Nucom/SVSA/MS

PARAGUAI

Dirección General de Vigilancia de la Salud
Dra. Águeda Cabello

Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles

Dra. Viviana de Egea
Dra. Sarita Aguirre
Mgtr. Angelica Medina
Lic. Natalia Sosa
Lic. Marta Torales
Dra. Marta Von Horock
Lic. Vilma Teresa Pérez Dra. Elena Candia

Dirección del Centro de Información Epidemiológica y Vigilancia de la Salud

Dra. María Esther Pedrozo
Lic. Fátima Aidée Vázquez
Lic. Mónica Arellano
Lic. María Meza

URUGUAI

Dra. Alicia Gonzalez – Departamento de Vigilancia en Salud – MSP
Dr. Miguel Alegretti – Departamento de Vigilancia en Salud – MSP
Dr. Gabriel Peluffo – Unidad de Inmunizaciones – MSP
Dr. Steven Tapia – Unidad de Inmunizaciones – MSP
Dra. Carmen Seijas – Área de Vigilancia en Salud de la Población – MSP

Resumen

Contextualización.....	3
Presentación.....	5
1. Introducción	7
1.1. Argentina	7
1.2. Brasil.....	8
1.3. Paraguay.....	9
1.4. Uruguay.....	9
2. Métodos.....	11
2.1. Arbovirosis.....	11
2.1.1. Dengue.....	11
2.1.2. Chikunguña.....	17
2.1.3. Fiebre amarilla.....	21
2.2. Cobertura de vacunación.....	24
2.2.1. Sarampión.....	24
2.2.2. Fiebre amarilla.....	27
2.2.3. Poliomielitis.....	30
2.2.4. Covid-19.....	33
2.3. Sífilis y enfermedad de Chagas congénita.....	35
2.3.1. Sífilis congénita.....	35
2.3.2. Enfermedad de Chagas congénita.....	38
2.4. Covid-19.....	40
2.4.1. Argentina.....	40
2.4.2. Brasil.....	41
2.4.3. Paraguay.....	42
2.4.4. Uruguay.....	43
2.5. Tuberculosis.....	44
2.5.1. Argentina.....	44
2.5.2. Brasil.....	45
2.5.3. Paraguay.....	46
2.5.4. Uruguay.....	47
3. Resultados.....	49
3.1. Arboviroses.....	49
3.1.1. Dengue.....	49
3.1.2. Chikunguna.....	51
3.1.3. Fiebre amarilla.....	53
3.2. Cobertura de vacunación.....	55
3.2.1. Sarampión.....	55
3.2.2. Fiebre amarilla.....	56
3.2.3. Poliomielitis.....	57
3.2.4. Covid-19.....	59

3.3. Sífilis y enfermedad de Chagas congénita.....	60
3.3.1. Sífilis congénita	60
3.3.2. Enfermedad de Chagas congénita.....	61
3.4. Covid-19.....	62
3.4.1. Tasa de incidencia de Covid-19.....	62
3.4.2. Letalidad de Covid-19 en 2022.....	63
3.4.3. Tasa específica de mortalidad por Covid-19.....	64
3.5. Tuberculosis.....	65
3.5.1. Tasa de incidencia de tuberculosis.....	65
3.5.2. Tasa de mortalidad por tuberculosis.....	65
3.5.3. Tasa de mortalidad específica por tuberculosis.....	66
4. Consideraciones finales.....	67
4.1. Argentina.....	67
4.1.1. Arbovirosis.....	67
4.1.2. Cobertura de vacunación.....	67
4.1.3. Enfermedad de Chagas congénita.....	68
4.1.4. Covid-19.....	68
4.1.5. Tuberculosis.....	68
4.2. Brasil.....	68
4.2.1. Arbovirosis.....	68
4.2.2. Cobertura de vacunación.....	69
4.2.3. Sífilis y Chagas congénito.....	69
4.2.4. Covid-19.....	70
4.2.5. Tuberculosis.....	70
4.3. Paraguay.....	70
4.3.1. Arbovirosis.....	70
4.3.2. Cobertura de vacunación.....	71
4.3.3. Sífilis y enfermedad de Chagas congénita.....	71
4.3.4. Covid 19.....	71
4.3.5. Tuberculosis.....	71
4.4. Uruguay.....	72
4.4.1. Arbovirosis.....	72
4.4.2. Cobertura de vacunación.....	72
4.4.3. Sífilis y enfermedad de Chagas congénita.....	72
4.4.4. Covid 19.....	72
4.4.5. Tuberculosis.....	72

Contextualización

Este documento es una alianza entre los países miembros del MERCOSUR (Brasil, Argentina, Paraguay, Uruguay y Bolivia) para compartir informaciones epidemiológicas sobre enfermedades y condiciones relevantes para la salud pública entre países, para apoyar estrategias de acción integradas.

Este Boletín brinda información sobre el perfil epidemiológico de parvovirus, coberturas de vacunación, sífilis y Chagas congénitas, covid-19 y tuberculosis para el año 2022 en Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay.

Presentación

El Mercado Común del Sur (Mercosur) es un proceso de integración regional conformado inicialmente por Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. Bolivia se encuentra en proceso de adhesión, actuando como Estado Asociado del bloque, así como los demás países de América del Sur. La creación del bloque fue motivada por los propósitos de integración regional para coordinación de políticas comerciales y actuación conjunta en foros económicos internacionales y, de este modo, fortalecer el desarrollo económico de los Estados Partes, como también facilitar la circulación de bienes, servicios y factores productivos entre los países. (1)

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

La Reunión de Ministros de Salud del Mercosur fue creada en 1995, con base en la Decisión N° 3 de 1995 del Consejo del Mercado Común (CMC) del Mercosur, con el propósito de proponer al citado Consejo medidas encaminadas a coordinar políticas en el área de salud. Como resultado, en 1996, en el ámbito del Grupo Mercado Común (GMC), se crea el Subgrupo de Trabajo No. 11 (Salud), mediante Resolución GMC/RES N° 151 de 1996. En este documento se plantea la necesidad de contar con un organismo técnico, de carácter deliberativo, que centraliza 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 Partes.

Mediante Resolución GMC/RES N° 4 de 1998, se aprobó la Agenda de Negociación del Subgrupo de Trabajo N° 11 (Salud). Es en este contexto que nació la Comisión de Vigilancia Epidemiológica y Control Sanitario de Puertos, Aeropuertos, Estaciones y Pasos Fronterizos, que luego pasó a denominarse Comisión de Vigilancia en Salud (COVIGSAL), con el propósito de promover la vigilancia sanitaria y el intercambio de información. Información sobre enfermedades entre los países del Mercosur. Comprende el análisis de la situación sanitaria, coordinación con un conjunto de actividades encaminadas a adoptar medidas para la identificación, promoción, prevención y control de las enfermedades y sus determinantes en la región. Estas acciones se implementan a través de planes de trabajo, definidos para un período de dos años.

COVIGSAL se reúne para discutir la situación epidemiológica de los países miembros y compartir información epidemiológica. El Programa de Trabajo 2023-2024 de COVIGSAL, aprobado en la CXXVIII Reunión Ordinaria del GMC, incluye una actualización periódica (semestral) del estatus del Mercosur de los eventos priorizados; compartir información y estrategias en el área de inmunización; compartir estrategias, avances y dificultades en la vigilancia, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores; y la construcción de estrategias comunes dentro del Mercosur para combatir la resistencia a los antimicrobianos.

Así, a partir de 2023 se elaborará el Boletín Epidemiológico del Mercosur con los indicadores seleccionados por los países para el año 2022, con la intención de recolectar y almacenar datos y compararlos con futuros boletines.

Por lo tanto, el objetivo de este boletín epidemiológico es difundir 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, se acordaron cinco problemas de salud entre los países: arbovirosis; cobertura de vacunación; sífilis y enfermedad de Chagas congénita; COVID-19; y tuberculosis.

Referências

- (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 Sec. de Inf. e Doc., v.1, n.1, dec. 2001, pág. 55-70.
- (2) Leiva, Guilherme de Castro, Sathler, Douglas y Orrico, Rómulo Dante. Estructura urbana y movilidad poblacional: implicaciones para el distanciamiento social y la propagación de Covid-19. Rdo. Bras. de Est. Pop. 2020, v. 37: pág. 01-22.

1. Introducción

1.1. Argentina

La República Argentina tiene una organización político-sanitaria federal, con rectoría del gobierno federal y coordinado en forma conjunta con las 24 provincias. El Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) se enmarca en la Ley Nacional 15.465 y la resolución 2827/2022, la cual actualiza el listado de eventos de notificación obligatoria, que ascienden actualmente a 151. Incluye enfermedades transmisibles, no transmisibles (intoxicaciones, salud mental, lesiones por causas externas no intencionales, intentos de suicidio, entre otros) y otros eventos de importancia para la salud pública (eventos emergentes, efectos a la salud por temperaturas extremas, entre otros).

El SNVS consiste en un sistema de información en línea desarrollado y coordinado por el Ministerio de Salud de la Nación y gestionado en conjunto con las autoridades sanitarias de las 24 provincias, caracterizado por la intercomunicación horizontal y 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, la evolución clínica, así como la información generada durante el proceso de investigación epidemiológica y las acciones de control.

Argentina cuenta con un sistema de alerta para eventos que requieren intervención inmediata. Este sistema incluye información clínica, epidemiológica y de laboratorios, así como estrategias de vigilancia universal, centinela, a través de redes de laboratorios, bancos de sangre y estudios especializados. Todos los eventos integrados por programas (TB, VIH e ITS, enfermedades zoonóticas, enfermedades transmisibles por vectores, etc.) están integrados al SNVS. El sistema se complementa con vigilancia de eventos basada en fuentes abiertas. El proceso se completa con la difusión de información a través del Boletín epidemiológico Nacional, publicación semanal, disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/bancos/materiales-para-equipos-de-salud/soporte/epidemiologico-boletines/>

1.2. Brasil

En Brasil, los servicios de salud pública son gestionados y regulados por el SUS, Sistema Único de Salud (1) La Vigilancia es uno de esos servicios y trabaja en conjunto con otros como la Vigilancia Epidemiológica, Sanitaria y de Salud Ocupacional. Estos sistemas están regulados por la Ley 8.080/1990, que es una de las leyes más importantes en el marco jurídico de la salud, ya que define principios y directrices que organizan el SUS. (1)

La Vigilancia Epidemiológica es la base para el funcionamiento de todas las demás vigilancias , ya que es un sistema complejo que permite recolectar datos de manera sistemática, posibilitando el análisis, la definición de condiciones e indicadores de salud para comprender una realidad o un conjunto de realidades y así proporcionar la base para la formación de políticas públicas y definición de estrategias de control.(2) La adaptación de datos se da a través de todas las unidades de salud, las cuales, al reconocer algún problema de un usuario del sistema de salud, Diligencian un formulario de notificación y esta información es almacenados en el SINAN, Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria.

Las Autoridades Públicas, para incentivar las notificaciones, definen plazos y condiciones para que las entidades federativas, Secretarías de Salud Municipales y Estatales, realicen las notificaciones de manera adecuada y constante. Dependiendo del tipo de problema, la frecuencia de notificación cambia, permitiendo que el sistema de salud se movilice y tome decisiones de manera oportuna. La Secretaría de Vigilancia en Salud y Ambiente (SVSA) es el área del Ministerio de Salud encargada de verificar la consistencia de los datos de salud ingresados por las entidades federativas. (3)

La vigilancia de la salud comprende un proceso continuo y sistematizado de recolección de información, análisis de datos y difusión de información sobre eventos relacionados con la salud, con el objetivo de proteger, promover y controlar los riesgos de problemas de salud. (2)

Referências

- (1) Brasil. Constitución de 1988. Constitución de la República Federativa del Brasil. Brasilia: Senado Federal; 1988.
- (2) Brasil. Ordenanza N° 47, de 3 de mayo de 2016. Define los parámetros para el seguimiento de la regularidad de la alimentación en el Sistema de Información y Notificación de Enfermedades (SINAN) [internet]. [consultado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Portarias/Portaria_47_de_03052016.pdf
- (3) Brasil. Resolución N° 588 de 12 de julio de 2018. Establece la Política Nacional de Vigilancia de la Salud (PNVS) [internet]. [consultado el 10 de octubre de 2023] Disponible en: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>.

1.3. Paraguay

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Paraguay tiene carácter universal, comprende a todo el personal que reside en el territorio nacional, y su alcance abarca los diferentes subsistemas de salud: privado, público y de seguridad social, además de las organizaciones no gubernamentales.

El sistema de vigilancia epidemiológica se sustenta por una red de vigilancia cuya organización central se encuentra representada por la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS), dependiente del Viceministerio de Rectoría y Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). La Red de Vigilancia Nacional se organiza en tres niveles de gestión, el nivel nacional liderado por la DGVS, nivel regional que comprenden a 18 Unidades Epidemiológicas Regionales, que a su vez abarcan a 1.445 unidades notificadoras.

Actualmente se tienen 42 Eventos de Notificación Obligatoria que contienen la vigilancia de 150 sub eventos, agrupados en: eventos transmisibles, no transmisibles y otros eventos de importancia para la Salud Pública.

También se vigilan a través de estudios especiales otros eventos como son las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo; y factores de riesgo ambientales como son enfermedades en animales, contaminaciones ambientales, variaciones climáticas y riesgos de desastres naturales. Según el tipo de Vigilancia se clasifican en Universal, Centinela y Especiales. (1)

Referências

- (1) MSPBS. Guía Nacional de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Paraguay , 2022 disponible en: <https://dgvs.mspbs.gov.py/>.

1.4. Uruguay

En febrero de 2012, se aprobó la actualización del Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria a través del Decreto 41/012 en el que se definen las enfermedades y eventos sanitarios de notificación obligatoria. El código incluye enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como eventos, hechos, acontecimientos o circunstancias que puedan considerarse de riesgo para la salud pública, que se identifiquen en el territorio nacional y que conciernen a las autoridades sanitarias a los fines preventivos, terapéuticos o epidemiológicos.

El Decreto 41/012 declara como obligatoria la notificación de enfermedades y eventos haciendo referencia a un nuevo listado en el que se incluyen 54 eventos agrupados según su periodicidad de notificación. Así resulta el Grupo A conformado por los eventos de notificación dentro de las 24 horas de su detección, y el Grupo B representado por los eventos de notificación semanal. Respecto al Código anterior, del año 2004, el Decreto 41/012 agrega nuevos eventos a la vigilancia, por ejemplo, Leishmaniosis visceral y cutánea. Además, se elimina la doble notificación en el caso de tuberculosis, pasando a notificarse a la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes.

El decreto faculta a la División Epidemiología del Ministerio de Salud Pública a definir las modalidades de vigilancia, realizar los cambios necesarios y solicitar informes según la situación epidemiológica. En este sentido, se ha reforzado la red de vigilancia epidemiológica con la creación de las Unidades Departamentales de Epidemiología (UDE) en todos los departamentos del País. Las UDEs cuentan con acceso al sistema de información web (SG-DEVISA) para el registro y análisis en tiempo real de la información epidemiológica sobre las enfermedades y eventos de notificación obligatoria. Además, se ha reforzado la red de centros centinela con la incorporación de nuevas instituciones para la vigilancia de IRAG y ETI.

El objetivo de este boletín epidemiológico es difundir información epidemiológica sobre enfermedades y problemas de salud pública de interés de los países miembros del Mercosur para apoyar acciones integradas entre países.

2. Métodos

2.1. Arbovirosis

2.1.1. Dengue

ARGENTINA

CUADRO 1

Indicadores de dengue, Argentina, 2022

DENGUE				
Indicador			Fuente dos dados	
Nome	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Taxa de incidência: número de casos notificados dividido pela população residente multiplicado por 100.000 habitantes	Casos confirmados de dengue (casos incidentes 2022)	Población publicada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, de acuerdo a los resultados provisionales del Censo 2022, presentados el 31 de enero de 2023	Ministerio de Salud-Dirección de Epidemiología-Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 2.0. (SNVS 2.0)	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
Taxa de letalidade: número de óbitos dividido pelos casos notificados multiplicado por 100	Casos fallecidos por dengue durante el período 2022.	Casos confirmados de dengue (casos incidentes 2022)	SNVS 2.0	SNVS 2.0
Taxa de mortalidade específica: número de óbitos por dengue dividido pela população multiplicado por 100 mil	Casos fallecidos por dengue durante el período 2022	Población publicada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, de acuerdo a los resultados provisionales del Censo 2022, presentados el 31 de enero de 2023	SNVS 2.0	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Fonte: Argentina

Definiciones de caso utilizadas

Caso probable: Caso sospechoso con resultados positivos para la detección de anticuerpos IgM. (*NO SE RECOMIENDA LA APLICACIÓN DE TEST RÁPIDOS EN PERIODO DE INTERBROTE)

Caso confirmado por laboratorio: Caso sospechoso o probable de dengue con resultados positivos por las siguientes técnicas:

- detección de antígeno NS1 por método de ELISA y/o
- resultado positivo por Aislamiento viral o demostración de antígeno o genoma viral por RT-PCR en Tiempo real u otra técnica molecular en tejido, sangre, Líquido Cefalorraquídeo (LCR) u otros fluidos orgánicos
- prueba de neutralización positiva para dengue y detección de seroconversión en sueros pareados con 10 a 15 días de diferencia entre los mismos y evaluación de cruces serológicos con un panel de Flavivirus de actividad reconocida en la región y/o;
- Inmunohistoquímica en muestras de tejidos en formol tamponado (buffer) en pacientes fallecidos.

Caso confirmado por nexo epidemiológico: en una situación de brote o epidemia, luego de la confirmación de la circulación del virus por pruebas de laboratorio, los siguientes casos se consideran casos de dengue por criterios clínico epidemiológicos sin necesidad de estudiarlos por laboratorio.

BRASIL

CUADRO 2

Indicadores de dengue, Brasil, 2022

DENGUE				
Indicador			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 probables de dengue	Proyección actualizada de población residente para 2022	Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (Sinan Online)	Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) Datos del Censo de 2022 del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) y enviados al Tribunal Federal de Cuentas (TCU)
Tasa de fatalidad: número de muertes dividido por casos reportados multiplicado por 100	Muertes confirmadas por dengue	Casos probables de dengue	Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (Sinan Online)	Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (Sinan Online)
Tasa de mortalidad específica: número de muertes por dengue dividido por la población multiplicada por 100 mil	Muertes confirmadas por dengue	Estimación de la población brasileña.	Fuente: Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (Sinan)	Fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE)

Fuente: Brasil

Definición de caso sospechoso de dengue

Individuo que vive en una zona donde se registran casos de dengue o que ha viajado en los últimos 14 días a una zona donde se ha producido transmisión o presencia de *Aedes aegypti*. Debe tener fiebre, generalmente entre dos y siete días, y dos o más de las siguientes manifestaciones:

- Náuseas vómitos
- Erupción
- Mialgia/artralgia
- Cefalea/dolor retroorbitario
- Petequias/prueba de bucle positivo
- Leucopenia

Definición de caso probable de dengue

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

Confirmado por criterios de laboratorio

Es aquel que cumple con la definición de caso sospechoso de dengue y que ha sido confirmado por una o más de las siguientes pruebas de laboratorio y sus respectivos resultados:

1. Reactivo ELISA NS1.
2. Aislamiento viral positivo.
3. RT-PCR detectable (hasta el quinto día del inicio de los síntomas de la enfermedad).
4. anticuerpos IgM ELISA (a partir del sexto día de inicio de los síntomas de la enfermedad).
5. Aumento de %4 veces en los títulos de anticuerpos en la prueba PRNT o IH, utilizando muestras pareadas (fase aguda y convaleciente).

Confirmado por criterios clínico-epidemiológicos

En caso de que sea imposible realizar una confirmación de laboratorio específica o para casos con resultados de laboratorio no concluyentes, se debe considerar la confirmación por vínculo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio, luego de evaluar la distribución espacial de los casos confirmados.

PARAGUAY

CUADRO 3

Indicadores de dengue, Paraguay, 2022

DENGUE				
Indicador			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	<p>Cada caso sospechoso de dengue que se reporta con resultado positivo para dengue debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Técnicas moleculares de RT-PCR convencional, RT-PCR en tiempo real, aislamiento viral. ■ ELISA IgM DEN o Ns1 o cualquier caso sospechoso de dengue con vínculo epidemiológico con un caso confirmado. ■ (casos confirmados + probables de dengue) 	Población estimada a nivel de país año 2022	La base de datos de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)	Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE), Paraguay
Tasa de fatalidad: número de muertes dividido por casos reportados multiplicado por 100	confirmados y probables de muertes por dengue	confirmados y probables de dengue	La base de datos de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)	Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE).
Tasa de mortalidad específica: número de muertes por dengue dividido por la población multiplicada por 100 mil	Casos de muertes confirmadas y probables por dengue	Población paraguaya del año 2022 es y si periodo de tiempo	La base de datos de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)	Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE)

Fuente: Paraguay

Referências

- (1) Criterios para definir casos de arbovirosis: dengue, chikungunya y Zika y diagrama de flujo de toma de muestras de laboratorio. Disponible es : https://dgvs.mspbs.gov.py/files/documentos/09_01_2023_RESOLUCION_SG_N_600.pdf
- (2) Protocolo para ello investigación y clasificación de problemas por posibles agentes con capacidad potencial para generar Epidemias, disponible es: <https://dgvs.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2023/06/MORTALIDAD-protocolo-de-cierre-fallecidos-AO.pdf>

URUGUAY

CUADRO 4

Indicadores de dengue, Uruguay, 2022

DENGUE				
Indicador			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 de dengue confirmados por laboratorio	Proyecciones de población basado es el censo del Año 2011 del Instituto Nacional de Estadística.	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia es Salud – Ministerio de Salud Pública	Proyectos de Población Instituto Nacional de Estadística
Tasa de fatalidad: número de muertes dividido por casos reportados multiplicado por 100	consideran a sí mismos a ellos muertes detectadas por el sistema de vigilancia	casos de dengue confirmados por laboratorio	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia es Salud – Ministerio de Salud Pública	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia es Salud – Ministerio de Salud Pública
Tasa de mortalidad específica: número de muertes por dengue dividido por la población multiplicada por 100 mil	consideran a sí mismos a ellos muertes detectadas por el sistema de vigilancia	Proyecciones de población basado es el censo. Año 2011 del Instituto Nacional de Estadística.	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia es Salud – Ministerio de Salud Pública	Proyectos de Población Instituto Nacional de Estadística

Fuente: Uruguay

2.1.2. Chikunguña

ARGENTINA

CUADRO 5

Indicadores de chikungunya, Argentina, 2022

CHIKUNGUNYA				
Indicador			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 confirmados de Chikungunya (casos incidentes de 2022)	Población publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, según resultados provisionales del Censo 2022, presentado el 31 de enero de 2023	SNV 2.0	Instituto Nacional de Estadística y Censos
Tasa de fatalidad: número de muertes dividido por casos reportados multiplicado por 100	Casos que fallecieron a causa de Chikungunya durante el periodo 2022	Casos confirmados de Chikungunya durante el periodo 2022.	SNV 2.0	SNV 2.0
Tasa de mortalidad específica: número de muertes por chikungunya dividido por la población multiplicada por 100 mil	Casos que fallecieron a causa de Chikungunya durante el periodo 2022	Población publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos.	SNV 2.0	Instituto Nacional de Estadística y Censos

Fuente: Argentina

Definiciones de caso utilizadas

Caso probable de fiebre chikungunya: Caso sospechoso que presente IgM positiva en muestra de suero. *NO SE RECOMIENDA LA APLICACIÓN DE TEST RÁPIDOS EN PERIODO DE INTERBROTE.

Caso confirmado de fiebre chikungunya: Caso sospechoso o probable de fiebre chikungunya con:

- Aislamiento viral y/o detección molecular del genoma viral en muestra (suero o tejido) obtenida dentro de los ocho (8) días de evolución desde el inicio de la fiebre, o
- Prueba de Neutralización de anticuerpos IgG positiva en sueros pareados con 10 a 15 días de diferencia, y
- Evaluación de reactividad cruzada con otros Alphavirus.

Caso confirmado por nexo epidemiológico: en una situación de epidemia, luego de la confirmación de la circulación del virus por pruebas de laboratorio, los siguientes casos se confirman por criterios clínico-epidemiológicos.

BRASIL

CUADRO 6

Indicadores de Chikungunya, Brasil, 2022

CHIKUNGUNYA				
Indicador			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 probables de chikungunya	Proyección de población residente actualizada para 2022 con base en datos del Censo de 2022 del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) y enviada al Tribunal de Cuentas de la Federación (TCU)	Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (Sinan)	Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE)
Tasa de fatalidad: número de muertes dividido por casos reportados multiplicado por 100	Muertes confirmadas por chikungunya	Casos probables de chikungunya	Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (Sinan)	Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (Sinan)
Tasa de mortalidad específica: número de muertes por chikungunya dividido por la población multiplicada por 100 mil	Muertes confirmadas por chikungunya	Estimación de la población brasileña.	Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (Sinan)	Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE)

Fuente: Brasil.

Caso sospechoso de chikungunya

Paciente con fiebre súbita superior a 38,5°C y artralgia o artritis intensa de inicio agudo, no explicada por otras afecciones, que resida (o haya visitado) zonas con transmisión hasta dos semanas antes del inicio de los síntomas, o que tenga un vínculo epidemiológico con un caso importado confirmado (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2011; REPÚBLICA DOMINICANA, 2014).

Definición de caso probable de chikungunya

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

Caso confirmado por criterio de laboratorio

Cualquier caso sospechoso de chikungunya se confirma en laboratorio mediante: aislamiento viral positivo, detección de ARN viral mediante RT-PCR, detección de IgM en una única muestra de suero durante la fase aguda (a partir del sexto día) o fase de convalecencia (15 días después). la aparición de los síntomas), demostración de seroconversión entre muestras en fase aguda (primera muestra) y fase de convalecencia (segunda muestra) o detección de IgG en muestras recogidas de pacientes en fase crónica de la enfermedad, con signos clínicos sugerentes.

Caso confirmado por criterios clínico-epidemiológicos

En caso de imposibilidad de realizar una confirmación de laboratorio específica o en casos con resultados de laboratorio no concluyentes, se debe considerar la confirmación por vínculo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio, luego de evaluar la distribución espacial de los casos confirmados.

PARAGUAY

CUADRO 7

Indicadores de chikungunya, Paraguay, 2022

CHIKUNGUNYA				
Indicador			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	Cada caso sospechoso de Chikungunya que cuenta con resultados por: Técnicas moleculares de RT-PCR convencional, RT-PCR en tiempo real, aislamiento viral o cada caso sospechoso con vínculo epidemiológico con un caso confirmado de chikungunya	Población paraguaya – del año 2022	La base de datos – Dirección General de Vigilancia – Salud (DGVS) de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)	Proyecciones de población – del Instituto Nacional de Estadística (INE)
Tasa de fatalidad: número de muertes dividido por casos reportados multiplicado por 100	confirmados y probables de muertes por Chikungunya	confirmados y probables de Chikungunya	La base de datos – Dirección General de Vigilancia – Salud (DGVS) de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)	Proyecciones de población – del Instituto Nacional de Estadística (INE)
Tasa de mortalidad específica: número de muertes por chikungunya dividido por la población multiplicada por 100 mil	confirmados y probables de muertes por Chikungunya	Población paraguaya – año 2022	La base de datos – Dirección General de Vigilancia – Salud (DGVS) de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)	Proyecciones de población – del Instituto Nacional de Estadística (INE)

Fuente: Paraguay.

URUGUAY

CUADRO 8

Indicadores de chikungunya, Uruguay, 2022

CHIKUNGUNYA				
Nombre	Indicador		Fuente de datos	
	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia: número de casos notificados dividido por la población residente multiplicada por 100.000 habitantes	casos confirmados de chikungunya	Proyectos de Población Instituto Nacional de Estadística	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia es Salud – Ministerio de Salud Pública	Proyectos de Población Instituto Nacional de Estadística
Tasa de fatalidad: número de muertes dividido por casos reportados multiplicado por 100	Muertes confirmadas por chikungunya	Casos confirmados de chikungunya	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia es Salud – Ministerio de Salud Pública	
Tasa de mortalidad específica: número de muertes por chikungunya dividido por la población multiplicado por 100.000	Muertes confirmadas por chikungunya	Proyectos de Población Instituto Nacional de Estadística	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia es Salud – Ministerio de Salud Pública	Proyectos de Población Instituto Nacional de Estadística

Fuente: Uruguay

2.1.3. Fiebre amarilla

ARGENTINA

CUADRO 9

Indicadores de fiebre amarilla, Argentina, 2022

FIEBRE AMARILLA				
Indicador			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Casos humanos confirmados: número absoluto de casos	Personas confirmadas por laboratorio	No se aplica	SNV 2.0 Ministerio de Salud – Dirección de Epidemiología - Sistema Nacional de Vigilancia Salud 2.0 e Instituto Nacional de Estadística y Censos. Manual de Normas y Procedimientos para la Vigilancia y Control de Eventos de Notificación obligatorio (SNVS 2.0)	No se aplica
Tasa de fatalidad: número de muertes dividido por casos reportados multiplicado por 100	Casos de muerte por Fiebre Amarilla durante el periodo 2022	Casos confirmados de Fiebre Amarilla durante el periodo 2022.	SNV 2.0	SNV 2.0
Eventos que involucran primates no humanos: número de eventos confirmados	Eventos confirmados por laboratorio	No se aplica	SNV 2.0	No se aplica

Fuente: Argentina

Caso confirmado

En personas sin antecedentes de vacunación contra la FA: todo caso es sospechoso estafa aislamiento del virus de allí fiebre amarilla, detección del genoma viral (en suero, origina el LCR), la IgM para la FA en el LCR aumenta al menos 4 veces el título de los anticuerpos IgG en contra virus de la fiebre amarilla (seroconversión) en muestras de hierro obtenido en la fase aguda y convaleciente.

En personas con antecedentes de vacunación reciente (aproximadamente 30 días después de la recepción) la vacuna) contra FA: cada caso sospechoso estafa aislamiento del Virus FA o detección del genoma viral (en suero, origina el LCR), identificados mediante técnicas moleculares específicas que permiten allí diferenciación entre este virus y él virus vacunal (PCR dúplex/ secuenciación genómica).

BRASIL

CUADRO 10

Indicadores de fiebre amarilla, Brasil, 2022

FIEBRE AMARILLA				
Indicador			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Casos humanos confirmados: número absoluto de casos	Número de casos humanos confirmados	No se aplica	Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (Sinan)	No se aplica
Tasa de letalidad: número de muertes dividido por casos reportados multiplicado por 100	Número de muertes confirmadas por fiebre amarilla	Casos sospechosos reportados	Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (Sinan)	Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (Sinan)
Eventos que involucran primates no humanos: número de eventos confirmados	Número de eventos que involucran a primates no humanos: número de eventos confirmados	No se aplica	Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (Sinan); Sistema de Información de Salud Silvestre (SISS- Geo)	No se aplica

Fuente: Brasil

Casos humanos confirmados en Brasil: el número absoluto de casos humanos confirmados de fiebre amarilla resulta de notificaciones de sospechas registradas en el Sistema de Información de Enfermedades de Notificación (Sinan) y evaluadas críticamente en aspectos clínicos, epidemiológicos y laboratoriales. El número generalmente bajo de casos hace que la tasa de incidencia sea un indicador inestable e impreciso para representar la magnitud de la enfermedad.

PARAGUAY

CUADRO 11

Indicadores de fiebre amarilla, Paraguay, 2022

FIEBRE AMARILLA				
Indicador			Fuente dos dados	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Casos humanos confirmados: número absoluto de casos	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 hay 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.	No se aplica	Base de datos de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)	No se aplica
Tasa de letalidad: número de muertes dividido por los casos notificados multiplicado por 100	Caso de muerte confirmado por fiebre amarilla		Base de datos de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)	
Eventos con 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 enferme 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: Paraguay

MSPBS. Guía de vigilancia de epizootias en primates no humanos, con sospecha de fiebre amarilla, Paraguay 2019. Disponible en: https://dgvs.mspbs.gov.py/files/documentos/Guia_de_Vigilancia_de_Epizootias_con_Sospecha_de_Fiebre_Amarilla.pdf.

URUGUAY

CUADRO 12

Indicadores de fiebre amarilla, Uruguay, 2022

FIEBRE AMARILLA				
Indicador			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Casos humanos confirmados: número absoluto de casos	Casos confirmados	No se aplica	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia es Salud – Ministerio de Salud Pública	No se aplica
Tasa de fatalidad: número de muertes dividido por casos reportados multiplicado por 100	Muertes confirmadas	Casos confirmados	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia es Salud – Ministerio de Salud Pública	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia es Salud – Ministerio de Salud Pública
Eventos que involucran primates no humanos: número de eventos confirmados	Casos en primates y humanos	No se aplica		No se aplica

Fuente: Uruguay

2.2. Cobertura de vacunación

2.2.1. Sarampión

ARGENTINA

CUADRO 13

Indicadores de cobertura de vacunación contra el sarampión, Argentina, 2022

SARAMPIÓN				
Indicadores			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número de dosis administradas a niños mayores de 1 año de la vacuna triple viral (1.ª y 2.ª dosis) dividido por la población mayor de 1 año multiplicado por 100	Se toman datos numéricos de las dosis aplicada y registrada en el módulo numérico agrupado	Utilizar como fuente de información los datos de nacidos vivos suministrados por las direcciones de estadísticas provinciales, desagregado a nivel departamental	NOMIVAC-SISA	Información proporcionada por ellos jurisdicciones, direcciones estadísticas provinciales

Fuente: Argentina

Para el cálculo del denominador, la población objetivo a vacunar se estableció mediante acta de acuerdo entre los Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y Jefe de Programas Ampliados de Inmunización jurisdicciones, utilizar como fuente de información a ellos datos sobre nacidos vivos nacidos por ellos Direcciones de las estadísticas provinciales, desagregadas a nivel departamental.

Para calcular el numerador, toma datos numéricos – dosis aplicada y registrada en el módulo agrupado numérico NOMIVAC-SISA, correspondiente a la vacante, desagregado a nivel departamental.

BRASIL

CUADRO 14

Indicadores de cobertura de vacunación contra el sarampión, Brasil, 2022

SARAMPIÓN				
Indicadores			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
1. Cobertura de vacunación de la vacuna Triple Viral, 1ra dosis	Número de primeras dosis aplicadas a la población de 1 año.	Número de nacidos vivos. 2020	Sistema de Información del Programa Nacional de Inmunizaciones – SIPNI – 2022	Sistema de Información sobre Nacidos Vivos – SINASC - 2020
2. Cobertura de vacunación de la vacuna Triple Viral, 2da dosis	Número de segunda dosis aplicadas a la población de 1 año	Nota: Se utiliza el mismo denominador para niños menores de 1 año y de 1 año de edad		

Fuente: Brasil

1. Indicador de cobertura de primera dosis: Dividir el número de 1ª dosis. dosis aplicadas por la población de 1 año.
2. Indicador de cobertura de dosis de refuerzo: Divida el número por 2. dosis aplicadas por la población de 1 año.

Factor de multiplicación = 100

Nota: la cobertura de vacunación se genera por cada dosis

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

PARAGUAY

CUADRO 15

Indicadores de cobertura de vacunación contra el sarampión, Paraguay, 2022

SARAMPIÓN				
Indicadores			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número de dosis administradas a niños mayores de 1 año de la vacuna triple vírica (1. ^a y 2. ^a dosis) dividido por la población mayor de 1 año multiplicado por 100	Número de niños de 1 año que recibieron primera dosis de SPR	Población de 1 año	Datos reportados en el registro nominal de vacunación Subsistema de Información de Cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones	Población de 1 año asignado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) para el año 2022
	Número de niños de 4 años que recibieron la segunda dosis de SPR	Población de 4 años	Datos reportados en el registro nominal de vacunación (RVE) – Subsistema de Información de Cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones	Población de 4 años asignado por el Instituto Nacional de Estadística para la año 2022.

Fuente: Paraguay

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

Donde:

PNVS = Proporción de niños vacunados con la primera/segunda dosis de vacuna SPR que contiene sarampión.

NNVS = Número de niños vacunados con la primera/segunda dosis de vacuna que contiene sarampión en el año 2022 según el esquema nacional.

NTN = Número total de niños de 1 año de edad/de 4 años de edad proyectados en el año 2022 según el Instituto Nacional de Estadísticas.

URUGUAY

CUADRO 16

Indicadores de cobertura de vacunación contra el sarampión, Uruguay, 2022

SARAMPIÓN				
Indicadores			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número de dosis administradas a niños mayores de 1 año de la vacuna triple viral (1. ^a y 2. ^a dosis) dividido por la población mayor de 1 año multiplicado por 100	SRP-1	se obtiene el número a partir de datos del certificado del nacido vivo, por el territorio o de estadísticas vitales del MSP	Extraído del sistema computarizado de vacunas (SIV). Un sistema nominal donde todos los hechos vacunas dentro del territorio nacional.	Datos del Certificado Nacido Vivo, Departamento de Estadísticas Vitales, MSP, Uruguay
	SRP-2			

Fuente: Uruguay

2.2.2. Fiebre amarilla

ARGENTINA

CUADRO 17

Indicadores de cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla, Argentina, 2022

FIEBRE AMARILLA				
Indicadores			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Dosis aplicadas a niños menores de 1 año contra la Fiebre Amarilla. Dividido por la población menor de 1 año. Multiplicado por 100	datos numéricos dosis aplicada y registrada en el módulo numérico agrupado NOMIVAC-SISA, correspondiente a la vacuna, desagregada a nivel departamental	Datos sobre nacidos vivos entregados por las Direcciones de las estadísticas provinciales, desagregadas a nivel departamental	NOMIVAC-SISA	Información proporcionada por las jurisdicciones, direcciones estadísticas provinciales

Fuente: Argentina

Para calcular el denominador de la población objetivo a vacunar, se estableció, mediante acta de acuerdo entre la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y el Director de Programas Ampliados de Inmunizaciones de las jurisdicciones, utilizar como fuente de información los datos de nacidos vivos administrados por las direcciones provinciales de estadística, desagregados a nivel departamental.

Para calcular el numerador se toman datos numéricos de las dosis aplicadas y registradas en el módulo agrupado numérico de NOMIVAC-SISA, correspondientes a la vacuna, desagregadas a nivel departamental.

(*)Se calcula la cobertura sobre áreas endémicas de fiebre amarilla. Estos comprenden el total de jurisdicciones de Misiones, Corrientes y Formosa; y a los departamentos de Anta, Capital, Orán, Rivadavia y San Martín de la jurisdicción de Salta; a los departamentos de Ledesma, San Pedro y Santa Bárbara que pertenecen a la jurisdicción de Jujuy; y Departamento de Bermejo correspondiente a la jurisdicción del Chaco.

BRASIL

CUADRO 18

Indicadores de cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla, Brasil, 2022

FIEBRE AMARILLA				
Indicadores			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Cobertura de vacunas contra la fiebre amarilla	Número de dosis aplicadas a la población menor de 1 año	Número de nacidos vivos - 2020 Nota: Se utiliza el mismo denominador para niños menores de 1 año y 1 año de edad.	Sistema de Información del Programa Nacional de Inmunizaciones - SIPNI - 2022	Sistema de Información sobre Nacidos Vivos - SINASC - 2020

Fuente: SVSA/Brasil

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

PARAGUAY

CUADRO 19

Indicadores de cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla, Paraguay, 2022

FIEBRE AMARILLA				
Indicadores			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número de dosis aplicadas a menores de 1 año de la vacuna Fiebre Amarilla. Dividido por población menor de 1 año. Multiplicado por 100.	Número de niños de 1 año que recibieron allí dosis única de vacuna contra el virus fiebre amarillo	Población de 1 año	Datos reportados en el registro nominal de vacunación (RVE) – Subsistema de Información de Cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones	Liquidación de 1 año asignado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) para la año 2022

Fuente: Paraguay

El método de cálculo es $PNVFA = NNVFA/NTN \times 100$

Donde:

PNVFA = Proporción de niños de un año de edad vacunados contra la fiebre amarilla.

NNVFA = Número de niños vacunados con la vacuna fiebre amarilla en el año 2022 según el esquema nacional.

NTN = Número total de niños de un año de edad proyectados en el año 2022 según el Instituto Nacional de Estadísticas.

La fuente de los datos es el reporte del Registro Nominal de Vacunación (RVE) – Sub-Sistema de Información de Coberturas del PAI.

URUGUAY

La fiebre amarilla no forma parte del esquema regular de vacunación. La indicación actual de la vacuna en nuestro país contempla a personas que viajan a lugares endémicos o de alta circulación.

2.2.3. Poliomiелitis

ARGENTINA

CUADRO 20

Indicadores de cobertura de vacunación contra poliomiелitis, Argentina, 2022

POLIO				
Indicadores			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número de dosis administradas a niños menores de 1 año de vacuna contra la polio. Dividido por la población menor de 1 año. Multiplicado por 100	Las dosis aplicadas y registradas en el módulo agrupado numérico NOMIVAC-SISA, correspondiente a la vacuna, desagregado a nivel departamental	Utilizar como fuente de información los datos de nacidos vivos suministrados por las direcciones de estadísticas provinciales, desagregado a nivel departamental	NOMIVAC-SISA	Información proporcionada por las jurisdicciones, Direcciones de estadísticas provinciales

Fuente: Argentina

Para el cálculo del denominador o población objetivo a vacunar, se estableció, mediante acta de acuerdo entre la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y Jefe/as de Programas Ampliado de Inmunizaciones de las jurisdicciones, utilizar como fuente de información los datos de nacidos vivos suministrados por las direcciones de estadísticas provinciales, desagregado a nivel departamental.

Para el cálculo del numerador se toman datos numéricos de las dosis aplicadas y registradas en el módulo agrupado numérico NOMIVAC-SISA, correspondiente a la vacuna, desagregado a nivel departamental.

BRASIL

CUADRO 21

Indicadores de cobertura de vacunación contra poliomielitis, Brasil, 2022

POLIO				
Indicadores			Indicadores	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Cobertura de vacunación para la vacuna contra poliomielitis	1. Número de terceras dosis aplicadas a la población menor de 1 año con la vacuna Polio (VIP - inactivada) 2. Número de primeras dosis de refuerzo aplicadas a la población de 1 año con la vacuna contra la Polio (VOPb - atenuada)	Número de nacidos vivos Nota: Se utiliza el mismo denominador para niños menores de 1 año y 1 año	Sistema de Información del Programa Nacional de Inmunizaciones - SIPNI - 2022	Sistema de Información sobre Nacidos Vivos - SINASC - 2020

Fuente: Brasil

Nota: la cobertura de vacunación se genera por cada dosis.

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

PARAGUAY

CUADRO 22

Indicadores de cobertura de vacunación contra poliomielitis, Paraguay, 2022

POLIO				
Indicadores			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número de dosis aplicadas a niños menores de 1 año de la vacuna contra la polio. Dividido por la población menor de 1 año. Multiplicado por 100.	Número de niños menores de 1 año de edad que recibieron la tercera dosis de vacuna anti poliomielítica	Población menor de 1 año	Datos reportados en el registro nominal de vacunación (RVE) - Subsistema de Información de Cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones	Población menor de 1 año asignado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) para la año 2022

Fuente: Paraguay

El método de cálculo es $PNVAP = NNVAP/NTN \times 100$

Donde:

PNVAP = Proporción de niños de un año de edad vacunados con la tercera dosis de la vacuna anti poliomielítica.

NNVAP = Número de niños vacunados con la vacuna anti poliomielítica en el año 2022 según el esquema nacional.

NTN = Número total de niños menores de un año de edad proyectados en el año 2022 según el Instituto Nacional de Estadísticas.

La fuente de los datos es el reporte del Registro Nominal de Vacunación (RVE) – Sub-Sistema de Información de Coberturas del PAI

Para el año 2022, el esquema vacuna frente a la poliomielitis consta de un esquema primario de 3 dosis administrada a los 2, 4 y 6 meses de edad, más un refuerzo a los 18 meses de edad y un segundo refuerzo a los 4 años de edad con la vacuna IPV para el esquema primario y bOPV para los refuerzos.

URUGUAY

CUADRO 23

Indicadores de cobertura de vacunación contra poliomielitis, Uruguay, 2022

POLIO				
Indicadores			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número de dosis administradas a niños menores de 1 año de vacuna contra la polio. Dividido por la población menor de 1 año. Multiplicado por 100.	IPV1	se obtiene el número a partir de datos del certificado del nacido vivo, proporcionados por el departamento de estadísticas vitales del MSP.	Sistema informático de vacunas (SIV), se trata de un sistema nominal donde se registran todos los actos de vacunas dentro del territorio nacional	Datos a partir del Certificado del Nacido Vivo proporcionado por el Departamento de Estadísticas Vitales del MSP
	IPV2			
	IPV3			

Fuente: Uruguay

2.2.4. Covid-19

ARGENTINA

CUADRO 24

Indicadores de cobertura de vacunación Covid 19 , Argentina, 2022

COVID-19				
Indicadores			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número de sujetos con esquema primario completo de dos dosis, para personas de 5 años en adelante y para niños de 6 meses a <5 años (el esquema primario completo sería de 3 dosis). Dividido por población objetivo recomendada. Multiplicado por 100.	Población de 6 meses a 4 años que tomó la vacuna más la población mayor de 5 años que tomó la vacuna	Proyección de población, censo INDEC 2010	Datos nominales de las dosis aplicadas y registradas en NOMIVAC-SISA El numerador se toma de los datos nominales de las dosis aplicadas y registradas en NOMIVAC-SISA	Proyección INDEC censo 2010

Fuente: Argentina

BRASIL

CUADRO 25

Indicadores de cobertura de vacunación Covid 19, Brasil, 2022

COVID-19				
Indicadores			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Cobertura de vacunación de vacunas monovalentes contra la COVID-19	Número de personas mayores de 5 años con dos dosis de vacuna + número de personas de 6 meses a 5 años con 3 dosis de vacuna	Población a partir de 6 meses	Sistema de Información del Programa Nacional de Inmunizaciones - SIPNI - 2022	IBGE

Fuente: Brasil

El número de personas con dos dosis de la vacuna COVID-19 se divide por la población del grupo de edad respectivo (población de cinco años y más). O se divide el número de individuos con tres dosis de la vacuna por la población del grupo de edad respectivo (población de 6 meses a menos de cinco años). Luego se multiplica por 100 para obtener el porcentaje. La meta de cobertura de vacunación establecida por el Departamento de Inmunización (DPNI) es del 90%.

PARAGUAY

CUADRO 26

Indicadores de cobertura de vacunación Covid 19, Paraguay, 2022

COVID-19				
Indicadores			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número de sujetos con esquema primario completo de dos dosis, para personas de 5 años en adelante y para niños de 6 meses a <5 años (el esquema primario completo sería de 3 dosis). Dividido por población objetivo recomendada. Multiplicado por 100.	Número de personas de 5 años en adelante quienes han completado el esquema primario de 2 dosis de vacuna frente a la COVID-19	Población menor de 5 años es adelante	Datos reportados en el registro nominal de vacunación (RVE) – Subsistema de Información de Cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones	Población de 5 años en adelante asignada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para el año 2022

Fuente: Paraguay

El método de cálculo es $PPV_{COVID-19} = NPV_{COVID-19} / NTP \times 100$

Donde:

PPCOV19 = Proporción de personas de 5 años en adelante quienes han completado el esquema primario de 2 dosis de vacuna frente a la COVID-19.

NPVCOV19 = Número de personas vacunadas con dos dosis de la vacuna frente a la COVID-19 en el año 2022 según el esquema nacional.

NTP = Número total de personas vacunadas de 5 años en adelante proyectados en el año 2022 según el Instituto Nacional de Estadísticas.

La fuente de los datos es el reporte del Registro Nominal de Vacunación (RVE) – Sub-Sistema de Información de Coberturas del PAI.

URUGUAY

CUADRO 27

Indicadores de cobertura de vacunación Covid 19 , Uruguay, 2022

COVID-19				
Indicadores			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Número de dosis para personas de 5 años y más Dividido por población objetivo recomendada. Multiplicado por 100.	5-12 años: vacuna plataforma ARNm 2 dosis 12-17 años: vacuna plataforma ARNm 2 dosis y dosis adicional para personas con comorbilidades	Corresponde a todos los mayores de 5 años	Sistema Informático de Vacunas (SIV) Corresponde a todos los mayores de 5 años La población incluida se obtuvo a través del registro único de asistencia formal en salud del MSPen base a las recomendaciones sanitarias vigentes	Registro Único de Asistencia Formal en Salud (RUCAF)

Fuente: Uruguay

En Uruguay la vacunación contra COVID-19 no es obligatoria. Se puede administrar a toda persona mayor de 5 años de edad.

2.3. Sífilis y enfermedad de Chagas congénita

2.3.1. Sífilis congénita

ARGENTINA

CUADRO 28

Indicadores de sífilis congénita, Argentina, 2022

SÍFILIS CONGÉNITA		
Indicador		Fuente de datos
Nombre	Numerador*	Numerador
Número absoluto de casos de sífilis congénita en 2022	1. Nacido/a vivo/a o muerte fetal o aborto de más de 500 gr de una persona gestante con diagnóstico confirmado de sífilis y sin tratamiento adecuado de la persona gestante durante el embarazo 2. Nacido/a vivo/a, muerte fetal o aborto de más de 500 gr, o niño/a menor de 24 meses, hijo/a de una persona gestante con criterio de caso probable o confirmado de sífilis	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud. SNVS 2.0

Fuente: Argentina

*Definiciones de caso para el cálculo del numerador:

1. Nacido/a vivo/a o muerte fetal o aborto de más de 500 gr de una persona gestante con diagnóstico confirmado de sífilis y sin tratamiento adecuado de la persona gestante durante el embarazo.

2. Nacido/a vivo/a, muerte fetal o aborto de más de 500 gr, o niño/a menor de 24 meses, hijo/a de una persona gestante 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 persona gestante. B. Demostración de *T. pallidum* por Campo Oscuro o PCR 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: A. Menor de 24 meses con prueba no treponémica 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 prueba no treponémica reactiva y signos clínicos característicos o altamente sugerentes. Criterios clínicos: 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).

3. Muerte fetal en persona gestante con diagnóstico de sífilis y sin otra causa conocida.

BRASIL

CUADRO 29

Indicador de sífilis congénita, Brasil, 2022

SÍFILIS CONGÉNITA		
Indicador		Fuente de datos
Nombre	Numerador	Numerador
Número absoluto de casos de sífilis congénita en 2022	Nacidos vivos con sífilis congénita menores de 1 año en el año evaluado, informado en Sinan* Las pérdidas fetales que ocurrieron en el año, informadas en el Sinan. Muerte fetal antes o durante el parto/muertes neonatales resultantes de sífilis congénita identificadas en el SIM (no reportadas en Sinan), después de la investigación y confirmación del diagnóstico.	Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (Sinan) Sistema de Información de Mortalidad (SIM)

Fuente: Brasil

*Criterios de definición de casos para calcular el numerador:

I. Situación 1: Todo recién nacido, muerte fetal o aborto de mujer con sífilis no tratada o tratada inadecuadamente;

II. Situación 2: Todo niño menor de 13 años con al menos una de las siguientes situaciones:

Manifestación clínica, líquido cefalorraquídeo o alteración radiológica de la sífilis congénita Y prueba no treponémica reactiva.

Pruebas no treponémicas con títulos del lactante mayores que los de la madre, en al menos dos diluciones de muestras de sangre periférica, tomadas simultáneamente en el momento del parto.

Títulos ascendentes de pruebas no treponémicas en al menos dos diluciones durante el seguimiento del niño expuesto

Los títulos de las pruebas no treponémicas siguen siendo reactivos después de los 6 meses de edad, excepto en situaciones de seguimiento terapéutico.

Pruebas treponémicas reactivas después de los 18 meses de edad sin diagnóstico previo de sífilis congénita.

III. Situación 3: Evidencia microbiológica de infección por *Treponema pallidum* en una muestra de secreción nasal o lesión cutánea, biopsia o necropsia de un niño, aborto espontáneo o muerte fetal. *T. pallidum se* detecta mediante examen directo mediante microscopía (campo oscuro o con material teñido).

PARAGUAY

CUADRO 30

Indicador de sífilis congénita, Paraguay, 2022

SÍFILIS CONGÉNITA		
Indicador		Fuente de datos
Nombre	Numerador	Numerador
Número absoluto de casos de sífilis congénita en 2022	<p>*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.</p> <p>*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.</p> <p>*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 en relación a títulos anteriores.</p> <p>*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).</p>	<p>PRONASIDA</p> <p>Programa Nacional de Control del VIH/Sida/ITS</p>

Fuente: Paraguay

URUGUAY

CUADRO 31

Indicador de sífilis congénita, Uruguay, 2022

SÍFILIS CONGÉNITA		
Indicador		Fuente de datos
Nombre	Numerador	Numerador
Número absoluto de casos de sífilis congénita en 2022	Los datos de sífilis congénita se obtienen de la notificación pasiva de casos y se complementan con las auditorías de todos los casos reportados realizadas por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia en Salud/Programa de Salud Sexual y Reproductiva– Ministerio de Salud Pública

Fuente: Uruguay

2.3.2. Enfermedad de Chagas congénita

ARGENTINA

CUADRO 32

Indicador de Chagas Congénito, Argentina, 2022

ENFERMEDAD DE CHAGAS CONGÉNITA		
Indicador		Fuente de datos
Nombre	Numerador	Numerador
Número de casos agudos de enfermedad de Chagas de transmisión vertical *	Caso sospechoso con confirmación de laboratorio	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud. SNVS 2.0

Fuente: Argentina

*Definiciones de caso para el cálculo del numerador:

Caso confirmado de Chagas agudo congénito/vertical: 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.

EN ARGENTINA LA DEFINICION DE CASO CONSIDERA HASTA LOS 18 MESES DE VIDA.

BRASIL

CUADRO 33

Indicador de Chagas congénito, Brasil, 2022

ENFERMEDAD DE CHAGAS CONGÉNITA		
Indicador		Fuente de datos
Nombre	Numerador	Numerador
Número de casos agudos de enfermedad de Chagas de transmisión vertical*	Total de casos agudos en niños hasta 3 años por transmisión vertical por año de notificación	Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (Sinan)

Fuente: Brasil

*caso congénito, considerar fase aguda hasta los 3 años de edad.

Esta es una descripción del número absoluto de casos agudos por transmisión vertical en Brasil en 2021. Se utilizó como fuente de datos la base de datos de casos de Enfermedad de Chagas aguda (ECA) previamente tratados por duplicados e inconsistencias, provenientes del (Sinan), por año de notificación. Se seleccionaron los casos confirmados en el grupo etario de hasta 3 años y con probable forma de transmisión vertical.

PARAGUAY

CUADRO 34

Indicadores de Chagas Congénito, Paraguay, 2022

ENFERMEDAD DE CHAGAS CONGÉNITA		
Indicador		Fuente de datos
Nombre	Numerador	Numerador
Número de casos agudos de enfermedad de Chagas de transmisión vertical *	Todo recién nacido hijo de madre infectado con <i>Trypanosoma cruzi</i>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social: Programa Nacional de Chagas (SENEPA) y Programa Nacional de Enfermedades Vector (Dirección General de Vigilancia de la Salud – DGVS)

Fuente: Paraguay

URUGUAY

CUADRO 35

Indicador de Chagas Congénito, Uruguay

ENFERMEDAD DE CHAGAS CONGÉNITA		
Indicador		Fuente de datos
Nombre	Numerador	Numerador
Número de casos agudos de enfermedad de Chagas de transmisión vertical *	Eventos notificados Todos los establecimientos de salud tienen la obligación de notificar éste evento. Se realizan estudios serológicos (obligatorios) en embarazadas, en recién nacidos de madres positivas y en bancos de sangre	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia en Salud – Ministerio de Salud

Fuente: Uruguay

2.4. Covid-19

2.4.1. Argentina

TABLA 36
Indicadores Covid 19, Argentina, 2022

COVID-19				
Indicadores			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	-	-	Sistema Nacional de Vigilancia - Salud SNVS 2.0	-
**Tasa de letalidad: número de muertes dividido por casos reportados multiplicado por 100	-	-	Sistema Nacional de Vigilancia - Salud SNVS 2.0	-
Tasa de mortalidad específica: número de muertes por Covid-19 dividido por la población multiplicada por 100 mil	personas fallecidas con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2, reportado en el evento "Ingresó y/o falleció por COVID o IRA". Fuente de información : Sistema Nacional de Vigilancia Salud 2.0	Población estimada al 1 de julio de 2022 para el total nacional a partir del último Censo con resultados disponibles (2010). Fuente de información: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la República Argentina.	Sistema Nacional de Vigilancia - Salud SNVS 2.0	INDEC. Estimaciones y proyecciones elaboradas con base en los resultados del Censo Nacional de Población, Viviendas y Viviendas de 2010.

Fuente: Argentina

*Tasa de Incidencia de Covid-19 en Argentina:

Consideración:

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2022 la infecciones por SARS-CoV-2 se notificaron de forma universal al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. A partir de la SE 23, con el propósito de integrar la vigilancia de SARS-CoV-2, influenza y otros virus respiratorios, ya no se recomienda el estudio etiológico de todos los casos sospechosos de COVID-19, sino que se realiza una priorización diagnóstica (grupos de riesgo y casos que pertenecen a estrategia centinela). A partir de ese momento, solo se solicita registrar casos confirmados para SARS-CoV-2, casos incluidos en la estrategia centinela, aquellos con infecciones que requieran internación y/o fallecidos. Por lo tanto, no es posible calcular con los datos disponibles la tasa de incidencia de la infección a nivel nacional para 2022.

**Tasa de letalidad por Covid-19 en Argentina:

Hasta la semana epidemiológica (SE) 22 de 2022 la infecciones por SARS-CoV-2 se notificaron de forma universal al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. A partir de la SE 23, con el propósito de integrar la vigilancia de SARS-CoV-2, influenza y otros virus respiratorios, ya no se recomienda el estudio etiológico de todos los casos sospechosos de COVID-19, sino que se realiza una priorización diagnóstica (grupos de riesgo y casos que pertenecen a estrategia centinela). A partir de ese momento, solo se solicita registrar casos confirmados para SARS-CoV-2, casos incluidos en la estrategia centinela, aquellos con infecciones que requieran internación y/o fallecidos. Por lo tanto, el país cuenta con información actualizada y completa sobre fallecimientos por COVID-19, pero no es posible calcular la tasa de letalidad dada la priorización diagnóstica en la estrategia de vigilancia vigente desde SE23.

2.4.2. Brasil

CUADRO 37

Indicadores de Covid19, Brasil, 2022

COVID-19				
Indicadores			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	Número total de casos confirmados por las Secretarías Estatales de Salud (SES)	Número total de población residente	Departamento de Salud del Estado	IBGE - Estimaciones de población
Tasa de fatalidad: número de muertes dividido por casos reportados multiplicado por 100	Número de muertes por covid-19	Número de pacientes notificados de Covid-19 por las Secretarías Estatales de Salud (SES)	Departamento de Salud del Estado	Departamento de Salud del Estado
Tasa de mortalidad específica: número de muertes por Covid-19 dividido por la población multiplicado por 100.000	Número de muertes por covid-19	Número total de población residente	Departamento de Salud del Estado	IBGE - Estimaciones de población

Fuente: Brasil

2.4.3. Paraguay

CUADRO 38

Indicadores Covid19, Paraguay, 2022

COVID-19				
Indicadores			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	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. (Número de casos confirmados)	Población de Paraguay del año 2022	Base de datos de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)	Instituto Nacional de Estadística (INE)
Tasa de fatalidad: número de muertes dividido por casos reportados multiplicado por 100	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. (Número de casos confirmados fallecidos)	Total, de casos confirmados de COVID-19	Base de datos de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)	Base de datos de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)
Tasa de mortalidad específica: número de muertes por Covid-19 dividido por la población multiplicada por 100 mil	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. (Número de casos confirmados fallecidos)	Población de Paraguay del año 2022	Base de datos de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)	Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

Fuente: Paraguay

Para el año 2022, el esquema de vacunación contra el COVID -19 consta de un esquema primario de 2 dosis administradas con un intervalo que depende del tipo de vacuna a administrar con la vacuna Comirnaty, Moderna, Coronavac o Sinopharm.

2.4.4. Uruguay

CUADRO 39

Indicadores Covid 19, Uruguay, 2022

COVID-19				
Indicadores			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 confirmados por PCR y también confirmados por Test de Antígeno para SARS-CoV-2. Los criterios de testeo, que se modificaron durante el transcurso del año 2022, pueden consultarse en la página web del MSP		Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia en Salud – Ministerio de Salud Pública	Proyecciones de población Instituto Nacional de Estadística
Tasa de fatalidad: número de muertes dividido por casos reportados multiplicado por 100	casos fallecidos detectados por el sistema de vigilancia	Casos confirmados	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia en Salud – Ministerio de Salud Pública	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia en Salud – Ministerio de Salud Pública
Tasa de mortalidad específica: número de muertes por Covid-19 dividido por la población multiplicado por 100.000	casos fallecidos detectados por el sistema de vigilancia	Población Uruguay	Sistema informático SG DEVISA – Departamento de Vigilancia en Salud – Ministerio de Salud Pública	Proyecciones de población Instituto Nacional de Estadística

Fuente: Uruguay

Se realiza vigilancia de COVID-19 mejorando através de estrategias que incluyen:

IRAG intensificó la vigilancia.

Vigilancia de enfermedades – Respiratorio Agudo.

Seguimiento de personas hospitalizadas y fallecidas confirmadas con COVID-19.

Vigilancia centinela en centros previamente seleccionados.

Seguimiento de consultas en Unidades Móviles previamente seleccionadas.

2.5. Tuberculosis

2.5.1. Argentina

CUADRO 40

Indicadores de Tuberculosis, Argentina, 2022

TUBERCULOSIS				
Indicadores			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 notificados de Tuberculosis (TB) nuevos, recaídas y sin información de antecedentes de tratamiento (Casos incidentes)	Población estimada al 1 de julio de cada año calendario	SNVS 2.0	Proyecciones de población Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
Tasa de fatalidad: número de muertes dividido por casos reportados 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	Total de casos notificados de TB nuevos, recaídas y sin información de antecedentes de tratamiento notificados para el año calendario.	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 mycobacterias), B90 (Secuelas de Tuberculosis), O98 (Embarazo complicado por Tuberculosis) registradas en las bases de estadísticas vitales	Población estimada al 1 de julio de cada año calendario	Dirección de Estadísticas e Información en Salud	Proyecciones de población Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Fuente: Argentina

2.5.2. Brasil

CUADRO 41

Indicadores de tuberculosis, Brasil, 2022

TUBERCULOSIS				
Indicadores			Fuente de datos	
Nombre	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Tasa de incidencia de tuberculosis	Número de nuevos casos de tuberculosis en un año determinado	Población residente en un año determinado	Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (Sinan)	IBGE/Dirección de Investigaciones. Coordinación Poblacional e Indicadores Sociales. Gestión de Estudios y Análisis de Dinámica Demográfica/Proyección Poblacional de Unidades de la Federación por sexo, edad simple y grupos de edad: 2010-2060 (edición 2018)
Tasa de mortalidad por tuberculosis	Número de muertes por tuberculosis registrada con los códigos A15 a A19 como causa subyacente según la 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).	Población residente en un año determinado	Sistema de Información de Mortalidad (SIM)	IBGE/Dirección de Investigaciones. Coordinación Poblacional e Indicadores Sociales. Gestión de Estudios y Análisis de la Dinámica Demográfica/ Proyección de la Población de las Unidades de la Federación por sexo, edad simple y grupos de edad: 2010-2060 (edición 2018)

Fuente: SVSA/Brasil

Tasa de incidencia de tuberculosis: número de nuevos casos de tuberculosis dividido por la población multiplicada por 100.000

Tasa de mortalidad por tuberculosis: número de muertes por tuberculosis dividido por la población multiplicada por 100.000

Brasil no calcula la tasa de letalidad por tuberculosis siguiendo la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>).

Además, nuestros sistemas de información no lo permiten. En Sinan, tenemos casos nuevos y de retratamiento registrados. Este último puede repetirse muchas veces en un mismo año, es decir, un mismo individuo puede estar registrado varias veces. No se trata de una duplicación, sino más bien del registro de varios eventos de tuberculosis para el mismo individuo. Esta distinción no se hace en SIM, lo que significa que el denominador está sobreestimado.

2.5.3. Paraguay

CUADRO 42

Indicadores de tuberculosis, Paraguay, 2022

TUBERCULOSIS				
Indicadores			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	Personas que se enferman de tuberculosis (nuevos y recaídas)	Población de Paraguay del año 2022	Sistema Experto de TB	Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE)
Tasa de fatalidad: número de muertes dividido por casos reportados multiplicado por 100	Proporción de personas que han fallecido de tuberculosis todas las formas (nuevos y recaídas, previamente tratados)	Total, de casos de tuberculosis reportados	Sistema Experto de TB	Sistema Experto de TB
Tasa de mortalidad específica: número de muertes por Tuberculosis dividido por la población multiplicado por 100.000	Paciente con tuberculosis que mueren por cualquier razón antes de iniciar o durante el curso del tratamiento.	Población de Paraguay del año 2022	Sistema de Estadísticas Vitales	Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

Fuente: Paraguay

2.5.4. Uruguay

CUADRO 43

Indicadores de Tuberculosis, Uruguay, 2022

TUBERCULOSIS				
Indicador del total del año 2022			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 confirmados de tuberculosis	Sin información	Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes	Proyecciones de población Instituto Nacional de Estadística
Tasa de fatalidad: número de muertes dividido por casos reportados multiplicado por 100	Número de muertes por tuberculosis	Sin información	Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes	Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes
Tasa de mortalidad específica: número de muertes por Tuberculosis dividido por la población multiplicado por 100.000	Número de muertes por tuberculosis	Sin información	Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes	Proyecciones de población Instituto Nacional de Estadística

Fuente: Uruguay

La notificación de la tuberculosis, así como las medidas de prevención y control de esta enfermedad, la realiza la Comisión Honoraria Antituberculosis y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP), que adicionalmente reporta los datos al sistema de vigilancia (SG-DEVISA).

3. Resultados

3.1. Arboviroses

3.1.1. Dengue

3.1.1.1. Tasa de incidencia del dengue

TABLA 1

Tasa de Incidencia de Dengue por cada 100 mil habitantes en los Países del Mercosur en 2022

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (calculado)
Argentina	823	46.044.703	1,79
Brasil	1.393.684	213.317.639	653,34
Paraguay	599	7.453.695	8,04
Uruguay	20 (importado)	3554915	0,56

Fuente: datos proporcionados por los países.

Argentina

La tasa de incidencia fue de 1,79 casos de dengue por 100.000 habitantes.

Brasil

Se registraron 1.393.684 casos probables de dengue y una tasa de incidencia de 653,3 casos por 100.000 habitantes.

Paraguay

La tasa de incidencia fue de 8,04 casos de dengue por 100.000 habitantes.

Serotipos circulantes: DEN-1, y DEN-2.

Uruguay

Todos los casos de dengue registrados en 2022 fueron importados. En Uruguay, desde la reintroducción del vector en 1997, se presentó un número variable de casos importados por año, hasta que, en 2016, en el contexto de un aumento del número de casos en la región, se registró un brote autóctono de 19 casos. En el año 2020 se presentaron 3 casos autóctonos.

3.1.1.2. Tasa de letalidad por dengue

TABLA 2

Tasa de letalidad por dengue en los países del Mercosur en 2022

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (calculado)
Argentina	0	823	0
Brasil	1.053	1.393.684	0,07
Paraguay	0	0	0
Uruguay	0	20	-

Fuente: datos proporcionados por los países.

Argentina

No se registró circulación viral en ninguna localidad del país. No se registraron fallecidos durante la temporada de 2022.

Brasil

En Brasil, en 2022, se confirmaron un total de 1.053 muertes entre 1.393.684 casos probables de dengue, lo que resulta en una tasa de letalidad del 0,07%.

Paraguay

No Paraguay en 2022, no se registraron fallecidos.

Uruguay

En 2022 no se registraron muertes, por lo tanto no existe tasa de letalidad.

3.1.1.3. Tasa de mortalidad específica del dengue

TABLA 3

Tasa de Mortalidad Específica por Dengue por 100 mil habitantes en los Países del Mercosur en 2022

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (calculado)
Argentina	0	46.044.703	0
Brasil	1.053	213.317.639	0,49
Paraguay	0	7.453.695	0
Uruguay	0	3.554.915	0

Fuente: datos proporcionados por los países.

Argentina

No se registraron fallecidos durante la temporada de 2022.

Brasil

En Brasil, en 2022, la mortalidad específica por dengue fue de 0,49 muertes por 100.000 habitantes.

Paraguay

Paraguay no tiene registro para este indicador.

Uruguay

En 2022 no se registraron muertes, por lo que no existe una mortalidad específica por Dengue.

3.1.2. Chikunguna

3.1.2.1. Tasa de incidencia de chikungunya

TABLA 4

Tasa de Incidencia de Chikungunya por cada 100 mil habitantes en los Países del Mercosur en 2022

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (calculado)
Argentina	0	46.044.703	0
Brasil	175.956	213.317.639	82,4
Paraguay	3.811	7.453.695	51,1
Uruguay	0	3.554.915	0

Fuente: datos proporcionados por los países.

Argentina

No se registraron casos confirmados de Chikungunya durante la temporada 2022.

Brasil

En Brasil, para el año 2022, se registraron 175.956 casos probables de Chikugunya, con una incidencia de 82,4 casos por 100.000 habitantes.

Paraguay

La tasa de incidencia de chikunguya fue 51,1 casos por 100.000 habitantes

Uruguay

No se registraron casos confirmados de Chukungunya en 2022.

3.1.2.2. Tasa de letalidad de Chikungunya

TABLA 5

Tasa de letalidad por chikungunya en los países del Mercosur en 2022

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (calculado)
Argentina	0	0	0
Brasil	100	175.956	0,05
Paraguay	1	3.811	0,02
Uruguay	0	0	0

Fuente: datos proporcionados por los países.

Argentina

No se registró circulación viral en ninguna localidad del país. No se registraron fallecidos durante la temporada de 2022.

Brasil

En Brasil, para el año 2022, se confirmaron un total de 100 muertes, lo que resulta en una tasa de letalidad del 0,05%.

Paraguay

La tasa de letalidad fue del 0,04%.

Uruguay

No se registraron fallecidos de Chikungunya en 2022.

3.1.2.3. Chikungunya: tasa de mortalidad específica

TABLA 6

Tasa de Mortalidad Específica por Chikungunya por cada 100 mil habitantes en los Países del Mercosur en 2022

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tarifa (calculada)
Argentina	0	46.044.703	0
Brasil	100	213.317.639	0,05
Paraguay	1	7.453.695	0,01
Uruguay	0	3554915	0,00

Fuente: datos proporcionados por los países.

Argentina

No se registraron fallecidos durante la temporada de 2022.

Brasil

En Brasil, para el año 2022, la mortalidad específica por chikungunya fue de 0,04 muertes por 100.000 habitantes.

Paraguay

La tasa de mortalidad fue de 0,01 casos de fallecido por 100.000 habitantes.

Uruguay

No se registraron casos confirmados de Chikungunya en 2022.

3.1.3. Fiebre amarilla

3.1.3.1. Tasa de incidencia de fiebre amarilla

TABLA 7

Tasa de Incidencia de Fiebre Amarilla por cada 100 mil habitantes en los Países del Mercosur en 2022

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tarifa (calculada)
Argentina	0	46.044.703	0
Brasil	4	213.317.639	
Paraguay	0	7.453.695	0
Uruguay	0	3.554.915	0

Fuente: datos proporcionados por los países.

Argentina

No se registraron casos humanos confirmados de Fiebre Amarilla ni de epizootia en primates no humanos durante el año 2022.

Se notificaron 7 casos confirmados de Fiebre Amarilla importados con antecedente de viaje a Brasil y sin antecedente de vacunación por última vez en el año 2018.

Brasil

En Brasil, en 2022, se registraron 4 casos confirmados de fiebre amarilla en humanos.

Paraguay

No se reportan casos humanos confirmados en el Paraguay. El último brote ocurrió en el año 2008, con 28 casos confirmados.

Uruguay

En Uruguay no se presentan casos de fiebre amarilla desde 1873.

3.1.3.2 Tasa de mortalidad por fiebre amarilla

TABLA 8

Tasa de letalidad por fiebre amarilla en los países del Mercosur en 2022

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (calculado)
Argentina	0	0	0
Brasil	2	4	50%
Paraguay	0	0	0
Uruguay	0	0	0

Fuente: datos proporcionados por los países.

Argentina

No se registraron casos humanos confirmados de Fiebre Amarilla ni de epizootia en primates no humanos durante el año 2022.

Se notificaron 7 casos confirmados de Fiebre Amarilla importados con antecedente de viaje a Brasil y sin antecedente de vacunación por última vez en el año 2018.

Brasil

En Brasil, en 2022, se confirmaron un total de 2 muertes, lo que resulta en una tasa de letalidad del 50%.

Paraguay

No se reportan casos humanos confirmados en el Paraguay. El último brote ocurrió en el año 2008, con 28 casos confirmados.

Uruguay

En Uruguay no se presentan casos de fiebre amarilla desde 1873.

3.1.3.3. Eventos que involucran primates no humanos: número de eventos confirmados

Argentina

No se registraron casos humanos confirmados de Fiebre Amarilla ni de epizootia en primates no humanos durante el año 2022.

Se notificaron 7 casos confirmados de Fiebre Amarilla importados con antecedente de viaje a Brasil y sin antecedente de vacunación por última vez en el año 2018.

Brasil

En Brasil, en 2022, se registraron 12 eventos que involucraron a primates no humanos.

Paraguay

No se reportan casos humanos confirmados en el Paraguay. El último brote ocurrió en el año 2008, con 28 casos confirmados.

Uruguay

En Uruguay no se presentan casos de fiebre amarilla desde 1873.

3.2. Cobertura de vacunación

3.2.1. Sarampión

TABLA 9

Cobertura de vacunación contra el sarampión en los países del Mercosur, 2022

País	Dosis	numerador (valor absoluto)	denominador (valor absoluto)	Cobertura de vacunación (calculado)
Argentina	1ra dosis	460509	1 año 544299	84,61%
	2da dosis	661916	5 años 702725	94,19%
Brasil	Cobertura de vacunación de la vacuna Triple Viral, 1ra dosis	2.730.145	2.203.182	80,70% (D1)
	Cobertura de vacunación de la vacuna Triple Viral, 2da dosis.	2.730.145	1.572.958	57,64% (D2)
Paraguay	12 meses 1ª dosis	59.763	141.802	42,1%
	4 años 2da dosis	58.263	140,943	41,3%
Uruguay	SRP-1	33.561	35.072	96%
	SRP-2	32.239	35.072	92%

Fuente: datos proporcionados por los países.

CUADRO 44

Vacunación obligatoria contra el sarampión en los países del Mercosur

Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay
Sí (X) No ()	Sí () No (X)	Sí (X) No ()	Sí (X) No ()

Fuente: datos proporcionados por los países.

Argentina

En Argentina, en 2022 la cobertura de vacunación contra el sarampión se da en dos dosis. La tasa de cobertura de la primera dosis fue del 84,61% y la tasa de cobertura de la vacunación D2 fue del 94,19%. Se observa que para la segunda dosis hubo un aumento en la demanda de vacunación de la población.

Brasil

En Brasil, en 2022, la cobertura de vacunación contra el sarampión ocurre a través de la vacuna triple viral, que se administra en dos dosis. La tasa de cobertura fue del 80,70% y la tasa de cobertura de vacunación D2 fue del 57,64%.

La meta de cobertura de vacunación para 2022 es del 95%, por lo que las dos dosis se encuentran por debajo de los parámetros establecidos por el PNI.

En Brasil, la vacunación es recomendada por el PNI, por lo que no se utiliza el término obligatoria. La vacunación está disponible de forma gratuita a través del SUS para toda la población, brasileña o extranjera.

Paraguay

En el año 2022 se ha cerrado con coberturas inferiores al 80% tanto con la primera como la segunda dosis en la población asignada, lo cual representa un alto riesgo para la reintroducción del virus en todo el territorio nacional.

Para el año 2022, el esquema de vacunas frente al virus del sarampión consta de 2 dosis, la primera administrada a los 12 meses de edad y la segunda a los 4 años de edad con la vacuna SPR (sarampión, paperas y rubeola).

Uruguay

En Uruguay la cobertura de SRP para el año 2022 es de 96% para la dosis 1 y 92% para la dosis 2.

3.2.2. Fiebre amarilla

TABLA 10

Cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla en los países del Mercosur, 2022

País	Dosis	numerador (valor absoluto)	denominador (valor absoluto)	Cobertura de vacunación (calculado)
Argentina	1 dosis	42.894	58.234	73,66%
Brasil	1 dosis	2.730.145	1.656.174	60,67%
Paraguay	1 dosis	76.913	141.802	54,2%
Uruguay				

Fuente: datos proporcionados por los países.

CUADRO 45

Vacunación obligatoria contra la fiebre amarilla en los países del Mercosur, 2022

Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay
Sí (X) No () en provincias de riesgo	Sí () No (X)	Sí (X) No ()	Sí () No (X)

Fuente: datos proporcionados por los países.

Argentina

En el año 2022, se ha cerrado con una cobertura de 73,66%.

Brasil

En Brasil, en 2022, la cobertura de vacunación contra la Fiebre Amarilla ocurre a través de la vacuna monodosis contra la Fiebre Amarilla. La tasa de cobertura fue del 60,67%.

La meta de cobertura de vacunación para 2022 es del 95%, por lo que la cobertura de vacunación en 2022 estuvo por debajo de los parámetros establecidos por el PNI.

En Brasil, la vacunación es recomendada por el PNI, por lo que no se utiliza el término obligatoria. La vacunación está disponible de forma gratuita a través del SUS para toda la población, brasileña o extranjera.

Paraguay

En el año 2022, se ha cerrado con una cobertura crítica de vacunación frente al virus de la fiebre amarilla en la población asignada, con una población considerable susceptible a esta enfermedad.

Uruguay

Se aplica a viajeros a zonas endémicas o de riesgo de fiebre amarilla hasta los 65 años de edad, con vacuna a virus atenuado

3.2.3. Poliomieltis

TABLA 11

Cobertura de vacunación contra la polio en los países del Mercosur, 2022

País	Dosis	numerador (valor absoluto)	denominador (valor absoluto)	Cobertura de vacunación (calculado)
Argentina	IPV - 1ª Dosis (2 meses)	467.731	517.574	90,37%
	IPV - 2 Dosis (4 meses)	455.251	517.574	87,96
	IPV - 3ª Dosis (6 meses)	432.780	517.574	83,62%
Brasil	Cobertura de vacunación contra la polio 3 dosis	2.730.145	2.107.621	77,20%
	Cobertura de vacunación contra la polio 1er refuerzo	2.730.145	1.848.340	67,71%
Paraguay	1ra dosis	64.040	142.312	44,9%
Uruguay	IPV1	32.363	32.492	99%
	IPV2	32.287	32.492	99%
	IPV3	30.437	32.492	93%

Fuente: datos proporcionados por los países.

CUADRO 46

Vacunación obligatoria contra la poliomielitis en los países del Mercosur, 2022

Argentina	Brasil*	Paraguay	Uruguay
Sí (X) No ()	Sí () No (X)	Sí (X) No ()	Sí (X) No ()

Fuente: datos proporcionados por los países.

*En Brasil, la vacunación es recomendada por el PNI, por lo tanto, no se utiliza el término obligatoria. La vacunación está disponible de forma gratuita a través del SUS para toda la población, brasileña o extranjera.

Argentina

En Argentina, en 2022 la cobertura de vacunación contra Polio se dio a través de 3 dosis (IPV). La tasa de cobertura de IPV-1 fue del 90,37 %. La tasa de cobertura de vacunación IPV-2 fue del 87,96 %. Y la tasa de cobertura de IPV-3 fue del 83,62%.

Brasil

En Brasil, en 2022 la cobertura de vacunación contra Poliomielitis se da mediante dos dosis. La tasa de cobertura D1 fue del 77,20%. La tasa de cobertura de vacunación de refuerzo fue del 67,71%.

La meta de cobertura de vacunación para 2022 es del 95%, por lo que las dos dosis están por debajo de los parámetros establecidos por el PNI.

Paraguay

Cobertura menor al 80% de vacunación del esquema primario con la tercera dosis de la vacuna frente al virus de la polio, representaba un alto riesgo para la reintroducción del polio virus salvaje o salvaje de la vacuna.

Uruguay

En Uruguay para el año 2022 se alcanzaron coberturas de 99% para IPV1 y 2, y de 93% para IPV3.

3.2.4. Covid-19

TABLA 12

Cobertura de vacunación Covid 19 en los países del Mercosur, 2022

País	Dosis	numerador (valor absoluto)	denominador (valor absoluto)	Cobertura de vacunación (calculado)
Argentina	6 meses a 4 años inclusive	392,900	3.318.191	11,8%
	mayores de 5 años	4.093.367	42.551.051	9,6%
Brasil	Esquema primario con dos dosis	*168.334.893	211.551.960	*79,6%
Paraguay	esquema primario de 2 dosis administradas con un intervalo dependiendo del tipo de vacuna a administrar con la vacuna Comirnaty, Moderna, Coronavac o Sinopharm.	3.537.911	6.745.921	52,4%
Uruguay	5-12 años: vacuna plataforma ARNm 2 dosis 12-17 años: vacuna plataforma ARNm 2 dosis y dosis adicional en personas con comorbilidades	2.932.472	3.471.796	84,46%

*Datos preliminares al: 25/10/2023.

Fuente: datos proporcionados por los países.

CUADRO 47

Vacunación obligatoria contra covid 19 en los países del Mercosur, 2022

Argentina	Brasil*	Paraguay	Uruguay
Sí () No (X)			

Fuente: datos proporcionados por los países.

*En Brasil, la vacunación es recomendada por el PNI, por lo tanto, no se utiliza el término obligatoria. La vacunación está disponible de forma gratuita a través del SUS para toda la población, brasileña o extranjera.

Argentina

En Argentina, en 2022, la cobertura de vacunación contra Covid-19 se dio a través de la suma de dosis aplicadas a dos poblaciones. La tasa de cobertura D1 fue del 11,84%. La tasa de cobertura de vacunación D2 fue del 9,61%.

Brasil

En Brasil, en 2022, la cobertura de vacunación contra Covid-19 fue del 79,6%.

La meta de cobertura de vacunación establecida por el Departamento de Inmunización (DPNI) es del 90%. Por tanto, la tasa de cobertura de vacunación fue inferior a la meta establecida.

Paraguay

Cobertura con esquema primario por encima del 70% para grupos de riesgo.

Uruguay

En Uruguay, en 2022, la cobertura de vacunación contra Covid-19 fue del 84,46%

3.3. Sífilis y enfermedad de Chagas congénita**3.3.1. Sífilis congénita**

TABLA 13

Casos de sífilis congénita notificados en países del Mercosur, 2022

SÍFILIS CONGÉNITA	
País	Valor absoluto
Argentina	1.236
Brasil	26.468
Paraguay	528
Uruguay	70

Fuente: datos proporcionados por los países.

Argentina

Durante el año 2022 se registraron 1236 casos de sífilis congénita. Se observa un aumento de los casos con respecto a años anteriores coincidente con el aumento en la positividad del control gestacional. Se destaca la modificación de la definición de caso vigente durante el año 2021. El cambio en la vigilancia introducido en el año 2021 intenta fortalecer la detección temprana y las acciones oportunas.

Brasil

La ocurrencia de nuevos casos de sífilis congénita en el mismo lugar de residencia y en el año 2022. Para definir un caso de sífilis congénita se debe evaluar la historia clínico-epidemiológica de la madre y/o los criterios clínicos y de laboratorio del niño. Brasil es un país de dimensiones continentales, con más de 200 millones de habitantes. La tasa de incidencia de sífilis congénita es una medida importante para identificar resultados adversos del embarazo y fallas en la prevención de la transmisión vertical durante la atención prenatal, en relación con el diagnóstico temprano y el tratamiento de mujeres embarazadas con sífilis. La OPS/OMS considera una tasa de incidencia $\leq 0,5$ casos por mil nacidos vivos como indicador de impacto para eliminar la sífilis congénita. En Brasil, en 2022, la tasa de incidencia de sífilis congénita fue de 10,3 casos por cada mil nacidos vivos.

Paraguay

El número de casos registrados de sífilis congénita fue de 528.

Uruguay

Los datos de sífilis congénita se obtienen de la notificación pasiva de casos y se complementan con la auditoría de todos los casos reportados realizada por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva. En el año 2022 se registraron 70 casos.

3.3.2. Enfermedad de Chagas congénita

TABLA 14

Casos notificados de Chagas congénito en países del Mercosur, 2022

ENFERMEDAD DE CHAGAS CONGÉNITA	
País	Valor absoluto
Argentina	61
Brasil	1
Paraguay	dos
Uruguay	1

Fuente: datos proporcionados por los países.

Argentina

Durante el 2022 se registraron 61 casos confirmados de Chagas Congénito. Se notificaron 1814 casos sospechosos en estudio. Durante el año 2021 se incorpora la técnica de PCR para la detección de *T. cruzi* en los diferentes grupos poblacionales. Esta estrategia intenta reducir la pérdida de seguimiento de niños expuestos a la transmisión vertical.

Brasil

En 2021, se registró en Brasil solo un caso agudo por transmisión vertical, masculino y de 2 años, residente en el estado de São Paulo. Se destaca el potencial subregistro anual en comparación con las estimaciones de 34.629 mujeres embarazadas con infección por *T. cruzi* en el país (prevalencia del 1,1%) y un promedio de 589 niños nacidos con infección congénita (tasa de transmisión del 1,7%) en 2010 (MARTINS-MELO et al, 2014). Esta estimación es similar a la realizada por la OPS, de 571 casos por año de infección congénita en Brasil (OPAS, 2015).

Paraguay

Actualmente, en Paraguay, la vía más importante de transmisión del *Trypanosoma cruzi* es la infección congénita, ya que no se registra transmisión vectorial a nivel nacional. En el año 2022 se registraron dos casos de Chagas congénito.

Uruguay

En el año 2022 se registró un caso de Enfermedad de Chagas congénita, que corresponde al departamento de Treinta y Tres.

3.4. Covid-19

3.4.1. Tasa de incidencia de Covid-19

TABLA 15

Tasa de Incidencia de Covid-19 por cada 100 mil habitantes en los Países del Mercosur en 2022

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (calculado)
Argentina	4.110.614	-	0
Brasil	14.043.760	213.317.639	6.583,4/100 mil habitantes
Paraguay	330.454	7.453.695	4.433,4 casos por 100 mil habitantes
Uruguay	603105	3554915	16.965,4 casos por 100 mil habitantes

Fuente: datos proporcionados por los países.

Argentina

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2022, las infecciones por SARS-Cov-2 fueron reportadas universalmente al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, a partir de la SE 23, con miras a integrar la vigilancia del SARS-CoV-2, la influenza y otros virus respiratorios, se realizó el estudio etiológico. Ya no se recomienda el recuento de todos los casos sospechosos de COVID-19, sino que se realiza una priorización diagnóstica (grupos de riesgo y casos que pertenecen a la estrategia centinela). A partir de entonces, solo se solicita registrar los casos confirmados, los casos incluidos en la estrategia centinela y aquellos con infecciones que requieran hospitalización y/o muertes por SARS-CoV-2. Por tanto, no es posible calcular la tasa de incidencia de infección a nivel nacional para 2022 con los datos disponibles.

Brasil

Un año después del registro del primer caso de covid-19 en Brasil en febrero de 2020, se registro de enero a diciembre de 2022, 14.043.760 nuevos casos, presentando un riesgo de enfermedad de 6.583,4 personas en una población de 100 mil habitantes, riesgo menor que la observada en 2021 en el país.

Paraguay

En 2022 se registraron 330.454 casos de COVID-19, con una tasa de incidencia de 4.433 casos/100.000 habitantes.

Uruguay

En 2023 se registraron en Uruguay 603.105 casos de COVID-19, circulando la variante Ómicron .

3.4.2. Letalidad de Covid-19 en 2022

TABLA 16

Tasa de mortalidad por Covid-19 en los países del Mercosur en 2022

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (calculado)
Argentina	12.616	-	-
Brasil	74.797	14.043.760	0,53%
Paraguay	2.896	330.454	0,87%
Uruguay	1403	603105	0,23%

Fuente: datos proporcionados por los países.

Argentina

Hasta la semana epidemiológica (SE) 22 de 2022 las infecciones por SARS-CoV-2 se notificaron de forma universal al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. A partir del SE 23, con el propósito de integrar la vigilancia de SARS-CoV-2, influenza y otros virus respiratorios, ya no se recomienda el estudio etiológico de todos los casos sospechosos de COVID-19, sino que se realiza una priorización diagnóstica (grupos de riesgo y casos que pertenecen a estrategia centinela). A partir de ese momento, solo se solicita registrar casos confirmados para SARS-CoV-2, casos incluidos en la estrategia centinela, aquellos con infecciones que requieran internación y/o fallecidos. Por lo tanto, el país cuenta con información actualizada y completa sobre fallecimientos por COVID-19, pero no es posible calcular la tasa de letalidad dada la priorización diagnóstica en la estrategia de vigilancia vigente desde SE23.

Brasil

El análisis entre el número de muertes por Covid-19 en relación al número de casos confirmados en 2022 fue de 0,53%, inferior a la tasa de 2020 (2,53%) y 2021 (2,90%). Demostrando una reducción de la gravedad de la enfermedad en 2022.

Paraguay

El número de fallecidos fue de 2.896, con una tasa de letalidad del 0,87%.

Uruguay

La letalidad fue del 0,23 %, lo que refleja el efecto protector de la vacunación.

3.4.3. Tasa específica de mortalidad por Covid-19

TABLA 17

Tasa de mortalidad específica por Covid-19 por 100 mil habitantes en los países del Mercosur en 2022

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (calculado)
Argentina	12.616	46.234.830	27,29
Brasil	74.797	213.317.639	35,06
Paraguay	2.896	7.453.695	38,85
Uruguay	1403	3554915	39,47

Fuente: datos proporcionados por los países.

Argentina

Durante 2022, se registró un elevado número de casos de SARS-CoV-2, que se concentraron en las primeras semanas epidemiológicas, en relación con la introducción de la variante Omicron. Los casos presentaron tendencia descendente entre SE 2 a 15. Luego, se observó un nuevo aumento en los casos registrados entre SE 16-30, aunque de menor magnitud. Finalmente, a partir de la SE45 y hasta la SE51 los casos ascendieron nuevamente, coincidiendo con la introducción de la variante BQ.1 y, posteriormente XBB. En cuanto a los fallecimientos, se registró una tasa de mortalidad menor a los años 2020 y 2021. Las tasas de mortalidad fueron más elevadas para los grupos de edad más avanzada (50 años y más).

Brasil

Los dos primeros años de circulación del virus en Brasil fueron responsables de 619.056 muertes. Tras la introducción de la vacuna en el país en 2021, este número se redujo a 74.797 en 2022 con una tasa de 35,06 por 100.000 habitantes.

Paraguay

En el año 2022, el número de fallecidos fue de 2.896 con una tasa de mortalidad de 38,85 fallecidos/100.000 hab.

Uruguay

En el año 2022, el número de fallecidos fue de 1.403 con una tasa de mortalidad de 39,47 fallecidos/100.000 hab.

3.5. Tuberculosis

3.5.1. Tasa de incidencia de tuberculosis

TABLA 18

Número de casos nuevos y tasa de incidencia de tuberculosis en los países del Mercosur, 2022

País	Número de nuevos casos de tuberculosis	Población residente	Tasa de incidencia de tuberculosis/100 mil habitantes
Argentina	12,943	46.234.830	28,0
Brasil	81.539	214.828.540*	38,0
Paraguay	3.250	7.453.695	43,6
Uruguay	1,126	3.554.915	31,67

Fuente: datos proporcionados por los países según lo descrito en la metodología.

Argentina

La notificación de casos de TB en 2022 comparada con 2019 (prepandémica) aumentó el 3.1% a nivel nacional. Dicho cambio no fue homogéneo, sino con distintas características en relación a la edad y jurisdicciones de residencia.

Brasil

En 2022, se registraron 81.539 nuevos casos de tuberculosis en Brasil. Ese mismo año, el riesgo de enfermar por la enfermedad era de 38 por 100.000 habitantes.

*Proyección de población de las Unidades de la Federación por sexo, edad simple y grupos de edad: 2010-2060 (edición 2018).

Paraguay

La tasa de incidencia de tuberculosis en Paraguay en 2022 fue de 43,6 por 100.000 habitantes.

Uruguay

En 2022, la tasa de incidencia de tuberculosis fue de 31,7 por 100.000 habitantes, lo que supone un aumento respecto a años anteriores.

3.5.2. Tasa de mortalidad por tuberculosis

TABLA 19

Letalidad por tuberculosis, países del Mercosur, 2022

País	Numerador (valor absoluto)	Denominador (valor absoluto)	Tasa (calculado)
Argentina*	837	11.259	7,43%
Paraguay	380	3.579	10,62%
Uruguay	121	1126	10,75%

Fuente: datos proporcionados por los países según lo descrito en la metodología.

*La información sobre la tasa de letalidad de Argentina se refiere al año 2021.

Argentina

La tasa de letalidad está por debajo de las expectativas para 2020 (10%), pero con disparidades entre jurisdicciones, que se deben a diferencias en el acceso a los servicios de salud.

Paraguay

En el año 2022, la tasa de letalidad fue del 10,62%.

Uruguay

En Uruguay la mortalidad por tuberculosis fue del 10,75% en 2022, manteniéndose en valores similares a años anteriores.

3.5.3. Tasa de mortalidad específica por tuberculosis

TABLA 20

Número de muertes y tasa de mortalidad por tuberculosis en los países del Mercosur, 2022

País	Número de muertes por tuberculosis	Población residente	Tasa de mortalidad por tuberculosis/100 mil habitantes
Argentina*	734	45.808.747	1,6
Brasil	5.824	214.828.540*	2,7
Paraguay	104	7.453.695	1,4
Uruguay	121	3.554.915	3,4

Fuente: datos proporcionados por los países según lo descrito en la metodología.

*La información de la tasa de letalidad de Argentina se refiere al año 2021.

Argentina

Las tasas de mortalidad por tuberculosis en Argentina entre 2020 y 2021 aumentaron un 5,9%, en términos de tasa cruda, y un 11,9% en la tasa estandarizada por sexo y edad. Desde 2013, el número de muertes se ha mantenido en un promedio de 710 al año.

Brasil

En 2022, Brasil registró 5.824 muertes a causa de la enfermedad y una tasa de mortalidad de 2,7 muertes por 100.000 habitantes.

*Proyección de población de las Unidades de la Federación por sexo, edad simple y grupos de edad: 2010-2060 (edición 2018).

Paraguay

En 2022, la tasa de mortalidad en Paraguay fue de 1,4 muertes por 100.000 habitantes.

Uruguay

En Uruguay la mortalidad fue de 3,4 por 100.000 habitantes en 2022, manteniéndose en valores similares a años anteriores.

4. Consideraciones finales

4.1. Argentina

4.1.1. Arbovirosis

Durante 2022 no se registró circulación viral en ninguna localidad del país. En diciembre se confirmaron tres casos aislados. Del total de casos sospechosos de dengue notificados, el 48% corresponden a casos sospechosos no concluyentes, el 42% fueron descartados y el 9% permanecen en estudio. El resto, el 2%, corresponde a casos confirmados y probables. Las notificaciones se registraron principalmente en las regiones Centro y NOA.

Debido al aumento de casos de fiebre chikungunya en Argentina y su expansión espacial, fue necesario reforzar la sospecha de esta enfermedad en todas las jurisdicciones del país y, en particular, en los casos con antecedentes de viaje a la zona afectada, en conjunto con acciones de prevención y control.

4.1.2. Cobertura de vacunación

La cobertura de vacunación en Argentina tuvo un fuerte impacto negativo, particularmente durante el primer año de la pandemia por SARS-CoV-2. Este impacto se dio en un escenario de coberturas de vacunación que ya venía cayendo. Si bien la tendencia a la baja se percibía y venía agudizándose progresivamente en la década pre pandemia, no solo en Argentina, sino también en la Región de las Américas, el año 2020 registró un récord sin precedentes y un retroceso histórico de magnitud muy significativa en términos de materia de inmunizaciones y prevención de enfermedades prevenibles mediante vacunación – EPV.

Para el año 2022 se presentó una tendencia global hacia la mejora de las coberturas de vacunación, que comenzó a evidenciarse parcialmente en 2021 y que se mantuvo en la mayoría de los casos. En general, para 2022 se observa una recuperación y/o mejora de la cobertura respecto de los niveles pre pandemia para la mayoría de las vacunas. Sin embargo, cabe señalar que, con excepción de las vacunas correspondientes al ingreso escolar, ninguna vacuna para ningún otro grupo etario ha logrado porcentajes de cobertura superiores al 90% a nivel nacional.

Y esta situación pone en evidencia el desafío pendiente de continuar jerarquizando y priorizando las actividades de vacunación regular y recupero de esquemas en todas las etapas de la vida con el objetivo de mitigar el riesgo de reemergencia o reintroducción de EPV en Argentina

4.1.3. Enfermedad de Chagas congénita

Sífilis y Chagas congénito

Durante el año 2022, se presenta que las tasas de notificación de sífilis congénita y Chagas congénita presentan valores similares a los registrados en el año 2019. En los años 2020 y 2021 se presenta una disminución en las notificaciones, posiblemente debido a la pandemia del Covid-19. Modificar la definición de caso en relación con la sífilis congénita para aumentar su especificidad, al tiempo que permite el seguimiento de los casos en estudio, permite ajustar las medidas de control, tanto dirigidas a niños como a mujeres embarazadas. En el caso del Chagas congénito, la incorporación de la técnica PCR para la detección de *T. cruzi* permitió una mayor capacidad diagnóstica en los centros de salud de todo el territorio. Asimismo, se logró ofrecer un tratamiento temprano adecuado a los niños y al grupo familiar correspondiente.

4.1.4. Covid-19

Durante el año 2022, la situación epidemiológica de la infección por SARS-CoV-2 se modificó respecto a los años anteriores, con un elevado número de casos con una tasa de mortalidad menor a la registrada en períodos anteriores. Esto se dio en concordancia con nuevas variantes del virus circulante, altas coberturas de vacunación, modificaciones en las medidas de aislamiento de casos y contactos, y una nueva estrategia de vigilancia que continuó fortaleciendo la integración la vigilancia de SARS-CoV-2 a la vigilancia de influenza y otros virus respiratorios, que comenzaron a circular nuevamente luego del descenso registrado a partir del inicio y posterior desarrollo de la pandemia de COVID-19.

4.1.5. Tuberculosis

La tuberculosis todavía es considerada un problema de salud pública en Argentina. La recuperación de la tasa de notificación en 2022 muestra nuevamente una tendencia al aumento de la enfermedad en el país. El mayor riesgo de enfermarse de tuberculosis sigue existiendo entre los jóvenes, tanto hombres como mujeres, con una importante concentración en los grandes centros tanto urbano y rural. La mayoría de las muertes se registraron por debajo de la esperanza de vida, considerándose muertes prematuras, con una distribución desigual del riesgo de muerte por tuberculosis entre jurisdicciones.

4.2. Brasil

4.2.1. Arbovirosis

Los arbovirosis, especialmente el dengue, chikungunya y Zika, son un importante problema de salud pública en Brasil debido a su alta magnitud, el número de municipios infestados por *Aedes aegypti*, las dimensiones continentales del país, las diferencias regionales en la disponibilidad de diferentes criaderos, la movilidad de las personas y los determinantes sociales implicados.

La disponibilidad de datos oportunos de vigilancia epidemiológica y entomológica es fundamental para la toma de decisiones que minimicen el impacto de las arbovirosis en la población. Respecto a la fiebre amarilla, destaca la importancia de integrar información sobre vigilancia de casos y epizootias, vigilancia entomológica y de laboratorio, así como monitorear las coberturas de vacunación para reducir la ocurrencia de casos humanos. Quedan desafíos para reducir la magnitud, la gravedad y la mortalidad/letalidad de estas enfermedades en Brasil, ya que los cambios climáticos y ambientales y el crecimiento urbano desordenado significan que el sistema debe mejorarse y reevaluarse continuamente para lograr sus objetivos primordiales.

4.2.2. Cobertura de vacunación

Los datos presentados, sin embargo, mostraron bajas coberturas de vacunación para la población menor de 1 año y 1 año de edad. Este escenario demuestra la necesidad de mejorar las estrategias de vacunación. El objetivo principal es mejorar el desempeño en la rutina de vacunación y, en consecuencia, cambiar este escenario.

Se entiende que el calendario de vacunación forma parte de la rutina de cuidados básicos y el seguimiento de estos indicadores debe ser parte de las demandas prioritarias en la gestión sanitaria, además, es importante aunar una serie de actividades integradas, como estrategias diferenciadas que incluyan: Micro planificación local, acciones extramuros, estrategias de vacunación múltiple y combatir la desinformación.

4.2.3. Sífilis y Chagas congénito

En relación con la enfermedad de Chagas congénita, el potencial subregistro resalta la necesidad de estructurar la vigilancia de manera alineada con las acciones de salud materno infantil y estructurar las líneas de atención, para lograr la eliminación de la transmisión vertical de la enfermedad como un problema de salud pública.

Los datos epidemiológicos indican que luego de la disminución en la detección en 2020 -influenciada por la pandemia de Covid-19- hubo un aumento en la sífilis adquirida y en las mujeres embarazadas, sin embargo, la tasa de incidencia de sífilis congénita se mantuvo estable y una disminución del 2,2%. (598) en el número absoluto de casos de sífilis congénita en el país, en 2022. Brasil realiza la Certificación Subnacional de Eliminación de la Transmisión Vertical que tiene como objetivo alentar, apoyar y reconocer los esfuerzos de estados y municipios, así como de contribuir a la calificación de los datos de vigilancia. La eliminación de la transmisión vertical de la sífilis, además del VIH, la hepatitis B, la enfermedad de Chagas, 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 mediante Decreto N° 11.494.

4.2.4. Covid-19

Con el fortalecimiento de las medidas de prevención y control, con énfasis en las campañas de vacunación iniciadas en 2021, el impacto de estas medidas se observó en 2022, con la reducción de casos graves reflejada en las tasas de letalidad y mortalidad por la enfermedad. El país viene fortaleciendo el diagnóstico de laboratorio mediante RT-PCR (reacción de transcriptasa inversa seguida de reacción en cadena de la polimerasa) con el objetivo de identificar variantes en circulación con miras a adoptar medidas oportunas.

4.2.5. Tuberculosis

Actualmente, Brasil se encuentra entre los países que lograron recuperar la detección de tuberculosis luego de los daños causados por la pandemia de covid-19 (OMS, 2023). Eliminar la tuberculosis en el país y en todo el mundo debe implicar un esfuerzo conjunto para abordar los determinantes sociales de la enfermedad. La cooperación transfronteriza entre los países del Mercosur para compartir información, recursos y estrategias para controlar la enfermedad es de suma importancia para mejorar la gestión de los servicios y la asistencia, con especial foco en las medidas de vigilancia epidemiológica para eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Informe Mundial sobre la Tuberculosis 2023. Ginebra: OMS, 2023. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>. Consultado el: 08 nov. 2023.

4.3. Paraguay

4.3.1. Arbovirosis

En Paraguay, en el 2022 con respecto a los casos de dengue se tuvo una disminución de casos en comparación al año anterior y además no se tuvo casos fallecidos. Los serotipos de virus circulantes fueron DEN-1 Y DEN-2.

En cuanto a los casos de Chikungunya se registró un aumento de casos a partir de la SE 40 en el área metropolitana (Capital y Departamento Central) y un caso fallecido en la SE 52 (como antecedente no se habían registrado casos fallecidos desde la introducción de Chikungunya en el país en el 2015).

No se reportaron epizootias con sospecha de fiebre amarilla. Las zonas favorables para la transmisión enzootia se encuentran en la Región Oriental del país, en especial en los departamentos limítrofes con Brasil, donde habitan vectores selváticos y primates no humanos susceptibles, principalmente en los departamentos de Alto Paraná, Amambay, Canindeyú, Caaguazú y Concepción.

4.3.2. Cobertura de vacunación

En Paraguay, en los últimos 6 años las coberturas de vacunación fueron descendiendo progresivamente llegando a coberturas inferiores al 70% con biológicos trazadores en la población menor de un año, e inferiores a 50% con biológicos trazadores en población de 1 año. Esta disminución de las coberturas se acentuó luego de la gran pandemia COVID-19 por el alejamiento de la población a los servicios de salud poniendo en riesgo a la población menor de 5 años para las enfermedades inmunoprevenibles.

4.3.3. Sífilis y enfermedad de Chagas congénita

Según registros de sífilis congénita para el 2022, se tuvo una reducción del 0,1% en relación al 2021 (0,4% vs 0,5%).

Según estimaciones del Programa de Chagas en Paraguay, la prevalencia de la infección congénita es del 5%, lo que significa que unos 400 niños nacen actualmente con esta infección. En el país se busca expandir el acceso de diagnóstico y tratamiento de las personas afectadas dando especial atención a mujeres en edad fértil y al recién nacido con el potencial de reducir la carga que puede conllevar un infectado.

4.3.4. Covid 19

En Paraguay en el 2022, se registraron 330.454 casos de COVID-19, con una incidencia de 4.433 casos por 100 mil habitantes. Entre las SE 4 y 6 del 2022, se registraron las tasas de incidencias más altas de toda la pandemia llegando a 257 casos por 100 mil habitantes. En tanto que las mortalidades se registraron 2896 fallecidos (tasa de mortalidad 39 por 100 mil habitantes) que fue 5 veces menor comparado al 2021 (196 muertos por 100 mil habitantes). En la vigilancia genómica la variante predominante fue VOC ómicron.

4.3.5. Tuberculosis

Para 2022, las tasas de incidencia y mortalidad de la tuberculosis han aumentado en comparación con el período anterior a la pandemia. La pandemia de COVID-19 representó un retroceso en los avances logrados en el marco de la Estrategia "Fin de la tuberculosis" a nivel mundial y en Paraguay, que supuso la universalización del uso de pruebas de diagnóstico rápido (geneXpert) como primera prueba para presuntos casos de tuberculosis y a partir de entonces se implementó el uso de la radiografía digital con detección asistida por computadora en las actividades de pruebas de tuberculosis; asimismo, regímenes reducidos con rifapentina como terapia preventiva. Todas estas acciones están encaminadas a alcanzar los objetivos de la Estrategia "Fin de la Tuberculosis".

4.4. Uruguay

4.4.1. Arbovirosis

En Uruguay sólo se registraron casos importados de arbovirosis. Se destaca la importancia de mantener la vigilancia entomológica y el enfoque "Una Salud" para abordar estas patologías.

4.4.2. Cobertura de vacunación

A pesar del impacto de la pandemia de COVID-19, Uruguay logró mantener las coberturas de vacunas del PAI y simultáneamente desarrollar la campaña de vacunación para SARS-CoV-2.

4.4.3. Sífilis y enfermedad de Chagas congénita

En relación a la sífilis congénita, en 2022 se registraron 70 casos, así como 1 caso de enfermedad de Chagas congénita. Se destaca la relevancia de la estrategia "ETMI plus" para eliminar la transmisión materno infantil de estas patologías.

4.4.4. Covid 19

En 2022, Uruguay registró una mayor incidencia de casos de COVID-19. Sin embargo, la letalidad y la mortalidad se mantuvieron en valores relativamente bajos, lo que refleja las características de la variante circulante y el efecto protector de las vacunas.

4.4.5. Tuberculosis

El aumento de la incidencia de la tuberculosis puede reflejarse en el impacto de la COVID-19. En este sentido, se resalta la importancia de mantener la estrategia "DOTS", bajo la responsabilidad del Programa de Tuberculosis del Comité Honorario de Lucha Contra la Tuberculosis y Enfermedades Prevalentes.

