



  /gcba

buenosaires.gob.ar

Boletín Epidemiológico Semanal - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

N° 58 Año II / 29 de Septiembre de 2017
Información hasta SE 37

Gerencia Operativa de Epidemiología
SSPLSAN



Buenos Aires Ciudad



Vamos Buenos Aires

AUTORIDADES CABA

Jefe de Gobierno

Lic. Horacio Rodríguez Larreta

Vicejefe de Gobierno

Cont. Diego Santilli

Ministerio de Salud

Dra. Ana María Bou Pérez

Subsecretaría de Planificación Sanitaria

Dr. Daniel Carlos Ferrante

Gerencia Operativa de Epidemiología

Mg. Julián Antman

GERENCIA OPERATIVA DE EPIDEMIOLOGÍA

Integrantes del Equipo de trabajo

Noelia Bartfay
Dr. Jorge Chaui
Yasmin El Ahmed
Dr. Manuel Fernández
Florencia De Florio
Dra. María Aurelia Giboin Mazzola
Vet. Cecilia González Lebrero
Dra. Esperanza Janeiro
Lic. Mariela Rodríguez
Dra. Mónica Valenzuela
Psic. Soc. Mariela Zyssholtz

Data Entrys

Germán Adell
Nicolás Argañaraz
Marco Muñoz
Bianca Spirito
Christian Turchiaro

Integrantes de la Residencia Postbásica en Epidemiología

Jefa: Lic. María Florencia Barreto
Instructora: Lic. Silvina Bernasconi
Dra. Natalia Aráoz Olivos
Dra. Ana Delgado
Dra. Marina Longordo
Dra. Paula Machado
Dra. Yasmin Paredes Falzone
Dra. Solana Rapaport
Lic. Carla Agustina Santomaso

ISSN 2545-6792 (en línea)

ISSN 2545-7004 (correo electrónico)

Gerencia Operativa de Epidemiología
Subsecretaría de Planificación Sanitaria
Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

<http://www.buenosaires.gob.ar/salud/epidemiologia>

gerenciaepicaba@buenosaires.gob.ar

Tel.: 4123-3240

Monasterio 480, CABA

*Foto de portada: Serie Barrios.
Saavedra. Museo Histórico de Buenos Aires Cornelio de Saavedra. Crisólogo Larralde 6309.*

INDICE

1. EDITORIAL: UN AÑO DEL BES	6	
2. EL BES.....	7	
2.1. INTRODUCCIÓN	7	
2.2. NOTA METODOLÓGICA SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS DATOS	7	
2.2.1. <i>Módulo de Vigilancia Clínica (SNVS-C2)</i>	7	
2.2.2. <i>Módulo Sistema de Vigilancia por Laboratorios (SNVS-SIVILA)</i>	8	
2.2.3. <i>Otras fuentes</i>	8	
3. RESUMEN EJECUTIVO	9	
4. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTOS	10	
5. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS.....	12	
5.1. DE TRANSMISIÓN VERTICAL Y SEXUAL.....	12	
5.2. ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO	12	
5.3. GASTROENTÉRICAS.....	12	
5.4. HEPATITIS.....	13	
5.5. INMUNOPREVENIBLES.....	13	
5.6. INTOXICACIONES.....	13	
5.7. LESIONES.....	13	
5.8. MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS	14	
5.9. OTRAS	14	
5.10. RESPIRATORIAS	14	
5.11. ZONÓTICAS Y POR VECTORES	14	
6. DETERMINANTES SOCIALES Y MORTALIDAD POR CÁNCER SEGUN COMUNAS. CABA. 2011-2015.....	15	
6.1. INTRODUCCIÓN	15	
6.2. LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ECNT COMO META ACTUAL.....	16	
6.3. NOTA METODOLÓGICA.....	16	
6.3.1. <i>Análisis de la mortalidad</i>	16	
6.3.2. <i>Análisis de la desigualdad</i>	17	
6.4. MORTALIDAD POR CÁNCER EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.....	21	
6.4.1. <i>Mortalidad por cáncer según sexo</i>	21	
6.4.2. <i>Mortalidad por Cáncer en la Ciudad de Buenos Aires según sexo y comunas de residencia</i>	21	
6.4.3. <i>Análisis de la desigualdad según determinantes sociales</i>	23	
6.4.4. <i>Comentarios</i>	27	
7. VIGILANCIA DE COQUELUCHE	28	
7.1. SITUACIÓN MUNDIAL	28	
7.2. SITUACIÓN EN ARGENTINA.....	29	
7.3. SITUACIÓN EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES 2016-2017 HASTA SE 37.....	30	
7.3.1. <i>Cobertura de Inmunizaciones</i>	35	
8. VIGILANCIA DE DIARREAS AGUDAS	36	
8.1. INTRODUCCIÓN	36	
8.2. SITUACIÓN NACIONAL.....	36	
8.3. SITUACIÓN CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES 2010-2016.....	37	
8.4. SITUACIÓN CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES 2016-2017 HASTA SE 36.....	37	
8.4.1. <i>Diarreas Agudas (agrupadas)</i>	37	
8.4.2. <i>Diarrea aguda Sanguinolenta (DAS)</i>	40	
8.4.3. <i>Vigilancia por laboratorio</i>	44	
9. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.....	44	
9.1. INTRODUCCIÓN	44	
9.2. SITUACIÓN MUNDIAL Y REGIONAL DE LA TRANSMISIÓN DE INFLUENZA.....	44	
9.3. SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS	45	
9.4. SITUACIÓN DE LAS IRA EN LA CABA	46	
9.4.1. <i>Enfermedad Tipo Influenza (ETI)</i>	46	
9.4.2. <i>Bronquiolitis en menores de 2 años</i>	48	
9.4.3. <i>Neumonía</i>	49	
9.4.4. <i>Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)</i>	50	

9.5.	VIGILANCIA POR LABORATORIO (SIVILA).....	52
9.6.	MORTALIDAD POR IRA	56
9.7.	VACUNAS	56
10.	ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES	58
11.	ANEXO	60
11.1.	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	60
11.2.	GASTROENTÉRICAS Y HEPATITIS	62
11.3.	INMUNOPREVENIBLES	64
11.4.	INTOXICACIONES.....	66
11.5.	MENINGOENCEFALITIS	67
11.6.	OTROS EVENTOS.....	68
11.7.	RESPIRATORIOS	70
11.8.	TRANSMISIÓN VERTICAL	72
11.9.	ZOONOSIS Y TRANSMITIDAS POR VECTORES	73



1. EDITORIAL: UN AÑO DEL BES

Celebramos un año de haber iniciado un proyecto como el Boletín Epidemiológico Semanal (BES), concebido con el objetivo de otorgarle un lugar de relevancia a la epidemiología en la Ciudad de Buenos Aires. Desde el inicio de este proyecto, nos propusimos que el BES se constituya en una herramienta estratégica para conocer y analizar críticamente la diversidad de los escenarios cotidianos en los que se desarrollan los procesos de trabajo, y de este modo orientar acciones de investigación, prevención, promoción y control más eficientes y eficaces. Creemos que este objetivo está cumplido. Y vamos por más.

Desde la Gerencia de Epidemiología se han publicado cincuenta y dos Boletines, en los cuales se ha difundido la información epidemiológica de la Ciudad de Buenos Aires. El BES cumple así, con una de las funciones más importantes de la gestión: la retroalimentación del sistema, el empoderamiento de los equipos. De esta forma, también a través de los veintiséis informes especiales en los cuales han participado distintos efectores, programas y hasta otros ministerios en la difusión de sus actividades, reconocemos la importancia de la labor que desarrollan día a día los distintos grupos de trabajo, cumpliendo con la tarea nodal no solo de asistir a la población, sino de generar la información primaria para que luego sea consolidada en las diferentes instancias.

En el camino que transitamos, nos encontramos con los distintos equipos de trabajo, intercambiamos realidades, analizamos con los efectores pero también en los efectores las transformaciones propuestas. Entendemos que la práctica cotidiana nos presenta dificultades pero sin embargo nos desafía; que la comunicación es compleja, sin embargo sus dificultades nos interrogan; que las nuevas herramientas nos cuestionan la cotidianidad pero al mismo tiempo nos impulsan. Por eso nos llena de orgullo cumplir un periodo de trabajo que fue - y sin dudas seguirá siendo- acompañado de entusiasmo y de la apuesta cotidiana por mejorar y profundizar en una herramienta potente que nos permita comprender más y mejor la realidad del proceso Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



Dr. Danjel Carlos Ferrante
Subsecretario de Planificación Sanitaria
Ministerio de Salud, CABA

2. EL BES...

2.1. Introducción

La epidemiología en la gestión tiene como uno de los pilares la recolección, sistematización y análisis de los datos de diferentes fuentes en forma sistemática, periódica y oportuna, para convertirlos en información integrada con el fin de divulgarlos y que esta información permita generar acciones por parte de las autoridades competentes.

El presente boletín es un producto completamente dinámico que pretende cumplir **con varios objetivos, entre ellos, hay dos primordiales.**

El primero es devolver, consolidada y sistematizada, la información vertida por los servicios a través de los diferentes sistemas de información. Como se adelantó en la Editorial, **a partir del BES N°9 los datos provienen de la integración de los módulos de la Vigilancia Clínica (SNVS-C2) y de Laboratorio (SNVS-SIVILA) del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).**

Junto con la retroalimentación del sistema, **el objetivo primario del BES es dar cuenta de la situación epidemiológica actual;** por ello, a lo largo de los diferentes números del boletín, se exponen análisis con otras periodicidades no-semanales, donde se caracterizan eventos o situaciones puntuales con el fin de conocer y evaluar críticamente los diferentes escenarios presentados.

A lo anterior, se incorporan otras fuentes de datos, consolidados y análisis especiales que pretenden dar cuenta de la situación epidemiológica. En esta línea están los análisis de mortalidad por diferentes causas, la integración de bases de datos de redes y programas del Ministerio de Salud de la CABA, así como estudios sobre la evaluación del Sistema de Vigilancia. En este camino se presentarán trabajos realizados y desarrollados desde los niveles locales para difundir el trabajo cotidiano que se realiza en territorio.

2.2. Nota metodológica sobre la presentación de los datos

2.2.1. Módulo de Vigilancia Clínica (SNVS-C2)

La estrategia de Vigilancia Clínica, módulo C2 del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), implica la recolección sistemática de los casos que fueron atendidos y registrados por los profesionales en la Hoja de consultorio, en los distintos efectores de salud, que incluye también los datos de los libros de guardia y la información de los pacientes internados.

A través del C2 se notifican los eventos de dos maneras diferentes. Por un lado, agrupados por edades (eventos que requieren acciones colectivas de control y tienen una alta incidencia, como por ejemplo las diarreas, ETI, accidentes) y por el otro se notifican eventos de manera individual con datos mínimos como edad, sexo, lugar de residencia, entre otros. Estos eventos requieren, en general, acciones individuales (e inmediatas) de control y se presentan en un número muy inferior de casos.

La comparación de los eventos acumulados hasta la semana informada en 2017, en relación con el acumulado del 2016 para el mismo periodo, se calculó como diferencias de casos o como variaciones porcentuales dependiendo de la cantidad de notificaciones. Para los eventos de muy baja prevalencia (usualmente menos de 20 casos), se utiliza la diferencia de casos como forma de comparación. Si los casos para el período estudiado superan las 20 notificaciones se toma en consideración la variación porcentual con el acumulado del mismo periodo del año anterior.

En las tablas de los eventos diferenciando los establecimientos que notifican ([Anexo](#)) se muestra la información de todos los eventos notificados de manera exclusiva, a través del Módulo de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS-C2). Se tomaron en cuenta aquellos que contaban con más de 20 notificaciones en alguno de todos los eventos en los dos años analizados. Los establecimientos que no contaban

con este mínimo de casos no se presentan en dichas tablas. Los datos que se observan son de todos los casos atendidos en los efectores, ya sean residentes como no residentes de la CABA. Los grupos de eventos están divididos en CeSAC y en “Segundo nivel” con sus respectivos subtotaes y los porcentajes que representan para la totalidad de la notificación para ese evento.

2.2.2. Módulo Sistema de Vigilancia por Laboratorios (SNVS-SIVILA)

El SIVILA integra a la vigilancia epidemiológica a laboratorios que procesan muestras provenientes de personas, animales, alimentos y el ambiente. Sus principales objetivos son brindar especificidad a la vigilancia epidemiológica, descartando o confirmando casos sospechosos, alertar en forma temprana acerca de eventos que requieran medidas de control inmediatas; colaborar en la identificación y caracterización de brotes y epidemias; proveer información acerca de la frecuencia y distribución de agentes productores de enfermedades y riesgos; y permitir la vigilancia integrada de los eventos estudiados en diferentes niveles y sectores de laboratorio, sirviendo como herramienta para la comunicación entre los mismos.

2.2.3. Otras fuentes

Para el análisis de otros eventos, se especifica la fuente de información utilizada en el apartado correspondiente.

Así mismo, se utiliza información provista por la Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

3. RESUMEN EJECUTIVO

Se presenta el Boletín Epidemiológico Semanal del Ministerio de Salud de CABA (BES). De acuerdo a las características de cada uno de los eventos bajo vigilancia, se exponen de manera detallada con diferente periodicidad¹.

De acuerdo a las sugerencias plasmadas en la encuesta sobre el BES, a partir de esta edición se incorpora la utilización de iconos, colores e hipervínculos que señalan la relevancia de información para facilitar la lectura.

Aquella información completamente actualizada y que se considera de mayor relevancia para su lectura, está marcada en su título con este ícono:  y coloreada en verde. La información actualizada y de la cual se sugiere su lectura, se señala con esta imagen:  y se pinta de naranja.

En esta edición se presenta: [Determinantes sociales y mortalidad por cáncer en comunas de la Ciudad de Buenos Aires. Quinquenio 2011-2015](#)

Agradecemos el asesoramiento de los integrantes del equipo de epidemiología del Instituto Nacional del Cáncer y sus comentarios sobre el presente análisis.

A partir de la presentación integrada de los datos de C2 y SIVILA se exhiben en forma resumida, en el acumulado hasta la **SE 37 de 2017**, los siguientes resultados:

- Aumento de las notificaciones de [Alacranismo](#), [Parotiditis](#), [Secreción genital](#), [Sífilis sin especificar \(tanto en mujeres como en varones\)](#).
- Dentro del Grupo de las [Zoonosis](#), hubo un aumento de las notificaciones en Leptospirosis, Hantavirus, Fiebre Amarilla y Psitacosis.
- Situación de [Coqueluche](#)

Este boletín es posible gracias al compromiso de los efectores de salud públicos y privados que se involucran en la tarea de vigilancia.

El equipo de la gerencia agradece los trabajos remitidos para ser difundidos a través de esta publicación e invita a continuar el envío de los mismos para su divulgación y enriquecimiento de los BES.

¹**Semanal:** Situación de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO), comparando los casos notificados acumulados a la misma semana del año 2016 en residentes de la Ciudad, Situación de los ENO, comparando los casos notificados acumulados a la misma semana del año 2016, según grupos de eventos y criterio epidemiológico de diagnóstico en residentes de la Ciudad. En anexo, el total de las notificaciones según efector y evento, Vigilancia de las Infecciones Respiratorias Agudas, Vigilancia de Diarrea Aguda y Diarrea Aguda Sanguinolenta (DAS). **Mensual:** Vigilancia de Coqueluche, Vigilancia de Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE), Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por el Mosquito Aedes aegypti (ETMAa), Vigilancia de Enfermedades de Transmisión Vertical (Chagas y Sífilis congénita y en embarazadas), Vigilancia de Meningoencefalitis, Vigilancia de Parálisis Agudas Flácidas (PAF), Vigilancia de Síndrome Urémico Hemolítico, Vigilancia de la Tuberculosis.

4. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTOS

En la siguiente tabla se presentan el total de las notificaciones, provenientes de la integración de los módulos C2 y SIVILA del SNVS, correspondientes a residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las mismas son cotejadas caso por caso, para evitar la presencia de notificaciones duplicadas y lograr la obtención de una base consolidada aprovechando los atributos de los dos módulos.

Las siguientes tablas se conforman con las notificaciones que contienen datos de domicilio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires junto con los casos donde no figura esta referencia. Por lo tanto, dependiendo el evento, la información puede contener sesgos, para lo cual la GOE está trabajando continuamente para la mejora de la calidad de los datos.

La información que se presenta a continuación es la acumulada hasta la **SE 37** del corriente año (finalizada el 16 de septiembre) y se compara con el mismo período del año 2016 mostrando el aumento o descenso en las columnas “diferencia de casos” -donde se presenta la diferencia absoluta entre un año y el otro (por ser menos de 20 casos)- y “variación porcentual” (para los eventos como más de 20 casos).

Notificaciones de casos acumulados hasta la **SE 37** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2016	2017	Diferencia de casos	Variación porcentual
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO*	139	81		-42
	SÍFILIS CONGÉNITA*	122	236		93
Enfermedades de Transmisión Sexual	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	145	256		77
	SECRECIÓN GENITAL SIN ESPECIFICAR VARONES	175	155		-11
	SECRECIÓN PURULENTO EN VARONES	53	55		4
	SECRECIÓN GENITAL EN MUJERES	174	175		1
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES	280	318		14
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES	512	530		4
	SÍFILIS TEMPRANA EN MUJERES	78	45		-42
SÍFILIS TEMPRANA EN VARONES	103	86		-17	
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	2	22	20	
	OFIDISMO	2	1	-1	
Gastroentéricas	DIARREAS	VER INFORME DIARREAS			
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	VER INFORME DIARREAS			
	DIARREAS BACTERIANAS	VER INFORME DIARREAS			
	DIARREAS VIRALES	VER INFORME DIARREAS			
	DIFTERIA	0	0	0	
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	2	1	-1		
Hepatitis	HEPATITIS A	5	8	3	
	HEPATITIS B	57	27		-53
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	1	2	1	
	HEPATITIS C	33	32		-3
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	
HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	2	0	-2		
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE*	VER INFORME COQUELUCHE			
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	VER INFORME COQUELUCHE			
	PAF*	6	2	-4	
	PAROTIDITIS	97	141		45
VARICELA	1460	1129		-23	
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	129	59		-54
	POR METALES PESADOS	7	2	-5	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	160	74		-54
	POR OTROS TÓXICOS	77	46		-40
	POR PLAGUICIDAS	1	0	-1	
POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	4	1	-3		

Nota: La información de la tabla es parcial y sujeta a modificaciones; se incluyen casos notificados con lugar de residencia en la CABA que pueden haber presentado antecedente de viaje.

*Estos eventos son de publicación mensual, el número de notificaciones corresponde a la semana epidemiológica de publicación (se aclara en las tablas de “detalle de notificación por grupo de evento” la SE a la que corresponde y el BES publicado)

Notificaciones de casos acumulados hasta la **SE 37** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2016	2017	Diferencia de casos	Variación porcentual
Lesiones	MORDEDURA POR MURCIÉLAGO	63	52		-17
	MORDEDURA POR RATA	45	6	-39	
Meningitis y Meningoencefalitis	MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	3	3	0	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	1	3	2	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	5	11	6	
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	
	MENINGITIS TUBERCULOSA	3	1	-2	
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	1	3	2	
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	4	7	3	
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	14	23	9	
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	0	4	4	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	28	10	-18	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	14	16	2	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	4	8	4	
	MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0	0	
Otras	LEPRA	10	2	-8	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	17	31	14	
	LISTERIOSIS	0	0	0	
	BOTULISMO DEL LACTANTE	0	1	1	
	TUBERCULOSIS*	891	763		-14
Respiratorias	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS	12062	9479		-21
	ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)	21950	18829		-14
	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)	2559	2710		6
	NEUMONIA	7171	6180		-14
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	4	1	-3	
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	57	73		28
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	12011	543		-95
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)	5	36	31	
	FIEBRE CHIKUNGUNYA	8	37	29	
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	19	0	-19	
	ENCEFALITIS POR ARBOVIRUS	0	0	0	
	HANTAVIROSIS	23	37	14	
	FIEBRE AMARILLA	1	6	5	
	PSITACOSIS	2	9	7	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	2	0	-2	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	3	0	-3	
	LEPTOSPIROSIS	32	47		47
	PALUDISMO	1	1	0	
TRIQUINOSIS	4	0	-4		

Nota: La información de la tabla es parcial y sujeta a modificaciones; se incluyen casos notificados con lugar de residencia en la CABA que pueden haber presentado antecedente de viaje.

*Estos eventos son de publicación mensual, el número de notificaciones corresponde a la semana epidemiológica de publicación (se aclara en las tablas de "detalle de notificación por grupo de evento" la SE a la que corresponde y el BES publicado)

5. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS

Las tablas que se exponen a continuación corresponden al detalle de la Consolidada por Grupo de Eventos ([ítem 4](#)), presentando los datos ampliados según el criterio epidemiológico de clasificación del caso. Por lo tanto las especificaciones de metodología son las descriptas anteriormente.

5.1. De transmisión vertical y sexual

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO*	3	2	100	34	139	5	1	65	10	81		-42
	SÍFILIS CONGÉNITA*	46	7	52	17	122	37	13	170	16	236		93
Enfermedades de Transmisión Sexual	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	145	0	0	0	145	256	0	0	0	256		77
	SECRECIÓN GENITAL SIN ESPECIFICAR VARONES	NO CORRESPONDE				175	NO CORRESPONDE				155		-11
	SECRECIÓN PURULENTA EN VARONES	NO CORRESPONDE				53	NO CORRESPONDE				55		4
	SECRECIÓN GENITAL EN MUJERES	NO CORRESPONDE				174	NO CORRESPONDE				175		1
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES	NO CORRESPONDE				280	NO CORRESPONDE				318		14
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES	NO CORRESPONDE				512	NO CORRESPONDE				530		4
	SÍFILIS TEMPRANA EN MUJERES	NO CORRESPONDE				78	NO CORRESPONDE				45		-42
	SÍFILIS TEMPRANA EN VARONES	NO CORRESPONDE				103	NO CORRESPONDE				86		-17

Nota: Resultados: C=confirmado; P=probable; S=sospechoso; D=descartado.

Los datos presentados de **Sífilis Congénita y en Embarazada** son hasta la **SE 34** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 54**.

Los datos presentados de **Chagas Agudo Congénito** son hasta la **SE 36** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 57**.

5.2. Envenenamiento por animal ponzoñoso

Este grupo de eventos incluye el envenenamiento por alacranes, ofidios, y escorpiones. Todos son eventos de notificación INMEDIATA ante caso sospechoso por medio del módulo SNVS-C2.

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	1	0	1	0	2	4	9	9	0	22	20	
	OFIDISMO	1	1	0	0	2	0	1	0	0	1	-1	

Nota: Resultados: C=confirmado; P=probable; S=sospechoso; D=descartado.

Hasta la SE 37 del año 2017 fueron notificados casos de alacranismo en la mayoría de las comunas de la Ciudad, encontrándose casos confirmados en las comunas 5 y 14.

5.3. Gastroentéricas

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Gastroentéricas	DIARREAS	VER INFORME DIARREAS					VER INFORME DIARREAS						
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	VER INFORME DIARREAS					VER INFORME DIARREAS						
	DIARREAS BACTERIANAS	VER INFORME DIARREAS					VER INFORME DIARREAS						
	DIARREAS VIRALES	VER INFORME DIARREAS					VER INFORME DIARREAS						
	DIFTERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	2	0	0	0	2	1	0	0	0	1	-1	

Nota: Resultados: C=confirmado; P=probable; S=sospechoso; D=descartado.

La caracterización de las **Diarreas Agudas** y **Diarreas Agudas Sanguinolentas** se desarrolla de manera ampliada en el siguiente apartado de [Diarreas Agudas](#).

5.4. Hepatitis

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Hepatitis	HEPATITIS A	3	0	0	2	5	8	0	0	0	8	3	
	HEPATITIS B	20	36	1	0	57	21	5	1	0	27		-53
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	0	1	0	0	1	0	2	0	0	2	1	
	HEPATITIS C	15	16	2	0	33	28	1	3	0	32		-3
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	-2	

Nota: Resultados: C=confirmado; P=probable; S=sospechoso; D=descartado.

En la siguiente tabla se evidencia una disminución de la notificación de casos en 2017 con respecto a 2016 hasta la SE 37, debido a la disminución de Hepatitis B.

5.5. Inmunoprevenibles

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE*	VER INFORME COQUELUCHE											
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	0	0	1	5	6	0	0	1	9	10	4	
	PAF*	0	0	6	0	6	0	0	2	0	2	-4	
	PAROTIDITIS	27	18	52	0	97	13	23	105	0	141		45
	VARICELA	NO CORRESPONDE				1460	NO CORRESPONDE				1129		-23

Nota: Resultados: C=confirmado; P=probable; S=sospechoso; D=descartado.

Durante los años analizados no se encontraron casos confirmados de Rubeola o Rubeola Congénita. Las Enfermedades Febriles Eruptivas, EFE (Rubeola-Sarampión) que se registran como sospechosas se encuentran pendientes de clasificación final.

En el período estudiado no fueron detectados casos de Poliomeilitis por virus salvaje ni Sabin Derivados ni asociados a vacuna.

Los casos de **Coqueluche** notificados como sospechosos en la tabla incluyen tanto los sospechosos como los sospechosos no conclusivos, estos últimos son casos clínicamente compatibles pero con estudio de PCR negativo. La caracterización de [Coqueluche](#) se desarrolla de manera ampliada en el siguiente apartado.

5.6. Intoxicaciones

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	50	22	57	0	129	15	7	37	0	59		-54
	POR METALES PESADOS	2	1	3	1	7	0	2	0	0	2	-5	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	49	80	31	0	160	29	17	26	2	74		-54
	POR OTROS TÓXICOS	55	9	13	0	77	36	2	8	0	46		-40
	POR PLAGUICIDAS	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	-1	
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	1	1	2	0	4	1	0	0	0	1	-3	

Nota: Resultados: C=confirmado; P=probable; S=sospechoso; D=descartado.

En el BES N°8 se analizó en detalle el evento "Intoxicación por Monóxido", se sugiere revisar ese documento para la caracterización de esta intoxicación.

5.7. Lesiones

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Lesiones	MORDEDURA POR MURCIÉLAGO	35	0	28	0	63	5	47	0	0	52		-17
	MORDEDURA POR RATA	38	0	7	0	45	3	3	0	0	6	-39	

Nota: Resultados: C=confirmado; P=probable; S=sospechoso; D=descartado.

5.8. Meningitis y meningoencefalitis

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Meningitis y meningoencefalitis	MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	2	0	0	1	3	3	0	0	0	3	0	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	1	0	0	0	1	2	1	0	0	3	2	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	3	1	0	1	5	3	3	5	0	11	6	
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	MENINGITIS TUBERCULOSA	0	2	1	0	3	1	0	0	0	1	-2	
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	1	0	0	0	1	3	0	0	0	3	2	
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	4	0	0	0	4	6	0	1	0	7	3	
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	5	4	4	1	14	5	2	13	3	23	9	
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	0	0	0	0	0	2	1	1	0	4	4	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	26	1	1	0	28	9	1	0	0	10	-18	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	3	8	1	2	14	3	3	8	2	16	2	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	4	0	0	0	4	5	0	2	1	8	4	
	MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Nota: Resultados: C=confirmado; P=probable; S=sospechoso; D=descartado.

5.9. Otras

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Otras	LEPRA	8	0	2	0	10	1	0	1	0	2	-8	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	17	0	0	0	17	31	0	0	0	31	14	
	LISTERIOSIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	BOTULISMO DEL LACTANTE	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	
	TUBERCULOSIS*	891	0	0	0	891	763	0	0	0	763	-14	

Nota: Resultados: C=confirmado; P=probable; S=sospechoso; D=descartado.

Los datos presentados de **Tuberculosis** son hasta la **SE 35** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 56**.

5.10. Respiratorias

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL	
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL			
Respiratorias	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					12062	9479	-21
	ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					21950	18829	-14
	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					2559	2710	6
	NEUMONIA	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					7171	6180	-14

Nota: Resultados: C=confirmado; P=probable; S=sospechoso; D=descartado

La caracterización de las patologías respiratorias se desarrolla de manera ampliada en el siguiente apartado de [Infecciones Respiratorias Agudas](#).

5.11. Zoonóticas y por vectores

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	3	0	1	0	4	1	0	0	0	1	-3	
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	57	0	0	0	57	73	0	0	0	73	28	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	6132	579	5035	265	12011	2	31	54	456	543	-95	
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)	5	0	0	0	5	1	3	14	18	36	31	
	FIEBRE CHIKUNGUNYA	8	0	0	0	8	1	4	18	14	37	29	
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	1	18	0	19	0	0	0	0	0	-19	
	ENCEFALITIS POR ARBOVIRUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	HANTAVIROSI	0	0	23	0	23	1	0	36	0	37	61	
	FIEBRE AMARILLA	0	1	0	0	1	0	0	6	0	6	5	
	PSITACOSIS	1	0	1	0	2	4	0	5	0	9	7	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	-2	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	-3	
	LEPTOSPIRISIS	2	1	22	7	32	1	4	27	15	47	47	
	PALUDISMO	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	
TRIQUINOSIS	4	0	0	0	4	0	0	0	0	0	-4		

Nota: Resultados: C=confirmado; P=probable; S=sospechoso; D=descartado.

De las Leptospirosis notificadas en 2017, cerca del 86% de los casos no contó con el dato de residencia y para Hantavirus el porcentaje es de 75%.

Los datos presentados de **Dengue, Zika y Chikungunya** corresponden hasta la **SE 24** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N°45**.

Los datos presentados de **Chagas Crónico en Embarazadas** corresponden hasta la **SE 36** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N°57**.

6. DETERMINANTES SOCIALES Y MORTALIDAD POR CÁNCER SEGUN COMUNAS. CABA. 2011-2015.



6.1. Introducción

En la actualidad, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen la principal causa de mortalidad mundial. Las enfermedades crónicas se caracterizan por su larga duración, progresividad y curación no previsible, pudiendo requerir tratamiento y control durante una extensa e indeterminada cantidad de años.²

El cáncer forma parte del grupo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), junto con las enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas y diabetes. Estas enfermedades, se encuentran entre los problemas más comunes y más costosos para la salud pública de la población.

En Argentina y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el cáncer constituye la segunda causa de muerte, después de las enfermedades del sistema circulatorio³.

Existe amplia evidencia de la relación existente entre las condiciones en que la gente nace, vive, se educa, trabaja y envejece con la situación de salud de las poblaciones.⁴

Estas condiciones se relacionan con aspectos sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales, llamados en conjunto "*Determinantes sociales de la Salud*".

Dichas condiciones han establecido estratificaciones en la sociedad (determinantes estructurales), generadoras de desigualdades por sí mismas, entendiéndose el término desigualdad como una diferencia entre uno o más grupos comparados. Sin embargo, estas condiciones de desigualdad pueden afectar en forma adversa a las poblaciones más vulnerables y se constituyen en condiciones determinantes para la situación de salud.

En consecuencia, las inequidades plantean un juicio moral a las desigualdades y se entienden como diferencias no naturales, injustas, arbitrarias, innecesarias y evitables, determinadas social e históricamente.⁵ Algunos estudios señalan que ciertos determinantes sociales de la salud, como la posición social, el empleo y la educación se vinculan a la morbimortalidad por cáncer⁶. Las inequidades sociales en cáncer tendrían su origen en diferencias en las condiciones de vida y de trabajo, atención de la salud, educación, ingresos, y status social⁷.

Adoptando como base conceptual este modelo de Determinantes Sociales de la Salud, se realizó el presente estudio, con el propósito de describir la forma en que se distribuye la mortalidad por cáncer entre las comunas de la Ciudad de Buenos Aires y conocer las potenciales disparidades entre dichas jurisdicciones, según las características socioeconómicas de las mismas.

²<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

³<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001006cnt-2017-09-14-atlas-2007-2011.pdf>

⁴Vega Romero, Román. (2009). Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 8(16), 7-11. Retrieved September 26, 2017, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272009000100001&lng=en&tlng=es

⁵Whitehead M. Los conceptos y principios de la equidad en la salud. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Centro de Documentación e Información. Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. Serie Reprints; 1991: 9.

⁶Lence Juan J, Camacho Rolando. Cáncer y transición demográfica en América Latina y el Caribe. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2006 Sep [citado 2017 Sep 26]; 32(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300010&lng=es

⁷Krieger, N. Defining and investigating Social disparities in cancer: critical issue Vol. 16, No. 1 (Feb., 2005), pp. 5-14

6.2. La vigilancia epidemiológica de las ECNT como meta actual

De acuerdo a lo expuesto, desde la Gerencia Operativa de Epidemiología hemos comenzado a publicar la difusión y el análisis de la situación epidemiológica del cáncer en la CABA. De este modo, se han realizado dos publicaciones anteriores sobre el tema, contextualizando situación del cáncer a nivel internacional y nacional, describiendo las principales variables para Ciudad de Buenos Aires dentro del contexto nacional.

Para consultar dichos informes, se pueden descargar los Boletines Epidemiológicos de frecuencia semanal N° 42 y N° 45 en los siguientes links:

http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_42_se21_vf_1.pdf

http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_45_se_24_vf.pdf

6.3. Nota metodológica

El presente documento describe el comportamiento de la mortalidad global por cáncer y por los principales sitios tumorales, en residentes de la Ciudad de Buenos Aires, según sexo, distribución por comunas en el quinquenio 2011-2015 y su relación con variables socioeconómicas.

En primer lugar se describe el comportamiento de la mortalidad en el total de la CABA y para las principales causas, según sexo.

En segundo lugar, se calcula y se compara la variación de la mortalidad entre comunas, respecto de la tasa global, para todas las causas según sexo.

En tercer lugar se presentan indicadores de medición de la desigualdad de la mortalidad entre comunas según condiciones socioeconómicas, bajo el modelo de regresión lineal.

A continuación se describirá la metodología específica utilizada para cada análisis particular.

6.3.1. Análisis de la mortalidad

Para el análisis de la mortalidad en la CABA se utilizaron las bases de mortalidad provistas por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) y del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y reporte del Cáncer (SIVER/INC). Además, se utilizó como fuente de datos, el Atlas de mortalidad por cáncer en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2011-2015" (SIVER - INC, en prensa).

El criterio de inclusión corresponde a los diagnósticos en los cuales la causa básica de defunción concierne a tumores malignos en los periodos mencionados. Para la identificación de los sitios tumorales, se construyeron diagnósticos topográficos según los códigos C00-C97 del Código Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión (CIE-10). No se incluyeron para los análisis tumores in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido (D00-D48); ni los casos sin codificación o sin dato de comuna. (Tabla 1).

Los datos de población corresponden al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y a la Dirección General de Estadísticas y Censos del GCABA. Se utilizaron las proyecciones poblacionales inter-censales desagregadas por sexo y grupos quinquenales de edad, estimadas a partir de los resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2010, para los años seleccionados. Para el cálculo de las Tasas Ajustadas por grupos de edad (TAE) se utilizó la población mundial estándar.⁸

El análisis incluyó el cálculo de la cantidad de muertes por sitio tumoral, su distribución porcentual y la Tasa Ajustada por Edad (TAE) según sexo en residentes de la CABA.

⁸http://www.prb.org/pdf12/2012-population-data-sheet_eng.pdf

Tabla 1. Agrupación de la mortalidad por cáncer según la localización del tumor. CIE 10ª Edición

CIE-10	SITIO	CIE-10	SITIO
C00	Labio	C50	Mama
C01-02	Lengua, otros	C51-52	Vulva-vagina
C03-06	Boca	C53	Cuello de útero
C07-08	Parótida, Glándulas salivales	C54	Cuerpo de útero
C09-10	Orofaringe	C55	Útero no especificado
C11	Nasofaringe	C56	Ovario
C12-13	Hipofaringe	C57	Otros órganos femeninos
C14	Faringe y mal definidos	C60,63	Pene, otros genitales
C15	Esófago	C61	Próstata
C16	Estómago	C62	Testículo
C17	Intestino Delgado	C64-66, 68	Riñón, otros urinarios
C18-21	Colon - Recto	C67	Vejiga
C22	Hígado	C69	Ojo
C23-24	Vesícula, Conducto extrahepático	C70-72	Encéfalo, otros SNC
C25	Páncreas	C73	Tiroides
C30-31	Fosa Nasal, Senos, otros Cavity nasal	C74	Otras glándulas endócrinas
C32	Laringe	C81	Linfoma de Hodgkin
C33-34	Pulmón	C82-85	Linfoma no Hodgkin
C37-38	Otros órganos torácicos	C88-90	Mieloma
C40-41	Hueso	C91	Leucemia Linfoide
C43	Piel, Melanoma	C92	Leucemia Mieloide
C44	Piel, No Melanoma	C93-94	Otras leucemias
C45	Mesotelioma	C95	Leucemia no especificada
C46	Sarcoma de Kaposi	C96-98	Otros tumores no incluidos en el análisis
C47-49	Tejidos blandos		Mal definidos y metástasis

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10ª)

6.3.2. Análisis de la desigualdad

Para el estudio de la desigualdad se han elegido medidas que se aplican a clasificaciones ordenadas según un indicador social. Las comunas son unidades geodemográficas en donde estos índices se utilizan cuando un indicador de carácter ordinal o continuo (como el ingreso salarial o la escolaridad), generan una jerarquía social entre dichas unidades.

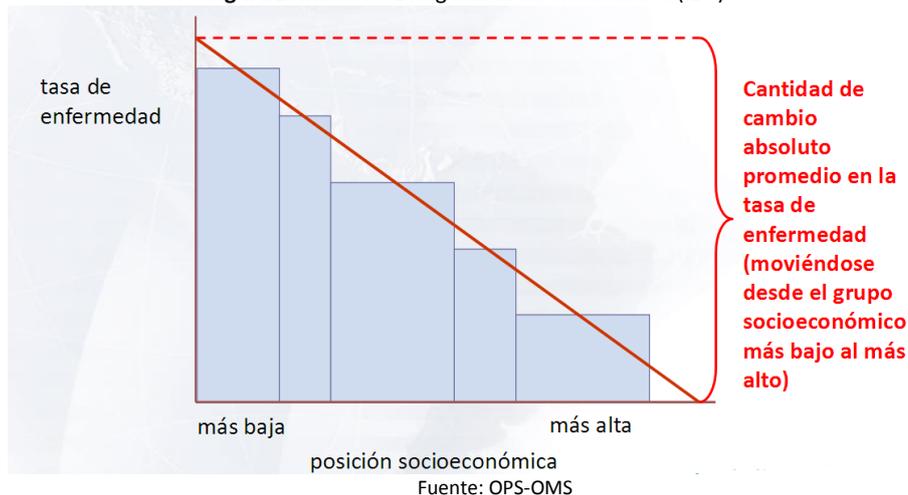
Entre dichas medidas se hallan aquellas basadas en el modelo estadístico de regresión lineal, tales como el Índice de Desigualdad de la Pendiente, el Índice Relativo de Desigualdad y el Índice de Concentración y la Curva de Lorenz. Los mismos se desarrollarán a continuación.

6.3.2.1. Índice de Desigualdad de la Pendiente (IDP)

El índice de desigualdad de la pendiente (IDP), estima la diferencia de tasas entre los puntos extremos de la jerarquía social, puesto que la pendiente expresa estrictamente el cambio que experimenta la variable dependiente en función del movimiento de la variable independiente.

El IDP expresa la desigualdad de salud, en términos de tasas, entre los estratos más altos y los más bajos en la jerarquía definida por el indicador socioeconómico elegido. Bajo este modelo, la pendiente (b) de la recta de regresión expresa la magnitud del cambio de la variable de salud por cada unidad de cambio de posición en la jerarquía socioeconómica de la población.

En la figura 1 se grafica el mencionado concepto en donde la magnitud del cambio en la variable de salud depende de la pendiente (b), desde los grupos con peor indicador socioeconómico a los grupos con mejor indicador socioeconómico. Cuanto mayor la pendiente (b), mayor la magnitud del cambio.

Figura 1. Índice de Desigualdad de la Pendiente (IDP)

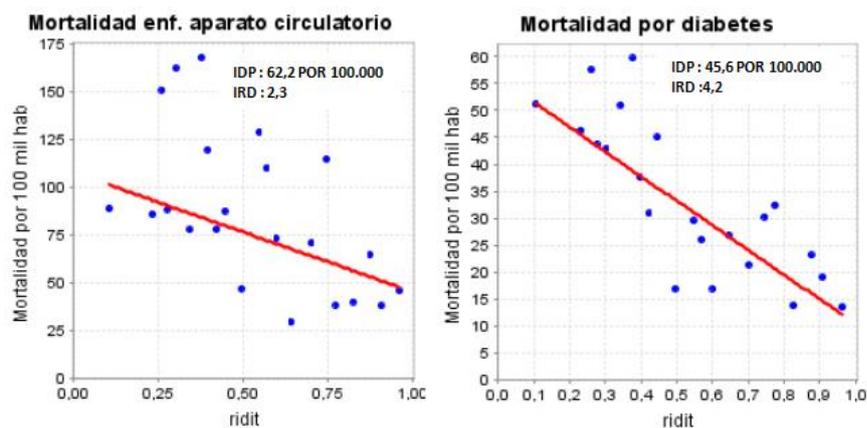
En la figura 2 se muestra un ejemplo de este indicador realizado en un estudio de desigualdades de salud en Guatemala en el año 2012⁹. Se observa el índice de desigualdad de la pendiente para la mortalidad por causas cardiovasculares y para diabetes, según el gradiente de pobreza en la población.

En el eje de la abscisa (x), se ordena la población con mayor pobreza a menor pobreza; y en el eje de la ordenada (Y), la mortalidad acumulada.

Se evidencia la relación inversa entre la mortalidad y el nivel socioeconómico y el elevado IDP para ambos eventos. El IDP para mortalidad cardiovascular indica que por cada unidad de reducción de la pobreza habría 62 muertes menos cada 100.000 habitantes y 45 muertes menos por diabetes cada 100.00 habitantes.

Figura 2. Ejemplo de Índice de Desigualdad de la Pendiente (IDP)

Relación entre pobreza y mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio y por diabetes (por 100.000 hab.) a nivel departamental. Año 2012



Fuente: Desigualdades de Salud en Guatemala. Año 2016. OPS-OMS

6.3.2.2. Índice Relativo de Desigualdad (IRD)

El Índice Relativo de Desigualdad (IRD) (también mostrado en figura 2), expresa el IDP en términos relativos, considerando la tasa poblacional como valor de referencia, y expresando la medida de desigualdad como un cociente. En particular, el índice relativo de desigualdad (IRD), se calcula como el cociente entre el valor absoluto del IDP y la tasa poblacional. El IRD así definido es siempre positivo y se lee como un riesgo relativo (RR).

⁹http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=793-desigualdades-en-salud-en-guatemala&category_slug=publications&format=html&Itemid=518

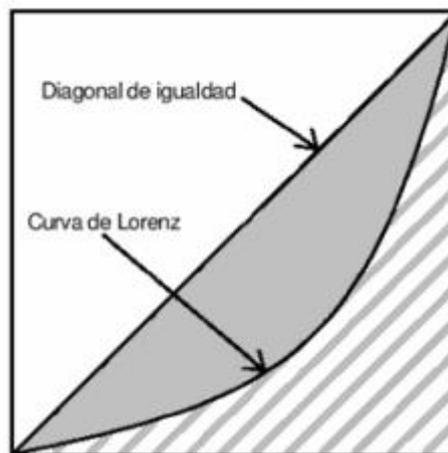
Se recomienda utilizar una variante de este IRD denominado "Índice relativo de desigualdad acotado", (IRD Acotado), que realiza una mejor estimación de la desigualdad entre las tasas de los grupos intermedios en el ordenamiento.

El IRD Acotado corresponde al cociente entre las tasas estimadas para las jurisdicciones extremas y se interpreta como un cociente de tasas extremas estimadas, o corregidas por el resto de las tasas del dominio. De este modo, el IRD acotado permite superar una de las deficiencias del cociente de tasas extremas.

6.3.2.3. Curva e Índice de Concentración

El Índice de Concentración y la Curva de Lorenz, están basados en el coeficiente o índice de Gini. El índice de Gini representa la relación entre una población ordenada y acumulada y un indicador socioeconómico acumulado (Por ejemplo, si los individuos de una población se ordenan en forma creciente con respecto a su ingreso, los más pobres se ubicarán cerca del origen de coordenadas y los más ricos hacia el extremo derecho del eje de las abscisas). El índice resulta de comparar la curva de Lorenz con la bisectriz del ángulo recto del primer cuadrante, que corresponde a la diagonal de plena igualdad de ambas distribuciones acumuladas, y es justamente dos veces el área comprendida entre las dos curvas (Figura 3).

Figura 3. Curva de Lorenz y Diagonal de igualdad



Fuente: SERGAS

Si representamos en este eje la proporción de individuos que resulta de acumular los casos ordenados, y en el eje de las ordenadas la proporción también acumulada de su ingreso, la curva de Lorenz (Figura 1), mostraría claramente que una proporción alta de sujetos sólo posee una baja proporción de los ingresos, siempre menor que la que corresponde a la situación de plena igualdad, o de plena proporcionalidad entre población e ingreso.

El valor de 0 corresponde al caso de plena igualdad, cuando la curva y la recta se superponen, y el valor de 1, al caso extremo en que un solo grupo concentra todo el ingreso.

El ordenamiento de la población se realiza de acuerdo a una variable socioeconómica y luego se mide la proporcionalidad de la distribución acumulada que genera dicho ordenamiento con la de un indicador de salud. Los sujetos o los grupos se ordenan del más pobre al más rico (o en general, del peor al mejor de acuerdo al indicador socioeconómico elegido) y las proporciones poblacionales acumuladas se representan en el eje de las abscisas. En el eje de las ordenadas, se representa la proporción acumulada del indicador de salud

La curva obtenida (ahora llamada curva de concentración) se encontrará, generalmente, por encima de la diagonal si el indicador es negativo, o por debajo de ella si el indicador positivo. Si a partir de esta representación gráfica se mide el área comprendida entre la curva de concentración y la diagonal, y se multiplica por 2, tal

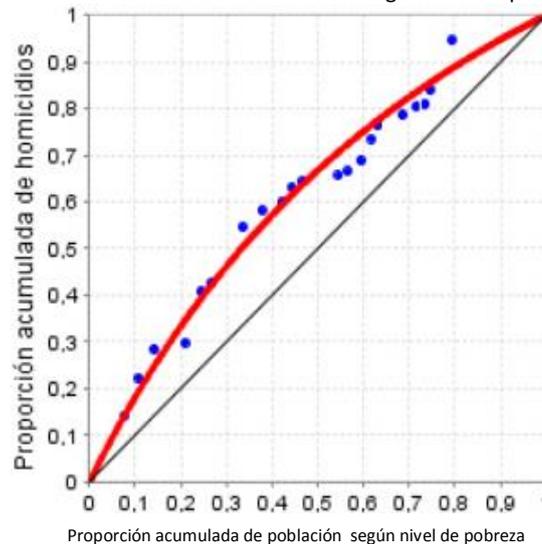
como se hacía para el cálculo del índice de Gini, se obtiene el llamado *índice de concentración*, que toma valores extremos entre -1 y +1.

Normalmente, la curva de concentración se encuentra de un solo lado de la diagonal (encima o debajo de acuerdo a la naturaleza del indicador de salud). Ello ocurre cuando existe una relación monótona (creciente o decreciente) entre el indicador de salud y el indicador socioeconómico que genera la jerarquía social ordenada. El valor negativo se obtiene cuando la curva se sitúa por encima de la diagonal, y el positivo cuando se sitúa por debajo

En la figura 4 se muestra un ejemplo de este indicador realizado en un estudio de desigualdades de salud en Guatemala en el año 2012. Se muestra la curva de concentración, para la mortalidad por homicidios según pobreza por departamentos, que se sitúa por encima de la diagonal (valor negativo).

Según la curva, el 20% de la población más pobre acumularía el 30 % de la mortalidad por homicidios, o el 50% de la población más pobre acumularía casi el 70 % de la mortalidad por dicha causa.

Figura 4. Ejemplo de Curva de Concentración y Diagonal de igualdad.
Concentración de la acumulación de tasas de homicidio según nivel de pobreza departamental.2012.



Fuente: Desigualdades de Salud en Guatemala. Año 2016. OPS-OMS

A los tres índices arriba mencionados, se les atribuyen las tres propiedades que se consideran esenciales para cualquier medida de la desigualdad social en relación con la salud¹⁰. Dichas propiedades son:

- Utilizan la información contenida en toda la población y no sólo en los extremos
- Sensibles a las redistribuciones de la población entre los distintos grupos
- Reflejan la dimensión socioeconómica

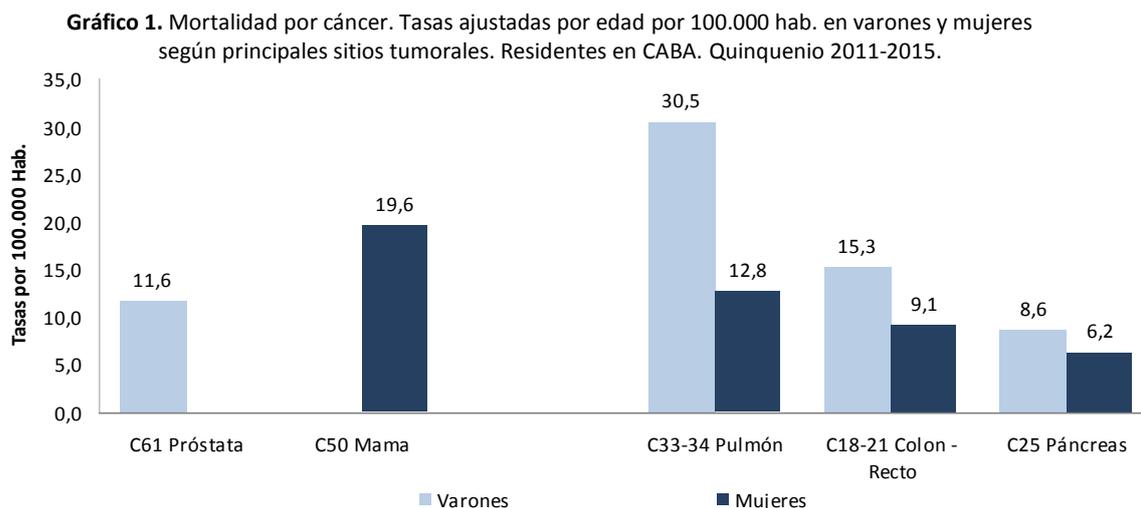
¹⁰Wagstaff Adam. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2002 June [cited 2017 Sep 26]; 11(5-6): 316-326. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500007&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000500007>

6.4. Mortalidad por Cáncer en la Ciudad de Buenos Aires

6.4.1. Mortalidad por cáncer según sexo

La tasa de mortalidad ajustada por edad por cáncer (todas las causas), en CABA en el quinquenio 2011-2015 fue estimada en 124,2 óbitos por 100.000 hab. para varones y 89,1 óbitos por 100.000 hab. para las mujeres.

En el siguiente gráfico se presentan las tasas de mortalidad en varones y residentes en CABA, ajustadas por edad, según los cinco principales sitios tumorales en el quinquenio 2011-2015.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la DEIS, INDEC y del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y reporte del Cáncer (SIVER/INC) y Atlas de mortalidad por cáncer en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2011-2015" (SIVER - INC, en prensa).

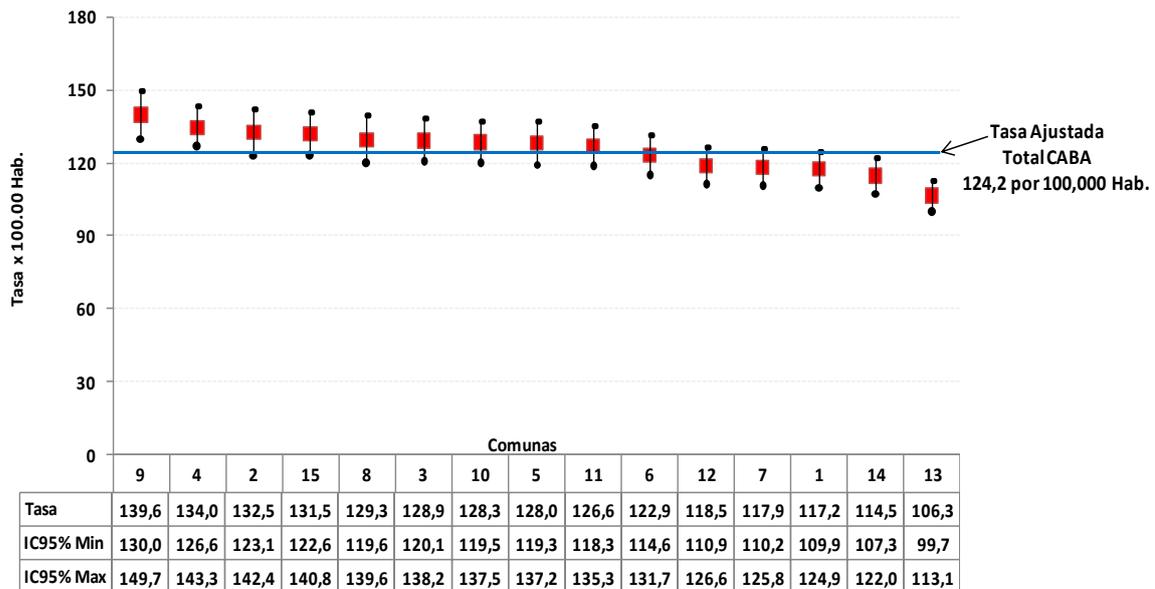
Se observa que en los principales sitios tumorales comunes (pulmón, colon-recto y páncreas), la tasa ajustada de mortalidad en varones es superior al indicador en mujeres. El diferencial porcentual de mortalidad entre sexos, para dichos sitios es del 58,0%, 40,5% y 27,9%, respectivamente.

Respecto a otros sitios tumorales, la principal causa de mortalidad en mujeres es el cáncer de mama, y en varones, próstata, pero en tercer lugar, en comparación a los sitios pulmón y colon-recto.

6.4.2. Mortalidad por Cáncer en la Ciudad de Buenos Aires según sexo y comunas de residencia

Se presenta la comparación de los indicadores de mortalidad por cáncer en residentes de CABA por sexo y comunas de residencia en el quinquenio 2011-2015.

En el siguiente gráfico se muestran las tasas ajustadas por todas las causas con sus respectivos intervalos de confianza (IC 95%), en varones, por comunas ordenadas según magnitud de la tasa.

Gráfico 2. Mortalidad por Cáncer (todas las causas). Tasas ajustadas por edad en varones según comunas. Residentes en CABA. Quinquenio 2011-2015

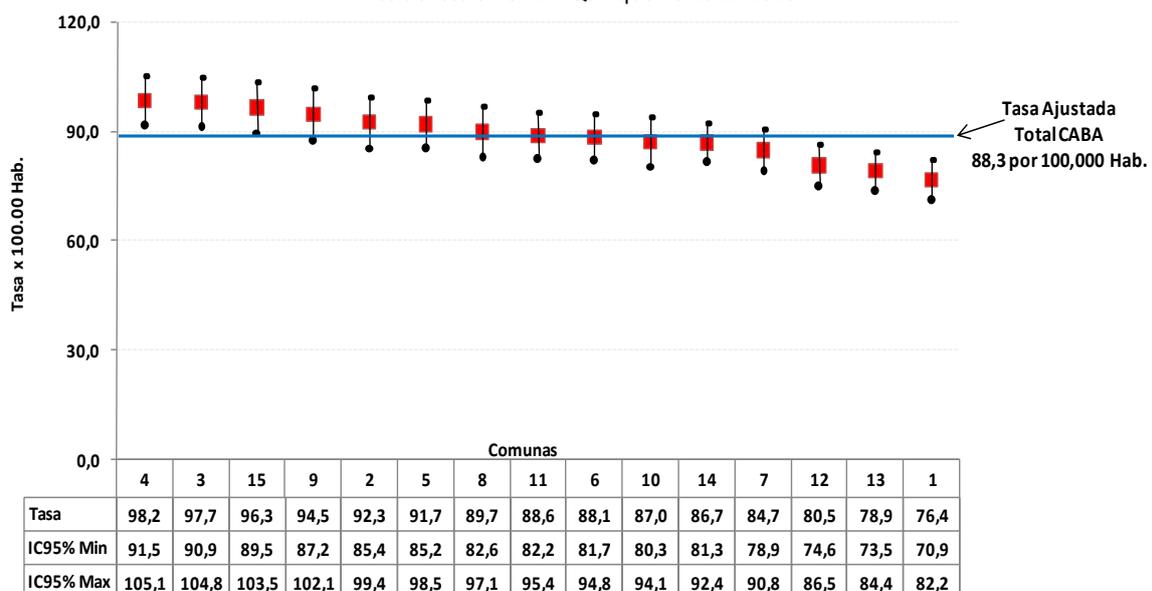
Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la DEIS, INDEC y del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y reporte del Cáncer (SIVER/INC) y Atlas de mortalidad por cáncer en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2011-2015" (SIVER - INC, en prensa).

Habiendo eliminado el efecto de confusión de la edad, se observa que en la población masculina el riesgo de morir por cáncer en las comunas del sur 9 y 4 es significativamente mayor que el indicador general de la ciudad y menor para las comunas del norte 14 y 13.

Los IC95% de las comunas 4 y 9 no se superponen con los IC95% de las comunas 14 y 13; por lo tanto dicho diferencial podría ser estadísticamente significativo.

Entre las comunas 9 y 13 la variación porcentual es de -12%.

En el siguiente gráfico se muestran las tasas ajustadas por todas las causas con sus respectivos intervalos de confianza (IC 95%), en mujeres, por comunas ordenadas según magnitud de la tasa.

Gráfico 3. Mortalidad por Cáncer (todas las causas). Tasas ajustadas por edad en mujeres según comunas. Residentes en CABA. Quinquenio 2011-2015

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la DEIS, INDEC y del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y reporte del Cáncer (SIVER/INC) y Atlas de mortalidad por cáncer en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2011-2015" (SIVER - INC, en prensa).

En riesgo de mortalidad por cáncer en mujeres residentes en CABA es menor respecto a los varones.

Habiendo eliminado el efecto de confusión de la edad, se observa que en la población de mujeres, el riesgo de morir por cáncer en las comunas 4 y 3 es significativamente mayor que el indicador general de la ciudad y menor para las comunas 12, 13 y 1.

Los IC 95% de las comunas 4 y 3 no se superponen con los IC95% de las comunas 12, 13 y 1; por lo tanto dicho diferencial podría ser estadísticamente significativo.

Entre las comunas 4 y 1 la variación porcentual es de -28%.

6.4.3. Análisis de la desigualdad según determinantes sociales

Para analizar el comportamiento del evento "mortalidad por cáncer" a través de las comunas según determinantes socioeconómicos, se construyó un modelo donde la variable dependiente lo constituye la tasa de mortalidad por cáncer y las variables independientes elegidas son los siguientes determinantes sociales:

- (1) Proporción de población según comuna con educación superior/universitaria completa (Año 2015)
- (2) Promedio de ingreso per cápita familiar (IPCF) de los hogares según comuna (Año 2012)

Tabla 2. Determinantes sociales según comunas de residencia.

Comuna	% de población con educación superior completa (1)	Promedio de IPCF (2)
1	28,4	4049,3
2	54,3	5059,7
3	29,3	3826,0
4	17,8	2567,7
5	40,2	4374,3
6	40,9	4573,2
7	29,1	3315,9
8	10,5	2147,7
9	15,5	3112,8
10	31,1	3056,8
11	32,9	3639,0
12	38,4	3995,7
13	54,4	5811,3
14	55,4	5335,5
15	36,3	3584,0

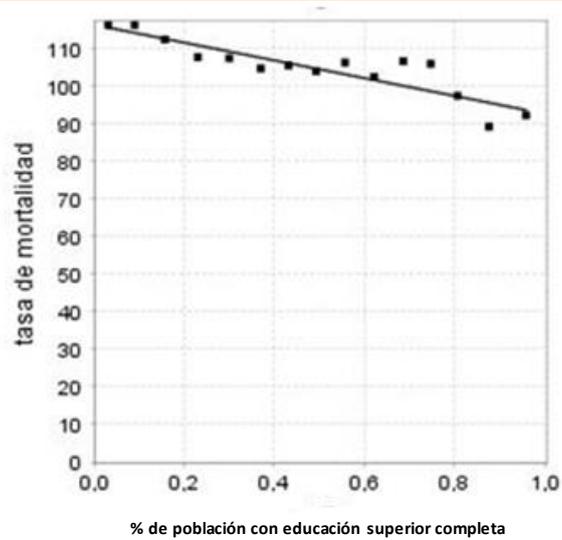
Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos del GCABA

Se estimó el Índice de desigualdad de la Pendiente (IDP), el Índice Relativo de Desigualdad (IRD) acotado, y la curva e Índice de Concentración (IC), para cada uno de los determinantes sociales, con el propósito de detectar posibles diferenciales en la experiencia de mortalidad por cáncer en las comunas según el nivel socioeconómico involucrado.

Mortalidad por cáncer y proporción de población según comuna con educación superior/universitaria completa

En el siguiente grafico se muestran los resultados del Índice de desigualdad de la pendiente (IDP) y del Índice relativo de desigualdad acotado (IRD).

Gráfico 4. IDP e IRD entre población con educación superior completa por comuna y mortalidad por cáncer Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Quinquenio 2011-2015



Índice	Tasa de mortalidad
Índice de desigualdad de la pendiente	-23,644
Índice relativo de desigualdad acotado	1,234

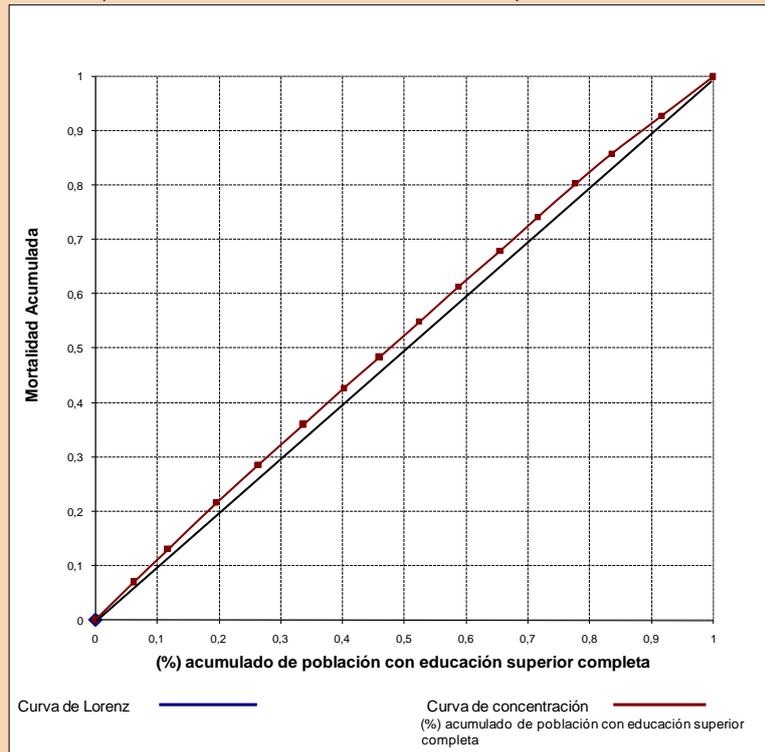
Según estos indicadores, existiría una relación inversa entre el riesgo de morir por cáncer y el nivel de educación superior completo (terciario o universitario). El gráfico de regresión indicaría que a medida que aumenta la proporción de población comunal con estudios superiores completos, se reduciría la tasa de mortalidad.

El modelo de regresión lineal muestra que por cada unidad de aumento en la proporción de población con educación superior completa, la tasa de mortalidad se reduciría en 23,6 óbitos por cada 100.00 habitantes.

El IRD acotado indicaría que, en la comuna con menor proporción de población con estudios superiores completos el riesgo de morir por cáncer se multiplica 1,23 veces (23% más), respecto de la comuna con mejor nivel educativo, ponderando la mortalidad de las comunas intermedias.

En el siguiente gráfico se muestran los resultados de la curva e índice de concentración.

Gráfico 5. Curva de concentración entre población con educación superior completa por comuna y mortalidad por cáncer. Ciudad de Buenos Aires. Quinquenio 2011-2015



Índice de Concentración: 0,037

Este indicador sugiere que la educación superior completa ejerce cierto efecto sobre el riesgo de morir por cáncer entre las comunas de la Ciudad.

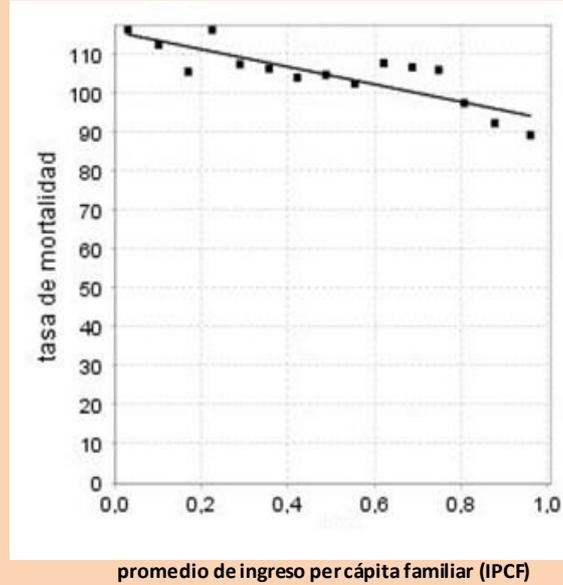
La curva de concentración indica que el 20% de las comunas con menor proporción de población con educación superior completa, acumularía, el 22% de la mortalidad por cáncer.

Mientras que en el otro extremo de la escala social, el 20% de las comunas con mayor proporción de población con educación superior completa acumularía el 15% de la mortalidad por cáncer.

Mortalidad por cáncer y promedio de ingreso per cápita familiar de los hogares (IPCF) según comuna

En el siguiente gráfico se muestran los resultados del Índice de desigualdad de la pendiente (IDP) y del Índice relativo de desigualdad acotado (IRD).

Gráfico 6. IDP e IRD entre población según promedio de ingreso per cápita familiar de los hogares (IPCF) por comuna. Ciudad de Buenos Aires. Quinquenio 2011-2015



Índice	Tasa de mortalidad
Índice de desigualdad de la pendiente	-22,520
Índice relativo de desigualdad acotado	1,24

La desigualdad entre el ingreso per cápita familiar y el riesgo de mortalidad por cáncer en las comunas presenta un patrón similar a lo observado con los determinantes sociales anteriores.

Existiría una relación inversa entre el riesgo de morir por cáncer y el promedio de ingreso per cápita familiar (IPCF) de los hogares a través de las comunas

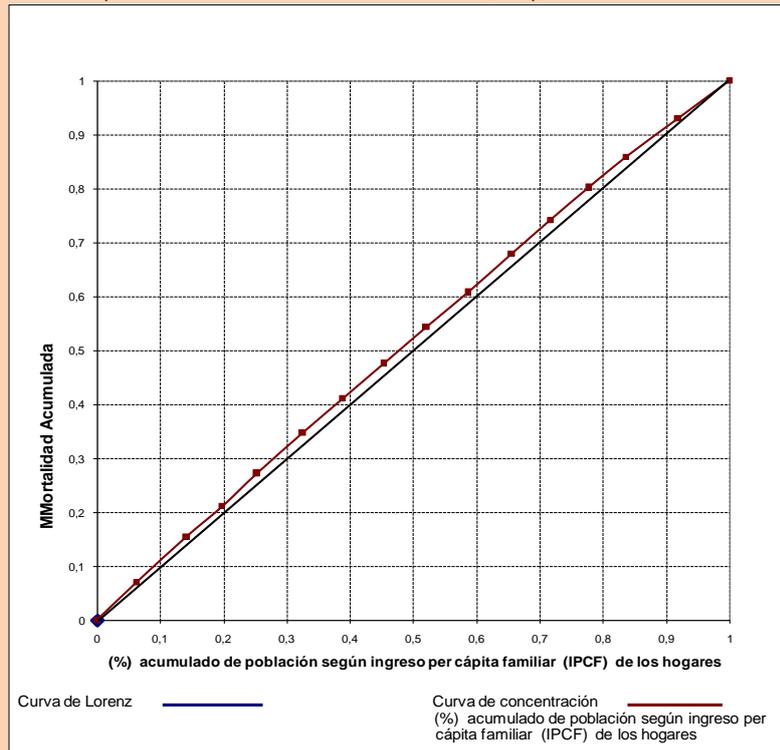
El gráfico de regresión indicaría que a medida que aumenta dicho promedio en las comunas, se reduciría la tasa de mortalidad.

El modelo de regresión lineal muestra que por cada unidad de aumento en el promedio de IPCF, la tasa de mortalidad por cáncer se reduciría en 22,5 óbitos por cada 100.000 habitantes.

El IRD acotado indicaría que en la comuna con menor promedio de IPCF, el riesgo de morir por cáncer se multiplica 1,24 veces (24% más), respecto de la comuna con mejor ingreso, ponderando la mortalidad de las comunas intermedias.

En el siguiente gráfico se muestran los resultados de la curva e índice de concentración.

Gráfico 7. Curva de concentración entre población según promedio de ingreso per cápita familiar de los hogares (IPCF) por comuna. Ciudad de Buenos Aires. Quinquenio 2011-2015



Índice de Concentración: 0,036

Al igual que en las curvas de concentración realizadas con el anterior determinante, la curva de concentración del promedio de ingreso per cápita familiar (IPCF) de los hogares ejerce cierto efecto sobre el riesgo de morir por cáncer entre las comunas de la Ciudad.

Este indicador sugiere que el 20% de las comunas con menor (IPCF) acumularían el 21,1% de la mortalidad por cáncer.

Mientras que en el otro extremo, el 20% de las comunas con mayor (IPCF) acumularían, el 15% de la mortalidad por cáncer.

6.4.4. Comentarios

En general y para los principales sitios tumorales comunes (pulmón, colon-recto y páncreas), se evidencia que las tasas de mortalidad por cáncer son superiores en varones, en el quinquenio observado. El diferencial porcentual de mortalidad entre sexos, para dichos sitios es del 58,0%, 40,5% y 27,9%, respectivamente.

Respecto a los sitios tumorales, la principal causa de mortalidad en mujeres es el cáncer de mama, y en varones, próstata.

Varones Residentes

En términos generales, las comunas con mayor mortalidad masculina por cáncer, en el quinquenio 2011-2015, fueron las jurisdicciones 9, 4, 2 y 15. Debe señalarse que el riesgo de morir en varones, por todas las causas de cáncer, fue mayor y estadísticamente significativo, en las comunas 9 y 4, respecto del indicador general de la ciudad y significativamente menor para las comunas 14 y 13.

Mujeres Residentes

En general, el riesgo de mortalidad por cáncer en mujeres residentes en CABA es menor respecto a los varones. Las comunas con mayor mortalidad femenina, en el quinquenio 2011-2015, fueron las jurisdicciones 4, 3, 15 y 9; y prácticamente coinciden con el mismo patrón observado en varones, con excepción de la comuna 3.

La población de mujeres residentes en las comunas 4 y 3, presentaron un riesgo de morir por cáncer significativamente mayor que el indicador general de la ciudad y menor para las comunas 12, 13 y 1.

Determinantes sociales

La desigualdad en la experiencia de mortalidad por cáncer en las comunas, según los indicadores sociales analizados sería menor a lo observado en otras regiones de América Latina, donde dichas desigualdades son más intensas¹¹

Si bien, en el presente estudio, se registran diferenciales en la mortalidad por cáncer, los indicadores son muy similares entre los dos determinantes estudiados.

El IDP para dichas variables osciló entre 23 y 22 muertes reducibles por 100.000 habitantes por cada unidad de aumento en la mejoría de las variables sociales

El IRD acotado evidencia un riesgo de mortalidad 23% mayor entre las comunas con peor situación socioeconómica, respecto a aquellas en mejor situación.

Las curvas de concentración muestran que el 20% de las comunas en peor situación acumularían entre 21% a 22% de la mortalidad por cáncer; en el extremo opuesto, el 20% de las comunas en mejor situación, acumularían el 15% de dicha mortalidad.

Entonces es pertinente formular la hipótesis de que en esta jurisdicción, el acceso a los servicios de salud (con su variabilidad en la calidad y características locales) y a la medicación oncológica subsidiada, jugaría un rol compensador a las diferencias socioeconómicas en la mortalidad estudiada.

También sería pertinente estudiar si la morbilidad por cáncer tendría o no un similar comportamiento respecto a las desigualdades sociales y el efecto de los servicios de salud.

Al mismo tiempo, es dable preguntarse acerca de la valoración que representa el 23% más de riesgo en las comunas más vulnerables y se considera que en futuros estudios debería ser incluido el presunto impacto "compensatorio" de las políticas sanitarias inclusivas y la capacidad o incapacidad de los servicios de salud en satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones más vulnerables, con equidad social y sin costo adicional para dichas poblaciones.

7. VIGILANCIA DE COQUELUCHE



Coqueluche es un evento que se presenta de manera mensual en el Boletín Epidemiológico Semanal. Para consultar la introducción completa, la nota metodológica, definición de casos y el esquema de vacunación referirse al BES N°42 descargándolo del siguiente link:

http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_42_se21_vf_1.pdf

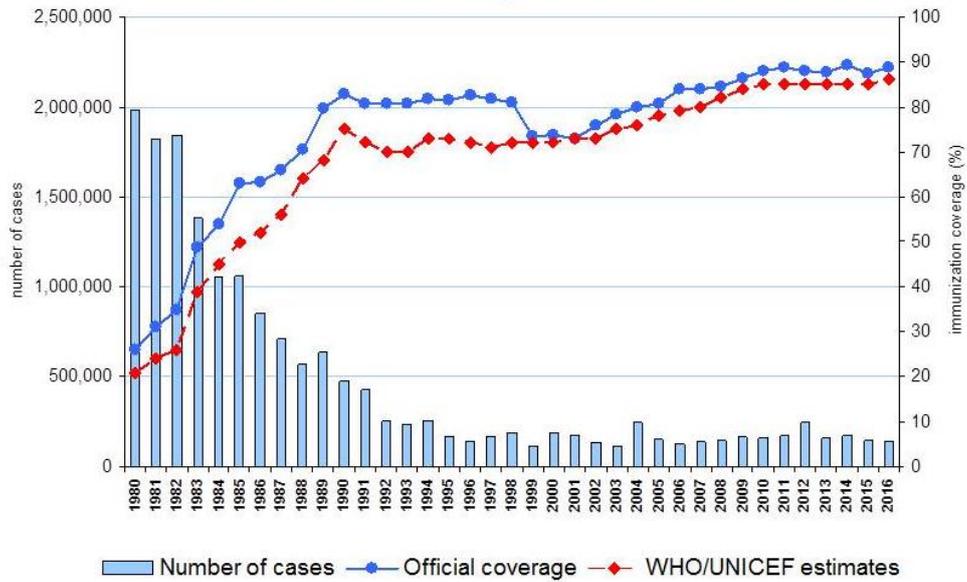
7.1. Situación mundial

Durante 2016 se reportaron 139.535 casos de coqueluche a nivel global. Se estima que en 2008 ocurrieron 89.000 muertes por esta patología. La cobertura estimada de vacunación con al menos 3 dosis de triple bacteriana (DTP3) es de un 86%.¹²

¹¹ Las desigualdades sociales ante la muerte. CELADE. 1996

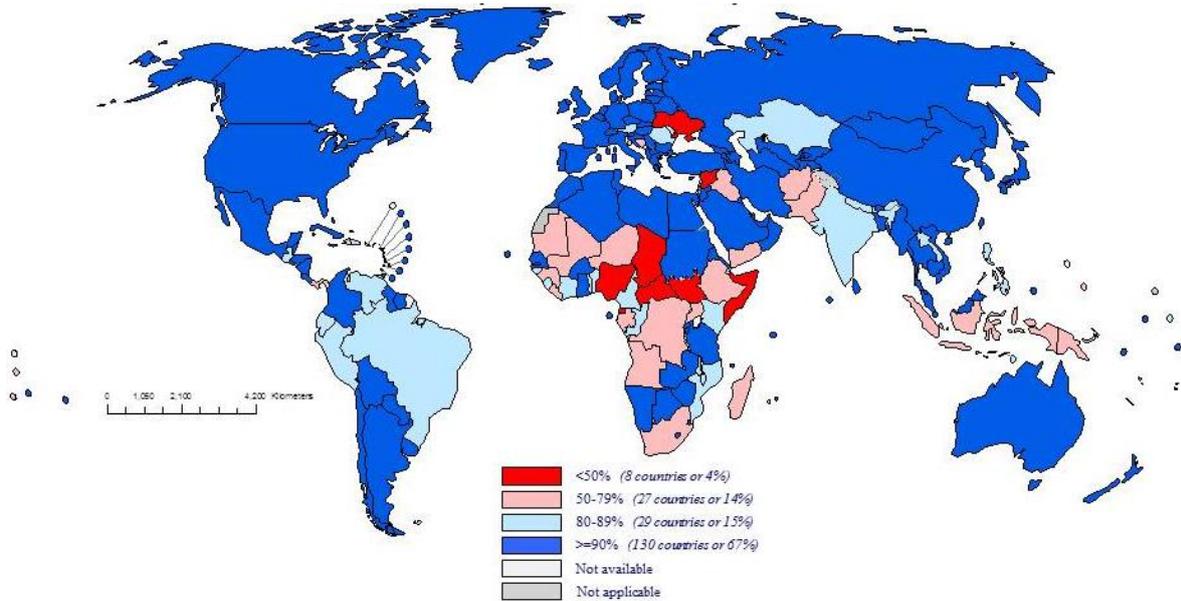
¹² Disponible en: http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/passive/pertussis/en/

Gráfico 1. Notificaciones anuales de casos de coqueluche a nivel global y porcentaje de cobertura de vacunación con DTP3. Años 1980 – 2016.



Fuente: Organización Mundial de la Salud - OMS

Mapa 1. Porcentajes de cobertura de vacunación con DTP3 por país. Año 2016.

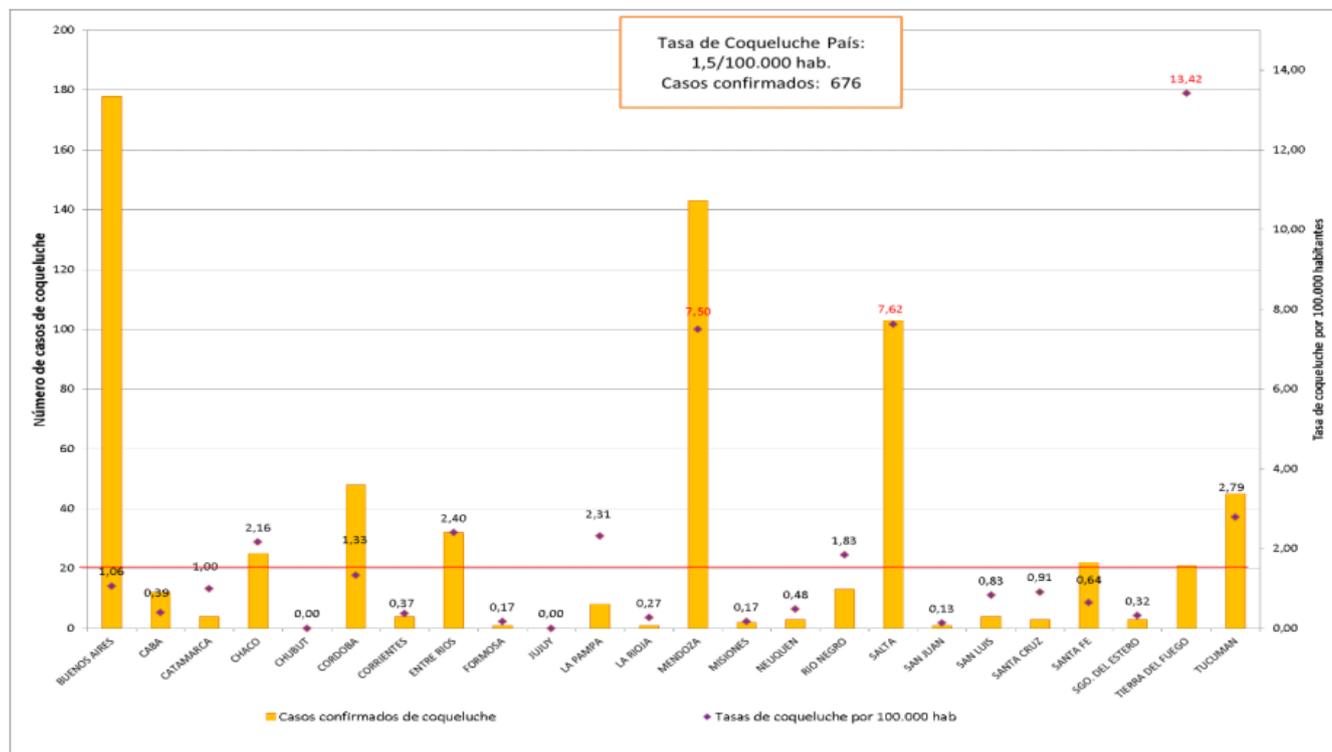


Fuente: Organización Mundial de la Salud - OMS

7.2. Situación en Argentina

A nivel nacional, entre las SE 1 y 32 del año 2017 se registraron 5843 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales se confirmaron 676 (12%), con un pico entre las semanas 23 y 26. La incidencia de coqueluche confirmado en el país hasta esta fecha fue de 1,5/100.000 habitantes.

Gráfico 2. Tasas de casos confirmados de coqueluche por 100.000 habitantes por provincia. Argentina. Año 2017 (SE 1-32).



Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia – Ministerio de Salud de la Nación

Las provincias de Buenos Aires, Mendoza, Salta y Tucumán registraron hasta la SE 32 las mayores tasas de coqueluche del país. El 72% de los casos confirmados se presentaron en niños menores de un año, si bien también se observaron casos en adultos jóvenes.

Solo el 27% de los casos sospechosos fueron notificados a través de ambos módulos. Cabe resaltar la importancia de realizar la carga de los casos sospechosos para poder realizar a tiempo las acciones de control.¹³

7.3. Situación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2016-2017 hasta SE 37

En la siguiente tabla se presentan las notificaciones de los efectores de la Ciudad de Buenos Aires según lugar de residencia.

Tabla 1. Número y porcentaje de notificaciones de coqueluche según provincia de residencia. Período 2016-2017 hasta SE 37.

Residencia	2016		2017	
	Acumulado	Porcentual	Acumulado	Porcentual
BUENOS AIRES	269	48,4%	155	61,8%
CAPITAL FEDERAL	149	26,8%	78	31,1%
OTRAS PROVINCIAS	67	12,1%	10	4,0%
DESCONOCIDA	71	12,8%	8	3,2%
Total	556	100%	251	100%

Fuente: SNVS, C2 y SIVILA

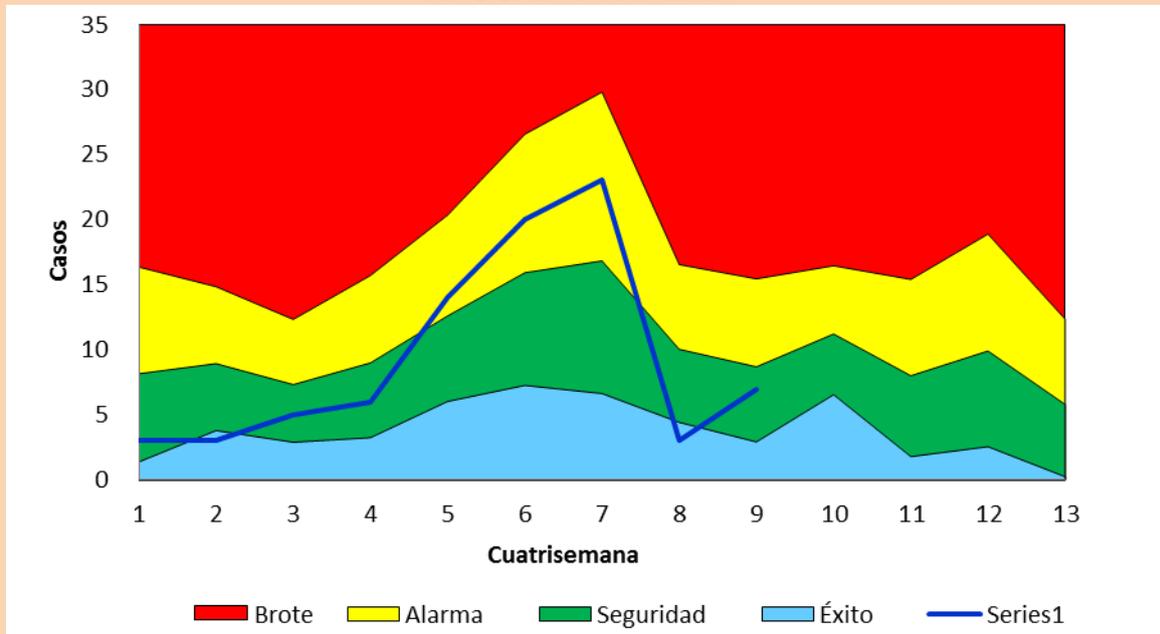
Comparando el mismo período en el año pasado, se observa que los casos notificados en la Ciudad de Buenos Aires se redujeron a cerca de la mitad en el año 2017.

¹³ Boletín Integrado de Vigilancia N° 365, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_vigilancia_378-SE38.pdf

Para este análisis, los casos que no registren datos de provincia de residencia se considerarán como residentes de la Ciudad de Buenos Aires.

En el siguiente gráfico se muestra el corredor endémico cuatrisesmanal de casos en residentes de la Ciudad.

Gráfico 3. Casos notificados de coqueluche. Corredor endémico cuatrisesmanal. Residentes de la CABA. Año 2017 hasta cuatrisesmana 9*



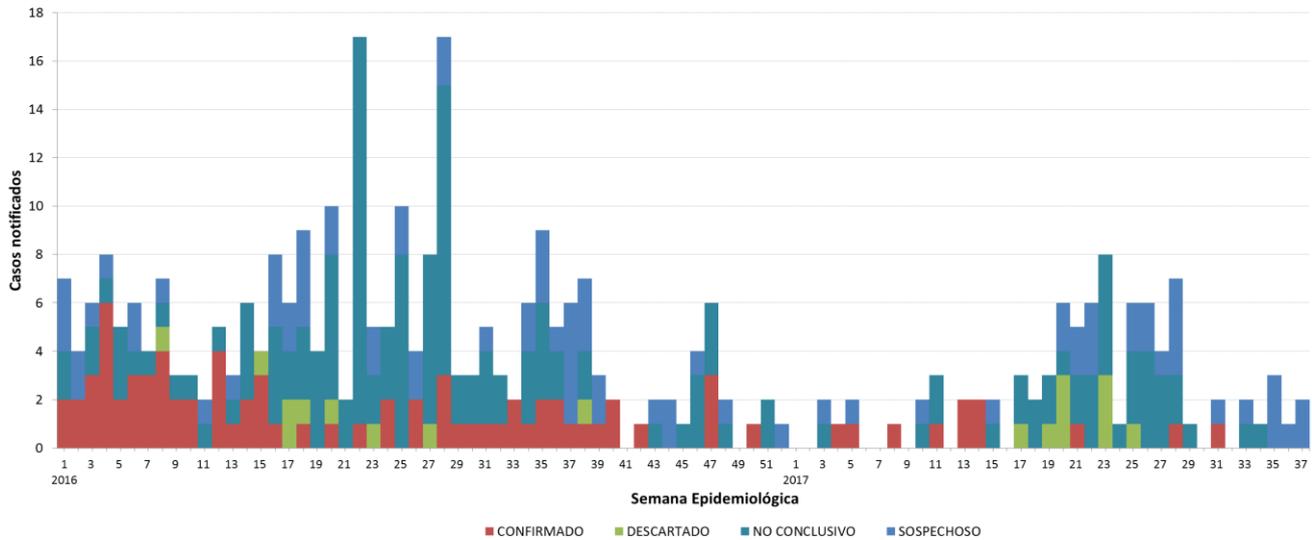
Fuente: SNVS, C2 y SIVILA

*Para la construcción del corredor se utilizaron los últimos 7 años, excluyendo el año 2012. Se incluyeron todos los casos notificados.

Entre las cuatrisesmanas 5 y 7 de este año, la notificación de casos transcurrió en la zona de alarma, evidenciándose una disminución en la cuatrisesmana 8 en coincidencia con lo sucedido en años anteriores. Durante la cuatrisesmana 9 la notificación se encuentra en zona de seguridad.

Se grafica a continuación los casos notificados según clasificación final, desde la SE 1 de 2016 hasta la SE 37 de 2017, en residentes de la CABA.

Gráfico 4. Casos notificados de coqueluche según clasificación final.
Residentes de la CABA. Años 2016 (n=254) a SE 37 de 2017 (n=86)



Fuente: SNVS, C2 y SIVILA

En el gráfico se observa la mayor magnitud de la notificación durante el 2016 en comparación con 2017. Se expresa en ambos años la variación estacional, con el mayor número de notificaciones entre las SE 20 y 28.

El porcentaje de casos confirmados en 2017 es de 13% (11 casos), mientras que en 2016 para el mismo período fue de 28% (62 casos).

Sin considerar los casos descartados hasta la SE 37 se registraron 212 casos en 2016 y 77 en el año actual. De estos últimos, un 57% son mujeres y un 43% son varones.

No se notificaron fallecimientos hasta la SE 37 de este año, mientras que en el mismo período de 2016 se registraron dos fallecidos.

En la siguiente tabla se presenta la distribución de casos y tasas por grupos de edad en el período 2016 y 2017 en residentes de la CABA hasta la SE 37. Se excluyeron del análisis los casos descartados.

Tabla 2. Número de casos notificados de coqueluche y tasas por 100.000 habitantes según grupos de edad.
Residentes de la CABA. Hasta SE 37. Años 2016-2017

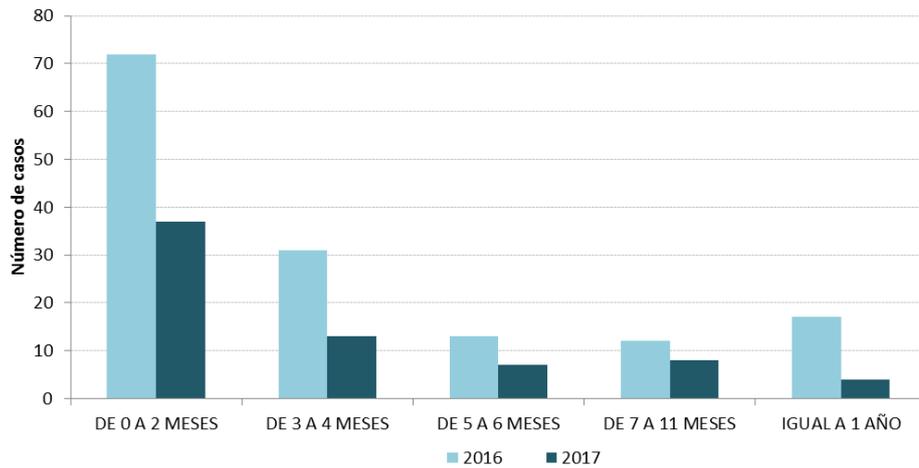
Grupo edad	2016		2017	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
MENOR DE 1 AÑO	128	304,8	65	155,8
IGUAL A 1 AÑO	17	40,5	4	9,6
DE 2 A 4 AÑOS	10	8,0	5	4,0
DE 5 A 9 AÑOS	5	2,4	0	0,0
DE 10 A 14 AÑOS	0	0,0	0	0,0
MAS DE 15 AÑOS	4	0,2	3	0,1
SIN ESPECIFICACION	48		0	
Total	212	6,9	77	2,5

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

En ambos períodos analizados, se observa que las tasas más elevadas se encuentran en el grupo etario de menores de 1 año, representado el 89,6% de los casos de 2017 y el 68,4% en 2016. Este dato es coincidente con la situación nacional.

A continuación se presenta la distribución de casos en menores de 2 años.

Gráfico 5. Número de casos de coqueluche en niños menores de 2 años de edad. Residentes de la CABA. Hasta SE 37. Años 2016 (n=145)-2017 (n=69).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Tomando en cuenta todos los grupos etarios, hasta la SE 37 del 2017, cerca de la mitad de los casos (48%) ocurren en menores de 2 meses. Estos resultados podrían relacionarse con la baja cobertura de vacunación en embarazadas, indicada para proteger a este grupo a través del pasaje transplacentario de anticuerpos.

En la próxima tabla se presentan los casos de coqueluche por comunas y las tasas por 100.000 habitantes durante las SE 1 a 37 de 2016 y 2017. Se excluyeron del análisis los casos descartados.

Tabla 3. Casos de coqueluche y tasas por 100.000 habitantes según comuna de residencia. Residentes de la CABA. SE 1-37. Años 2016-2017.

Comunas	2016		2017		Diferencia de casos
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	
1	23	9,1	5	2,0	-18
2	2	1,3	0	0,0	-2
3	6	3,1	10	5,2	4
4	26	10,9	10	4,2	-16
5	2	1,1	5	2,7	3
6	2	1,1	0	0,0	-2
7	10	4,2	7	2,9	-3
8	14	6,2	11	4,9	-3
9	5	2,9	5	2,9	0
10	4	2,4	0	0,0	-4
11	4	2,1	3	1,6	-1
12	3	1,4	3	1,4	0
13	3	1,3	1	0,4	-2
14	7	3,1	3	1,3	-4
15	9	4,9	5	2,7	-4
Residentes SD*	21		1		-20
Desconocidos**	71		8		-63
Total CABA	212	6,9	77	2,5	-135

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

*Residentes sin datos de domicilio. **Sin datos de provincia de residencia

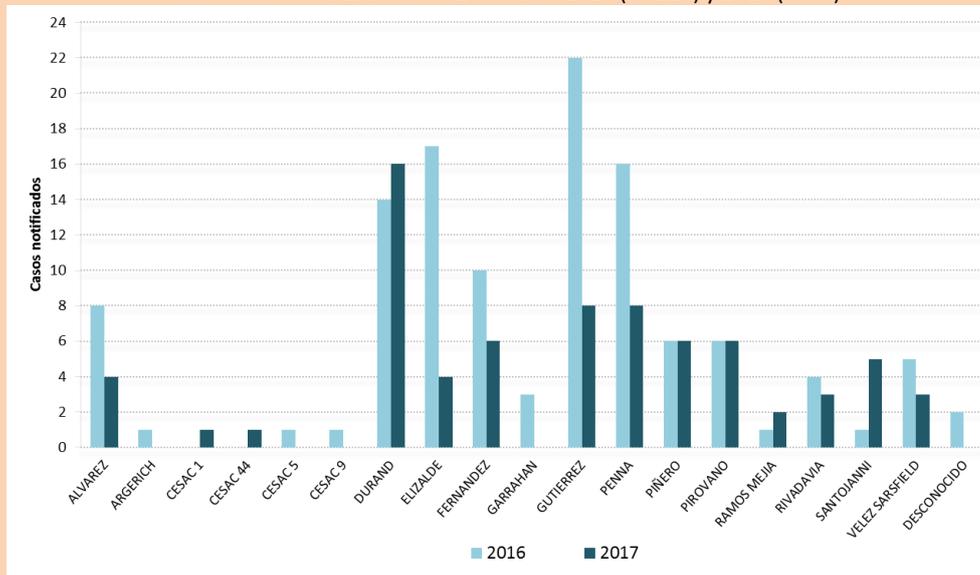
En el marco de un descenso de los casos de coqueluche en la ciudad en el período estudiado, el análisis por comunas muestra que esta caída fue mayor en las comunas 1 y 4.

Se destaca una mejoría en el registro de los datos de residencia, donde en 2017 el 10% no cuenta con el dato de la provincia donde vive en comparación con 2016 donde la falta de esta información es del 33% del total.

En el siguiente gráfico se presentan los casos notificados de coqueluche según institución de asistencia en efectores públicos, residentes de la CABA.¹⁴



Gráfico 6. Casos notificados de coqueluche según establecimiento de asistencia. Efectores públicos. Residentes de la CABA. Hasta SE 37. Años 2016 (n= 116) y 2017 (n=73).

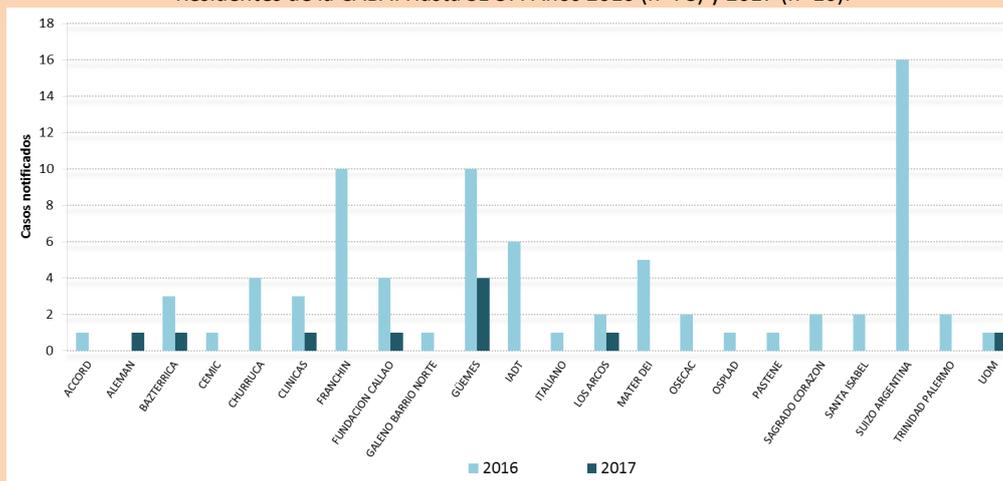


Fuente: SNVS, SIVILA-C2 y base de la GOE.

Durante el año 2017, el 85% (73) de los casos notificados fueron atendidos en efectores públicos de la Ciudad, mientras que en 2016 para el mismo período fue del 54% (118).

En el siguiente gráfico se presentan los casos notificados de coqueluche por efector privado en residentes de CABA.

Gráfico 7. Casos notificados de coqueluche según establecimiento de asistencia. Efectores privados. Residentes de la CABA. Hasta SE 37. Años 2016 (n=78) y 2017 (n=10).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Se observa una disminución de notificaciones en efectores tanto estatales como privados de la Ciudad con respecto al año anterior. Este podría deberse a un menor número de pacientes compatibles con el evento o a una menor notificación por parte de los establecimientos de salud.

¹⁴ No siempre la institución de asistencia es la institución notificadora. En ocasiones se reciben notificaciones a través de SIVILA de laboratorio que procesan las muestras detallando las instituciones de asistencia.

En 2016 hubo 26 casos notificados (11,8%) donde no se registró efector de asistencia, en 24 de los cuales fueron notificados por laboratorios privados, mientras que en 2017 únicamente en 3 casos de los notificados (3,5%) no se registra este dato.

7.3.1. Cobertura de Inmunizaciones

En la siguiente tabla se presentan las coberturas de vacunación de Pentavalente, Cuádruple, Triple Bacteriana y Triple Bacteriana acelular del año 2016 brindadas por el programa de Inmunizaciones de la Ciudad de Buenos Aires.

Tabla 4. Coqueluche. Cobertura de vacunación. Año 2016. CABA

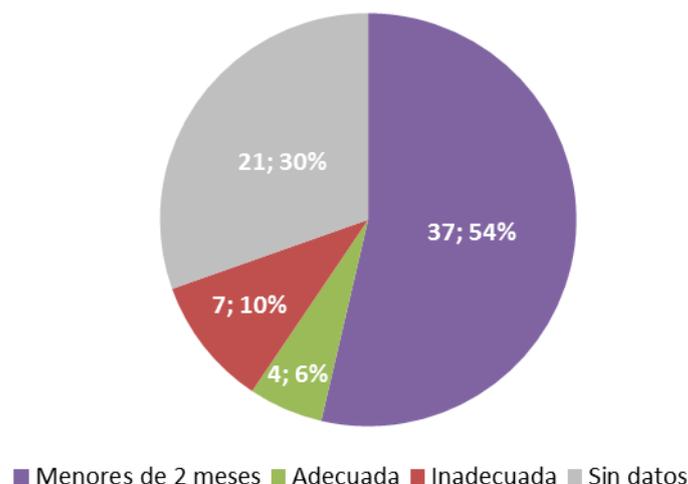
	VACUNA	DOSIS APLICADAS	PORCENTAJE DE COBERTURA
< DE 1 AÑO	PENTAVALENTE 1º	38.325	91,5
	PENTAVALENTE 2º	35.299	84,3
	PENTAVALENTE 3º	34.088	81,4
1 AÑO	CUADRUPLE REFUERZO	29.804	71,2
6 AÑOS	TRIPLE BACTERIANA	33.823	82,8
11 años	TRIPLE ACELULAR	29.572	74,8
Embarazadas	TRIPLE ACELULAR	24.914	59,5

Fuente: Programa de Inmunizaciones, Ministerio de Salud, GCBA.

Como se observa en la tabla las coberturas más bajas se registran entre las embarazadas, al igual que los refuerzos del año y de los 11 años.

En los casos notificados de coqueluche en residentes de la CABA (exceptuando los descartados), se registran pocos datos de vacunación.

Gráfico 8. Casos de coqueluche según vacunación adecuada para la edad Residentes de la CABA. Hasta SE 37 (n=69)



Fuente: Estudios de foco, SIC.

Como se observa en el 54% de los casos se trata de menores de 2 meses donde la vacunación aún no está indicada. Para estos casos no se cuenta con datos sobre la vacunación de la madre durante el embarazo. De

todos modos, en el 66% de los mayores de 2 meses no se reportó el dato de vacunación con vacuna Quíntuple y un 22% no tenía vacunación adecuada para la edad.

8. VIGILANCIA DE DIARREAS AGUDAS

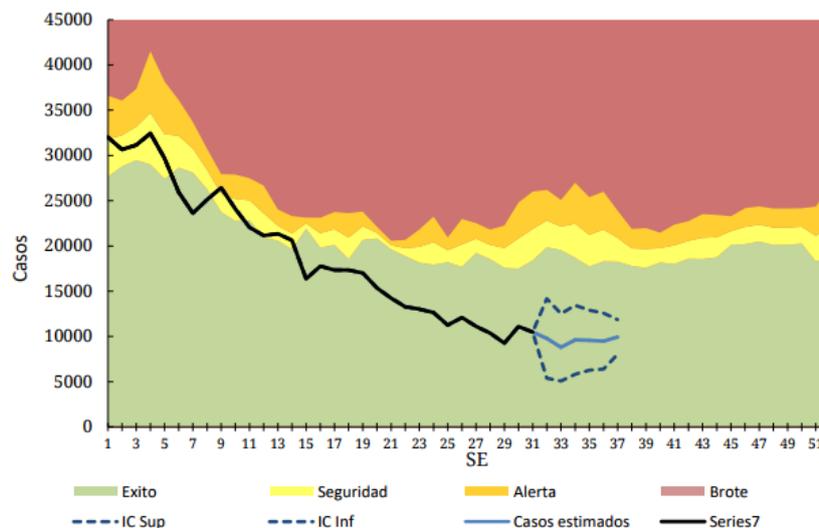
8.1. Introducción

La introducción completa, la nota metodológica, modalidad de notificación y definiciones de caso, pueden obtenerse en las versiones anteriores a este BES.

8.2. Situación Nacional

A nivel nacional, en el año 2016 hasta las SE 52 se notificaron 1.043.235 casos de diarrea aguda con una tasa de 2393,9 por 100.000 habitantes. En el siguiente gráfico se presenta el corredor endémico semanal de Diarreas agudas hasta la SE 52 del periodo 2012-2015, a nivel país¹⁵.

Gráfico 1. Corredor endémico semanal de Diarreas Agudas.
Total país. Históricos 5 años 2012-2016.



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación-Área de Vigilancia de la Salud.

Hasta la SE 33 del año 2017, se notificaron 666,911 en todo el país. Tomando en cuenta los últimos tres años (2015-2017), el actual es el que presenta la tasa de notificación más baja 1529,9/100.000 hab.).

En el año 2016, hasta la SE 33 se notificaron 617,161 casos de diarreas, cuya tasa fue de 1387/100.000 hab.

Entre 2016 y 2017, se observó una disminución en la diferencia de tasas de notificación del 8% con respecto a la misma semana del año anterior.

Como se mostrará posteriormente, la notificación del 2016 para CABA coincide con el decremento en la notificación de este evento para el mismo año, mostrando un comportamiento estacional semejante¹⁶.

¹⁵http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_vigilancia_N361-SE21.pdf

¹⁶http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_vigilancia_N376-SE36.pdf

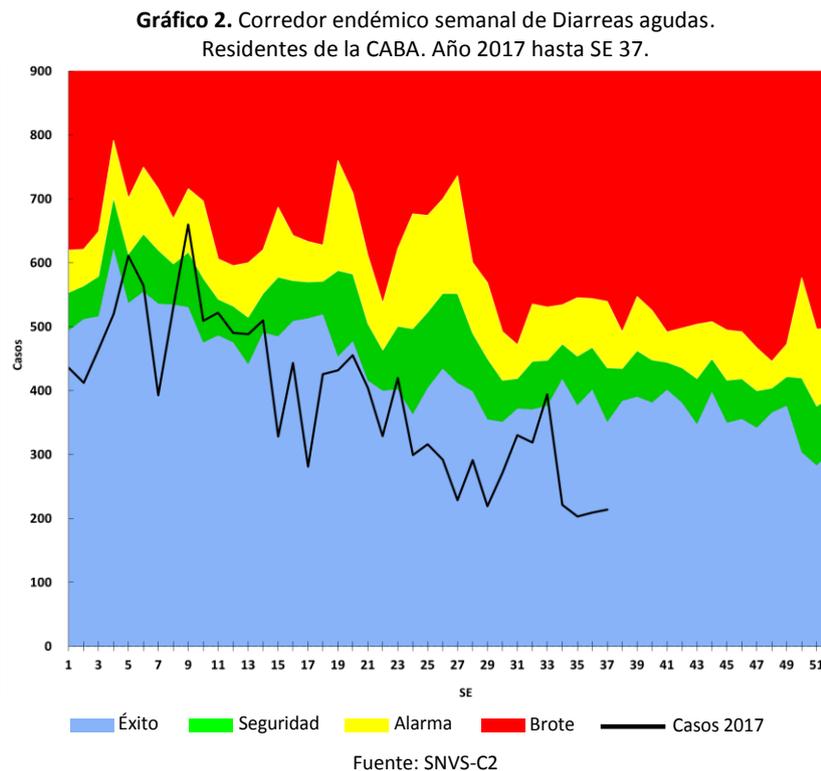
8.3. Situación Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2010-2016

La situación histórica (2010-2016) de las diarreas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires puede consultarse en el BES N°35: http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_35_se14_vf.pdf.

8.4. Situación Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2016-2017 hasta SE 36.

8.4.1. Diarreas Agudas (agrupadas)

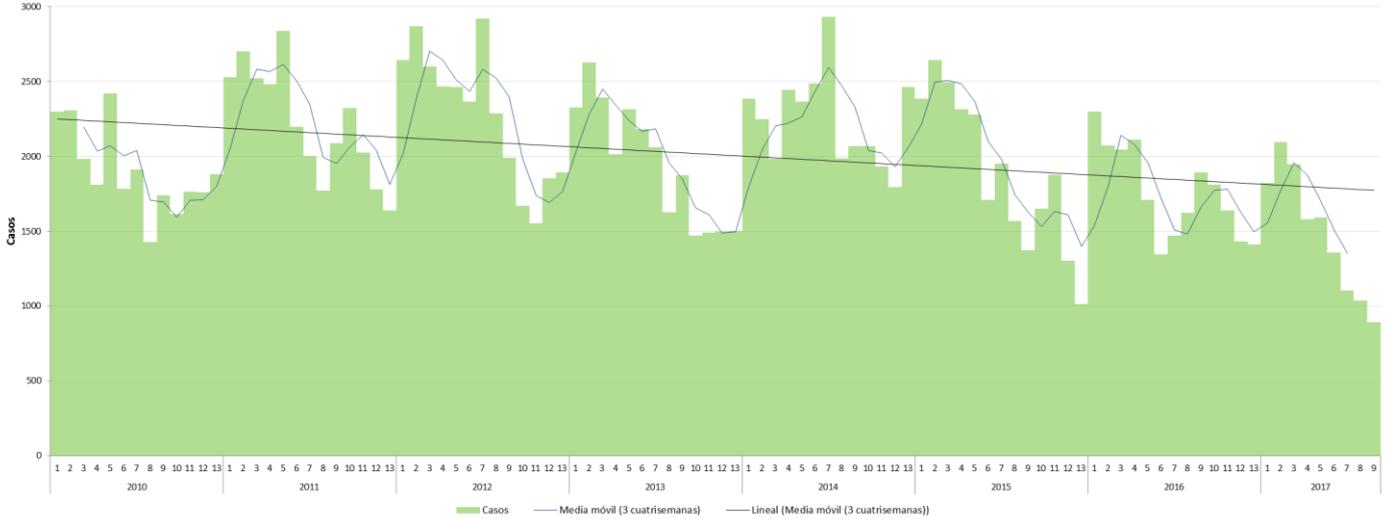
A continuación se presenta el corredor semanal de las Diarreas agudas en residentes notificadas a través del SNVS por los efectores de la Ciudad.



Como se observa claramente, los casos del año 2017 se presentan hasta la semana analizada en zona de éxito. Esta situación está en concordancia con lo que se expresa en el corredor nacional arriba mencionado.

A continuación se presenta la serie temporal del periodo 2010-2017 (hasta la cuatrisesmana 9). Se graficó la media móvil de tres semanas con la finalidad de suavizar la estacionalidad. Por último, se trazó la línea de tendencia para todo el período.

Gráfico 3. Número de notificaciones de Diarreas Agudas por cuatrisesmana epidemiológica. Residentes de la CABA. CS 9. Periodo 2010-2017 (n=198.661).

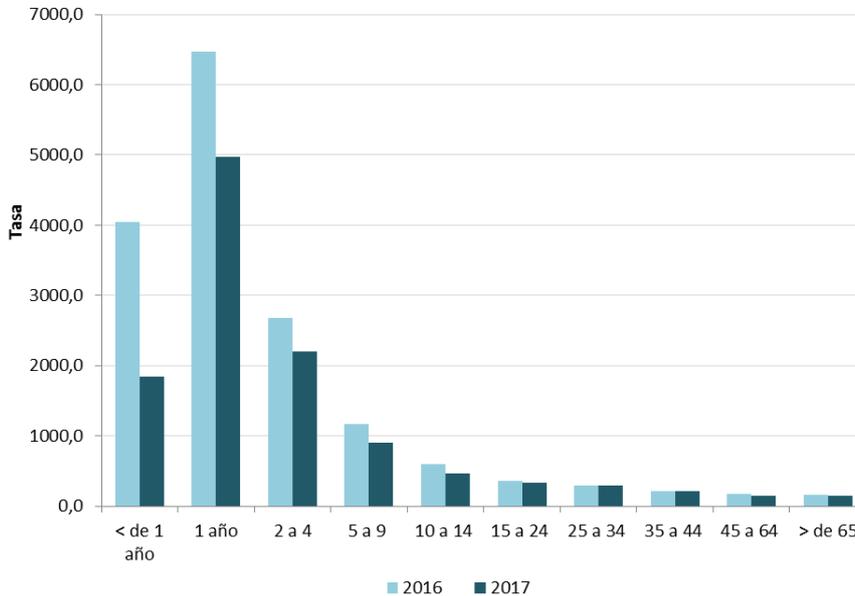


Fuente: SNVS-C2

En el gráfico presentado se verificó la estacionalidad esperable en el comportamiento de las Diarreas agudas durante la temporada estival. En los diferentes años, se observa un incremento en el invierno-primavera atribuido probablemente a las diarreas virales.

En el año 2016 y 2017 hasta la SE 37 se notificaron 17.114 y 14.436 casos de diarrea respectivamente. En el siguiente gráfico se presentan las tasas de notificaciones según grupos de edad.

Gráfico 4. Tasas de notificaciones de Diarreas Agudas por 100.000 hab. Según grupos de edad. Residentes de la CABA. Hasta SE 37. 2016-2017.

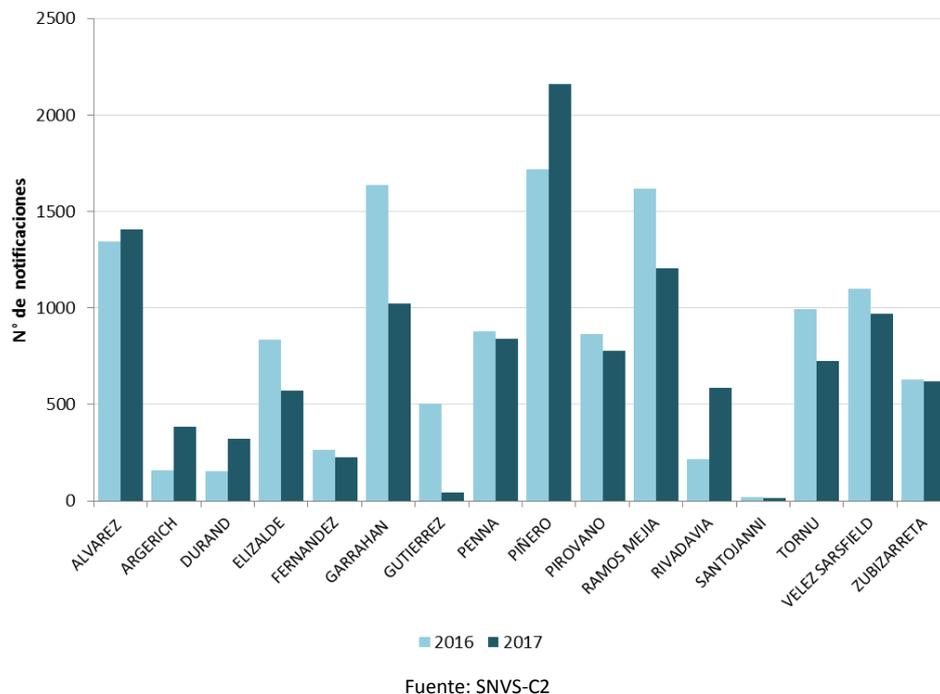


Fuente: SNVS-C2

La tasa de notificación de las Diarreas Agudas en el 2017, a la misma semana que el 2016, presenta un descenso porcentual del 15,6%. Como en todos los análisis anteriores, la tasa más elevada fue en el grupo etario de 1 año para los dos períodos analizados. En el año 2016 hasta la SE 37, la tasa en este grupo de edad fue de 6473,0/100.000 hab. Se observa que la misma registró un descenso del 24,6% con respecto a la SE 37 de 2017, la cual fue de 4974,6/100.000 hab.

A continuación se observan el número de notificaciones de Diarreas agudas agrupadas hasta la SE 36 en el periodo 2016-2017 por hospitales públicos de la Ciudad.

Gráfico 5. Número de notificaciones de Diarreas Agudas según hospitales públicos. Residentes de la CABA. Hasta la SE 37. Años 2016-2017.



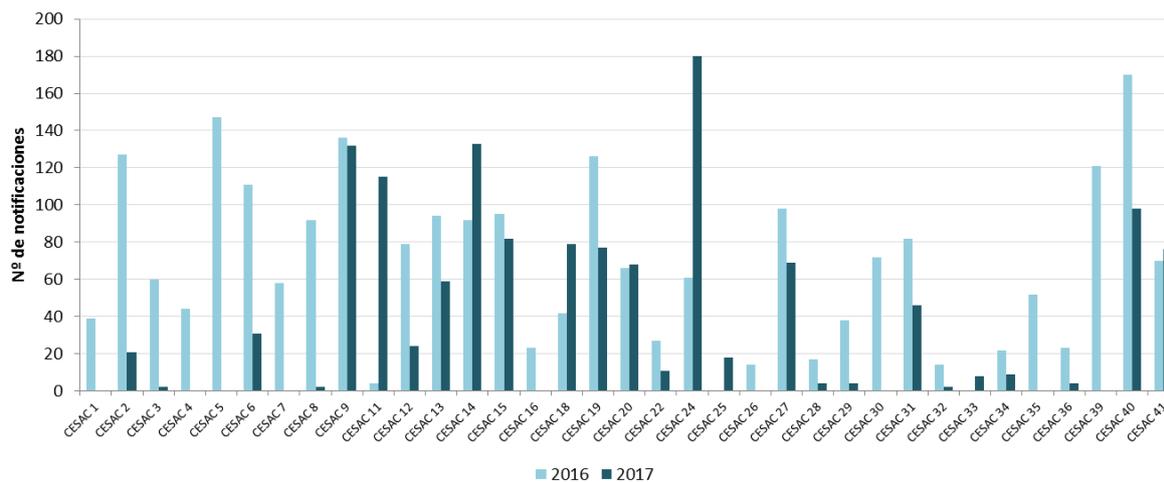
En el año 2016 hasta la SE 37 los hospitales públicos de la Ciudad realizaron el 75,7% (12.943) de las notificaciones de Diarreas Agudas, y los CeSAC el 13,5% (2316) del total. El 10,8%(1850) restante corresponde a las notificaciones de efectores privados, realizada en su totalidad por el Hospital Italiano de Buenos Aires.

Como se dijo, en el presente año, hasta la SE 37 las notificaciones descendieron globalmente un 16,3% con respecto al año anterior. No obstante, las notificaciones de los efectores públicos continuaron siendo la amplia mayoría, concentrando el 82,3% del total (11.880).

Por su parte, los CeSAC redujeron su participación relativa en las notificaciones, representando el 9,4% (1354), mientras que el 8,3% restante (1202) corresponde al Hospital Italiano.

En el siguiente gráfico, se presenta el número de notificaciones de Diarreas agrupadas según CeSAC, de Residentes de CABA.

Gráfico 6. Número de notificaciones de Diarreas Agudas según CeSAC.
Residentes de la CABA. Hasta la SE 37. Años 2016-2017.



Fuente: SNVS-C2

Hasta la SE 37 del año 2017 los CeSAC notificaron un 45,1% menos de casos de Diarreas Agudas que en el mismo periodo del año anterior.

En 2017 hasta la SE 37, ocho CeSAC superaron el número de notificaciones realizadas en el año anterior, mientras que tres comenzaron a realizar notificaciones de dicha patología.

8.4.2. Diarrea aguda Sanguinolenta (DAS)

En el período 2016-2017, hasta la SE 37, se notificaron 171 y 190 casos de DAS respectivamente en residentes de la CABA.

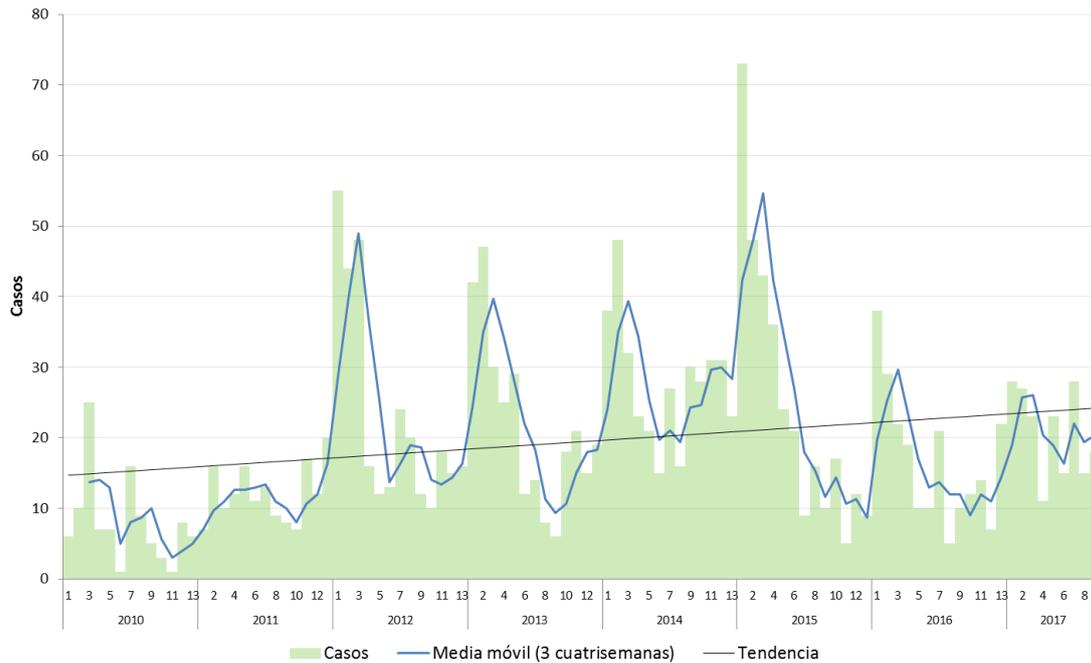
A continuación se presentan las notificaciones de los efectores de la Ciudad de Buenos Aires según lugar de residencia.

Tabla 5. Número y porcentaje de notificaciones de DAS según provincia de residencia.
Período 2016-2017 hasta SE 37.

Residencia	2016		2017	
	Acumulado	Porcentual	Acumulado	Porcentual
BUENOS AIRES	10	5,5	93	32,9
CAPITAL FEDERAL	148	81,8	181	64,0
DESCONOCIDA	23	12,7	9	3,2
Total	181	100,0	283	100,0

Fuente: SNVS, SIVILA-C2 y base de la GOE

A continuación se presenta la serie temporal de casos de DAS por cuatrisesmana epidemiológica durante el periodo 2010-2017 (hasta la cuatrisesmana 9). Se grafica la media móvil de tres semanas con la finalidad de suavizar la estacionalidad. Por último, se traza la línea de tendencia para todo el período.

Gráfico 7. Número de notificaciones de Diarreas Agudas Sanguinolentas por cuatrisesmana epidemiológica. Residentes de la CABA. Periodo 2010-2017. CS 9 (n=1944)

Fuente: SNVS-C2

Según estacionalidad, se observa una tendencia ascendente en las cuatrisesmanas correspondientes a la temporada estival de acuerdo al comportamiento usual de esta patología. Se verifica en el periodo 2012-2014 un particular incremento durante los meses de invierno/primavera. Hasta la cuatrisesmana 6 del año 2017, se observa un descenso en las notificaciones con respecto a la misma cuatrisesmana de los años bajo estudio.

En la siguiente tabla se presentan los casos de DAS con domicilio de residencia en la Ciudad, las tasas por 100.000 hab. y la diferencia de casos entre el año 2016 y 2017 según comunas.

Tabla 1. Casos de DAS y tasas por 100.000 hab. según comunas. Residentes de la CABA. Hasta la SE 37. Años 2016-2017

Comunas	2016		2017		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	4	1,6	9	3,6	5
2	1	0,7	1	0,0	0
3	11	5,7	11	5,7	0
4	8	3,4	6	2,5	-2
5	3	1,6	5	2,7	2
6	1	0,5	4	2,2	3
7	28	11,7	42	17,5	14
8	49	21,7	42	18,5	-7
9	16	9,4	16	9,4	0
10	5	2,9	13	7,6	8
11	0	0,0	4	2,1	4
12	5	2,3	12	5,6	7
13	5	2,1	5	2,1	0
14	0	0,0	1	0,4	1
15	7	3,8	6	3,3	-1
Residentes Sd*	0	0	13	0	
Desconocidos**	28	0	0	0	
Total CABA	171	5,6	190	6,2	19

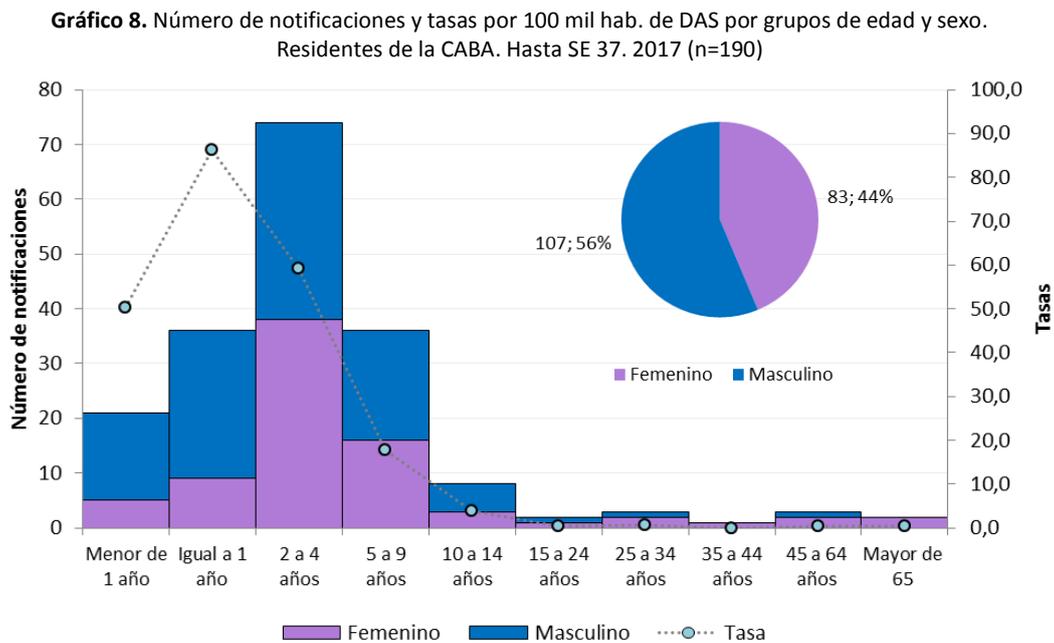
Fuente: SNVS, SIVILA-C2

*Residentes sin datos de domicilio. **Sin datos de provincia de residencia

Se observa que las tasas más elevadas de DAS, en el periodo de estudio, se situaron en las comunas 7, 8 y 9. A pesar de que los casos en la comuna 8 disminuyeron en un 14% con respecto a la SE 37 del 2016, superando ampliamente la tasa global de la CABA. En la comuna 7 se refleja un incremento en la notificación de los casos del 50%.

Con respecto a la SE 37 del año 2016, en las comunas 10 y 12, han duplicado las tasas de notificación.

A continuación se presenta el número de notificaciones y las tasas según sexo y edad.



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

En el año 2017, hasta la SE 37 la tasa del grupo etario de 1 año superó la tasa de los menores de 1 año, así como también la tasa del grupo de 2 a 4 años.

En la siguiente tabla se expresan los casos de DAS y su distribución porcentual según grupos de edad de los residentes en CABA hasta la SE 37. La propuesta de la misma es verificar el eventual cambio en las proporciones de los grupos afectados (no implica mayor o menor riesgo -expresado en el gráfico previos con la tasa-).

Tabla 2. Casos y distribución porcentual de DAS según grupos de edad. Residentes de la CABA. Hasta la SE 37. Años 2016-2017

Grupo de edad	Casos 2016	%	Casos 2017	%
< 1 año	19	11%	21	11%
1 año	28	16%	36	19%
2 a 4 Años	58	34%	75	39%
5 a 9 Años	43	25%	36	19%
10 a 14 años	10	6%	8	4%
15 a 24 Años	6	4%	2	1%
25 a 34 Años	2	1%	3	2%
35 a 44 Años	0	0%	1	1%
45 a 64 Años	2	1%	3	2%
> 65 Años	0	0%	2	1%
S/D	3		3	
Total	171	100%	190	100%

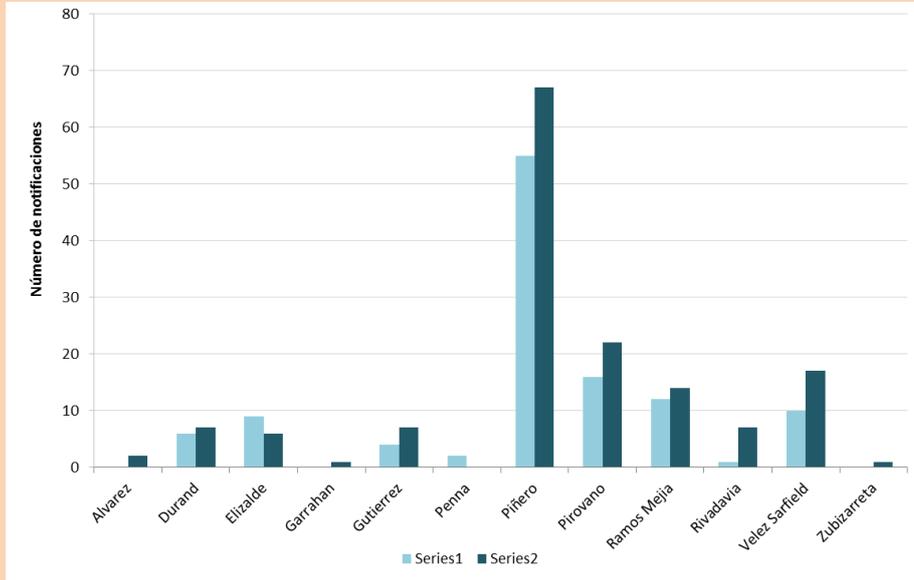
Fuente: SNVS, SIVILA-C2

En los años analizados, se observa que al igual que en el periodo 2010-2016, el grupo de 2 a 4 años concentra casi el 40% de las notificaciones de DAS. En el 2017 se verifica un leve incremento en el grupo de 1 año con respecto al mismo grupo en el año 2016.

A continuación se expone el número de casos notificados según efector en la CABA hasta la SE 36.



Gráfico 9. Número de notificaciones de DAS según hospital público de la Ciudad. Residentes de la CABA. Hasta la SE 37. Años 2016-2017.

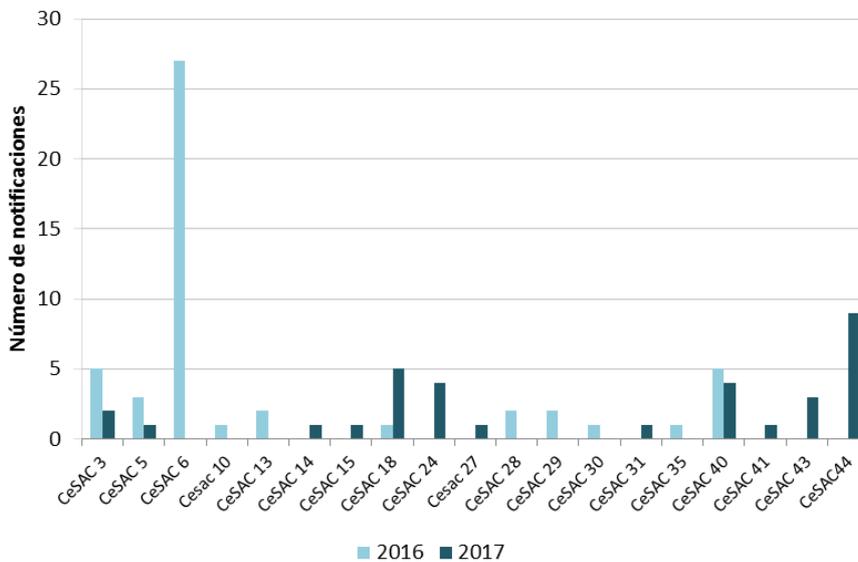


Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Hasta la SE 37 del año 2017, el 79,4% (149) de las notificaciones fueron realizadas por hospitales públicos de la CABA, un 17,5% (33) por CeSAC y un 3,2% (6) por efectores privados.

A continuación, se presentan las notificaciones de DAS según CeSAC en residentes de la CABA hasta la SE 37.

Gráfico 10. Número de notificaciones de DAS según CeSAC. Residentes de la CABA. Hasta la SE 37. Años 2016-2017.



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Durante el año 2017, se observó un descenso en la notificación de DAS en los CeSAC, en un porcentaje cercano al 34%, con respecto al año anterior. En el presente año, han comenzado a notificar esta patología, cinco efectores de salud.

8.4.3. Vigilancia por laboratorio

En el año 2017 hasta la SE 37, del total de notificaciones de DAS, en sólo el 11% (31) se obtuvieron resultados de laboratorio. Se identificaron como principales agentes causales *Shigella flexneri* y *Shigella sonnei*.

Asimismo, en el mismo período, fueron notificados solo 17 casos de diarreas con resultado de laboratorio, 8 casos de diarreas virales y 9 de diarreas bacterianas. En el primero se identificó como agente causal rotavirus, mientras que los casos de diarreas bacterianas resultaron *Escherichia coli* O-157 y STEC NO 0157.

9. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

9.1. Introducción

En esta sección se presentará la situación epidemiológica internacional y regional de los eventos relacionados a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), los datos de la jurisdicción CABA notificados por los módulos C2y SIVILA y por la modalidad Unidad Centinela del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

Toda esta información permite direccionar las acciones de promoción, prevención y control, fortaleciendo la capacidad de respuesta de los servicios de atención en particular y del sector salud en su conjunto.

Así mismo, la información completa de la Argentina se encuentra disponible y actualizada semanalmente en el Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de Nación:

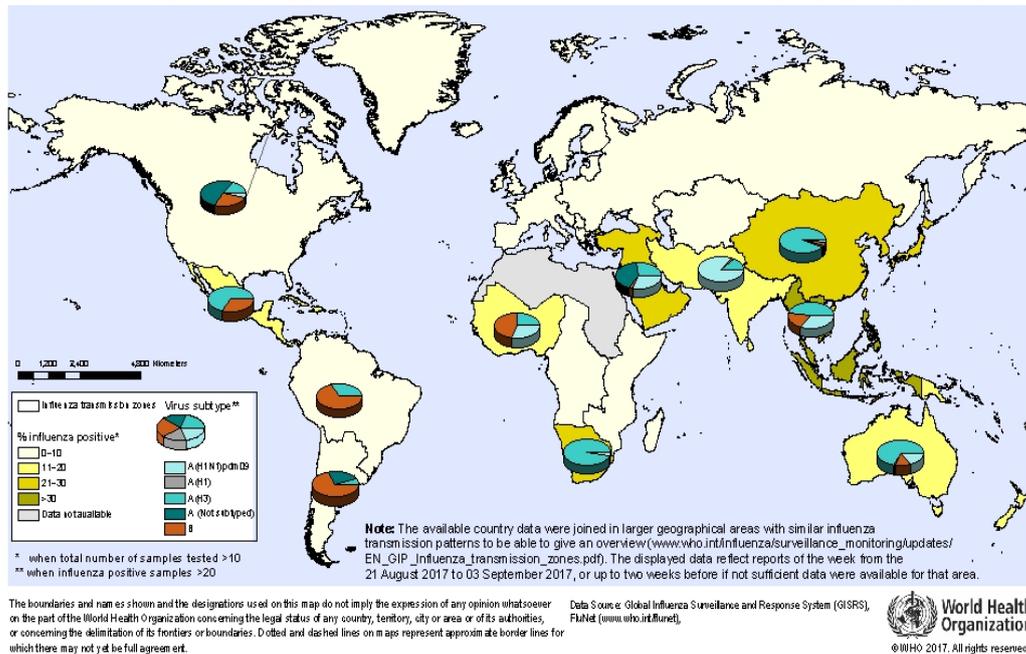
<http://www.msal.gob.ar/index.php/home/boletin-integrado-de-vigilancia>

9.2. Situación mundial y regional de la transmisión de influenza

La información mundial sobre influenza se clasifica por zonas de transmisión, que son grupos geográficos de países, áreas o territorios con patrones similares de transmisión de influenza.¹⁷

¹⁷Para obtener más información consulte http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/

Mapa 1. Porcentaje de muestras positivas para influenza por zonas de transmisión
Actualización al 15 de setiembre de 2017



En América del Norte, la actividad de influenza y de otros virus respiratorios ha disminuido. El virus Influenza A(H3N2) e influenza B co-circulan en la región, pero con bajas detecciones reportadas.

En el Caribe Se ha notificado baja actividad de influenza y otros virus respiratorios en la mayor parte de la sub-región. En Cuba, la actividad de IRAG aumentó ligeramente en semanas recientes, con aumento de la circulación de VSR.

En América Central, La mayoría de los indicadores epidemiológicos se mantienen moderados y se ha reportado actividad aumentada de influenza y de VSR. En El Salvador, Costa Rica y Guatemala, las hospitalizaciones asociadas a IRAG aumentaron ligeramente en semanas recientes, con aumento de la actividad de VSR. Se reportó aumento de la actividad de influenza e IRA en Nicaragua en semanas recientes.

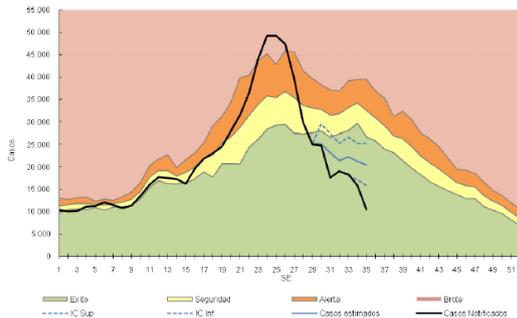
En la Sub-Región Andina, en general, la actividad de influenza y otros virus respiratorios permaneció baja. La actividad moderada de VSR y hospitalizaciones asociadas a IRAG con co-circulación de influenza A(H3N2) y B continuaron en Colombia.

En el Cono Sur, Los niveles de influenza reflejaron una tendencia al descenso, a niveles estacionales, en toda la sub-región. La actividad de ETI y la actividad de IRAG comenzaron a descender en semanas recientes, con predominio de influenza A(H3N2). Se mantiene actividad moderada de VSR en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay.

9.3. Situación Argentina: Resumen corredores endémicos

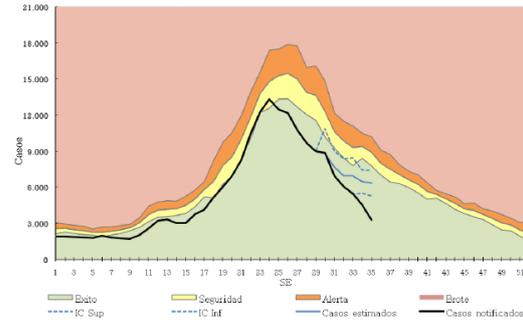
Se presentan, extraídos de la última actualización del BIV, los corredores endémicos de los cuatro eventos presentados en este apartado para todo el país.

Argentina: Corredor endémico semanal de ETI 2017. Curva de casos y estimaciones hasta la SE35. Total país. Históricos 5 años: 2012 a 2016.



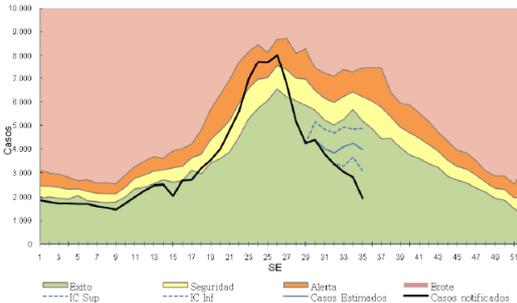
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2.

Argentina: Corredor endémico semanal de Bronquiolitis 2017. Curva de casos y estimaciones hasta la SE35. Total país. Históricos 5 años: 2012 a 2016.



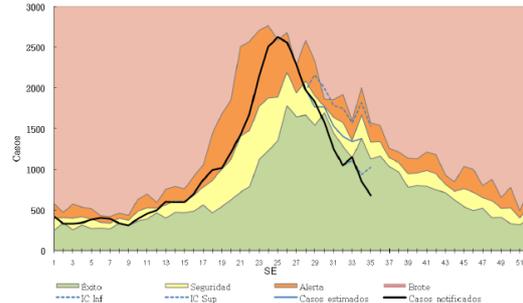
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2.

Argentina: Corredor endémico semanal de Neumonía 2017. Curva de casos y estimaciones hasta la SE35. Total país. Históricos 5 años: 2012 a 2016.



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

Argentina: Corredor endémico semanal de IRAG. Curva de 2017 hasta SE35. Históricos 5 años: 2012 a 2016.



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

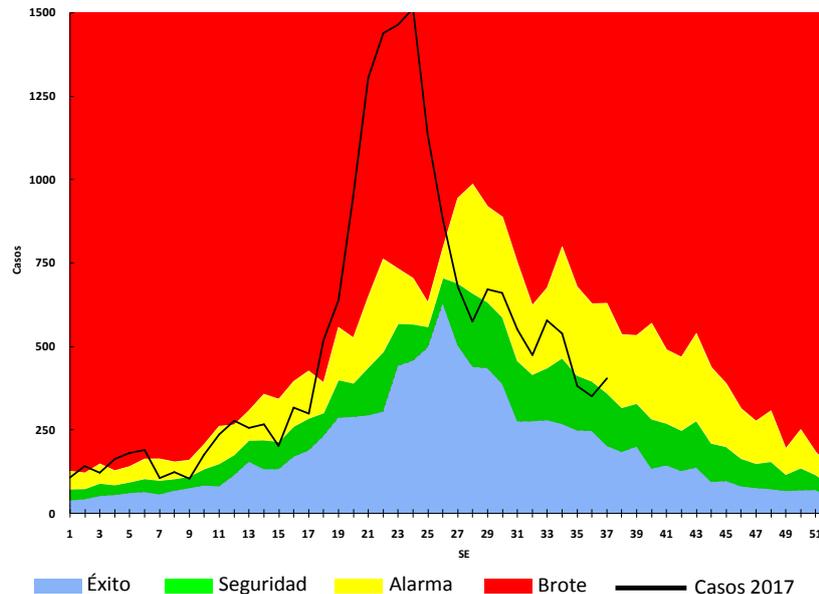
9.4. Situación de las IRA en la CABA

9.4.1. Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2017, la caracterización de ETI según efectores notificadores, la notificación según establecimientos y grupos de edad, y la comparación de casos e Índices Epidemiológicos (acumulado hasta la SE 37), entre los años 2016 y 2017.

A continuación, se muestra el corredor endémico semanal de ETI para el corriente año.

Gráfico 1. Corredor endémico semanal de Enfermedad tipo Influenza (ETI). Residentes de la CABA. Año 2017.

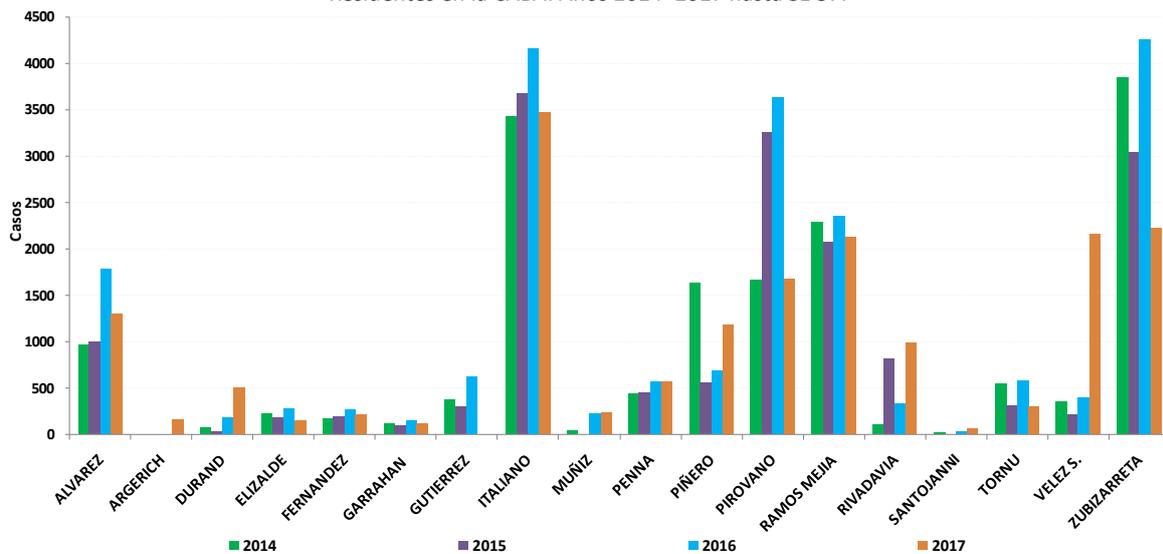


Fuente: SNVS-C2

Desde la semana 15 la curva de casos 2017 inició una sostenida tendencia en ascenso, ingresando en zona de brote desde la semana 18 y alcanzando el máximo de circulación entre semanas 21 a 27, coincidiendo con la mayor circulación de virus influenza y VSR. En las últimas semanas observadas se evidencia una tendencia declinante en la notificación, ingresando nuevamente en niveles endémicos. El cambio de tendencia en las últimas semanas coincide con el patrón histórico y la curva de casos transita entre zona de seguridad y alarma.

En el siguiente gráfico se presenta la notificación histórica de casos de ETI acumulados hasta la semana epidemiológica 37, en el conjunto de efectores hospitalarios.

Gráfico 2. Notificación de Enfermedad tipo Influenza (ETI), según efectores hospitalarios. Residentes en la CABA. Años 2014–2017 hasta SE 37.



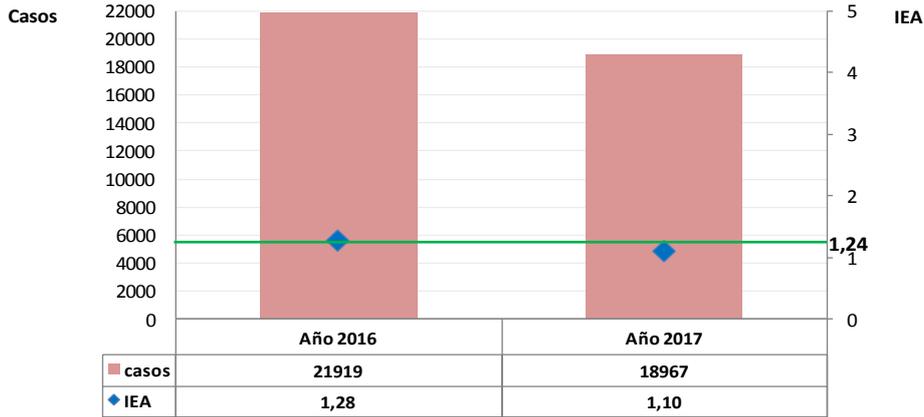
Fuente: SNVS-C2

En los años observados se verifica la mayor actividad de vigilancia de ETI en los hospitales Álvarez, Italiano, Piñero, Pirovano, Ramos Mejía y Zubizarreta. Debe señalarse la escasa notificación en el corriente año, por parte de los hospitales Garrahan, Santojanni, Argerich y la nula participación del Gutiérrez en la notificación de ETI.

Se verifica mayor participación en esta notificación por parte de los hospitales Vélez Sarsfield, Rivadavia y Penna. Es poco probable que esta comparación de la actividad anual de ETI por efector presente cambios, dado que está finalizando la fase estacional.

En el gráfico siguiente se presenta la comparación de los casos de ETI notificados y acumulados hasta la semana epidemiológica 37.

Gráfico 3. Casos acumulados e Índice Epidémico Acumulado de ETI Residentes de la CABA. Comparativo hasta SE 37. Años 2016-2017.



Fuente: SNVS-C2.

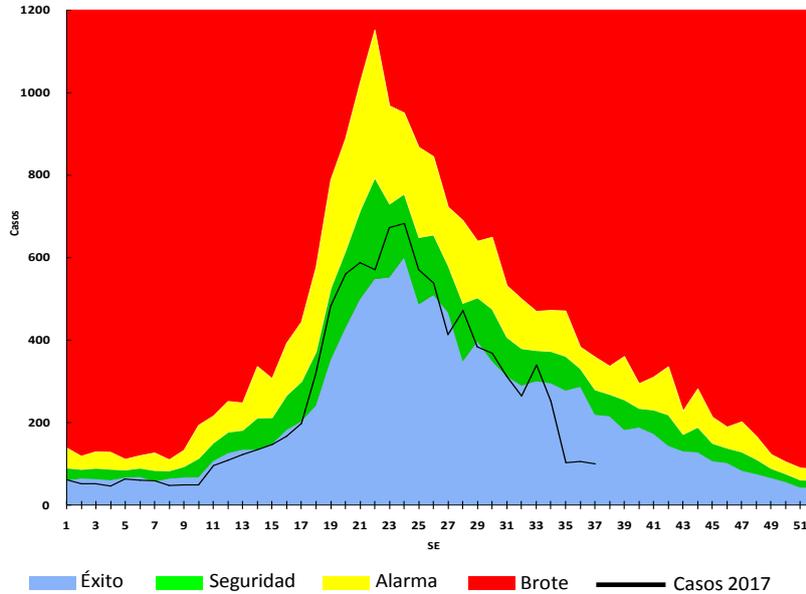
Se observa que la notificación más elevada ocurrió en el año 2016, con un índice epidémico acumulado (IEA=1,28), que superó el valor máximo esperado. La incidencia acumulada, notificada en el mismo periodo del año 2017 fue menor y se encuentra por debajo del límite establecido por el IEA.

Aún considerando la fase epidémica que presentó la curva de casos de ETI entre semanas 21 a 27 del corriente año, el Índice Epidémico Acumulado (IEA), evidencia que la incidencia hasta semana 37 del 2017 no superó los valores acumulados esperados para el presente año.

9.4.2. Bronquiolitis en menores de 2 años

A continuación, se presenta la caracterización de bronquiolitis en menores de 2 años en corredor endémico semanal, y la comparación de casos e Índice Epidémico Acumulado hasta la SE 37, entre los años 2016 y 2017.

Gráfico 4. Corredor endémico semanal de Bronquiolitis en menores de 2 años. Residentes de la CABA. Año 2017.



Fuente: SNVS-C2

En el gráfico anterior se muestra la curva de casos 2017, que estuvo transitando por zona de seguridad y éxito, dentro de los valores esperados hasta la última semana observada. Se verificó un ascenso entre las semanas 10 a 18 y una sostenida declinación entre las semanas 24 a 37.

En el siguiente gráfico se observa la comparación de los casos acumulados y el índice epidémico hasta la SE37.

Gráfico 5. Casos acumulados e Índice Epidémico Acumulado de Bronquiolitis en menores de 2 años. Residentes de la CABA. Comparativo hasta SE 37. Años 2016-2017.



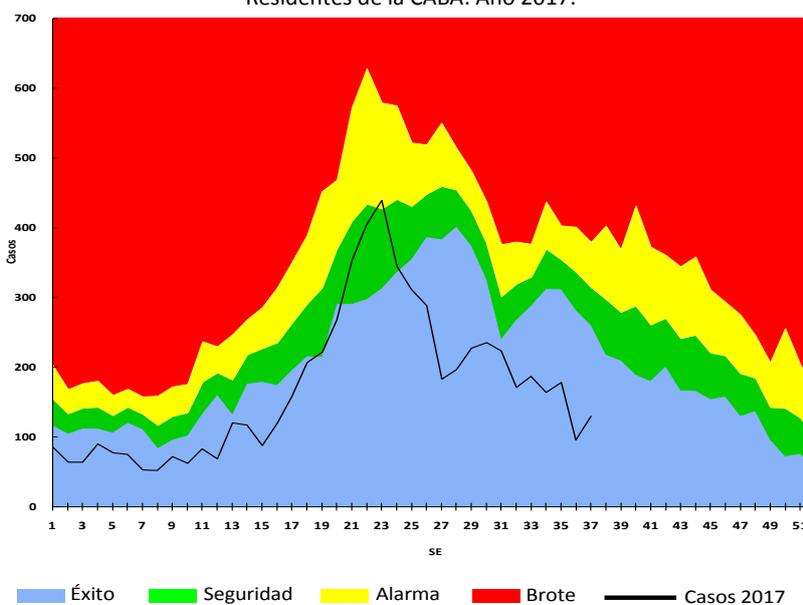
Fuente: SNVS-C2

La notificación más elevada ocurrió en el año 2016, pero con un índice epidémico que no superó el valor máximo esperado. La incidencia notificada en el mismo periodo del año 2017 es de menor magnitud, indicando, también, valores dentro de lo esperado.

9.4.3. Neumonía

A continuación, se presenta la caracterización de Neumonía en corredores endémicos semanales y por total de casos acumulados y la comparación de casos e Índice Epidémico Acumulado hasta la SE 37, entre los años 2016 y 2017.

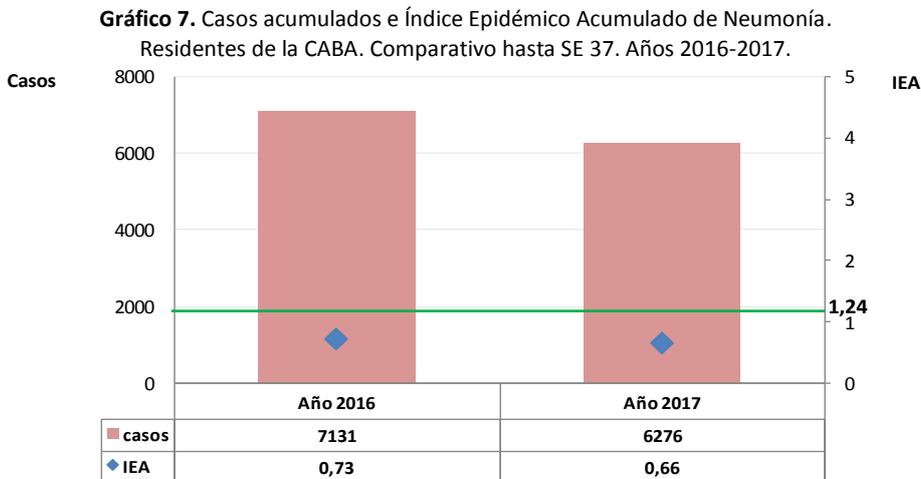
Gráfico 6. Corredor endémico semanal de Neumonía. Residentes de la CABA. Año 2017.



Fuente: SNVS-C2

La curva de casos 2017, hasta la semana epidemiológica 37, estuvo transitando por zonas de éxito y seguridad, dentro de los valores esperados, con un máximo en semana 23, compatible con la fase estacional esperada. Se aprecia una tendencia declinante, con variaciones, que coincide con el patrón histórico.

En el gráfico siguiente se muestra la comparación de los casos notificados acumulados hasta la semana epidemiológica 37.



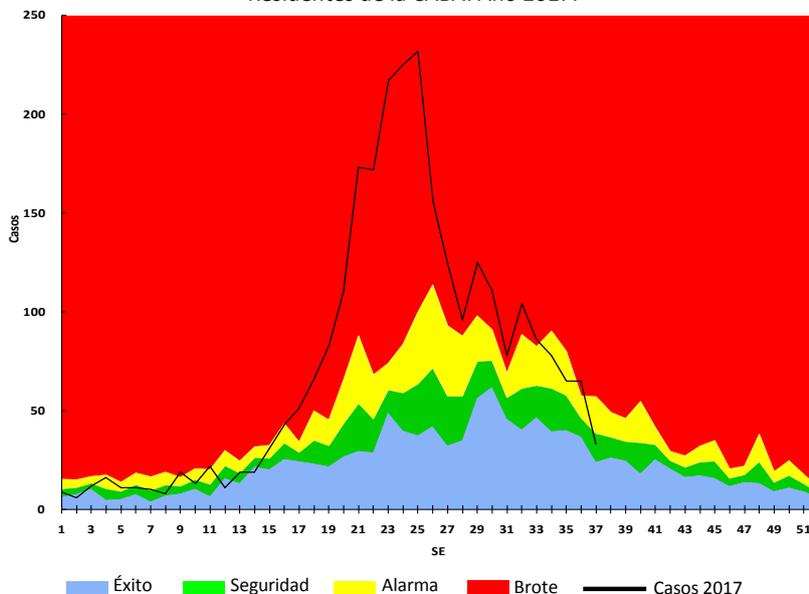
Fuente: SNVS-C2.

La notificación más elevada ocurrió en el año 2016, pero con un índice epidémico que no superó el valor máximo esperado. La incidencia notificada en el mismo periodo del año 2017 fue de menor magnitud y también indicó valores de IEA dentro de lo esperado.

9.4.4. Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)

A continuación, se presenta la caracterización de IRAG en corredores endémicos semanales. El siguiente gráfico muestra la curva de casos 2017, hasta la semana epidemiológica 37.

Gráfico 8. Corredor endémico semanal de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG). Residentes de la CABA. Año 2017.

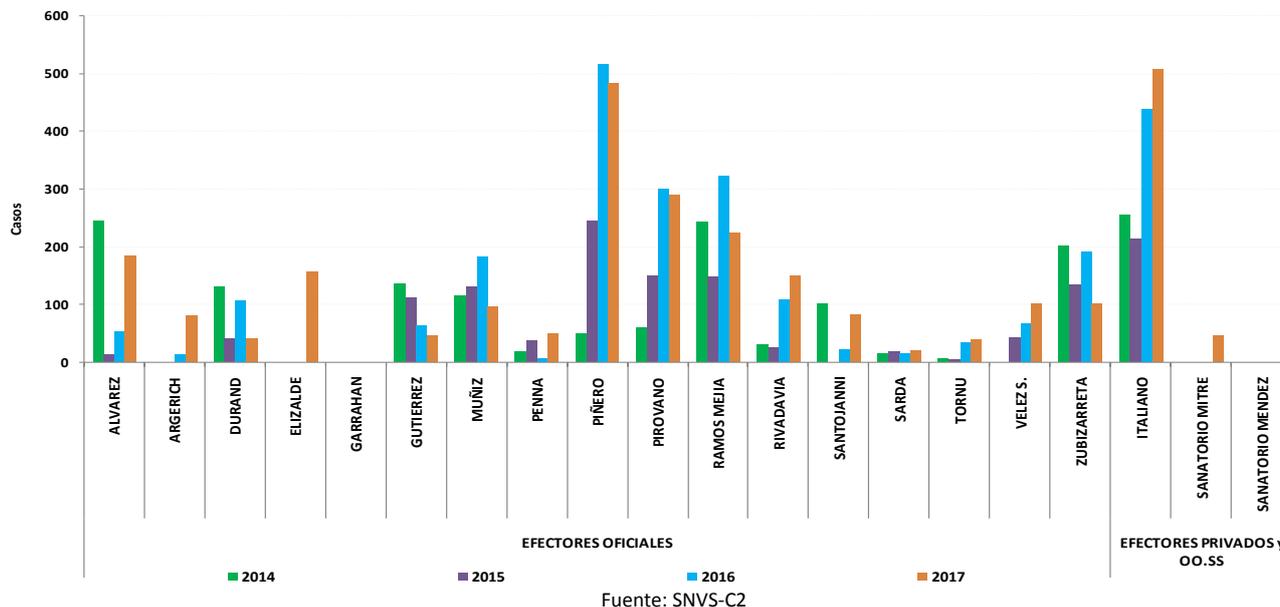


Fuente: SNVS-C2

La notificación de IRAG registró un incremento sostenido desde la semana 12, que superó el valor máximo esperado, permaneciendo en zona de brote hasta semana 31. La incidencia comunicada hasta la semana 37 presenta una tendencia declinante, coincidente con el patrón histórico.

El siguiente gráfico muestra la notificación histórica de casos de IRAG acumulados hasta la semana epidemiológica 37, en el conjunto de efectores hospitalarios.

Gráfico 9. Notificación de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), según efectores hospitalarios. Residentes en la CABA. Años 2014–2017 hasta SE 37.



El incremento de la incidencia de IRAG está determinado por la notificación de los efectores presentados en el gráfico anterior, donde el principal establecimiento lo constituye el Hospital Italiano con el 19,0% de las denuncias, seguido por los hospitales Piñero, Pirovano y Ramos Mejía; estos 4 establecimientos concentraron el 55,6% de las notificaciones de IRAG.

La tabla a continuación muestra que en la distribución por edad de los casos de IRAG notificados, predomina el grupo menor de 2 años, seguido del grupo de mayores de 64 años. Ambos grupos concentran el 67,4% de las mismas.

Tabla 1. Casos notificados de IRAG según grupos de edad Residentes de la CABA. Hasta la SE35. Año 2017.

GRUPOS DE EDAD	AÑO 2017		
	Nº	%	% Acumulado
Menores de 2 años	963	35,6	35,6
De 2 a 4 años	190	7,0	42,6
De 5 a 14 años	191	7,1	49,7
De 15 a 24 años	63	2,3	52,0
De 25 a 34 años	68	2,5	54,5
De 35 a 44 años	80	3,0	57,5
De 45 a 64 años	228	8,4	65,9
Mayores de 64 años	862	31,8	97,7
Sin especificar edad	63	2,3	100,0
TOTAL	2708	100,0	-

Fuente: SNVS-C2.

En el siguiente gráfico se muestra la comparación de los casos notificados de IRAG acumulados hasta la semana epidemiológica 37.

Gráfico 10. Casos acumulados e Índice Epidémico Acumulado de IRAG. Residentes de la CABA. Comparativo hasta SE 37. Años 2016-2017.



Fuente: SNVS-C2.

La comparación de los casos de IRAG notificados y acumulados hasta la semana epidemiológica 37, muestra que la notificación más elevada ocurrió en el año 2017, con un índice epidémico acumulado (IEA=1,67), que superó el límite esperado. La incidencia acumulada, notificada en el mismo periodo del año 2016, también superó el límite esperado, pero de menor magnitud al año 2017.

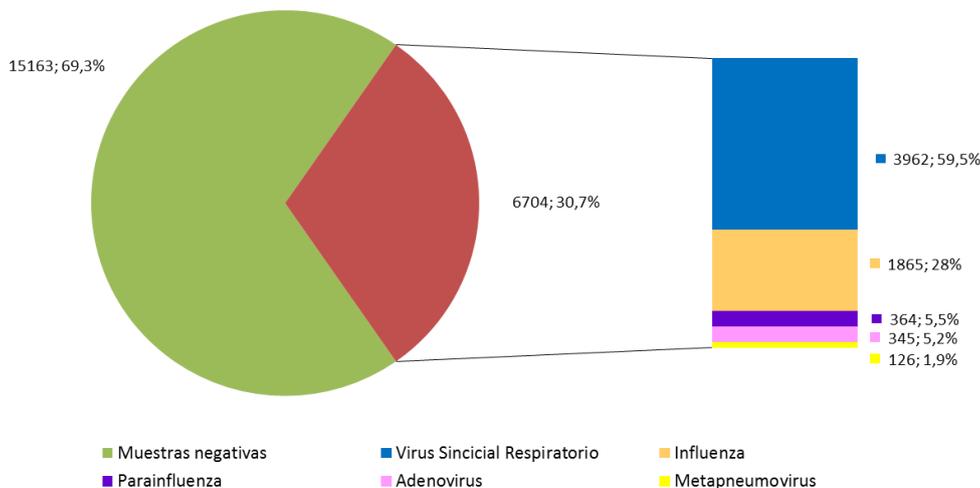
Cabe señalar que el aumento de la notificación de IRAG del corriente año, podría atribuirse, en parte, a una mayor sensibilidad del sistema de vigilancia, debido al intenso trabajo de capacitación y difusión realizado por la Gerencia de Epidemiología y a la constitución de las Unidades Centinela de IRAG en 4 establecimientos.

9.5. Vigilancia por laboratorio (SIVILA)

Los datos que se presentan a continuación corresponden a las notificaciones efectuadas al SNVS, módulo de laboratorio SIVILA, de pacientes con domicilio de residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se presenta el total de muestras de laboratorio positivas y negativas a virus respiratorios, así como la circulación de los tipos y subtipos de virus respiratorios identificados y el porcentaje de casos confirmados totales, según semana epidemiológica.

Gráfico 11. Circulación Viral Global. Distribución porcentual de determinaciones. Residentes de la CABA. Hasta SE 37. Año 2017. N=21.867

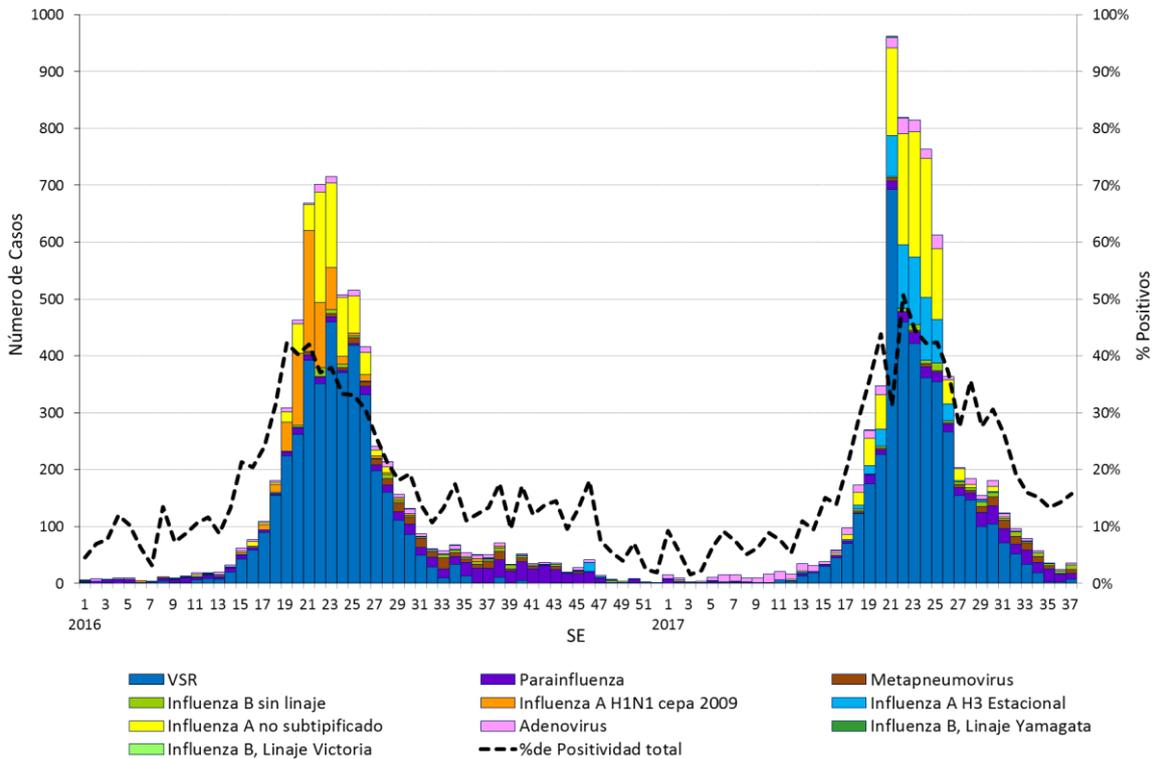


Fuente: SNVS-SIVILA

Del total de muestras analizadas, el 30,7% resultó positivo para algún virus. De estas últimas, en el 59,5% fue aislado el virus Sincicial Respiratorio (VSR), seguido de Influenza con el 28%. **Hasta la SE 19 se identificaba como segundo virus aislado el Adenovirus seguido de Influenza, invirtiéndose desde la SE 21.** Hasta la SE 52 de 2016, de 25.073 muestras estudiadas, resultaron positivas 6.447.

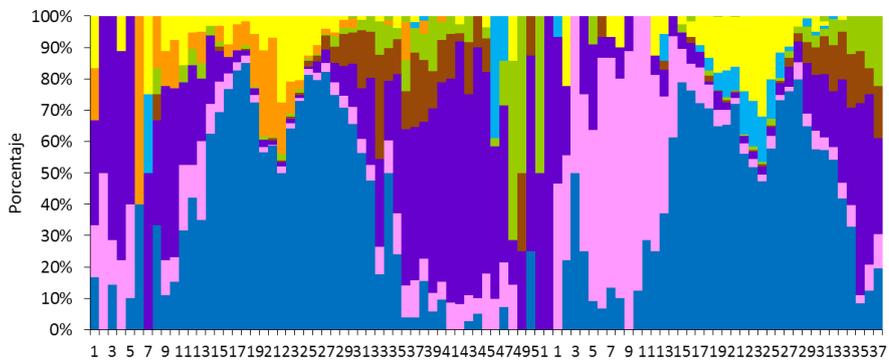
En el siguiente gráfico se presentan por SE los resultados por diagnóstico virológico de las muestras positivas.

Gráfico 12. Distribución virus respiratorios por SE.
Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52; N=6.460)-2017 (SE 1-37; N=6.706)



Fuente: SNVS-SIVILA

Gráfico 13. Distribución porcentual de virus respiratorios
Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52; N=6.460)-2017 (SE 1-37; N=6.706)

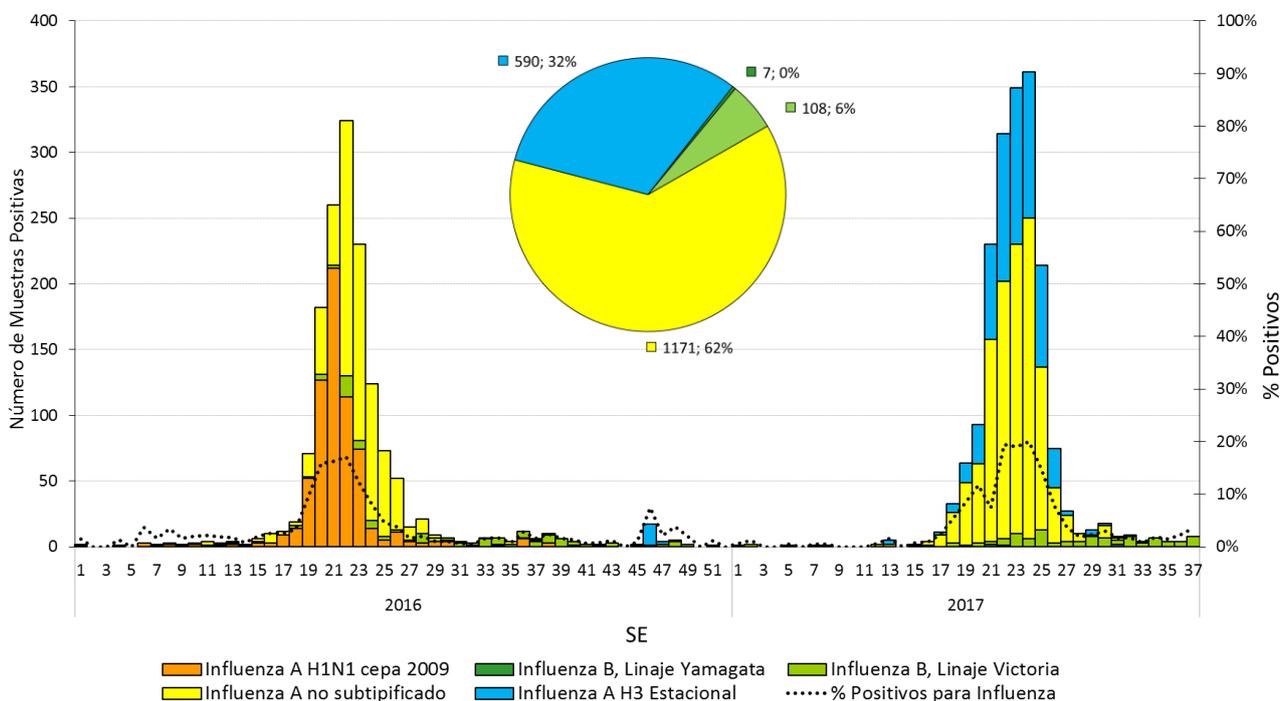


Fuente: SNVS-SIVILA

En el año 2017, hasta la SE 36, se observa un predominio de Virus Sincicial Respiratorio (VSR) seguido de la influenza, a diferencia del 2016 donde prevalecía Adenovirus seguido de Parainfluenza. A partir de la SE 17 co-

mienzan a crecer porcentualmente los casos de Influenza, destacándose dentro de ellas la Influenza A de manera similar a lo que se observó en las mismas SE del año anterior.

Gráfico 14. Muestras positivas para Influenza y proporción de positivos sobre muestras analizadas. Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52)-2017(SE 1-37; N=1876).



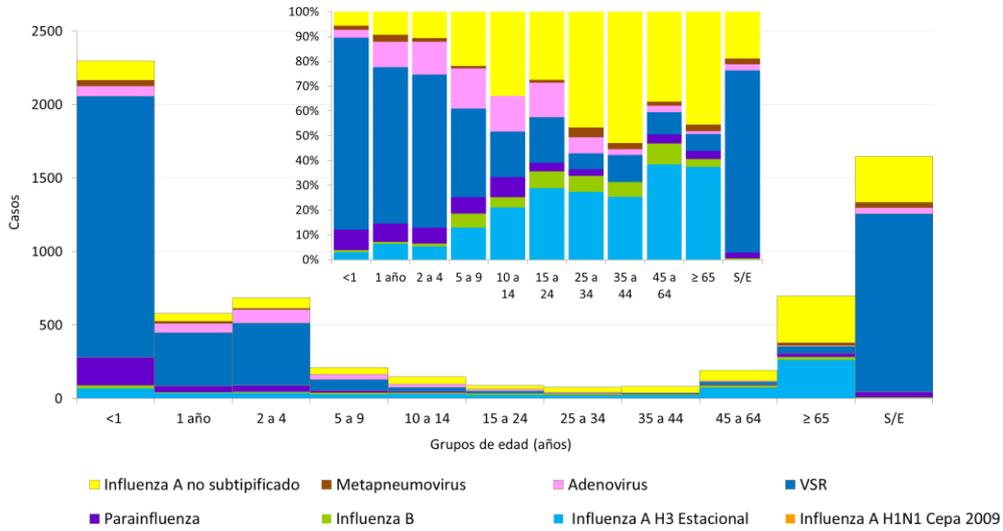
Fuente: SNVS-SIVILA

En el año 2017, hasta la SE 37 se notificaron 1171 casos de Influenza A no subtipificado, 590 de Influenza A H3 estacional y 115 casos de Influenza B sin especificar. Se observa que el 33,5% de los casos de Influenza correspondieron a H3 estacional, a diferencia del año anterior en el que predominó H1N1 como subtipo identificado.

En el año 2016, la circulación sostenida de Influenza A/H1N1, comenzó a observarse a partir de la semana 6. La detección de Influenza B y AH3 estacional constituyó sólo el 9,60 % del total. Del total de 1538 casos con identificación de virus influenza, la mayoría correspondió a Influenza A sin subtipificar, seguido por Influenza A/H1N1. Se detectaron 676 casos de Influenza A/H1N1 cepa 2009.

En el siguiente gráfico se presentan los casos según tipo de virus respiratorios por grupos de edad.

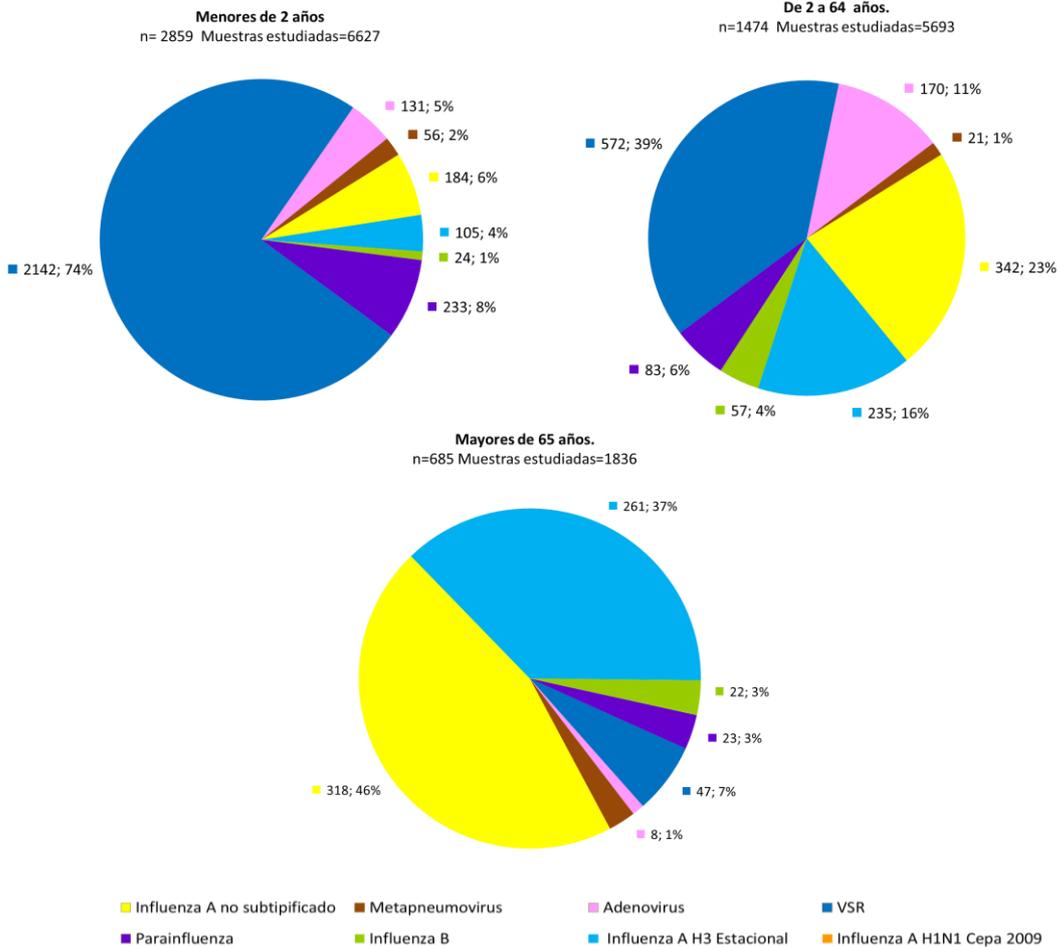
Gráfico 15. Número de casos con diagnóstico positivo según tipo de virus y grupos de edad. Residentes de la CABA. Año 2017 (SE 1-37)



Fuente: SNVS-SIVILA

Hasta la SE 37 del 2017, se observa que la mayor cantidad de notificaciones se realizó en menores de 4 años y mayores de 65 años. En este último grupo etario predomina Influenza aún sin subtipificar.

Gráfico 16. Número de casos con diagnóstico positivo según tipo de virus por grupo de edad. Residentes de la CABA. Año 2017 (SE 1-37).



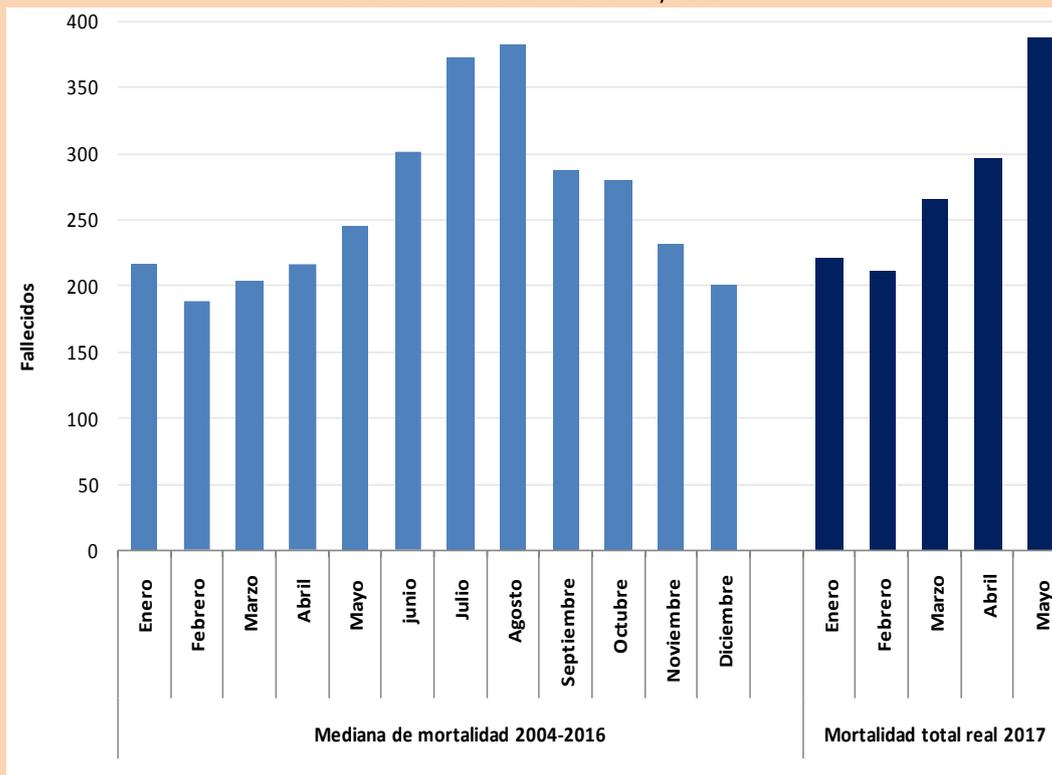
Fuente: SNVS-SIVILA

9.6. Mortalidad por IRA

En el siguiente gráfico se presenta la Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (CIE 10°. J10-J22*) en residentes de CABA, de acuerdo a los registros de la Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad de Buenos Aires. Hasta la fecha se han recibido los datos correspondientes al periodo enero-mayo del año 2017.

Se compara la mediana del mes de mayo del periodo 2004-2016 y la totalidad de óbitos por las causas mencionadas en mayo de 2017. La comparación de la mortalidad de los meses anteriores se realizó en los BES N°43, N°47 y N° 50.

Gráfico 17. Mortalidad por IRA (CIE 10°. J10-J22*). Mediana según mes del periodo 2004-2016 y total de fallecidos. Residentes de la CABA. Enero-Mayo 2017.



Fuente: GOE, sobre la base de datos de la Dirección de Estadísticas y Censos. GCBA

*Incluyen las siguientes patologías: Influenza debida a virus de la influenza identificado, Influenza debida a virus no identificado, Neumonía viral no identificada en otra parte, Neumonía debida a *Streptococcus pneumoniae*, Neumonía debida a *Haemophilus influenzae*, Neumonía Bacteriana, Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos no clasificados en otra parte, Neumonía en enfermedades clasificadas en otra parte, Neumonía organismo no especificado, Bronquitis Aguda, Bronquiolitis aguda, Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores.

En mayo de 2017 fallecieron 388 personas por infecciones respiratorias agudas. Comparando dicho valor con la mediana de fallecidos de abril del periodo 2004-2016 (246 óbitos), se observa que para el presente año ocurrieron 142 óbitos más de los esperados, siendo este incremento del 58%.

9.7. Vacunas

La información presentada a continuación es provista por el **Programa de inmunizaciones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**.

Las vacunas antigripales cepa 2017 se comenzaron a distribuir a partir del 29 de marzo, 20 días antes con respecto al año anterior. Desde el inicio de la campaña hasta el 31 de Agosto (SE 35), se aplicaron 480.700 dosis en los vacunatorios de la Ciudad, correspondiendo a NO residentes el 20% de las mismas. Esta información surge de los datos enviados por los vacunatorios públicos, adheridos y privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La vacunación es obligatoria y gratuita. Recordar que la vacunación antigripal está incorporada al calendario desde el año 2011, y no se han producido cambios en las indicaciones. Es importante recordar que por tratarse de una vacuna estacional, debe realizarse en forma oportuna, para ello debe alcanzarse el 80% de la meta a la semana epidemiológica 25.

Este año, se está llevando una nueva estrategia con respecto a la vacunación antineumocócica, iniciando el esquema con vacuna conjugada tanto los huéspedes especiales como los mayores de 65 años. Estos dos grupos pueden recibir en forma conjunta las dos vacunas (antineumocócica y antigripal).

Tabla 2. Dosis aplicadas en residentes de la CABA. Desde el inicio hasta SE35, 31 de Agosto de 2017.

PROVINCIA / DEPARTAMENTO	DOSIS APLICADAS							
	VACUNA TRIVALENTE ESTACIONAL							
	PERSONAL DE SALUD	Personal esencial	EMBARAZADAS	PUERPERAS	NIÑOS DE 6m A 2a 1° DOSIS +UD	NIÑOS DE 6m A 2a 2° DOSIS + UD	2 a 64 años con factores de Riesgo	65 y + años
CABA RESIDENTES	73.250	17.676	12.517	2.817	40.629	24.667	94.714	109.757

Fuente: Programa de Inmunizaciones de la CABA.

La vacunación está destinada al personal de salud, personal esencial, embarazadas, puérperas (sólo hasta 10 días después del parto), niños de 6 meses a 24 meses, personas con factores de riesgo aumentado de 2 a 64 años, y todas las personas mayores de 65 años.

Tabla 3. Porcentaje de Cobertura de residentes de la CABA. Desde el inicio hasta SE 35, 31 de Agosto de 2017.

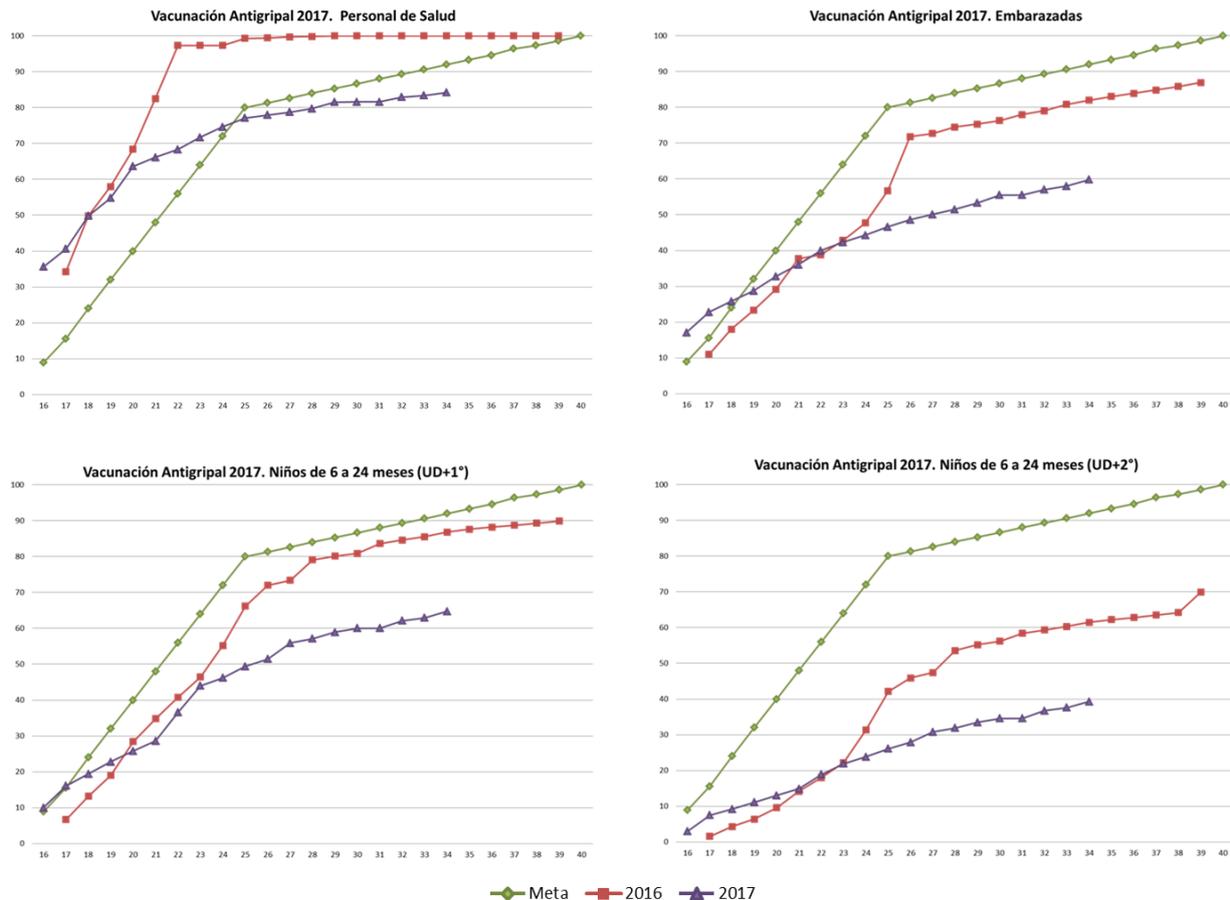
JURISDICCION	DOSIS APLICADAS	cobertura %						
		PERSONAL DE SALUD	Personal esencial	EMBARAZADAS	NIÑOS DE 6m A 2a 1° DOSIS+UD	NIÑOS DE 6m A 2a 2° DOSIS+UD	2 a 64 años con factores de Riesgo	65 y + años
CABA RESIDENTES	364.017	84,2%		60%	67,7%	39,3%		

Fuente: Programa de Inmunizaciones de la CABA.

Antineumocócica conjugada Huespedes especiales Residentes: 13.645

Antineumocócica conjugadas mayores de 65 años Residentes: 46.197

A continuación se presenta los gráficos de vacunación antigripal comparando la cobertura 2016 con la meta y cobertura de 2017.

Gráfico 18. Coberturas de vacunación antigripal. Años 2016, 2017 y meta según población destinataria.

Fuente: Programa de Inmunizaciones de la CABA.

10. ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES

1. MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS: BES N° 1, Año I, 18 de agosto de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_1_se_32_20160826_vf_o.pdf
2. VIGILANCIA DE VIRUS ZIKA: BES N° 1, Año I, 18 de agosto de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_1_se_32_20160826_vf_o.pdf
3. MORBI-MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN CABA. Serie Histórica 2006-2015: BES N° 4, Año I, 16 de septiembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_4_se_35_20160916_vf.pdf
4. VIGILANCIA DE FIEBRE CHIKUNGUNYA: BES N° 5, Año I, 23 de septiembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_5_se_36_20160922_vf.pdf
5. MORBILIDAD POR LESIONES: BES N° 6, Año I, 30 de septiembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_6_se_37_20160930_vf.pdf
6. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS: BES N° 7, Año I, 7 de octubre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_7_se_38_20160710_vf.pdf
7. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO (CO): BES N° 8, Año I, 14 de octubre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_8_se_39_20161014_vf_o.pdf
8. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL BROTE DE DENGUE 2016 EN EL HOSPITAL DURAND: BES N° 12, Año I, 14 de noviembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_12_se_43_vf.pdf
9. DENGUE: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR ABEL ZUBIZARRETA: BES N° 13, Año I, 18 de noviembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_13_20161120_vf.pdf

10. INFECCIONES PERINATALES: SÍFILIS EN EMBARAZADAS Y CONGÉNITA: BES N° 15, Año I, 2 de diciembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_15_vf.pdf
11. SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE - LEY DE CALIDAD DE AIRE EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: BES N° 17, Año I, 16 de diciembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_17_vf.pdf
12. ACTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS: BES N° 17, Año I, 16 de diciembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_17_vf.pdf
13. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "COSME ARGERICH": BES N° 18, Año I, 23 de diciembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_18_vf.pdf
14. INFORME ESPECIAL DE BROTE. BROTE INTRAFAMILIAR DE BOTULISMO ALIMENTARIO: BES N° 21, Año II, 13 de enero de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_21_se52_vf.pdf
15. INFORME ESPECIAL: ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO, ALACRANISMO: BES N° 22, Año II, 20 de enero de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_22_se_1_vf.pdf
16. INFORME ESPECIAL: TÉTANOS OTRAS EDADES (NO NEONATAL): BES N° 26, Año II, 17 de febrero de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_26_se_5_2017_vf.pdf
17. SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO: MONÓXIDO DE CARBONO: BES N° 29, Año II, 10 de marzo de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_29_se_8_2017_vf.pdf
18. INVESTIGACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL LOCAL DE LA EPIDEMIA DE ETM. INTERVENCIONES PREVENTIVAS PARA SU CONTENCIÓN. ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HTAL GRAL. DE AGUDOS "JUAN A. FERNÁNDEZ" 2015-2016: BES N° 30, Año II, 17 de marzo de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_30_seg_vf.pdf
19. SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO - DIÓXIDO DE NITRÓGENO: BES N° 40, Año II, 26 de mayo de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_40_se19_vf.pdf
20. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER: BES N° 42, Año II, 9 de junio de 2017. *Fe de erratas: Los datos de las tablas 3 (pág. 23) y 4 (pág. 25) y los gráficos 4 (pág. 24) y 5 (pág. 26) no corresponden a Argentina (como aparece en el título), sino a la Ciudad de Buenos Aires. En próximas presentaciones se hará mención a este análisis.* http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_42_se21_vf_1.pdf
21. MORTALIDAD POR CÁNCER EN LA CABA SEGÚN COMUNAS. COMPARACIÓN 2006-2010/2011-2015: BES N° 45, Año II, 30 de junio de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_45_se_24_vf.pdf
22. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PAROTIDITIS: BES N° 46, Año II, 7 de julio de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_46_se_25_vf_3.pdf
23. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS BACTERIANAS: BES N° 46, Año II, 7 de julio de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_46_se_25_vf_3.pdf
24. VIGILANCIA DE LESIONES OCASIONADAS POR SINIESTROS VIALES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: BES N° 47, Año II, 14 de Julio de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_47_se_26_vf.pdf
25. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE EVALUACIÓN DEL BES: BES N° 48, Año II, 21 de Julio de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_48_se_27_vf.pdf
26. TUBERCULOSIS EN ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "PARMENIO PIÑERO" - 1º SEMESTRE 2017: BES N° 50, Año II, 4 de agosto de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_50_se_29_vf.pdf
27. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO: MATERIAL PARTICULADO: BES N° 54, Año II, 1º de septiembre de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_54_se_33_vf.pdf
28. CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS DE SÍFILIS EN EL HTAL. ARGERICH 2016: SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y NUEVAS PERSPECTIVAS: BES N° 57, Año II, 22 de septiembre de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_57_se_36_vf.pdf

11. ANEXO**Eventos por establecimiento**

En las siguientes tablas figuran todos los establecimientos que cuentan con un número total de notificaciones mayor a 20, en los dos años analizados. La información aquí provista es parcial y sujeta a modificaciones.

11.1. Enfermedades de transmisión sexual

Notificaciones hasta la SE 37 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL																								
	SECRECION GENITAL EN MUJERES			SECRECION GENITAL PURULENTA EN VARONES			SECRECION GENITAL SIN ESPECIFICAR EN VARONES			SIFILIS EN EMBARAZADA			SIFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES			SIFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES			SIFILIS TEMPRANA MUJERES			SIFILIS TEMPRANA VARONES			
	Estlecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 1												3	3	1	-1										
CESAC 1 - NO RESIDENTES		1	1																1	1			1	1	
CESAC 11				1	-1	1	1	0																	
CESAC 13				1	-1														1	-1					
CESAC 14		1	1	1	-1	2	-2				3	3	2	6	4		3	3	2	-2					
CESAC 15	27	16	-11	2	-2	6	-6				3	3	3	2	-1				3	-3					
CESAC 18		1	1								1	1		1	1										
CESAC 19	1	2	1								4	4	1	5	4				1	-1					
CESAC 20		1	1		2	2					2	2		1	1										
CESAC 22				1	-1																				
CESAC 24	1	35	34		1	1	1	1	0		6	6		3	3		2	2							
CESAC 27	2		-2											1	1										
CESAC 29														1	-1				1	-1					
CESAC 3																1	-1								
CESAC 30							2	-2			4	4				1	-1								
CESAC 31														2	2										
CESAC 34																			1	-1					
CESAC 35							1	-1			3	3	1	1	0	1	-1								
CESAC 36											1	1		2	2	1	-1								
CESAC 39	2		-2																						
CESAC 40	3	1	-2	1	-1						1	1	4	5	1		1	1	1	-1			2	2	
CESAC 41	2		-2								2	2		1	1	1	2	1							
CESAC 5				2	-2									1	1				1	-1	2	-2			
CESAC 6											2														
CESAC 7											3	3													
CESAC 8							1	-1			3	3													
CESAC 9								1	-1		2	2	3	2	-1	3	2	-1	2	-2	2	2	-2		-2
Subtotal (CeSAC)	38	58	20	9	3	-6	14	3	-11	0	44	42	16	33	17	8	10	2	13	1	-12	4	3	-1	
Porcentaje sobre las notificaciones totales	15%	26%		11%	3%		6%	1%		0%	14%		4%	7%		1%	1%		8%	1%		2%	2%		

Notificaciones hasta la SE 37 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL																								
	SECRECION GENITAL EN MUJERES			SECRECION GENITAL PURULENTA EN VARONES			SECRECION GENITAL SIN ESPECIFICAR EN VARONES			SIFILIS EN EMBARAZADA			SIFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES			SIFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES			SIFILIS TEMPRANA MUJERES			SIFILIS TEMPRANA VARONES			
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	
Estlecimientos																									
CLIN FINOCHIETTO CENTRAL DE CIRUGIA																									
FUNCEI				9		-9	2		-2					2	2		14	17	3	10		-10	26	24	-2
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	1	1	0	14	12	-2	4		-4				16	6	-10	38	23	-15	11	5	-6	33	21	-12	
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES	3	1	-2	19	26	7	6	3	-3				16	28	12	33	67	34	20	11	-9	42	32	-10	
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC				1		-1													1		-1				
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	4		-4																2		-2				
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA		6	6	5	3	-2	11	35	24					2	2		1	2	1		3	3		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	1	12	11	7	2	-5	24	23	-1				10	4	-6	11	15	4		1	1		3	3	
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	1	6	5	6	12	6	2	4	2	10	20	10	14	5	-9	7	6	-1	15	4	-11	4	4	0	
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES					2	2	2	1	-1	1	2	1	2	2	0	4	4	-4	20		-20	1	2	1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD	121	72	-49		4	4	2	1	-1	3	16	13	12	7	-5	18	11	-7		6	6	1	3	2	
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD - NO RESIDENTES	61	30	-31								2	17	15	10	4	-6	11	10	-1	2	2	0		5	5
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI		1	1	2		-2				4	13	9	7	2	-5	6	1	-5	8	1	-7	6		-6	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES				1		-1	3		-3		13	13	7	4	-3	3	4	1	2	4	2	4	2	-2	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1	1	0		5	5		3	3	19	31	12		42	42		62	62		1	1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	1		-1					1	1	22	14	-8		34	34		47	47		6	6		1	1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND		2	2	3	3	0	1	2	1	10	2	-8	4	11	7	17	26	9	1	3	2	3	4	1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES				1		-1	2		-2	6	3	-3	3	3	0	4	11	7	3	1	-2	1		-1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU		1	1	1		-1	13	6	-7							5	1	-4	2		-2				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES		1	1				4	13	9							4		-4				2		-2	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO		3	3	1	1	0	5	13	8		3	3	68	49	-19	97	59	-38	15	5	-10	14	10	-4	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES				1		-1	2	5	3		6	6	39	35	-4	44	40	-4	7	1	-6	14	5	-9	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ		4	4										7	6	-1	17	6	-11	1		-1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	1		-1	2	2	0	11	5	-6		1	1	1	4	3		5	5		2	2		1	1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES		1	1		2	2	2	3	1		1	1		2	2	1	1	0							
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA		1	1		1	1	3	2	-1	2	8	6	22	28	6	11	11	0		3	3	7	1	-6	
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES				3	3	3	3	2	-1	10	17	7	22	38	16	14	13	-1	8	7	-1	3	3	0	
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA		3	3	2	1	-1	85	81	-4	27	29	2	127	143	16	297	335	38	3	5	2	10	15	5	
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	2	1	-1				50	22	-28	25	19	-6	4	7	3	4	10	6	4	6	2	4	13	9	
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	12	16	4		6	6	2	20	18	52	40	-12	9	3	-6	15	1	-14	3	6	3	2	3	1	
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA										35	6	-29		1	1				5		-5	5		-5	
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES										87		-87	1		-1				5		-5	22		-22	
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO																							1	1	
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	209	163	-46	75	85	10	239	247	8	326	262	-64	401	472	71	676	784	108	148	83	-65	204	154	-50	
Porcentaje sobre las notificaciones totales	85%	74%		89%	97%		94%	99%		100%	86%		96%	93%		99%	99%		92%	99%		98%	98%		
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	247	221	-26	84	88	4	253	250	-3	326	306	-22	417	505	88	684	794	110	161	84	-77	208	157	-51	

11.2. Gastroentéricas y hepatitis

Notificaciones hasta la SE 37 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	GASTROENTÉRICAS						HEPATITIS												
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS			DIARREAS			HEPATITIS A			HEPATITIS B			HEPATITIS C			HEPATITIS SIN ESPECIFICAR			
	Estlecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos												
CESAC 1				39		-39					2	2							
CESAC 1 - NO RESIDENTES					43	43													
CESAC 11				4	115	111													
CESAC 11 - NO RESIDENTES					23	23													
CESAC 12				79	24	-1													
CESAC 13				94	59	-35													
CESAC 14		1	1	92	133	41													
CESAC 15		1	1	95	82	-13													
CESAC 16				23		-23							1	1					
CESAC 18	5	4	-1	42	79	37							1	1					
CESAC 19				126	77	-49													
CESAC 2				127	21	-106													
CESAC 20				66	68	2													
CESAC 22				27	11	-16													
CESAC 24		4	4	61	180	119							1	2	1				
CESAC 27		2	2	98	69	-29													
CESAC 28	2		-2	17	4	-13													
CESAC 29				38	4	-34													
CESAC 3	3	3	0	60	2	-58	1		-1										
CESAC 30				72		-72													
CESAC 31	4	1	-3	82	46	-36													
CESAC 34				22	9	-13													
CESAC 35	1		-1	52		-52													
CESAC 36				23	4	-19													
CESAC 39				121		-121													
CESAC 4				44		-44													
CESAC 40	4	4	0	170	98	-72				1		-1							
CESAC 41		1	1	70	76	6													
CESAC 5	4	1	-3	147		-147		1	1							1			-1
CESAC 6	38			111	31														
CESAC 7				58		-58	1		-1										
CESAC 8				92	2	-90													
CESAC 9				136	132	-4													
Subtotal (CeSAC)	61	22	-1	2288	1392	-762	2	1	-1	1	2	1	1	4	3	1	0		-1
Porcentaje sobre las notificaciones totales	26%	8%		9%	6%		40%	9%		3%	6%		3%	9%		25%	0%		

Notificaciones hasta la SE 37 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	GASTROENTÉRICAS						HEPATITIS											
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS			DIARREAS			HEPATITIS A			HEPATITIS B			HEPATITIS C			HEPATITIS SIN ESPECIFICAR		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Estlecimientos																		
CLIN FINOCHIETTO CENTRAL DE CIRUGIA		2	2															
CTRO MED SEGUROLA SA - NO RESIDENTES					6	6												
FUNCEI							1	-1					3	3				
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC				1638	1025	-613												
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES				3260	2749	-511												
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA				631	620	-11	1	1					1	-1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES		1	1	1095	957	-138				1	1		1	1		1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	1	7	6	217	587	370							1	1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES		4	4	20	79	59												
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	6	16	10	1092	968	-124				1	1		1	1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	7	15	8	534	422	-112											1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI				21	17	-4												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES				11	11	0		1	1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1	1	0	160	376	216		2	2	1	1	0		6	6			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES				97	350	253				2	1	-1		7	7			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND		5	5	156	322	166												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	1	3	2	118	115	-3				1		-1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU				996	725	-271												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES				119	105	-14												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	14	19	5	864	776	-88						2	2	1	1	0		
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	7	13	6	251	338	87								2	2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ				265	224	-41						1	1	3		-3		
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES				39	67	28							1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	1	2	1	1342	1409	67												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES				220	161	-59												
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA				880	839	-41						1	1					
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	2		-2	866	870	4	1		-1			1	1					
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	11	14	3	1616	1206	-410						11	12	1	8	9	1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	11	11	0	255	234	-21				7	4	-3	10	4	-6			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	61	75	14	1718	2159	441						3	2	-1	2	2	0	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	6	1	-5	25	60	35						1	1	4	5	1		
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	6	6	0	834	571	-263			1	1								
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	23	20	-3	2106	1884	-222			2	2							1	-1
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ	3	7	4	505	42	-463			2	2								
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	13	18	5	649		-649	1	1	0									
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA												3		-3	1		-1	
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES												2		-2	3		-3	
MC/CMB - Pirovano				5	2	-3												
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO		4	4	1850	1202	-648												
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	174	244	70	24455	21478	-2977	3	10	7	30	29	-1	34	42	8	3	1	-2
Porcentaje sobre las notificaciones totales	74%	92%		91%	94%		60%	91%		97%	94%		97%	91%		75%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	235	266	69	26743	22870	-3739	5	11	6	31	31	0	35	46	11	4	1	-3

11.3. Inmunoprevenibles

Notificaciones hasta la SE 37 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	INMUNOPREVENIBLES					
	PAROTIDITIS			VARICELA		
	Estlecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
CESAC 1				6		-6
CESAC 1 - NO RESIDENTES		1	1			
CESAC 11		1	1		18	18
CESAC 11 - NO RESIDENTES					1	1
CESAC 12		18		1	5	
CESAC 13				33	9	-24
CESAC 14				21	31	10
CESAC 15				15	5	-10
CESAC 16	1		-1	7		-7
CESAC 18		1	1	6	11	5
CESAC 19	2		-2	14	10	-4
CESAC 2				17	1	-16
CESAC 20	1	1	0	6	14	8
CESAC 22					3	3
CESAC 24		5	5	4	9	5
CESAC 27				19	6	-13
CESAC 28				8	3	-5
CESAC 29	1		-1	2		-2
CESAC 3				4		-4
CESAC 30	4		-4	13		-13
CESAC 31	3	1	-2	4	6	2
CESAC 34				6		-6
CESAC 35	1		-1	7		-7
CESAC 36		2	2	5		-5
CESAC 39	1		-1	19		-19
CESAC 4				19		-19
CESAC 40	2		-2	20	5	-15
CESAC 41	4	9	5	7	1	-6
CESAC 5	2		-2	29		-29
CESAC 6				48	2	
CESAC 7	1		-1	16		-16
CESAC 8	1		-1	13		-13
CESAC 9	1	5	4	19	11	-8
Subtotal (CeSAC)	25	44	1	388	151	-195
Porcentaje sobre las notificaciones totales	19%	22%		18%	10%	

Notificaciones hasta la SE 37 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	INMUNOPREVENIBLES					
	PAROTIDITIS			VARICELA		
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
FUNCEI	4		-4	1	1	0
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	1	3	2		6	6
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES		2	2	1	5	4
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	21	27	6	68	49	-19
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES				123	94	-29
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	1	1	0	50	16	-34
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	1	8	7	78	41	-37
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA		4	4	3	52	49
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES		4	4		8	8
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	8	19	11	51	79	28
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	3	11	8	42	30	-12
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI				1	2	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES				4	1	-3
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1		-1	5	22	17
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES		2	2	9	23	14
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND		1	1	70	53	-17
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES				47	17	-30
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	5	4	-1	48	44	-4
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	1	3	2	7	19	12
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO				54	34	-20
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES				7	2	-5
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ				79	73	-6
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES				16	6	-10
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL				89	116	27
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES				13	16	3
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	17	5	-12	52	46	-6
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	12	6	-6	49	57	8
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	16	30	14	135	183	48
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	4	7	3	45	27	-18
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	3	19	16	207	148	-59
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	1	2	1	1	17	16
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	2		-2	97	37	-60
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	4		-4	162	79	-83
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ		1	1	55	11	-44
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	1	1	0	64		-64
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	1		-1	1		-1
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOS)	107	160	53	1734	1414	-320
Porcentaje sobre las notificaciones totales	81%	78%		82%	90%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	132	204	54	2122	1565	-515

11.4. Intoxicaciones

Notificaciones hasta la SE 37 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	INTOXICACIÓN																				
	MEDICAMENTOSA			POR HIDROCARBUROS			POR MONÓXIDO DE CARBONO			POR OTROS TÓXICOS			POR PLAGUICIDAS DE USO DOMESTICO			POR PLAGUICIDAS SIN IDENTIFICAR			POR METALES PESADOS		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos																					
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC					1	1															
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES							5	5			3	3									
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	5	5	0				4	6	2	1		-1	1		-1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	2		-2					4	4												
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA		3	3					9	9			4	4								
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES							2	1	-1												
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	29	10	-19	1	1	7	7	0	53	35	-18		1	1					1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	9	1	-8					5	5	3		-3									
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI								1	1												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH				1	1		1	1	1							1		-1	1	2	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES										1		-1							6	1	-5
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	40	9	-31				9	5	-4	11		-11	1		-1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	5	2	-3				3		-3	1	1	0									
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO								6	6												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ		3	3					1	1	2		-2								2	-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	25	25	0				74	37	-37	8	6	-2									
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES							1	7	6												
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	22	5	-17				18	1	-17	2	1	-1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES							1		-1	1		-1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	4		-4				21	5	-16		1	1	1		-1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	1		-1																		
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE							3		-3												
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES								3	3												
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ							9		-9												
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES							10		-10												
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO								4	4												
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	142	63	-79	0	3	3	162	108	-54	83	51	-32	3	1	-2	1	0	-1	10	3	-7
Porcentaje sobre las notificaciones totales	100%	100%			100%		100%	100%		100%	100%		100%	100%		100%			100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	142	63	-79	0	3	3	162	108	-54	83	51	-32	3	1	-2	1	0	-1	10	3	-7

11.6. Otros eventos

Notificaciones hasta la SE 37 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	OTROS		
	TUBERCULOSIS		
Estlecimientos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 1		2	2
CESAC 13	2	1	-1
CESAC 14	13	2	-11
CESAC 18	19	4	-15
CESAC 19	6	2	-4
CESAC 20	16	6	-10
CESAC 24	12	6	-6
CESAC 28	4		-4
CESAC 3	1		-1
CESAC 30	1		-1
CESAC 31	6		-6
CESAC 36		2	2
CESAC 40	15	8	-7
CESAC 41	6		-6
CESAC 5	19		-19
CESAC 6	2		
Subtotal (CeSAC)	122	33	-87
Porcentaje sobre las notificaciones totales	13%	8%	

Notificaciones hasta la SE 37 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	OTROS								
	TUBERCULOSIS			LEPRA			SINDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos									
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	134	45	-89	10	2	-8			
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES	257	93	-164	2	1	-1			
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	14		-14				4	2	-2
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	58	4	-54				16	18	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA		5	5						
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	4	11	7						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA		10	10						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES		3	3		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	14	8	-6						
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	5	5	0				2	2	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	8	8	0						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	4	4	0						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH		19	19						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	1	9	8				1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	24	17	-7						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	48	17	-31						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	4	7	3						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	2	2	0						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	45	27	-18						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	31	26	-5						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	40	7	-33						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	33	9	-24	1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	51	38	-13						
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	18	3	-15						
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE							1		-1
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES							8	7	-1
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ							2	10	8
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES							7	7	0
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	1	3	2						
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO								5	5
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN	17	8	-9						
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN - NO RESIDENTES	24	19	-5					1	1
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	837	407	-430	13	4	-9	39	52	13
Porcentaje sobre las notificaciones totales	87%	93%		100%	100%		100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	959	440	-517	13	4	-9	39	52	13

11.7. Respiratorios

Notificaciones hasta la SE 37 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	RESPIRATORIAS											
	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS			ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)			INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)			NEUMONÍA		
	Estlecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
CESAC 1	49		-49	5		-5				69		-69
CESAC 1 - NO RESIDENTES		13	13		15	15					16	16
CESAC 11		130	130	13	385	372				1	21	20
CESAC 11 - NO RESIDENTES		23	23		15	15					6	6
CESAC 12	41	14		1	256	-1				8	7	
CESAC 13	36	10	-26	91	43	-48				26	3	-23
CESAC 14	49	66	17	9	89	80				13	34	21
CESAC 15	133	58	-75	18	36	18				34	31	-3
CESAC 16	13		-13	35		-35				23		-23
CESAC 18	199	16	-183	257	18	-239				53	13	-40
CESAC 19	337	207	-130	37	105	68				84	70	-14
CESAC 2	133	3	-130							97	1	-96
CESAC 20	70	36	-34	30	23	-7				36	28	-8
CESAC 22	8	1	-7	33		-33				22		-22
CESAC 24	14	171	157	19	149	130				29	60	31
CESAC 27	45	21	-24	84	37	-47				27	3	-24
CESAC 28	2		-2	56	9	-47		3	3	9	1	-8
CESAC 29	25		-25	8	3	-5				21		-21
CESAC 3	112		-112	40		-40				65		-65
CESAC 30	80		-80	34		-34				18		-18
CESAC 31	37	63	26	125	57	-68				12	22	10
CESAC 34	41		-41	284	28	-256				14		-14
CESAC 35	45		-45	4		-4				37		-37
CESAC 36	2		-2	1		-1				12		-12
CESAC 39	70		-70	16		-16				12		-12
CESAC 4	46		-46	6		-6				10		-10
CESAC 40	95	76	-19	5	32	27				35	33	-2
CESAC 41	21	45	24	19	119	100				40	18	-22
CESAC 5	98		-98	14		-14				43		-43
CESAC 6	53	26		112	25					32	11	
CESAC 7	110		-110	22		-22				44		-44
CESAC 8	70		-70							21		-21
CESAC 9	210	127	-83	12	44	32	111		-111	73	61	-12
Subtotal (CeSAC)	2244	1106	-1084	1390	1488	-71	111	3	-108	1020	439	-559
Porcentaje sobre las notificaciones totales	11%	7%		4%	6%		3%	0%		9%	5%	

Notificaciones hasta la SE 37 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	RESPIRATORIAS											
	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS			ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)			INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE			NEUMONÍA		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CTRO MED SEGUROLA SA - NO RESIDENTES					20	20						
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	81	33	-48	224	235	11	183	95	-88	252	339	87
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES	62	22	-40	254	259	5	254	213	-41	455	520	65
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	337	163	-174	149	113	-36				217	144	-73
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	940	607	-333	365	375	10				647	433	-214
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	88	56	-32	4254	2216	-2038	191	101	-90	247	117	-130
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	1165	601	-564	7129	3181	-3948	287	208	-79	527	283	-244
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	350	479	129	335	989	654	109	149	40	155	356	201
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES	97	145	48	56	181	125	17	28	11	24	64	40
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	209	250	41	404	2162	1758	67	101	34	175	303	128
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	236	240	4	206	1252	1046	55	37	-18	114	130	16
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	56	53	-3	23	54	31	23	81	58	203	137	-66
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	101	55	-46	7	3	-4	7	70	63	168	90	-78
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	199	880	681	2	160	158	14	81	67	105	284	179
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	173	711	538	9	159	150	2	100	98	91	212	121
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	781	616	-165	185	448	263	107	42	-65	213	170	-43
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	249	211	-38	85	127	42	66	35	-31	208	66	-142
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	75	33	-42	586	304	-282	34	40	6	237	111	-126
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	34	24	-10	87	28	-59	3	2	-1	38	28	-10
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	779	323	-456	3630	1676	-1954	300	289	-11	235	226	-9
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	346	166	-180	906	616	-290	68	65	-3	24	29	5
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ	264	254	-10	266	203	-63				255	173	-82
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES	107	89	-18	79	57	-22				60	50	-10
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	698	453	-245	1788	1303	-485	53	186	133	284	189	-95
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES	161	59	-102	437	156	-281	6	8	2	58	23	-35
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	521	370	-151	577	574	-3	6	50	44	305	199	-106
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	931	783	-148	462	541	79	9	136	127	299	190	-109
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	546	595	49	2352	2087	-265	323	224	-99	999	816	-183
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	307	275	-32	428	497	69	174	116	-58	351	265	-86
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	3354	2891	-463	688	1181	493	516	483	-33	514	671	157
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	36	168	132	6	50	44	4	47	43	5	32	27
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	732	609	-123	281	147	-134		158	158	118	95	-23
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	3167	2600	-567	885	299	-586		537	537	328	527	199
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ	321	36	-285	615	3	-612	65	48	-17	156	26	-130
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	363	112	-251	702		-702	348	220	-128	208	108	-100
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	75	43	-32				16	22	6	1		-1
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES	119	70	-49				33	11	-22			
MC/CMB - Pirovano	2		-2	12	25	13				1		-1
SANATORIO MITRE								48	48			
SOC ITALIANA DE BENEF - HOSP ITALIANO	337	267	-70	4169	3470	-699	439	508	69	1458	1392	-66
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	18399	15342	-3057	32643	25151	-7492	3779	4539	760	9735	8798	-937
Porcentaje sobre las notificaciones totales	89%	93%		96%	94%		97%	100%		91%	95%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	20643	16448	-4141	34033	26639	-7563	3890	4542	652	10755	9237	-1496

11.8. Transmisión vertical

Notificaciones hasta la SE 37 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	TRANSMISIÓN VERTICAL					
	SÍFILIS CONGÉNITA			CHAGAS AGUDO CONGÉNITO		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Estlecimientos						
CESAC 20		1	1			
CESAC 24		1	1			
CESAC 40	1	1	0	4		-4
CESAC 9		1	1	1		-1
Subtotal (CeSAC)	1	4	3	5	0	-5
Porcentaje sobre las notificaciones totales	1%	3%		4%	0%	

Notificaciones hasta la SE 37 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	TRANSMISIÓN VERTICAL					
	SÍFILIS CONGÉNITA			CHAGAS AGUDO CONGÉNITO		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Estlecimientos						
CTRO MED SEGUROLA SA - NO RESIDENTES		1	1			
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	1	4	3	2		-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES		2	2		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	9	10	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES	2	1	-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	4	7	3			
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	3	7	4		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI		6	6		3	3
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	1	6	5		2	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	6	12	6			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	7	6	-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	3	6	3			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	1	3	2		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL					1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES					1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	7	9	2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	21	17	-4		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	11	11	0			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	17	4	-13			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	43	27	-16	30	26	-4
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	8		-8	9		-9
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES		1	1			
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	18		-18	43		-43
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES	35		-35	52		-52
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	197	141	-56	136	37	-99
Porcentaje sobre las notificaciones totales	99%	97%		96%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	198	145	-53	141	37	-104

11.9. Zoonosis y transmitidas por vectores

Notificaciones hasta la SE 37 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ZONOSIS Y VECTORIALES												
	BRUCELOSIS			DENGUE AGRUPADO			PSITACOSIS			DENGUE CLÁSICO			
	Estlecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 1				9		-9				3	3	0	
CESAC 13				5		-5					2	2	
CESAC 14				8		-8					2	2	
CESAC 15										4		-4	
CESAC 16				2		-2	1		-1		1	1	
CESAC 18				50		-50				57	5	-52	
CESAC 19				5		-5				1	3	2	
CESAC 20				5		-5				2	1	-1	
CESAC 24				16		-16				1	4	3	
CESAC 28				8		-8				3		-3	
CESAC 29				1		-1				2		-2	
CESAC 3				1		-1							
CESAC 30				26		-26							
CESAC 31				1	2	1				3		-3	
CESAC 35				26		-26					1	1	
CESAC 36				13		-13							
CESAC 39				1		-1							
CESAC 4										1		-1	
CESAC 5				1		-1				20		-20	
CESAC 6				1						1			
CESAC 7		2	-2	5		-5				8		-8	
CESAC 8				57		-57				2	3	1	
CESAC 9				1		-1							
Subtotal (CeSAC)		2	0	-2	242	2	-239	1	0	-1	108	25	-82
Porcentaje sobre las notificaciones totales		67%	0%		4%	6%		33%	0%		2%	4%	

Notificaciones hasta la SE 37 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ZONOSIS Y TRANSMITIDAS POR VECTORES																				
	ENCEFALITIS POR ARBOVIRUS			BRUCELOSIS			LEISHMANIASIS MUCOSA			LEISHMANIASIS VISCERAL			TRIQUINOSIS			DENGUE AGRUPADO			FIEBRE CHIKUNGUNYA		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Estlecimientos																					
FUNCEI												3		-3							
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ												1		-1	1413		-1413	1		-1	
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES				11	11		1	1		1	1	81	1	-80	801		-801	2		-2	
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	1		-1	3	3				2	1	-1		1	1					2		2
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA				1	1										94		-94				
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES				1	1							1		-1	8		-8	1		-1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA																		2		-2	
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES				1	1											2	2	1		-1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD															396		-396		1	1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES															6		-6				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI															482		-482				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES															24		-24				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH															7		-7				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES																1	1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND															151		-151		1	1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU															154		-154				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES																1	1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO															281		-281				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ															364	12	-352				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES																9	9				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL															266		-266				
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA															706		-706				
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES													1	1							
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA															107		-107				
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES									1		-1										
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO															763	8	-755				
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE															17		-17				
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES															57		-57				
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ																			1	1	
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES				1		-1						1		-1							
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO															24		-24	1		-1	
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO - NO RESIDENTES															5		-5				
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	1	0	-1	1	17	16	0	1	1	3	2	-1	87	3	-84	6126	33	-6093	8	5	-3
Porcentaje sobre las notificaciones totales	100%			33%	100%			100%		100%	100%		100%	100%		96%	94%		100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	1	0	-1	3	17	14	0	1	1	3	2	-1	87	3	-84	6368	35	-6332	8	5	-3

Notificaciones hasta la SE 37 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ZONOSIS Y TRANSMITIDAS POR VECTORES																						
	HIDATIDOSIS			LEISHMANIASIS CUTÁNEA			LEPTOSPIROSIS			PSITACOSIS			DENGUE CLÁSICO			HANTAVIROSIS			PALUDISMO				
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	
CLIN FINOCHIETTO CENTRAL DE CIRUGIA														35	35								
FUNCIE														81	-81								
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	1	1	0							4	4		236	47	-189				1	1		0	
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES				1	1	0	2	1	-1	1	8	7	294	77	-217		1	1		3	3		
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC													140	4	-136								
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES							1	6	5				214	11	-203		2	2					
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA													114	16	-98								
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES								1	1				241	20	-221								
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA													548	26	-522								
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES													101	11	-90								
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD													215	5	-210								
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES													200	2	-198								
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI													231	7	-224								
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES								1	1				79	1	-78								
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH													74		-74								
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	1		-1				2	1	-1				24		-24								
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND		1	1										84	5	-79								
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES		1	1										19	7	-12								
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU													68	21	-47								
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES													22	7	-15								
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO													151	15	-136								
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES				1	1		1		-1				54	5	-49	1		-1					
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ											1	1			8	8							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL													245	3	-242								
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES								1	1				38	1	-37						1	1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA								1	1				27	11	-16								
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES				1		-1							19	14	-5								
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA													89	12	-77								
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES													92	6	-86								
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO										1		-1	294	32	-262								
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES													37		-37								
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE		1	1										50	3	-47								
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES													163	18	-145								
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ													77	5	-72								
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	2		-2										126		-126								
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA													3		-3								
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES													3		-3								
SANATORIO MITRE													17		-17								
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO													462	92	-370	2	1	-1					
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO - NO RESIDENTES													196	32	-164								
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN													30		-30								
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN - NO RESIDENTES													36	5	-31								
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	4	4	0	2	2	0	6	12	6	2	13	11	5177	581	-4596	3	4	1	1	5	4		
Porcentaje sobre las notificaciones totales	100%	100%		100%	100%		100%	100%		67%	100%		98%	96%		100%	100%		100%	100%			
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	4	4	0	2	2	0	6	12	6	3	13	10	5285	606	-4678	3	4	1	1	5	4		0