



  /gcba

buenosaires.gob.ar

Boletín Epidemiológico Semanal - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

N° 68 Año II / 8 de Diciembre de 2017
Información hasta SE 47

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. Silvana 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.
Villa Lugano. Soldado de la frontera 5400.*

INDICE

1	EDITORIAL	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	UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CESAC N°35 FOCALIZADO EN LOS VARONES. 2005-2011. CABA.	15
6.1	SOBRE ESTE INFORME ESPECIAL	15
6.2	INTRODUCCIÓN	15
6.2.1	<i>Propósito de la investigación</i>	17
6.2.2	<i>Objetivo General</i>	17
6.2.3	<i>Objetivos Específicos</i>	17
6.2.4	<i>Nota Metodológica</i>	17
6.3	RESULTADOS	18
6.3.1	<i>Estructura de la población según sexo</i>	19
6.3.2	<i>Cobertura de salud de la población usuaria del CeSAC</i>	21
6.3.3	<i>Consultas realizadas</i>	21
6.3.4	<i>Motivos de consulta más frecuentes según sexo</i>	22
6.4	CONCLUSIONES	24
6.5	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
7	VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL MOSQUITO AEDES AEGYPTI	28
7.1	INTRODUCCIÓN	28
7.1.1	<i>Sobre el informe semanal de las ETMAA</i>	28
7.2	SITUACIÓN REGIONAL Y NACIONAL A PARTIR DE ENERO 2017.	29
7.2.1	<i>Situación regional</i>	29
7.2.2	<i>Situación actual en Argentina</i>	30
7.3	ETMAA EN LA CABA 2016 (SE 26-52)-2017 (SE 1-47).....	31
7.3.1	<i>Antecedentes y situación actual</i>	31
7.3.2	<i>Dengue</i>	35
7.3.3	<i>Zika</i>	36
7.3.4	<i>Fiebre Chikungunya</i>	36
8	VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	37
8.1	INTRODUCCIÓN	37
8.2	SITUACIÓN MUNDIAL Y REGIONAL DE LA TRANSMISIÓN DE INFLUENZA.....	37
8.3	SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS	38
8.4	SITUACIÓN DE LAS IRA EN LA CABA	38
8.4.1	<i>Enfermedad Tipo Influenza (ETI)</i>	38
8.4.2	<i>Bronquiolitis en menores de 2 años</i>	40



8.4.3	Neumonía.....	41
8.4.4	Infeción Respiratoria Aguda Grave (IRAG).....	43
8.5	VIGILANCIA POR LABORATORIO (SIVILA).....	45
8.6	MORTALIDAD POR IRA.....	47
9	VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS.....	48
9.1	INTRODUCCIÓN.....	48
9.2	SITUACIÓN EN LA ARGENTINA EN 2016.....	48
9.2.1	Tuberculosis pediátrica (menores de 15 años).....	48
9.2.2	Tuberculosis adolescente.....	49
9.3	SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE LA TBC EN LA CABA.....	49
9.4	ANTECEDENTES AÑO 2016.....	50
9.5	ANÁLISIS DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS NOTIFICADOS DURANTE LAS SE 1-47 DEL AÑO 2017.....	50
9.5.1	Distribución por comunas.....	51
9.5.2	Características de la población.....	52
9.5.3	Distribución según efectores.....	55
9.5.4	Evaluación.....	57
10	ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES.....	58
11	ANEXO.....	60
	EVENTOS POR ESTABLECIMIENTO.....	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	ZONOSIS Y TRANSMITIDAS POR VECTORES.....	73



1 EDITORIAL

En esta oportunidad, a un mes y medio de nuestro último contacto, quería compartir con todos los lectores del BES no solo algunas palabras de este boletín sino aprovechar para dar cuenta de los diferentes avances sobre la visión de la epidemiología como herramienta de esta gestión y el horizonte de publicaciones especiales que tendrá este producto.

Desde la Gerencia de Epidemiología se está desarrollando un Análisis de Situación de Salud (ASIS) a partir de un abordaje integral del proceso de Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado en la CABA para el año 2016, del que participan otras áreas del Ministerio y en breve estarán publicados los resultados. Este documento, por un lado, constituirá una herramienta necesaria para que cada equipo cuente con información integrada, analizada y actualizada, y esperamos que constituya el inicio de otros ASIS que puedan ser replicados por equipos locales y que permitan profundizar la comprensión de la realidad de las comunidades con las que trabajan en forma cotidiana.

Al mismo tiempo que se fortalece la investigación epidemiológica en nuestra ciudad, sostenemos la necesidad de intercambiar miradas sobre el trabajo cotidiano, sobre los problemas de salud que la realidad impone. Por ejemplo, se está elaborando un trabajo de investigación de Alacranismo en la CABA desde una metodología cuanti-cualitativa para profundizar el análisis a nivel intersectorial desde la perspectiva de los distintos integrantes de los equipos de salud. En próximas ediciones del BES se incluirá este análisis.

Continuamos produciendo diversos informes sobre Enfermedades Crónicas No transmisibles, como la situación epidemiológica de la mortalidad por tumores en CABA, en articulación con el INC (Instituto Nacional del Cáncer). En la última publicación, tal análisis se ha visto profundizado desde la perspectiva de los Determinantes Sociales, indicadores que permiten conocer las inequidades entre Comunas de la CABA.

Asimismo, de manera conjunta con el Observatorio de Seguridad vial, continuamos la articulación mediante encuentros de trabajo con los equipos de Epidemiología y Guardia de los Hospitales para mejorar los procesos de captura de datos sobre siniestros viales, que se verán fortalecidos por la implementación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en todas las guardias. Este proyecto constituye una práctica innovadora en la cual la gestión intersectorial permite construir un mejor y mayor conocimiento para la ejecución más eficiente de políticas de estado para la prevención de los siniestros viales.

En este marco, en las próximas páginas encontrarán un trabajo de la Subgerencia Operativa de Atención Integral de Adicciones a Drogas y Alcohol, donde se analizan los resultados de una encuesta sobre alcohol y embarazo.

En virtud del fortalecimiento de la estrategia de vigilancia por laboratorios, además de sistematizar herramientas de gestión para el monitoreo de la notificación, seguimos impulsando la paulatina incorporación de las instituciones privadas a la notificación a través de los sistemas oficiales, sabiendo de la importancia que tienen dado el caudal de muestras analizadas. Está la propuesta futura de producir un análisis conjunto.

Lo antedicho nos permite renovar el compromiso y las expectativas por mejorar y profundizar nuestra labor, siendo el BES en una herramienta potente que nos permite comprender más y mejor la realidad del proceso Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pero también un medio de comunicación entre los integrantes de los equipos de salud para pensar y dar marcha a nuevos proyectos.



Dr. Daniel 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 subtotales 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:

- UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CESAC N°35 FOCALIZADO EN LOS VARONES. 2005-2011. CABA .

Autores

Mg. Juan Martín Calvetti, Médico General y Familiar del CeSAC 35 y Coordinador de Epidemiología y Vigilancia Epidemiológica del Área Programática del Hospital Penna

Dra. Daniela Dívola, Médica Pediatra, Jefa del CeSAC 35.

A partir de la presentación integrada de los datos de C2 y SIVILA se exhiben en forma resumida, en el acumulado hasta la **SE 47 de 2017**, los siguientes resultados:

- Continúa el incremento acumulado de las notificaciones de [Alacranismo](#), [Parotiditis](#), [Secreción genital](#), [Sífilis sin especificar \(tanto en mujeres como en varones\)](#). Dentro del Grupo de las [Zoonosis](#), en Leptospirosis, Hantavirus, Fiebre Amarilla y Psitacosis.
- Situación de la [Tuberculosis](#) en la CABA
- Situación de [Dengue, Zika y Chikungunya](#): En la semana epidemiológica 47 se notificó un caso de dengue importado, serotipo 1, con antecedente de viaje a México.

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 47** del corriente año (finalizada el 25 de noviembre) 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 47** 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*	170	150		-12
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	63	103		63
	SÍFILIS CONGÉNITA*	239	317		33
	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	346	525		52
Enfermedades de Transmisión Sexual	SECRECIÓN GENITAL SIN ESPECIFICAR VARONES	193	184		-5
	SECRECIÓN PURULENTO EN VARONES	77	68		-12
	SECRECIÓN GENITAL EN MUJERES	202	201		0
	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	29	27	
	OFIDISMO	2	1	-1	
Gastroentéricas	DIARREAS	21631	20644		-5
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	2017	222		-89
	DIARREAS BACTERIANAS	14	7	-7	
	DIARREAS VIRALES	32	6	-26	
	DIFTERIA	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	2	2	0	
Hepatitis	HEPATITIS A	6	18	12	
	HEPATITIS B	63	60		-5
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	1	2	1	
	HEPATITIS C	38	54		42
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	4	6	2	
Inmunoprevenibles	COQUELUCE*	180	180		0
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	8	13	5	
	PAF*	6	6	0	
	PAROTIDITIS	122	288		136
	VARICELA	2426	1800		-26
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	162	73		-55
	POR METALES PESADOS	16	2	-14	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	164	99		-40
	POR OTROS TÓXICOS	90	55		-39
	POR PLAGUICIDAS	1	0	-1	
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	6	1	-5	

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 47** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2016	2017	Diferencia de casos	Variación porcentual
Lesiones	MORDEDURA POR MURCIÉLAGO	74	52		-30
	MORDEDURA POR RATA	48	7	-41	
Meningitis y Meningoencefalitis	MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	3	5	2	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	2	6	4	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	6	13	7	
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	
	MENINGITIS TUBERCULOSA	5	2	-3	
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	1	6	5	
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	8	9	1	
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	22	28	6	
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	0	7	7	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	41	23	-18	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	23	22	-1	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	4	10	6	
	MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0	0	
Otras	LEPRA	11	3	-8	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	24	39		63
	LISTERIOSIS	0	0	0	
	BOTULISMO DEL LACTANTE	0	1	1	
	TUBERCULOSIS*	VER INFORME TBC			
Respiratorias	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS	13839	11778		-15
	ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)	25272	23513		-7
	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)	2917	3301		13
	NEUMONIA	8773	8388		-4
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	4	1	-3	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	VER INFORME ETMAa			
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)	VER INFORME ETMAa			
	FIEBRE CHIKUNGUNYA	VER INFORME ETMAa			
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	20	0	-20	
	ENCEFALITIS POR ARBOVIRUS	0	0	0	
	HANTAVIROSIS	24	39	15	
	FIEBRE AMARILLA	1	8	7	
	PSITACOSIS	2	9	7	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	2	0	-2	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	3	0	-3	
	LEPTOSPIROSIS	40	47		18
	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	119	46	170	6	1	126	17	150		-12
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	63	0	0	0	63	103	0	0	0	103		63
	SÍFILIS CONGÉNITA*	52	9	152	26	239	50	15	226	26	317		33
	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	346	0	0	0	346	525	0	0	0	525		52
Enfermedades de Transmisión Sexual	SECRECIÓN GENITAL SIN ESPECIFICAR VARONES	NO CORRESPONDE				193	NO CORRESPONDE				184		-5
	SECRECIÓN PURULENTO EN VARONES	NO CORRESPONDE				77	NO CORRESPONDE				68		-12
	SECRECIÓN GENITAL EN MUJERES	NO CORRESPONDE				202	NO CORRESPONDE				201		0
	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 **Chagas Congénito y en Embarazadas** son hasta la **SE 44** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 65**.

Los datos presentados de **Sífilis Congénita y en Embarazadas** son hasta la **SE 46** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 67**.

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	
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	1	0	1	0	2	6	11	12	0	29		27
	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 47 del año 2017 fueron notificados casos de alacranismo en la mayoría de las comunas de la Ciudad, encontrándose casos confirmados en las comunas 2, 5, 8 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	NO CORRESPONDE				21631	NO CORRESPONDE				20644		-5
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	207	0	0	0	207	222	0	0	0	222		-89
	DIARREAS BACTERIANAS	14	0	0	0	14	7	0	0	0	7		-7
	DIARREAS VIRALES	32	0	0	0	32	6	0	0	0	6		-26
	DIFTERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	2	0	0	0	2	2	0	0	0	2		0

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

Los datos presentados de **Diarreas** son hasta la **SE 45** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 66**.

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	4	0	0	2	6	18	0	0	0	18	12	
	HEPATITIS B	26	36	1	0	63	38	5	17	0	60		-5
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	0	1	0	0	1	0	2	0	0	2	1	
	HEPATITIS C	20	16	2	0	38	42	1	11	0	54		42
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	2	0	2	0	4	0	0	6	0	6	2	

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

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*	45	0	90	45	180	45	0	90	45	180		0
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	0	0	1	7	8	0	0	2	11	13	5	
	PAF*	0	0	6	0	6	0	0	5	1	6	0	
	PAROTIDITIS	27	22	73	0	122	32	29	227	0	288		136
	VARICELA	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					1800	-26

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.

Los datos presentados de **Coqueluche** son hasta la **SE 45** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 66**.

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	62	31	69	0	162	25	7	41	0	73		-55
	POR METALES PESADOS	3	1	11	1	16	0	2	0	0	2	-14	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	50	77	37	0	164	31	26	40	2	99		-40
	POR OTROS TÓXICOS	68	9	13	0	90	44	2	9	0	55		-39
	POR PLAGUICIDAS	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	-1	
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	3	1	2	0	6	1	0	0	0	1	-5	

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	46	0	28	0	74	7	45	0	0	52		-30
	MORDEDURA POR RATA	42	0	6	0	48	3	4	0	0	7	-41	

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	5	0	0	0	5	2	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	2	0	0	0	2	3	2	1	0	6	4	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	4	1	0	1	6	3	3	7	0	13	7	
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	MENINGITIS TUBERCULOSA	0	3	2	0	5	1	0	1	0	2	-3	
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	1	0	0	0	1	5	0	1	0	6	5	
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	8	0	0	0	8	7	0	2	0	9	1	
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	7	5	7	3	22	7	3	15	3	28		27
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	0	0	0	0	0	4	1	2	0	7	7	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	39	1	1	0	41	20	1	2	0	23		-44
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	9	11	1	2	23	6	4	9	3	22		-4
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	4	0	0	0	4	8	0	1	1	10	6	
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	9	0	2	0	11	1	0	2	0	3	-8	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	24	0	0	0	24	39	0	0	0	39		63
	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*	VER INFORME TBC											

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

Los datos presentados de **Síndrome Urémico Hemolítico** son hasta la **SE 46** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 68**.

La caracterización de [Tuberculosis](#) se desarrolla de manera ampliada en el siguiente apartado.

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						13839						11778	-15
	ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)						25272						23513	-7
	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)						2917						3301	13
	NEUMONIA						8773						8388	-4

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	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)												
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)	VER INFORME ETMAa											
	FIEBRE CHIKUNGUNYA												
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	1	19	0	20	0	0	0	0	0	-20	
	ENCEFALITIS POR ARBOVIRUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	HANTAVIROSI	0	0	24	0	24	1	0	37	1	39		63
	FIEBRE AMARILLA	0	1	0	0	1	0	0	7	1	8	7	
	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	
	LEPTOSPIROSIS	3	1	29	7	40	1	4	27	15	47		18
	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 81% de los casos no contó con el dato de residencia y para Hantavirus el porcentaje es de 67%.

La caracterización de [Dengue, Zika y Chikungunya](#) se desarrolla de manera ampliada en el siguiente apartado.

6 UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CESAC N°35 FOCALIZADO EN LOS VARONES. 2005-2011. CABA².

Autores

Mg. Juan Martín Calvetti, Médico General y Familiar del CeSAC 35 y Coordinador de Epidemiología y Vigilancia Epidemiológica del Área Programática del Hospital Penna

Dra. Daniela Dívola, Médica Pediatra, Jefa del CeSAC 35.

6.1 *Sobre este informe especial*

El texto que se presenta a continuación es el resumen de la tesis de Maestría del autor principal. Si bien es un trabajo que tiene más de 4 años de presentado y utiliza registros que datan de 6, se consideró de importancia su presentación, no solo por las características del contenido en términos epidemiológicos, sus resultados y conclusiones, sino en particular por el debate en torno al lugar que ocupa el Primer Nivel de Atención que éste propone. Desde el Plan de Salud en vigencia, se está desarrollando un importante fortalecimiento de este Nivel como puerta de entrada. Este trabajo, entre otras cosas, posibilita revisar críticamente los procesos de trabajo a desarrollar por parte de los Equipos Básicos en el escenario de la salud de la Ciudad de Buenos Aires en el 2018 y permite continuar entendiendo la importancia de realizar actividades más allá de la asistencia dentro del CeSAC.

6.2 *Introducción*

Comenzaremos por explicar el problema de nuestra investigación. Desde nuestra práctica cotidiana podemos observar que los varones concurren poco a los centros de salud y cuando lo hacen las consultas son por problemas agudos como dolores en su cuerpo y/o accidentes o por problemas que vienen desde hace muchos años padeciendo y que no consultaron; es muy poco frecuente que consulten por cuestiones preventivas. Sumado a esta situación, la mayoría de las campañas de salud preventivas y la oferta de servicios, especialmente en el primer nivel de atención formal de la salud (PNAFS)³, se encuentran dirigidas a la población “materno-infantil”. Por lo tanto, los varones demandan menos un servicio cuya oferta es menor que la que se les ofrece a las mujeres y que se pierden oportunidades de promover la salud y de prevenir enfermedades en los varones. El desconocimiento de estas situaciones dificulta la implementación de acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida y disminuir la morbi-mortalidad de los varones.

El CeSAC 35 se encuentra situado en Osvaldo Cruz y Zavaleta del Barrio de Barracas de la Ciudad de Buenos Aires en Argentina. La población del área de influencia pertenece la Villa 21-24, Loma Alegre y San Blas. El

² La versión completa del trabajo se encuentra disponible en : <http://repositoriojmr.unla.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?e=q-00000-00-off-0metabusc-libros%2cpresenta%2crepotur%2csistemas%2ctesisdep-01-2---0-10-0---0---0direct-10---4-----0-11--10-es-50---20-home-calvetti--00-1-1-00-0-0-01-1-OutfZz-8-00&a=d&c=tesisdep&srp=0&srn=0&cl=search&d=HASH012a1ca1c77520eef0f7e893>

³ Llamamos “primer nivel formal de atención de salud” a lo que corresponde a los centros de salud y acción comunitaria. Entendemos que existen niveles de autoatención como lo plantea Eduardo Menendez (2004).

predio es de origen fiscal (pertenece a Ferrocarriles Argentinos). La propiedad de la tierra no está regularizada (Bozzola S, *et al.*, 2013). En cuanto al crecimiento poblacional de la Villa 21-24, la población se triplicó en los últimos 20 años, 29.782 habitantes (Dirección General de Estadística y Censos, 2011). Casi la mitad de sus habitantes son población migrante proveniente de: Paraguay, Perú, Bolivia y Uruguay, entre otros. Los tipos de trabajos realizados por esta población son: la construcción, el servicio doméstico, trabajadores fabriles con baja calificación. Un 40% de las viviendas presenta características deficitarias; también, existen viviendas precarias irrecuperables por la insuficiente calidad constructiva de sus materiales (Bozzola S, *et al.*, 2013). No obstante estas características en común, hay situaciones heterogéneas en términos de las condiciones de vida de la población residente. La población presenta una alta prevalencia de anemia, enfermedades respiratorias, intoxicación por metales pesados y una “mala” salud materna (ACUMAR, 2014). El distrito escolar N°5 en donde se encuentra el CeSAC 35 tiene un elevado índice de vulnerabilidad social (Con *et al.*, 2011).

La investigación epidemiológica debe destacar los “procesos críticos” del perfil epidemiológico de las poblaciones, para evitar o contrarrestar procesos o facetas destructivas o fomentar procesos protectores (Breilh, 2003). Tanto el sexo como la edad, desde el punto de vista biológico nos permiten visibilizar diferencias en la asociación con determinados problemas de salud, pero estas variables, también, constituyen mediadores sociales, culturales, históricos, políticos y económicos (López, Findling & Abramzón, 2006).

Los estudios de género, en Latinoamérica, se dedican a realizar investigaciones sobre el género femenino, especialmente en edad reproductiva (Menéndez, 2006). El rol de cuidados de la salud de la familia es habitualmente atribuido a las mujeres, en tanto el rol de los varones se encuentra alejado de los cuidados de salud, tanto del propio cuerpo como el cuidado de los otros (Verbrugge, 1982; Menéndez, 1992; Fisher, 2000). Por ello, los niños son traídos habitualmente por sus madres para realizar cuidados preventivos; las mujeres, concurren a consulta para prevención: control de embarazo, realización de Papanicolaou, etc.; en cambio, los varones, en la adolescencia y la adultez, concurren cuando el cuerpo les duele (Keijzer, 1997a; 2001b).

Romeu Gomes y colaboradores (2007) definen género como una construcción social que establece desigualdades e interrelaciones entre los sexos que van más allá de lo biológico; ser varón o ser mujer implica la incorporación de esos atributos y funciones, como una forma de representarse, valorizarse y de actuar en una determinada cultura. En cuanto a los roles de género, son dinámicos, varían dentro y entre las sociedades, y se encuentra relacionado con otras desigualdades sociales como etnia, clase social, etc. (Krieger, 2001; Esteban, 2006; Menéndez, 2006; Salas-Valenzuela & Medina-Mora, 2006).

“La visión androcéntrica se impone como neutra y no siente la necesidad de enunciarse en unos discursos capaces de legitimarla” (Bourdieu, 2000, p. 22). En este sentido, proponer una consolidación del varón como foco de la salud colectiva nos permitirá visibilizar nuevas demandas de resignificación de lo masculino para que se pueda promover una salud en los varones (Gomes, Schraiber & Couto, 2005).

Reconocer las desigualdades en salud nos permite identificar los condicionantes y determinantes del PSEA de una población (Lopez, 2006). En cuanto a la reflexión de la relación entre los varones y el PSEA habría que destacar ciertas consideraciones: presentan mayor morbilidad en cuanto a condiciones severas y crónicas de salud que las mujeres y mayor mortalidad en las principales causas de muerte que se relacionan con formas de socialización y formas de vida (Gomes & Nascimento, 2006). Así, la mayor agresividad de los varones y la influencia de las ideologías hegemónicas de género pueden considerarse como un “factor de riesgo” (Keijzer, 1997a; 2001b; Gomes & Nascimento, 2006).

Tanto la accesibilidad como la utilización de los servicios son aspectos clave de la calidad y equidad en la atención primaria (Díaz Piñera *et al.*, 2012; Morera & Aparicio, 2010; Dias-da-Costa *et al.*, 2008; Louvison *et al.*, 2008; Bastos Gisele *et al.*, 2011). Estos procesos de interacción entre usuarios y servicios nos permiten atender una parte de las necesidades de la población (Díaz Piñera *et al.*, 2012). La atención primaria tiene como objetivos fundamentales la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la responsabilidad de una distribución más equitativa de la salud de las poblaciones (Dias-da-Costa *et al.*, 2008; Paim, 2001).

En cuanto a accesibilidad existen diversas definiciones (Frenk, 1985). Testa (1993) la define como el complejo de circunstancias que permiten viabilizar la entrada y circulación de las personas dentro de la red interconectada de los servicios con sus diferentes niveles de complejidad. Existen aspectos sociales, culturales, políticos e individuales que determinarán la accesibilidad y la utilización de los servicios de salud (Testa, 1993). La accesibilidad depende de la disponibilidad de recursos, de los obstáculos y de las estrategias de la población para sortearlos (Frenk, 1985). La utilización de los servicios de la salud representa el funcionamiento de los sistemas de salud; se entiende a la utilización como todo contacto directo (consultas, hospitalizaciones) o indirecto (realización de exámenes preventivos y diagnósticos) con los servicios de salud (Travassos & Martins, 2004). Este proceso es el resultado de la interacción entre las necesidades sociales, la búsqueda de resolución de las mismas y del/la trabajador/a que lo acompaña dentro del sistema de salud (Travassos & Martins, 2004). Los determinantes de la utilización son: las necesidades de salud, los usuarios, el prestador del servicio, la organización y las políticas (Travassos & Martins, 2004).

6.2.1 Propósito de la investigación

El propósito de la siguiente investigación es contribuir con el conocimiento existente sobre la problematización y visibilización del rol de los varones en cuanto a la manera que utilizan los servicios de salud del PNAFS y generar recomendaciones para los diferentes niveles de intervención política y transmitir la información resultante de la investigación.

6.2.2 Objetivo General

Analizar la diferencia en la utilización de los servicios entre varones y mujeres pertenecientes al CeSAC 35, CABA, entre los años 2005 y 2011.

6.2.3 Objetivos Específicos

Describir las características socio-demográficas de los/as usuarios/as, analizar la relación entre la oferta de servicios del CeSAC y las características de los/as usuarios/as, analizar los motivos de consulta que realizaron los varones y las mujeres, analizar la frecuencia con la que consultaron los varones por cuidados preventivos y compararlos con la frecuencia de consulta de las mujeres según edad y nivel de escolaridad.

6.2.4 Nota Metodológica

El estudio epidemiológico que realizamos es de carácter observacional, descriptivo, de corte-transversal. Se relacionaron la utilización de servicios del CeSAC 35 con las variables sexo, edad y nivel de escolaridad (Cuadro 1). Unidad de análisis: individuos que consultaron al CeSAC 35 entre los años 2005 y 2011. Incluimos a todos/as los/as usuarios/as del CeSAC.

Criterios de exclusión: los registros que carecían del 20% de los datos de las variables definidas. Utilizamos datos secundarios extraídos de la base de motivos de consulta del CeSAC 35 cargada en el Sistema de Información del CeSAC y se utilizó.

Encontramos tres tipos de sesgo que se podrían estar presentando en el desarrollo de la investigación:

- Un sesgo de información al categorizar a personas erróneamente como varones o mujeres ya que el sexo biológico puede ser diferente a la manera como una persona define su identidad.
- Otro sesgo de información al categorizar erróneamente los motivos de consulta, ya que puede haber múltiples consultas en una misma entrevista y es el/la trabajador/a de la salud el/la que decide cuál fue el motivo principal.

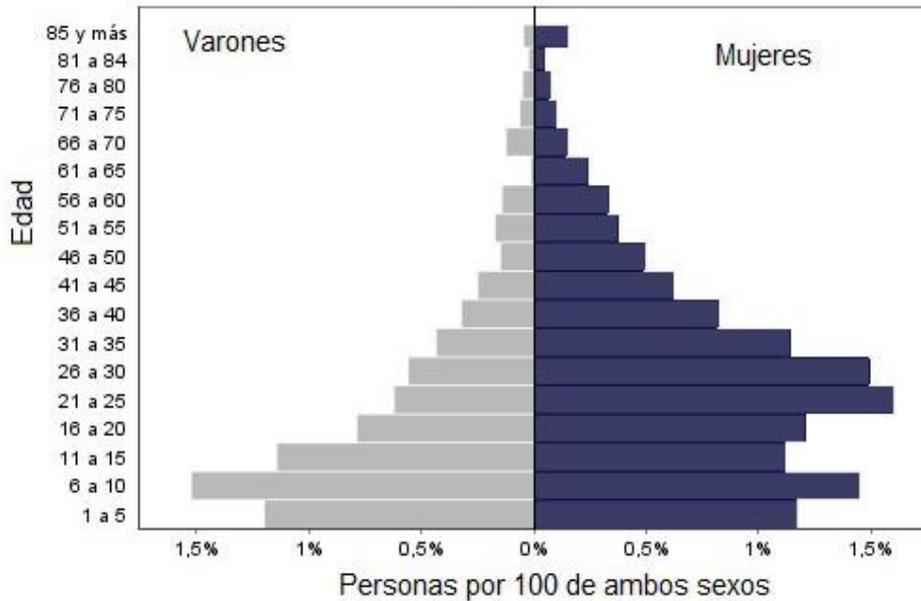
El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación y Comité de Docencia e Investigación del Hospital General de Agudos José María Penna previo a su ejecución.

6.3 Resultados

Para comenzar con el análisis sociodemográfico de la población en estudio iniciaremos por la pirámide poblacional de la población usuaria del CeSAC y la comparamos con la pirámide poblacional de la Villa21/24 (incluye los barrios anteriormente mencionados, San Blas y Loma Alegre).

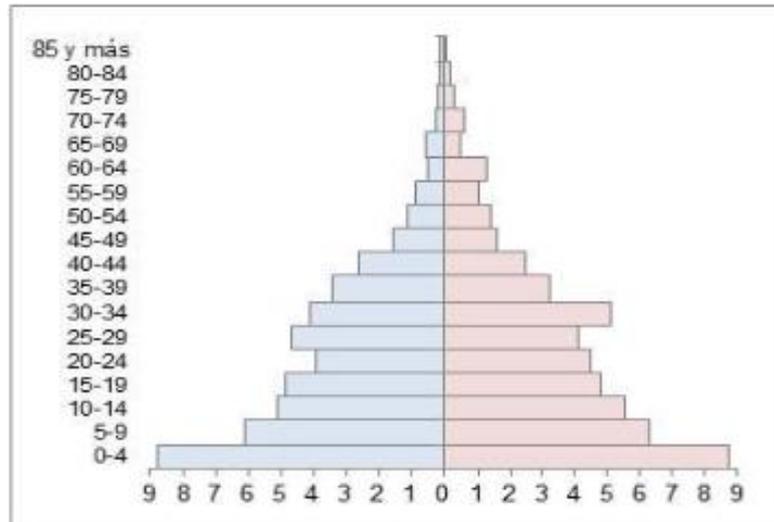
A continuación se presenta la pirámide poblacional de la población usuaria del CeSAC 35 que que consultó entre los años 2005 y 2011.

Gráfico 1. Pirámide poblacional de la población usuaria del CeSAC 35 Periodo 2005-2011. CABA. (n=20.858).



Fuente: elaboración propia con datos del SiCeSAC del CeSAC 35, MSGCBA.

El total de la población usuaria del CeSAC fue de 20.858 personas. Es una población joven, con gran cantidad de niños/as y adolescentes y predominio de mujeres similar a la población del barrio. La población de mujeres aumenta bruscamente entre los 21 y 30 años de edad, a diferencia de la población del barrio, esto podría estar relacionado con las consultas vinculadas a la reproducción biológica (embarazo y anticoncepción). La población de varones va en disminución hasta los 60 años, para luego volver a aumentar y continuar con su disminución esto se podría relacionar con el final de la "edad productiva" previo al inicio de las consultas por problemas crónicos de salud de los adultos mayores a diferencia de la población del barrio.

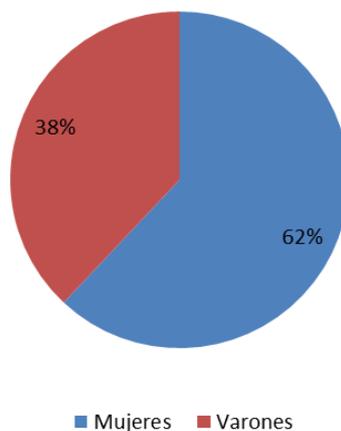
Gráfico 2. Pirámide de la población Villa 21-24. CABA. Año 2012.

Fuente: elaboración ACUMAR en base a INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 y EISAR 2012

La media de edad de la población usuaria fue de 24,5 años (desvío estándar de 17,8 años), la mediana fue de 34 años.

6.3.1 Estructura de la población según sexo

A continuación se presenta el análisis de la población según sexo y edad de la población usuaria del CeSAC N° 35.

Gráfico 3. Proporción de población usuaria del CeSAC 35 según sexo. Periodo 2005-2011. CABA (n=20858)

Fuente: elaboración propia con datos del SiCeSAC del CeSAC 35, MSGCBA.

Al realizar el análisis del sexo de la población encontramos que predominaban de mujeres (62,1%), la razón de masculinidad fue de 0,6 (n=20.858). Pudimos observar que los varones (n=7.911) eran en su mayoría jóvenes y niños, presentaban una media de edad de 21 años (desvío estándar = 17 años).

Las mujeres tuvieron valores de edad similares a los de los varones. Es una población en la que predominan los/as niños/as y adolescentes y las mujeres jóvenes, hay una escasa cantidad de varones adultos y para los/as mayores de 65 años aumentan los varones. Estas características se podrían estar relacionado con la oferta de servicios en el PNAFS dirigida principalmente a la población materno infantil, en cuanto a los varones adultos mayores podrían aumentar debido a los/as padecimientos crónicos (hipertensión, diabetes, etc.).

En la tabla 1 se presenta el nivel de escolaridad de la población usuaria del CeSAC 35 mayor de 18 años de edad según sexo, en el periodo 2005-2011.

Tabla 1. Frecuencia absoluta y relativa de nivel de escolaridad mayores de 18 años del CeSAC 35 según SEXO. CABA. Periodo 2005-2011 (n=11.694).

Nivel de escolaridad	Mujeres		Varones		Total	
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa %	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa %	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa %
Primaria Incompleta	2467	29,91%	1116	32,39%	3583	30,64%
Primaria Completa	3484	42,24%	1516	43,99%	5000	42,76%
Secundaria Incompleta	1424	17,26%	515	14,94%	1939	16,58%
Secundaria Completa	787	9,54%	228	6,62%	1015	8,68%
Terciario/Universitario	81	0,98%	27	0,78%	108	0,92%
Nunca asistió	5	0,06%	44	1,28%	49	0,42%
Sin especificar	140	1,70%	4	0,12%	144	1,23%
Total	8248	100,00%	3446	100,00%	11694	100,00%

Fuente: elaboración propia con datos del SiCeSAC del CeSAC 35, MSGCBA.

Los/as niños/as y adolescentes de la población usuaria tienen un elevado nivel de escolarización, mayor del 90%. En cuanto a los adultos y adultos mayores, la mayoría de la población, tanto varones como mujeres, presentaban primaria completa o incompleta, muy pocos presentaban estudios terciarios o universitarios. Predominaban los varones dentro de los que nunca habían asistido a un establecimiento formal de enseñanza en una relación de 9 a 1 a favor de los varones.

En el siguiente gráfico se expone la nacionalidad usuaria del CeSAC 35 en el periodo 2005-2011. (n=20.858).

Gráfico 4. Número de personas usuarias del CeSAC 35 según nacionalidad. CABA. Periodo 2005-2011 (N=20.858).



Fuente: elaboración propia con datos del SiCeSAC del CeSAC 35, MSGCBA.

El 60,8% de la población usuaria del CeSAC era de nacionalidad argentina y el 32,9% proveniente de Paraguay. En todas las nacionalidades predominaban las mujeres con porcentaje similar al de la población usuaria.

6.3.2 Cobertura de salud de la población usuaria del CeSAC

Con respecto a la cobertura de salud usuaria del CeSAC (n=20.858) encontramos que el 99,9% presenta como única cobertura la pública y el 0,1% presenta doble cobertura, la pública y de obra social, PAMI o cobertura no especificada.

Este dato podría no estar jerarquizado al momento de cargarlo en la base de datos, inclusive es probable que directamente no se haya preguntado en la mayoría de los casos, por lo tanto, se encontraría subestimada la cantidad de personas que tienen otra cobertura de salud además de la cobertura pública.

6.3.3 Consultas realizadas

Entre los años 2005 y 2011 se realizaron 172.123 consultas de las cuales 138.556 presentaban más del 80% de los datos completos. Más del 85% de las consultas (fueron realizadas en pediatría (37%), ginecología y obstetricia (21%), medicina general y familiar (15%) y clínica médica (12%).

Tabla 2. Frecuencia absoluta y relativa de consultas realizadas en el CeSAC 35 según disciplina o especialidad médica. CABA. Periodo 2005-2011 (n=138.556)

Disciplina/especialidad médica	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa %
Pediatría, incluye residencia	51433	37,12%
Ginecología y obstetricia	29809	21,51%
Medicina general y familiar, incluye residencia	21447	15,48%
Clínica médica, incluye residencia	17431	12,58%
Fonoaudiología	4271	3,08%
Trabajado social, incluye residencia	3681	2,66%
Psicología	2797	2,02%
Nutrición	1990	1,44%
Cardiología	1671	1,21%
Psicopedagogía	1335	0,96%
Kinesiología	1086	0,78%
Diagnóstico por imágenes	624	0,45%
Psiquiatría	419	0,30%
Sociología	391	0,28%
Odontología	81	0,06%
Enfermería	62	0,04%
Otros	28	0,02%
Total	138556	100,00%

Fuente: elaboración propia con datos del SiCeSAC del CeSAC 35, MSGCBA.

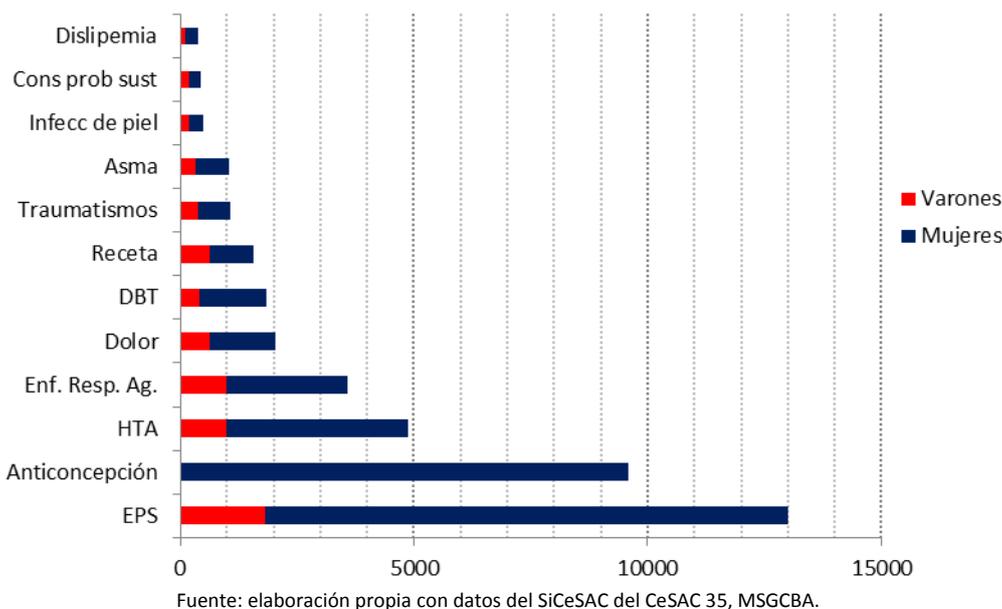
Nuevamente, observamos que las disciplinas/especialidades médicas que más consultas realizaron son las vinculadas a la población materno-infantil, pediatría y ginecología y obstetricia. Esto podría estar relacionado con la lógica dominante de la atención primaria focalizada hacia esa población en particular. Sin embargo, dentro del equipo de salud encontramos disciplinas “no tradicionales” como sociología y las promotoras de salud que aportan una mirada que contribuye a la contextualización del proceso salud-enfermedad-atención de la población, particularmente por el trabajo comunitario que realizan. También, se encuentran subestimadas las consultas realizadas por enfermería que se informan a través de otra base de datos. En esta base de datos tampoco se incluyen las actividades que realiza el equipo de salud por fuera del CeSAC. Muchas de estas actividades que se desarrollaron en ese período se inscriben en la lógica de la promoción de la salud con equipos interdisciplinarios.

Existe una fuerte asociación entre la disciplina/especialidad médica, la edad y el sexo de la persona que consulta. Sería lógico pensar que las disciplinas/especialidades médicas que realizan cuidados según la edad o sexo de las personas van a determinar su propia demanda, pediatría, psicopedagogía y fonaudiología cuidados relacionados con los/as niños/as y adolescentes, ginecología y obstetricia mujeres, y clínica médica adultos/as y adultos/as mayores. La disciplina/especialidad médica a la que consultan la mayoría de los/as adultos es ginecología y obstetricia, esto nos estaría hablando del perfil de la población usuaria y la relación con la oferta de servicios ya que, como observamos anteriormente, en la población usuaria predominan las mujeres jóvenes por lo tanto sus cuidados se podrían encontrar relacionados con la reproducción. Medicina general y familiar y nutrición mostraron una distribución por edad y sexo similar a la población usuaria, esto puede deberse a que estas disciplinas/especialidades médicas no discriminan por edad ni sexo.

6.3.4 Motivos de consulta más frecuentes según sexo

A continuación se presentan los motivos de consulta más frecuentes según sexo de la población usuaria mayor de 18 años atendidos en el CeSAC 35.

Gráfico 5. Número de consultas en mayores de 18 años en el CeSAC 35 por motivo y sexo. CABA. Periodo 2005-2011 (n=39.940)

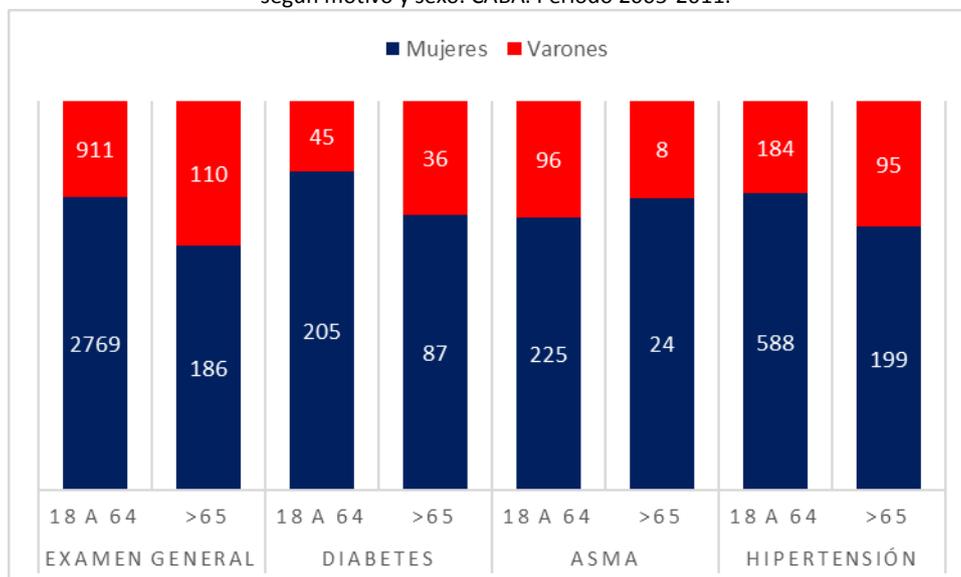


Al analizar los motivos de consulta registrados encontramos 138.556 consultas distribuidas en 455 motivos diferentes. El 75% se encontraba concentrado en 20 motivos. Dentro de los motivos de consulta relacionados con exámenes de salud las consultas más frecuente (Gráfico 5) fueron por seguimiento de embarazo y control ginecológico, en segundo lugar estaban los exámenes de salud de los/as niños/as y adolescentes, luego las consultas por anticoncepción, y, por último, los exámenes generales. Una vez más observamos el predominio de las consultas de las mujeres jóvenes en edad reproductiva y las consultas de los/as niños/as y adolescentes en las consultas relacionadas con cuestiones preventivas. Dentro de las consultas por enfermedades agudas y/o síntomas predominaron las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores e inferiores, fiebre de origen desconocido, otitis media, dolor abdominal y pélvico, otras infecciones de la piel y del tejido subcutáneo, trastornos de la menstruación. Las consultas por enfermedades crónicas fueron por hipertensión, bronquitis obstructiva recurrente, asma, trastorno del lenguaje expresivo, diabetes y dermatitis y eccema.

Si analizamos las consultas por anticoncepción encontramos que 2173 adultos consultaron por este motivo 2160 mujeres y 13 varones por lo que la razón de masculinidad es de 0,01 mucho menor que la razón de la población general (0,40). Al analizar la frecuencia (cuantas veces consultaron por el mismo cuidado preventivo) con que consultaron los/as adultos/as según sexo por anticoncepción encontramos una asociación entre la frecuencia de consulta y el sexo ($p < 0,05$). Por lo tanto, podríamos decir que existiría una menor cantidad de varones adultos y una menor frecuencia de consulta por parte de los varones adultos en anticoncepción. Considerando que los varones retiran preservativos del CeSAC sin necesidad de realizar una consulta ya que los mismos se encuentran en dispensers distribuidos en los espacios comunes como sala de espera, pasillos y baños, podría haber un sesgo en relación a anticoncepción ya que el retiro de preservativos no se encuentra contemplado en la base de datos analizada.

A continuación se expone la población de mayores de 18 años que realizaron consultas por cuidados preventivos entre los años 2005-2011 en el CeSAC 35

Gráfico 6. Proporción y número de consultas en el CeSAC 35 de cuidados preventivos en mayores de 18 años según motivo y sexo. CABA. Periodo 2005-2011.



Fuente: elaboración propia con datos del SiCeSAC del CeSAC 35, MSGCBA.

La cantidad de varones adultos que consultaron por examen general, diabetes e hipertensión fue menor que la de mujeres, incluso proporcionalmente al total de varones y de mujeres adultas, excepto para asma (Gráfico 4 y Tabla 3). Esta diferencia se vio profundizada en la frecuencia de consulta por examen general e hipertensión. En cuanto a la diabetes consultaron una mayor cantidad de mujeres, pero no hubo diferencias significativas en la frecuencia de consulta (Tabla 3). En relación a las consultas por asma, pudimos observar que se mantiene la razón de masculinidad y que no presentó diferencias en la frecuencia de consulta. En los adultos mayores, también hubo una menor cantidad de varones que consultaron (gráfico 4), pero, en cuanto a la frecuencia con la que consultaron los/as adultos/as mayores, no encontramos diferencias significativas en ninguno de los motivos de consulta (tabla 3). Cabe mencionar que el motivo de consulta con mayor porcentaje de varones adultos y varones adultos mayores fue el examen general, aunque la cobertura del mismo fue baja <30% en adultos y <40% en adultos mayores.

Tabla 3. Número y media de consultas en el CeSAC 35 de cuidados preventivos y razón de masculinidad en mayores de 18 años de según motivo de consulta, sexo y grupo de edad. CABA. Periodo 2005-2011.⁴

⁴ Se consigna la frecuencia absoluta de la población usuaria; media, razón de masculinidad y prueba de Mann-Whitney/ Wilcoxon de la frecuencia de consulta.

Motivo de consulta	Edad	Mujeres		Varones		Razón de masculinidad	Mann-Whitney/Wilcoxon
		Cantidad de usuarias	Media de consultas	Cantidad de usuarios	Media de consultas		
Examen general	18 a 64	2769	1,94	911	1,68	0,33	23,8 (p<0,05)
	>65	186	2,67	110	2,78	0,59	1,6 (p>0,05)
Diabetes	18 a 64	205	4,55	45	4,76	0,22	0,03 (p>0,05)
	>65	87	5,61	36	5,42	0,41	0,03 (p>0,05)
Asma	18 a 64	225	2,77	96	3,38	0,43	3,16 (p>0,05)
	>65	24	3,71	8	1,25	0,33	2,98 (p>0,05)
Hipertensión	18 a 64	588	4,59	184	3,57	0,31	10,8 (p<0,05)
	>65	199	6,14	95	4,43	0,48	1,5 (p>0,05)

Fuente: elaboración propia con datos del SiCeSAC del CeSAC 35, MSGCBA.

Para la relación entre la frecuencia de consulta según categoría de edad por examen periódico de salud, asma e hipertensión encontramos que existiría una relación significativa en la cual los varones adultos consultarían con menor frecuencia por examen periódico de salud que los niños y los adultos mayores. Por asma son los adultos los que presentan la media de frecuencia más elevada. Esto no sucede con la frecuencia de consulta por diabetes ya que no existiría una asociación entre frecuencia y categoría de edad.

Para los varones tanto adultos como adultos mayores no se encontró asociación entre nivel de escolaridad y la frecuencia de consulta de examen periódico de salud, asma, diabetes e hipertensión. Esto nos aproximaría a decir que el nivel de escolaridad no influiría en la frecuencia de consulta en estos casos.

La prevalencia de consulta por examen general en la población de varones mayores de 18 años fue de 28,7% y la de las mujeres fue de 34,4%(tabla 4). La razón de prevalencias fue de 0,83 o podríamos decir que de cada 100 mujeres que consultan por examen general 83 varones lo hacen. Si bien, la cobertura de la población en relación al de examen general fue menor al 35% tanto para varones como para mujeres, la relación entre los varones que realizaron el examen general y las mujeres es mayor al 80%. Si ahora, tomamos las mujeres que realizaron examen ginecológico de rutina, las que realizaron examen general y las que realizaron tanto examen general como examen ginecológico el número de mujeres que consultaron por exámenes preventivos fue de 4291 la cobertura en mujeres subió a 49,9% y la razón de prevalencias cayó a 0,57, por lo que, por cada varón que consulta por prácticas preventivas consultan 2 mujeres. En el 70% de los varones y 50% de las mujeres que consultaron perdimos la oportunidad de realizar una práctica preventiva relacionada con el examen periódico de salud. Esto puede deberse a que no existe una "cultura" de prevención en la población ni en los/as trabajadores/as de la salud.

Tabla 4. Número de consultas en el CeSAC 35 en mayores de 18 años según realización de examen general y sexo CABA. Periodo 2005-2011 (n=12.151).

Sexo	Consultó por examen general		Total
	Si	No	
Varón	1021	2534	3555
Mujer	2955	5641	8596
Total	3976	8175	12151

Fuente: elaboración propia con datos del SiCeSAC del CeSAC 35, MSGCBA.

6.4 Conclusiones

Las mujeres utilizan más los servicios de atención primaria que los varones (Sáez, 2003), esto coincide con lo encontrado en nuestro estudio. Los modelos asistenciales dominantes en el PNAFS (Paim, 2001a; 2006b) que podrían influir en el perfil sociodemográfico de la población usuaria son el modelo sanitarista y el modelo

médico hegemónico ya que predominan las campañas y programas dirigidos a la población materno-infantil y el centrado en la atención de enfermedades. Las prácticas de los profesionales dirigidas a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud en los varones son escasas. Sin embargo, existe una tensión constante con un modelo sub-alterno (Paim 2001a; 2006b) en donde se realizan actividades que permiten:

- ✓ Identificar las necesidades sociales y utilizar la programación en función de las mismas: los equipos interdisciplinarios trabajan con programación de actividades en función de la identificación de necesidades sociales de poblaciones determinadas.
- ✓ Se realizan acciones educativas y de prevención y atención por fuera de los muros de las instituciones.
- ✓ Reorganizar la puerta de entrada a las instituciones y transformar los vínculos entre los/as trabajadores/as de la salud y las personas que utilizan el servicio: el acercamiento de los equipos permite identificar situaciones especiales de personas con dificultades de accesibilidad y generar vínculos directos.
- ✓ Fomentar políticas de ciudades saludables incluyendo la promoción de la ciudadanía y la participación de la población en el planeamiento y ejecución de intervenciones intersectoriales dirigidas a la mejora de la calidad de vida: el equipo de hábitat y salud ambiental trabajó en la mesa por la urbanización participativa de la Villa 21/24, este es un espacio intersectorial.

Sin embargo, los tiempos para poder realizar todas estas actividades son escasos ya que se prioriza la atención individual por sobre el trabajo en equipo interdisciplinario.

Una gran parte de los estudios informan que los varones utilizan los servicios de salud en menor medida que las mujeres, esto puede deberse a cuestiones vinculadas con la reproducción social y biológica (Pantelides & Gaudio, 2009; Pilger *et al.*, 2013), el rol del varón como proveedor (Pantelides & Gaudio, 2009), la imagen de invulnerabilidad del varón (Pantelides & Gaudio, 2009) y que las mujeres tienen mayor información (Pilger *et al.*, 2013).

Existen diversas variables que no fueron presentadas en nuestro trabajo ya que la base de datos no las consideraba. Estas variables se destacaron en diversos estudios e influirían en los patrones de utilización de los servicios de salud. Sería recomendable que se puedan agregar a la base de datos. Estas variables son: ingreso familiar, tamaño de la familia, posición del jefe de hogar en el mercado laboral, ocupación, tipo de trabajo que realiza, estado civil e idioma que habla (Pinheiro & Travassos, 1999; Travassos *et al.*, 2002; Sáez, 2003; López, Findling & Abramzón, 2006; Dias-da-Costa *et al.*, 2008; Jorrat, Fernández & Marconi, 2008; Louvison *et al.*, 2008; Llanos *et al.*, 2009; Pantelides & Gaudio, 2009; Muñoz-de Bustillo & Antón, 2010; Morera & Aparicio, 2010; Bastos Gisele *et al.*, 2011; López-Cevallos & Chunhuei, 2012; Pilger *et al.*, 2013; Vásquez, Paraje & Estay, 2013).

Una parte de la demanda de servicios es producto agregado de un programa como lo es el acceso a los métodos anticonceptivos ya que para la obtención de los mismos se requiere realizar una consulta con algún/a trabajador/a de la salud, excepto para los preservativos como se planteó anteriormente. En el caso de los métodos las consultas son productos de un programa, pero también son un derecho y una necesidad. Existen otros programas o subsidios que funcionan de manera similar como la asignación universal por hijo ya que para poder acceder al subsidio las mujeres embarazadas y los/as niños/as y adolescentes deben realizar consultas médicas preventivas. Esta demanda se podría pensar que no es parte de las necesidades de la población sino una contraprestación para poder acceder a los subsidios. De todas formas, estos programas y subsidios profundizan el “sesgo” que existe en el PNAFS hacia la población de materno-infantil.

Podríamos plantear que se produce una situación de inequidad (Whitehead 1991; Almeida Filho, 1999; Spinelli, 2005; Vieira-da-Silva LM, Almeida Filho N, 2009), sufrida por los varones mayores de 18 años ejercida, en parte, por la oferta de servicios, ya que esta situación se podría mejorar aumentando los servicios ofertados para esta población. Como planteamos anteriormente, los servicios del PNAFS presentan serias dificultades en el momento de abordar prácticas preventivas y de promoción de la salud dirigidas hacia los varones (Figueiredo & Schraiber, 2011; Gomes *et al.*, 2011). Medicina general y familiar fue la única disciplina que presentó una distribución equitativa del perfil de consultas en cuanto a la edad y el sexo de las personas que consultaron. Esto

nos habla de la influencia de la especialidad médica en relación a la utilización de servicios. La problematización de la utilización de los servicios de la salud nos ayuda a repensar el funcionamiento del sistema.

El examen general fue la consulta más frecuente tanto para varones como para mujeres adultos/as, sin embargo, la cobertura⁵ del mismo no alcanzó el 35% en ninguno de los 2 casos. Estos resultados son similares a los encontrados en la bibliografía (Pinheiro *et al.*, 2002; López, Findling & Abramzón, 2006). Esto refuerza la idea que el modelo asistencial dominante en el CeSAC 35 es el modelo médico hegemónico en donde se prioriza la atención de enfermedades. Por ello, recomendamos ampliar la cobertura del examen general para implementar estrategias de prevención secundaria en la población de 18 a 65 años, haciendo foco en los varones, y realizar campañas en instituciones barriales promoviendo la realización del mismo.

Existen procesos facilitadores e inherentes a los servicios que influirían en la relación entre la capacidad de una persona de buscar y recibir servicios de salud. En nuestro caso fueron la disciplina/especialidad médica, la edad y el sexo del/la usuario/a. El nivel de escolaridad no sería una variable que influiría en la frecuencia con la que consultaron los varones.

Entendiendo que el PSEA se encuentra atravesado por la temática de género (Rohlf, 2000; Sabo, 2000; Cardaci, 2006; Esteban, 2006; Menéndez, 2006), las causas por las cuales los varones utilizarían los servicios de salud en menor medida que las mujeres podrían estar relacionadas con las siguientes cuestiones planteadas en el marco teórico:

1. La construcción social de la reproducción tanto social como biológica que vincula a las mujeres con los cuidados de salud preventivos (Pantelides & Gaudio, 2009; Pilger *et al.*, 2013): encontramos mayor cantidad de mujeres consultando por cuidados preventivos que de varones.
2. El rol del varón como proveedor y un mercado de trabajo que no garantiza formalmente la adopción de prácticas preventivas y, por lo tanto, los varones pueden ser perjudicados y sentir que su papel de proveedor se encuentra amenazado (Gomes, Nascimento & Araújo, 2007; Pantelides & Gaudio, 2009): encontramos baja cantidad de varones entre 18 y 65 años que utilizaron los servicios del CeSAC 35.
3. Que las mujeres tienen mayor información sobre cuidados de la salud (Pilger *et al.*, 2013): encontramos que las mujeres adultas realizan una mayor frecuencia de consulta que los varones.
4. Existe relación entre la construcción social de la masculinidad y el compromiso de la salud de los varones. En el imaginario popular los varones son invulnerables y fuertes, se encuentran aprisionados por amarras culturales, los cuales si toman actitudes vistas como “femeninas” implicaría posiblemente desconfianza acerca de esa masculinidad socialmente construida (Gomes & Nascimento, 2006; Gomes, Nascimento & Araújo, 2007; Pantelides & Gaudio, 2009).
5. Los modelos hegemónicos de masculinidades pueden dificultar la adopción de hábitos saludables (Gomes & Nascimento, 2006). Se podría considerar un caso de “violencia simbólica” ya que los varones no logran visibilizar su manera de comportarse y la reproducen en lo cotidiano (Bourdieu, 2000, p. 12).
6. El miedo al descubrimiento de una enfermedad grave, la vergüenza a la exposición de su cuerpo frente al profesional de la salud y la falta de unidades específicas para el tratamiento de la salud de los varones sumada a la deficiente promoción de las campañas de salud pública dirigidas hacia los varones (Gomes, Nascimento & Araújo, 2007): las disciplinas/especialidades médicas que predominaron en cuanto a frecuencia de consulta fueron ginecología y pediatría que se encuentran dirigidas, especialmente, a niños/as, adolescentes y mujeres.

Comprendemos que los datos encontrados corresponden a una construcción social y no a la realidad misma. Además, en nuestro caso, las limitaciones de utilizar fuentes secundarias radican en que los datos no fueron recabados con los fines de la investigación, la base de datos no es sistematizada, no es enteramente consistente y en la falta de coincidencia entre los intereses de los organismos estatales, los de los/as

⁵ Cobertura: cantidad de usuarios a los que consultaron por examen general/cantidad total de usuarios.

usuarios/as, los de los/as trabajadores/as y los de los/as investigadores/as académicos. Las ventajas residen en la disponibilidad de datos confiables a una escala territorial conveniente para establecer las magnitudes del fenómeno a estudiar. Uno de esos sesgos es el análisis de la variable sexo. Comprendemos las diferencias conceptuales, teóricas, ideológicas, políticas e históricas existentes entre sexo y género. Nuestro trabajo no toma en cuenta las percepciones o representaciones de los/as usuarios/as en cuanto a la utilización de servicios. Sin embargo, la perspectiva de género para el análisis de los resultados nos ayudó a comprender los mediadores sociales y culturales que intervienen en el proceso de utilización.

6.5 Referencias bibliográficas

- Almeida-Filho N. Desigualdades em saúde segundo condições de vida: análise da produção científica na América Latina e Caribe e bibliografia anotada. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
- Arouca S. El dilema preventivista. Contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.
- Autoridad de la cuenca Matanza Riachuelo. Evaluación integral de salud en áreas de riesgo. Geografía de la salud ambiental en el ámbito de la cuenca Matanza riachuelo (2008-2013). [Internet] 2014 [citado 24 Oct 2014]. Disponible en: http://www.acumar.gov.ar//content/documents/Salud/Diagnostico_de_Salud_Ambiental.pdf.
- Bastos GAN, Duca GFD, Hallal PC, Santos IS Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. Saúde Pública [Internet]. 2011 [citado 03 Jun 2013]; 45(3):475-484. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300005&lng=en.
- Bourdieu P. La dominación masculina. Barcelona: Anagrama; 2000.
- Bozzola S, Maglioni C, Mera C, Nesprias J, Versace I (2013). Antecedentes históricos y diagnóstico socio-espacial de la Villa 21-24 [Internet]. Simposio 2013 Transformaciones y anticipaciones urbanas: Bangkok, Buenos Aires, Nueva York; 2013; Programa Diseño y Desarrollo Social, FADU y FSOC, UBA, CABA [Citado 2013]. Disponible en: http://www.observatorylatinamerica.org/es/component/docman/doc_download/126-simposio-ba-transformaciones.
- Breilh J. Epidemiología crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
- Cardaci N. Ordenando relatos. Investigaciones sobre salud y género en programas mexicanos de estudios de la mujer. Salud Colectiva. 2006;2(1): 21-34.
- Con M, Susini S, Catalá S, Quinteros S. Informes temáticos de la dirección de investigación y estadística del ministerio de educación del gba. Índice de vulnerabilidad social. [Internet] 12 Ago 2011 [Citado 20 Dic 2013]. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/educacion/dirinv/pdf/indice_vulnerabilidad_social.pdf
- Czeresnia D, Machado de Freitas C, organizadores. Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
- Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Horta BL, Barros FC, Victora CG. Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. Rev Saú Púb [Internet]. 2008 [citado 02 May 2013]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000900008&lng=en.
- Díaz Piñera AM, Rodríguez Salvá A, García Roche RG, Guerra Chang M, Jova Morel R, Balcindes Acosta S. Diseño y metodología para el estudio de la utilización de servicios médicos y alternativos en un área de salud. Cub Hig Epid [Internet]. 2012. [citado 29 Abr 2013]; 50(3):340-353. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000300009&lng=es.
- Dirección General de Estadística y Censos. Ministerio de Hacienda. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Población residente en villas de emergencia y asentamientos. Villa 21-24. Años 1991/2010. [Internet]. Buenos Aires: DGEyC [citado ene 2011]. Disponible en: (http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/resultados_provisionales_censo_2010.pdf).
- Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. Rev Saú Púb [Internet]. 2009 [citado 19 Abr 2011]; 43(4):595-603. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400005&lng=es.
- Figueiredo WS, Schraiber LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. Ciê saú cole [Internet]. 2011 [citado 19 Abr 2011]; 16(1):935-944. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a25v16s1.pdf>
- Fisher H. El Primer Sexo: las capacidades innatas de las mujeres y cómo están cambiando el mundo. Madrid: Editorial Taurus; 2000.
- Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. Sal Púb Méx. 1985;27(5): 438-453.
- Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. Cad Saú Púb [Internet]. 2006 [citado 06 Jun 2008]; 22(5):901-911. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500003&lng=es&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X2006000500003
- Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saú Púb [Internet]. 2007 [citado 06 Jun 2008]; 23(3):565-574. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=es&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X2007000300015.
- Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF do, Rebello LEF de S, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. Ciê Saú Col [Internet]. 2011 [citado 19 Abr 2011]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700030&lng=en&nrm=iso.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Buenos Aires: INDEC; 2001.
- Keijzer B. El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En: Género y salud en el Sureste de México, ECOSUR y UJAD [Internet]. 1997 [Citado 22 Dic 2013]; Disponible en: <http://www.hombressinviolencia.org/documentacion.htm>.

Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. En: Cáceres C, Cueto M, Ramos M, Vallenás S, coordinadores. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina, Lima: Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. 137-152 p.

López E, Findling L, Abramzón M. Desigualdades en Salud: ¿Es diferente la percepción de morbilidad de Varones y Mujeres? *Sal Cole*. 2006;2(1):61-74.

Louvison Marília CP, Lebrão ML, Duarte Yeda AO, Santos Jair LF, Malik AM, Almeida ES Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saú Púb [Internet]*. 2008 [citado 06 May 2013]; 42(4):733-740. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400021&lng=en.

Menéndez EL. El grupo domestico y proceso salud/enfermedad/atencion: del teoricismo al movimiento continuo. *Cuadernos médicos sociales*. 1992;59:3-18.

Menéndez EL. Salud y género: Aportes y problemas. *Sal Cole*. 2006;2(1): 5-7.

Morera Salas M, Aparicio Llanos A. Determinantes de la utilización de servicios de salud en Costa Rica. *Gacetilla Sanitaria [Internet]*. 2010 [citado 29 Abr 2013]; 24(5):410-415. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000500009&lng=es.

Muñoz-de Bustillo R, Antón JI. Utilización de los servicios públicos de salud por parte de la población inmigrante latinoamericana en España. *Sal Púb Méx [Internet]*. 2010 [citado 10 Jun 2013]; 52(4):357-363. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400012&lng=es.

Paim JS. Modelos asistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. ANVISA – Seminários Temáticos Permanentes. [Internet] 2001 [citado 23 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/modelo.htm>.

Paim JS. Vigilancia de la salud: de los modelos asistenciales a la promoción de la salud. En: Czeresnia, Machado de Freitas, organizadoras. Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.

Pantelides EA, Gaudio M. Uso de los servicios de salud reproductiva por varones de dos ciudades argentinas. *Sal Cole [Internet]*. 2009 [citado 29 Abr 2013]; 5(2):195-209. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000200004&lng=es.

Pilger C, MENON MU, Menon M, Thais AF. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. *Esc Enf USP [internet]*. 2013 [citado 27 May 2013]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100027&lng=en&nrm=iso.

Pinheiro RS, Travassos CM. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saú Públ*. 1999;15(3):487-496.

Rohlf s I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escribá V, García-Calvente M, Llacer A, Mazarrasa L, Pasarín M, Peiró R, Valls-Llobet C. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac Sanit*. 2000; 14(2):146-55.

Sabo, D. Comprender la salud de los varones. Un enfoque relacional y sensible al género. PAHO [Internet]. 2000 [Citado 4 Feb 2013] Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DBI/po04/PO04_body.pdf

Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria: Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit [Internet]*. 2003 [citado 23 May 2013]; 17(5):412-419. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000500011&lng=es.

Spinelli H. Condiciones de salud y desigualdades sociales: historias de iguales, desiguales y distintos. En: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. Críticas y activos: ciencias sociales y humanas en salud en América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Testa M. Atención Primaria o Primitiva. En: Spinelli H, coordinador. Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1993.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saú Púb [Internet]*. 2004 [citado 18 Ene 2008]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X2004000800014

Vásquez F, Paraje G, Estay M. Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000 - 2009. *Rev Pan Saú Públ [Internet]*. 2013 [citado 23 May 2013]; 33(2):98-106. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000200004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892013000200004>.

Verbrugge LM. Sex differentials in health. *Pub Hea Rep*. 1882;97(5):417-37.

Vieira-da-Silva LM, Almeida Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad Saú Púb [Internet]*. 2009 [citado 24 Dic 2013]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400004&lng=en&nrm=iso.

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Hea Serv*. 1992;22(3):429-45.

7 VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL MOSQUITO Aedes Aegypti⁶

7.1 Introducción

7.1.1 Sobre el informe semanal de las ETMAa

La incidencia de las enfermedades transmitidas por mosquitos *Aedes aegypti* (ETMAa) es un problema de salud pública en diversos países en el mundo y, en particular, en la región de las Américas. Influyen factores

⁶A partir del descenso en la notificación de los casos de ETMAa y dadas a las características estacionales de este evento, la publicación de este análisis detallado se realiza de manera mensual. Se evaluará posteriormente su periodicidad de acuerdo a la situación epidemiológica.

como el cambio climático, la modificación del ecosistema por parte del accionar humano y los movimientos poblacionales. Además de las necesarias actividades de prevención para la eliminación de criaderos del mosquito, es relevante la implementación adecuada de los mecanismos de vigilancia epidemiológica. La detección temprana de estas enfermedades permite un accionar rápido y efectivo en la generación de acciones y políticas sanitarias.

La presentación sistemática de los datos de las ETMAa tiene como objetivo describir la notificación oficial realizada al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS) ya sea a través de la estrategia de Vigilancia por laboratorio (SIVILA) como por la Vigilancia Clínica (C2).

Dentro de los escenarios teóricos que históricamente presenta la Ciudad de Buenos Aires, relacionados con la presencia o no del vector y la ocurrencia de casos, en la actualidad nos encontramos en el N° 1, de Riesgo Bajo.

Escenario 0	Escenario 1 Riesgo bajo	Escenario 2 Riesgo medio	Escenario 3 Riesgo alto
Julio – septiembre	Septiembre- Noviembre	Diciembre – Febrero	Marzo - Junio
Presencia de huevos del vector sin actividad larvaria y sin ocurrencia de casos	Presencia del vector sin existencia de casos de Dengue, Fiebre Chikungunya, Fiebre Zika o Fiebre Amarilla	Presencia del vector con existencia de casos sospechosos “importados” de Dengue, F.Chikungunya , Fiebre Zika o F. Amarilla (ausencia de circulación viral regional confirmada)	Presencia del vector con existencia de casos confirmados de Dengue, F.Chikungunya , Fiebre Zika o F. Amarilla (con circulación viral regional confirmada)

Para este informe se analizaron las notificaciones cuyo lugar de residencia corresponde a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y aquellos donde la misma no presenta registros (residencia desconocida).

7.2 Situación regional y nacional a partir de enero 2017.

En este apartado se presenta la situación de la Ciudad de Buenos Aires, que se encuentra directamente involucrada y modificada por la situación Regional y Nacional, debido al dinámico desplazamiento de personas entre los países de la región y entre las provincias del país y a la presencia del mosquito vector.

La información regional y nacional es actualizada a partir de la última edición del Boletín Integrado de Vigilancia Semanal que edita el Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación. Con el fin de poner en contexto la situación de CABA en relación con el país, para un conocimiento completo de la misma, ingresar a <http://www.msal.gob.ar/index.php/home/boletin-integrado-de-vigilancia>.

7.2.1 Situación regional

Dengue

Tabla 1. Casos de Dengue en países de la Región acumulados 2017 según clasificación.

País	Hasta SE	Probables	Casos confirmados	Incidencia	Serotipos	Casos de dengue grave	Muertes por dengue
Bolivia	41	8.712	852	79,02		72	2
Brasil	35	219.040	-	107,55	DEN-1,2,3,4	184	88
Chile	38	10	10	0,06	DEN-1,3	-	-
Paraguay	39	1.417	315	20,15	DEN-1	-	-
Uruguay	41	0	-	-	-	-	-

Fuente: OPS, 2017: Número de casos reportados de dengue y dengue grave en las Américas, por país – 27 de octubre de 2017 (SE 41)⁵

Fiebre Chikungunya

Tabla 2. Casos de Fiebre Chikungunya en países de la Región acumulados 2017 según clasificación.

País	Hasta SE	Sospechosos	Casos confirmados	Importados	Tasa de incidencia	Fallecidos
Bolivia	46	3.304	22	-	30,09	-
Brasil	35	50.196	121.734	-	81,39	99
Chile	03	0	0	1	0,00	0
Paraguay	44	739	5	0	10,92	0
Uruguay	02	0	0	1	0,00	0

Fuente: OPS: Número de casos reportados de fiebre chikungunya en las Américas - SE 48 (1 de diciembre de 2017)⁶

Zika

Tabla 3. Casos de infección por virus Zika en países de la Región acumulados 2017 según clasificación.

País	Autóctonos		Importados	Tasa de incidencia	Fallecidos	Confirmado Sme congénito asociado a Zika
	Sospechosos	confirmados				
Bolivia	2.617	790	4	31,05	0	14
Brasil	231.725	137.288	0	176,10	11	2.952
Chile	0	0	34	0,0	0	0
Paraguay	691	20	0	10,57	0	2
Uruguay	0	0	1	0,0	0	0

Fuente: OPS: Número de casos reportados de Zika en las Américas – SE 48 (30 de noviembre de 2017)

7.2.2 Situación actual en Argentina

En Argentina, hasta la SE 47 de 2017 fueron notificados 9.816 casos estudiados dentro de la vigilancia integrada de arbovirus. De éstos, 8.332 no registran antecedente de viaje y los 1.484 restantes correspondieron a casos con antecedente de viaje a áreas con circulación activa de arbovirus dentro y fuera del país.

Buenos Aires: En el 2017 se registraron 1945 casos sospechosos de arbovirosis residentes en la provincia de Buenos Aires, 1436 sin antecedente de viaje. Se identificó circulación autóctona de virus dengue serotipo DEN-1 en San Francisco Solano, Florencio Varela, Gobernador Costa y Morón.

Santa Fe: En el 2017 se registraron 829 casos sospechosos de arbovirosis residentes en la provincia de Santa Fe, 762 sin antecedente de viaje. Se confirmó la circulación de virus dengue serotipo DEN-1 en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

Chaco: En el 2017 se registraron 1090 casos sospechosos de arbovirosis residentes en la provincia del Chaco, 1035 sin antecedente de viaje. Se detectaron casos de virus dengue serotipo DEN-1 (Santa Sylvina y Sáenz Peña). En la SE 12 se confirmó la circulación de virus del Zika en la localidad de El Sauzalito, y el último caso confirmado inició los síntomas el 22/04 (SE 16).

Corrientes: En el 2017 se registraron 366 casos sospechosos de arbovirosis residentes en la provincia de Corrientes, 287 sin antecedente de viaje. Se identificó circulación autóctona de virus dengue serotipo DEN-1 en Corrientes Capital.

Formosa: En el 2017 se registraron 658 casos sospechosos de arbovirosis residentes en la provincia de Formosa, 649 sin antecedente de viaje. Se informó circulación autóctona de virus dengue serotipo DEN-1 en las

localidades de Formosa, Clorinda, Laguna Blanca, Pozo del Tigre, Subteniente Perin y Tres Lagunas. Entre SE 5 Y 7 se identificaron casos de enfermedad por virus Zika en Ingeniero Juárez.

Salta: La provincia confirmó la circulación de virus del Zika en 3 localidades del departamento de General San Martín: Embarcación, General Mosconi y Tartagal. Se identificaron casos relacionados en otras localidades de los departamentos de General San Martín, Orán y Rivadavia. Los últimos casos tuvieron inicio de síntomas en la SE 20.

En síntesis, en Argentina se registraron hasta la SE 47 de 2017 brotes de dengue serotipo DEN-1 en 5 provincias (Buenos Aires, Chaco, Corrientes, Formosa y Santa Fe) y de Enfermedad por virus del Zika en 3 provincias (Chaco, Formosa y Salta)

7.3 ETMAa en la CABA 2016 (SE 26-52)-2017 (SE 1-47)

En la Ciudad de Buenos Aires hasta la **SE 47 de 2017** se notificaron un total de **628 casos de ETMAa en residentes de la CABA**, incluyendo confirmados, probables, sospechosos y descartados; con o sin antecedente de viaje. Dentro de ellos se notificaron 539 Dengue, 43 Chikungunya y 46 para todos los eventos por Virus Zika.

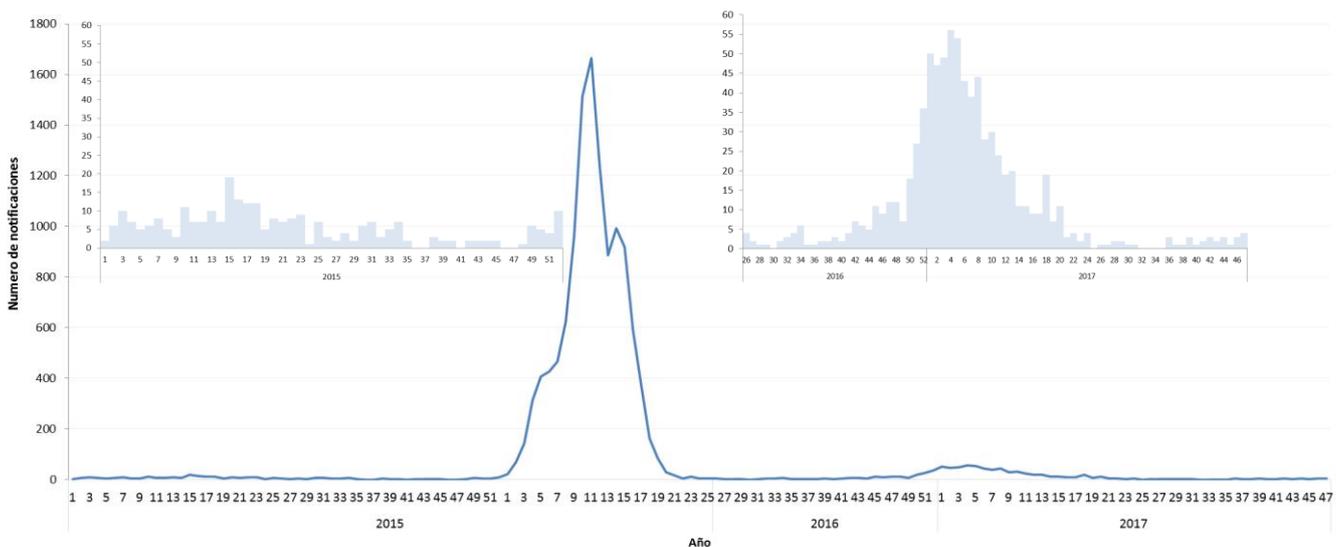
En la SE 47 se confirmó un caso de dengue importado, con antecedente de viaje a México.

Se recuerda que en la detección y notificación de los casos están involucrados todos los efectores asistenciales, tanto del sector público como privado o de las OOSS. La normativa vigente está disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/plan-preventivo-ante-enfermedades-transmitidas-por-mosquitos>. Los temas vinculados con las definiciones de casos sospechosos y los procedimientos de notificación de casos y vigilancia de laboratorio se encuentran descriptos en las páginas 3 a 7 del documento.

7.3.1 Antecedentes y situación actual

Se presentan los casos notificados, de residentes de la Ciudad, para todas las ETMAa en el transcurso de 2015, 2016 y hasta la SE 47 de 2017. Se destacan con dos gráficos en menor escala lo ocurrido en las SE 1 de 2015 hasta la SE 52 y desde la SE 26 de 2016 a semana actual 2017.

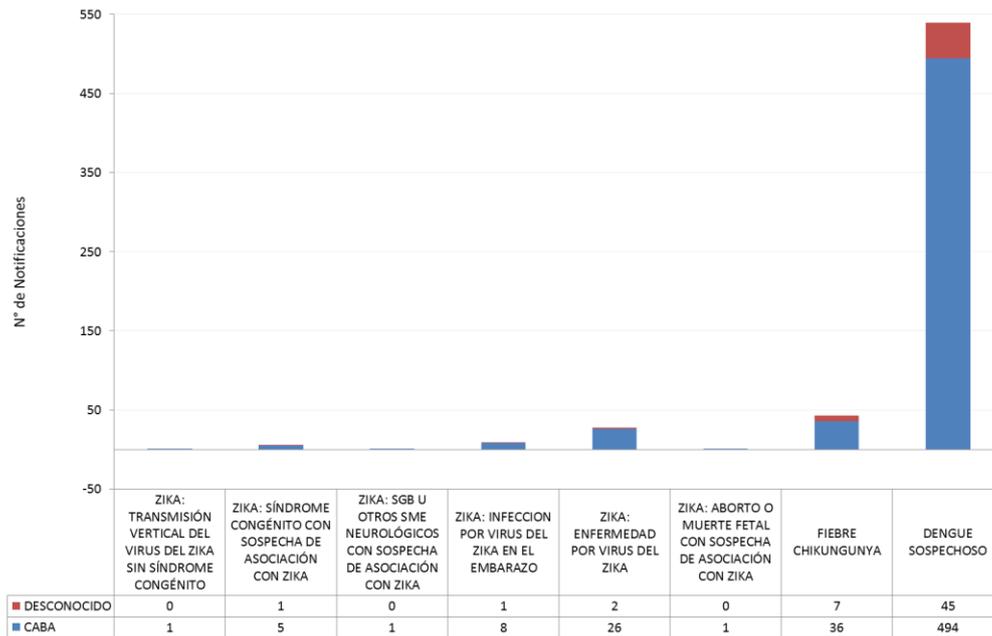
Gráfico 7. Casos notificados de ETMAa según semana epidemiológica. Residentes de la CABA. Años 2015 (n=275)-2016 (n=12.131)-2017 (n=628).



Fuente: Base de la GOE/SNVS-C2 y SIVILA

En el siguiente gráfico se muestran las diferentes frecuencias por evento para cada ETMAa durante las SE 1 a la 47 de 2017. Se observa una mayor proporción del evento dengue (539).

Gráfico 8. Número de notificaciones de ETMAa por evento.
Residentes de la CABA. Entre las SE 1-47, 2017 (N=628).



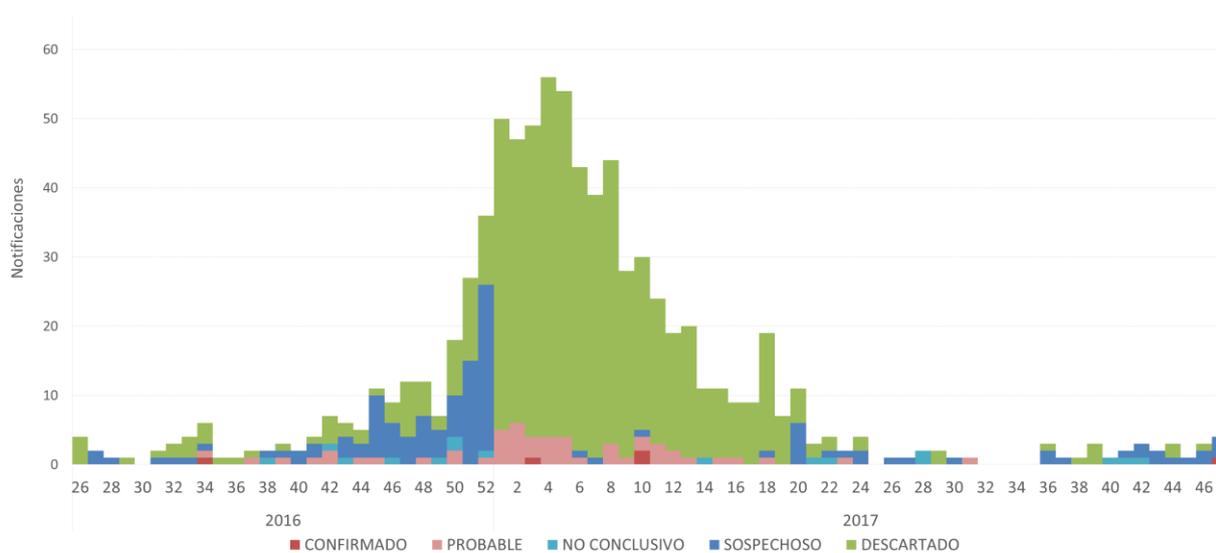
Fuente: SNVS, SIVILA-C2.

De los casos notificados en el período comprendido entre SE 1-47 de 2017, 135 contaron con antecedente de viaje, 252 no presentaron antecedente de viaje y el resto de los casos no registran al respecto en el sistema nacional de notificación SNVS.

El gráfico siguiente muestra la distribución temporal de las notificaciones de ETMAa a lo largo del período correspondiente al segundo semestre de 2016 y el año 2017 hasta la SE 47.

En el año 2016, se evidenció una baja notificación hasta la SE 49, probablemente debido a la ausencia o muy baja actividad vectorial (mosquitos adultos de *Aedes aegypti*) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A partir del aumento de la temperatura y la emergencia del vector, el sistema de vigilancia responde con sensibilidad y comienza el incremento de la notificación.

Gráfico 9. Notificaciones de ETMAa según SE clasificado según criterio diagnóstico.
Residentes de la CABA. Entre las SE 26-52/2016 (n=191) y SE 1-47/2017(n=628).



En la siguiente tabla se presentan las notificaciones por evento según criterio diagnóstico, con la diferencia de casos entre 2016 y 2017 para las SE 1-47. Los casos sospechosos integran los sospechosos y sospechosos no conclusivos.

Tabla 4. Notificaciones por evento según criterio diagnóstico.
Residentes de la CABA. SE 1-47. 2016-2017

EVENTO	2016				Total	2017				Total	Diferencia de
	C	P	S	D		C	P	S	D		
DENGUE SOSPECHOSO	6113	574	5016	302	12005	3	33	21	482	539	-11466
FIEBRE CHIKUNGUNYA	7	0	2	1	10	0	4	7	32	43	33
ZIKA: ENFERMEDAD POR VIRUS DEL ZIKA	6	0	7	0	13	1	1	3	23	28	15
ZIKA: INFECCION POR VIRUS DEL ZIKA EN EL EMBARAZO	0	0	0	0	0	0	1	4	4	9	9
ZIKA: TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIRUS DEL ZIKA SIN SÍNDROME CONGÉNITO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
ZIKA: SGB U OTROS SME NEUROLÓGICOS CON SOSP. DE ASOC. CON ZIKA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
ZIKA: SÍNDROME CONGÉNITO CON SOSPECHA DE ASOCIACIÓN CON ZIKA	0	0	2	1	3	0	1	5	0	6	3
ZIKA: ABORTO O MUERTE FETAL CON SOSPECHA DE ASOCIACIÓN CON ZIKA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Total general	6126	574	5027	304	12031	4	40	40	544	628	-11403

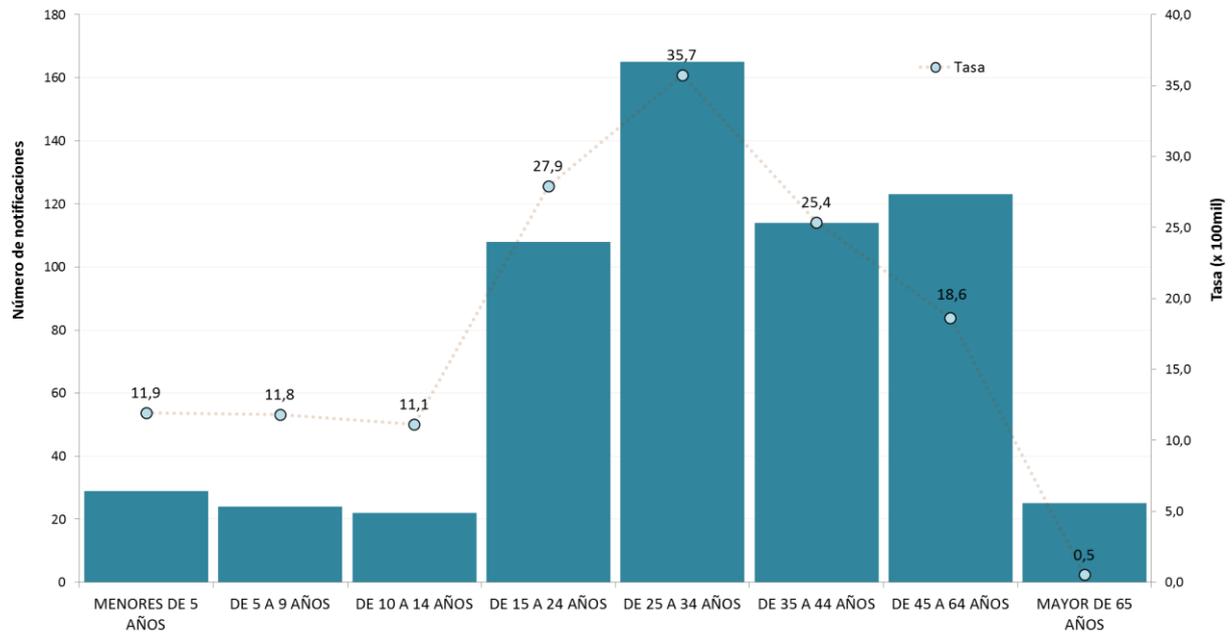
Fuente: SNVS, SIVILA-C2.

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

En las SE 1-47 de 2017 se notificaron menos casos de Dengue que el año anterior, con la confirmación de tres casos en contraste a 2016 donde ya se habían notificado 12.005 casos con confirmación de 6.113 de ellos.

El gráfico siguiente muestra el número de notificaciones por grupos etarios y las tasas correspondientes.

Gráfico 10. Notificaciones de casos de ETMAa por rango etario y tasas.
Residentes de la CABA. SE 1-47. 2017 (n=610).

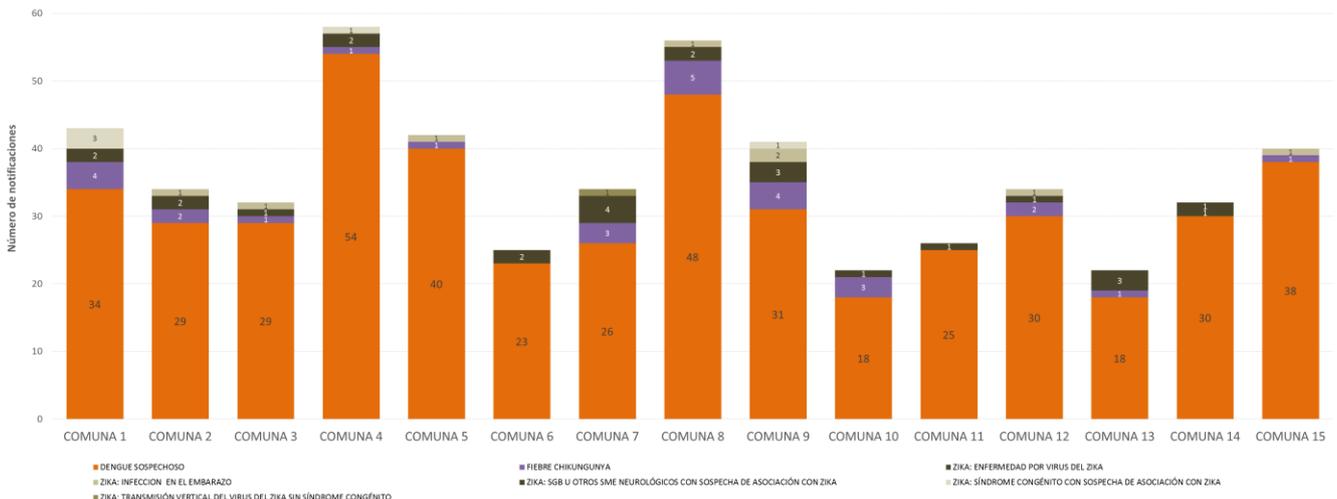


Fuente: SNVS, SIVILA-C2.

Los grupos de edad entre 15 a 24 años, de 35 a 44 años y de 45 a 64 años contienen similar número de notificaciones pero presentan variación en sus respectivas tasas. En los grupos hasta los 14 años y los mayores de 65 años ocurre algo semejante, con cantidad similar de número de casos y variabilidad entre sus tasas.

En el siguiente gráfico se presentan las notificaciones de cada evento por comuna de residencia.

Gráfico 11. Notificaciones de ETMAa según Comuna de residencia y evento. Residentes de la CABA. Entre las SE 1-47. 2017 (n=541).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2.

Como se puede apreciar en el gráfico, todas las comunas presentaron notificaciones para las ETMAa; siendo las comunas 4 y 8 las que presentan mayor número de notificaciones.

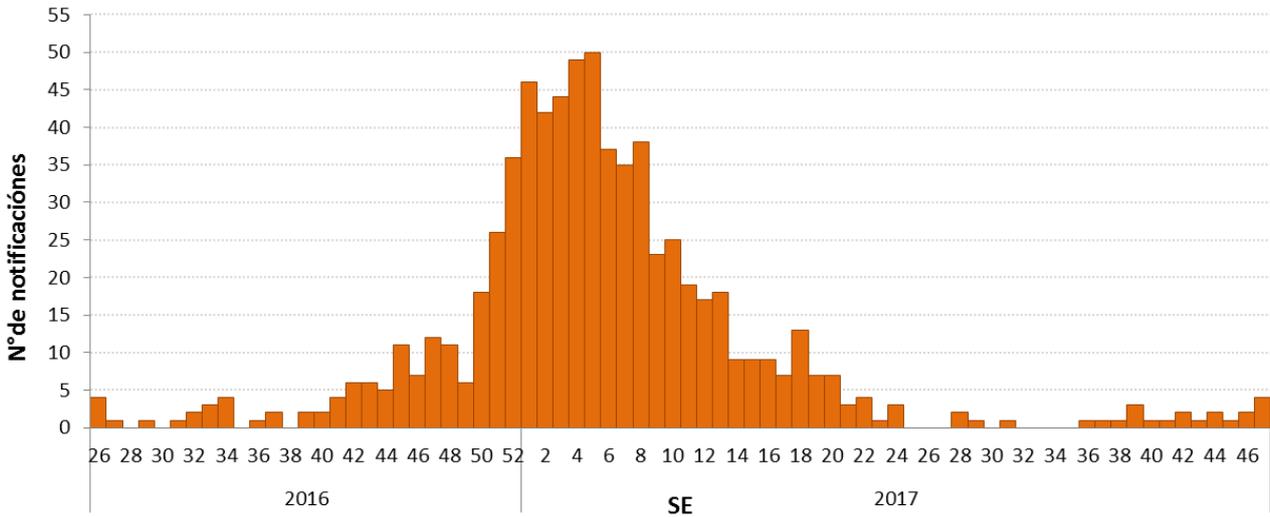
La tasa general de la Ciudad para 2017 es de 17,7 x 100 mil hab., presentando las comunas 4, 8 y 9 las mayores tasa de notificación con un valor de alrededor de 24 x 100 mil, presentado las menores tasas las Comuna 10 y 13 con valores de 12,9 y 9,3 cada 100 mil habitantes respectivamente.

A continuación, se resume la información para cada una de las ETMAa en particular.

7.3.2 Dengue

A continuación, se presenta la situación en la CABA, desde la SE 26 a la 52 de 2016 y la semana 1 a la 47 del 2017, de los pacientes notificados para Dengue.

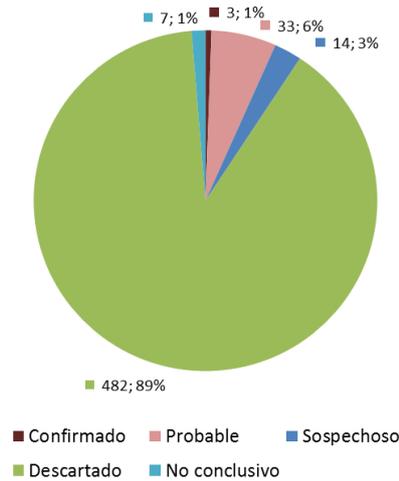
Gráfico 12. Notificaciones de dengue según semana epidemiológica. Residentes de la CABA. Entre las SE 26-52/2016 (n=172) y SE 1-47/2017 (n=539)



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

En el siguiente Gráfico se presentan las notificaciones según criterio diagnóstico.

Gráfico 13. Notificaciones de dengue según clasificación. Residentes de la CABA. Entre las SE 1-47/2017 (n=539).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

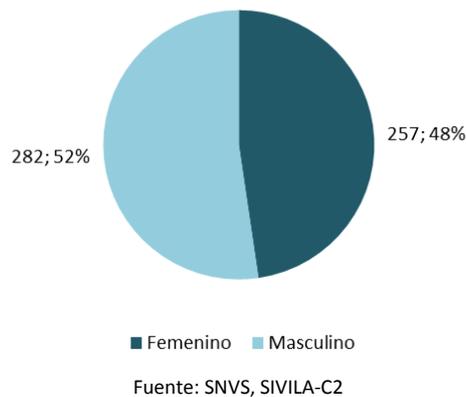
Entre los casos con resultados de laboratorio disponibles, es importante señalar que en aquellos “sospechosos”, esto se debe a que requieren una segunda muestra para la confirmación o el descarte de dichos casos.

En la semana epidemiológica 47 se confirmó un caso de dengue importado, con antecedente de viaje a México, donde comienza la sintomatología. Regresó al país el 17/11/2017. Presentó NS1, PCR e IgM positivas,

con identificación del serotipo DEN 1. Requirió internación, y fue dado de alta con buena evolución. Se realizó estudio de foco (379 casas, 168 departamentos).

En cuanto a la frecuencia de las notificaciones por sexo, como se muestra en el siguiente gráfico, existe una diferencia a favor de los casos en varones (52%).

Gráfico 14. Notificaciones de dengue por sexo Residentes de la CABA. Entre las SE 1-47, 2017 (n=539).



7.3.3 Zika

Como se expuso anteriormente existen dentro del grupo de eventos Infección por Virus Zika, 6 eventos diferentes dependiendo de la patología que presenta el paciente.

En la Ciudad de Buenos Aires, entre las SE 26 y 52 de 2016, se registraron 21 casos entre todos los eventos relacionados con el virus Zika.

En 2017, desde la SE 1 a la 47, se notificaron 46 casos en residentes de la Ciudad, el último en SE 46; 26 cuentan con el registro de viaje, 5 no cuentan con el mismo y el resto no registra dicho dato en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

Los casos notificados de Enfermedad por Virus Zika fueron 28; 9 casos de infección por Virus Zika en el embarazo; 6 casos de Síndrome Congénito con sospecha de asociación con Virus Zika, 1 Zika transmisión vertical sin síndrome congénito 1 Zika: aborto o muerte fetal con sospecha de asociación con Zika y 1 Zika: sgb u otros sme neurológicos con sospecha de asociación con Zika.

El caso confirmado corresponde a una paciente de 61 años que se notificó con sospecha de Enfermedad por Virus Zika en la semana epidemiológica 10, y se confirmó por las técnicas de IgM y PCR específicas de Zika. Cuenta con antecedente de viaje a Cuba.

7.3.4 Fiebre Chikungunya

Desde la SE 1 a la 47 de 2017, se notificaron 43 casos sospechosos de Fiebre Chikungunya en residentes de la Ciudad, el último en SE 44. En relación al antecedente de viaje, lo presentan 15 casos, 12 no cuentan con el mismo y el resto no registra dicho dato en Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

Ningún caso resultó confirmado en residentes de la Ciudad. Los 5 casos probables corresponden a las SE 3, 5, 9, 11 y 14, y todos ellos tienen antecedente de viaje.

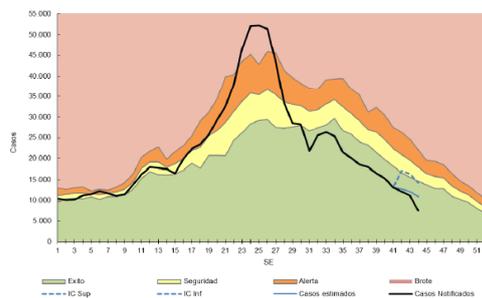
En la Sub-Región Andina, en general, la actividad de influenza y otros virus respiratorios permaneció baja. La actividad moderada de VSR y las hospitalizaciones asociadas a IRAG disminuyeron en Colombia en semanas recientes.

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

8.3 Situación Argentina: Resumen corredores endémicos

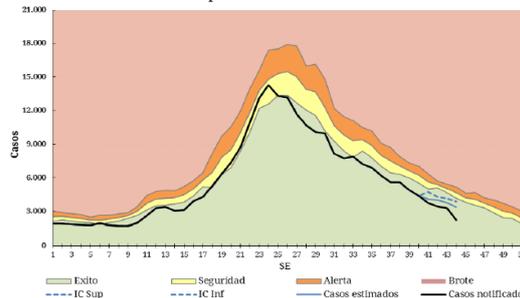
Se presentan, extraídos de la última actualización del Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de la Nación, los corredores endémicos de los cuatro eventos presentados en este apartado para todo el país.

Argentina: Corredor endémico semanal de ETI 2017. Curva de casos y estimaciones hasta la SE45. Total país. Históricos 5 años: 2012 a 2016.



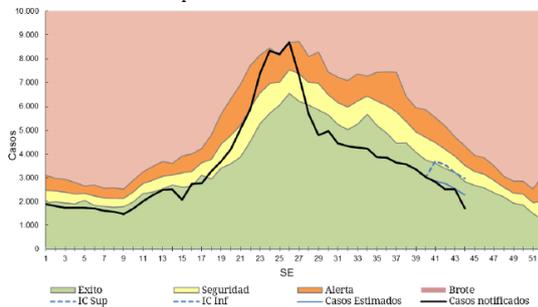
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2.

Argentina: Corredor endémico semanal de Bronquiolitis 2017. Curva de casos y estimaciones hasta la SE45. Total país. Históricos 5 años: 2012 a 2016.



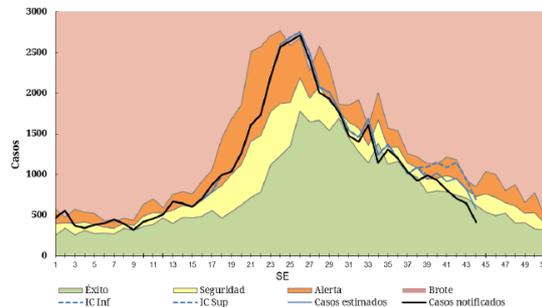
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2.

Argentina: Corredor endémico semanal de Neumonía 2017. Curva de casos y estimaciones hasta la SE45. 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 SE45. 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.

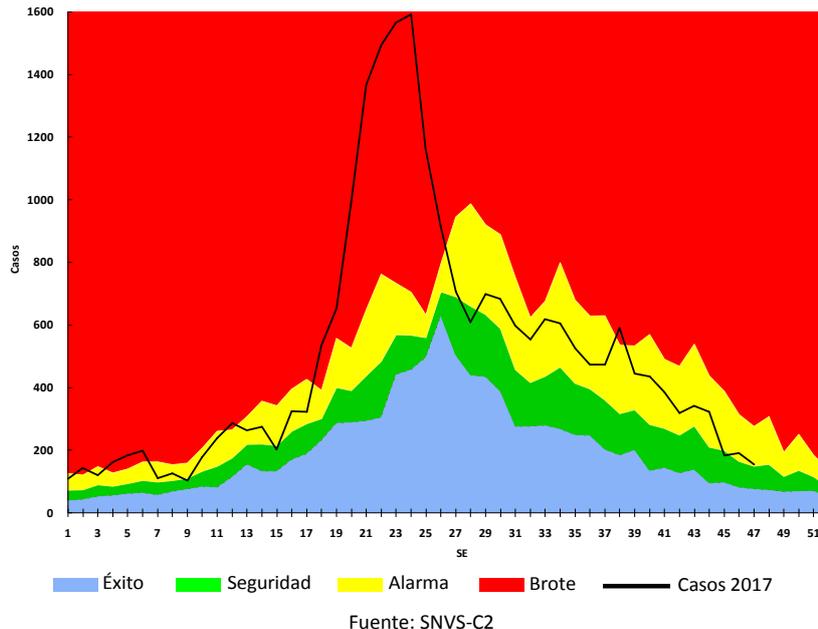
8.4 Situación de las IRA en la CABA

8.4.1 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 47), entre los años 2016 y 2017.

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

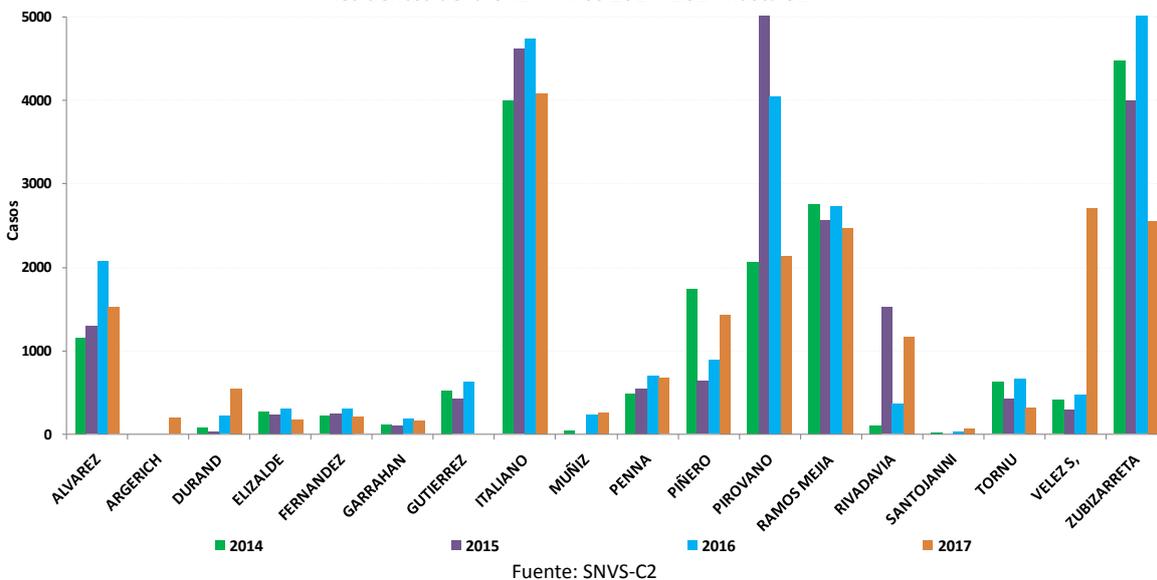
Gráfico 1. Corredor endémico semanal de Enfermedad tipo Influenza (ETI). Residentes de la CABA. Año 2017 hasta SE 47



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, en niveles endémicos.

En el siguiente gráfico se presenta la notificación histórica de casos de ETI acumulados hasta la semana epidemiológica 47, en el conjunto de efectores hospitalarios.

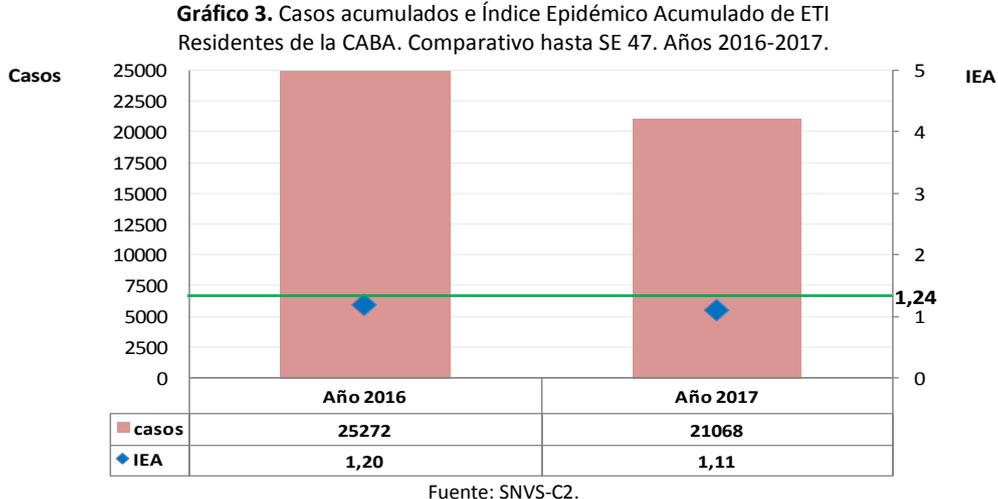
Gráfico 2. Notificación de Enfermedad tipo Influenza (ETI), según efectores hospitalarios. Residentes de la CABA. Años 2014–2017 hasta SE 47.



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 Argerich, Garrahan, Santojanni, y la nula notificación de ETI por parte del hospital Gutiérrez.

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

En el gráfico siguiente se presenta la comparación de los casos de ETI notificados y acumulados hasta la semana epidemiológica 47.



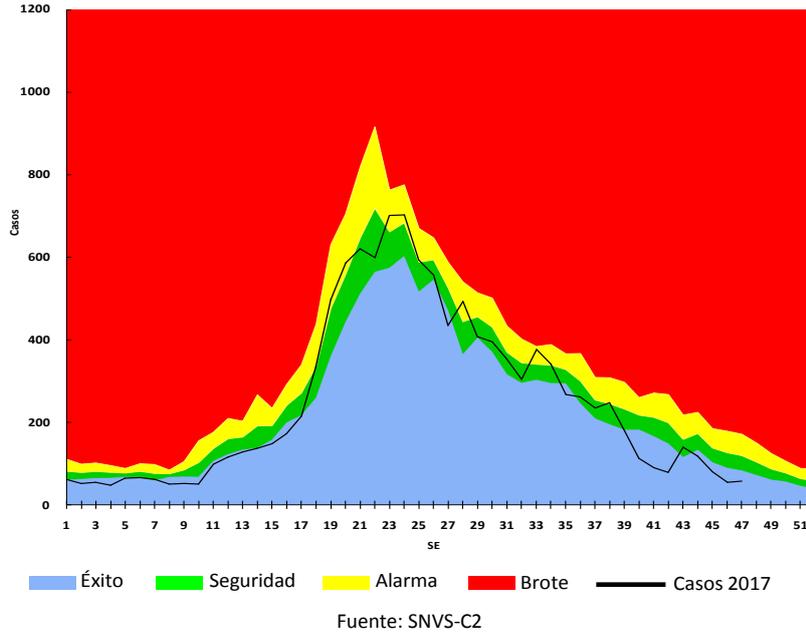
Se observa que la notificación más elevada ocurrió en el año 2016, con un índice epidémico acumulado (IEA=1,20), que no superó el valor máximo esperado. La incidencia acumulada, notificada en el mismo periodo del año 2017 fue menor y se encuentra por debajo del límite establecido por el IEA.

Aun 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 la semana 47 del 2017 no superó los valores acumulados esperados para el presente año.

8.4.2 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 47, entre los años 2016 y 2017.

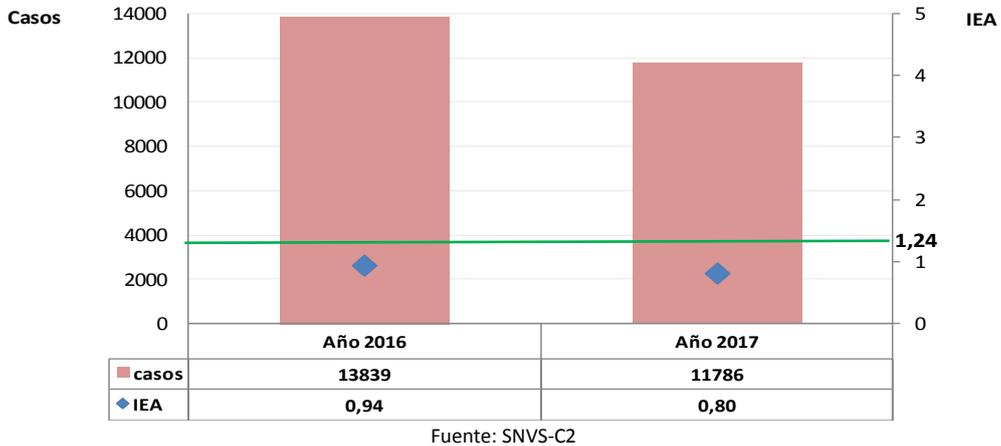
Gráfico 4. Corredor endémico semanal de Bronquiolitis en menores de 2 años. Residentes de la CABA. Año 2017 hasta SE 47.



En el gráfico 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 y 47; actualmente en zona de éxito.

En el siguiente gráfico se observa la comparación de los casos acumulados y el Índice Epidémico hasta la SE 47.

Gráfico 5. Casos acumulados e Índice Epidémico Acumulado de Bronquiolitis en menores de 2 años. Residentes de la CABA. Comparativo hasta SE 47. Años 2016-2017.

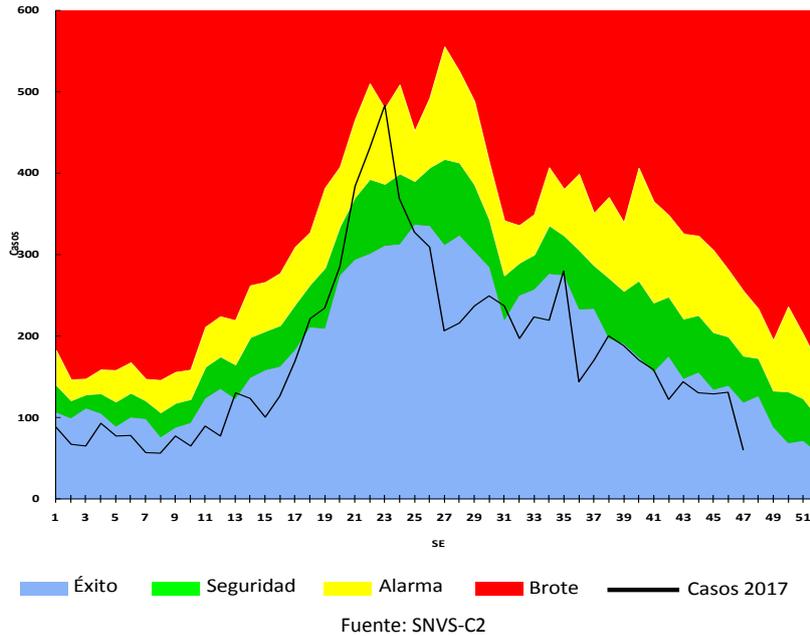


La notificación más elevada ocurrió en el año 2016, pero con un índice epidémico que no superó el valor máximo esperado. La incidencia notificada en el mismo periodo del año 2017 es de menor magnitud, indicando, también, valores del indicador IEA dentro de lo esperado.

8.4.3 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 47, entre los años 2016 y 2017.

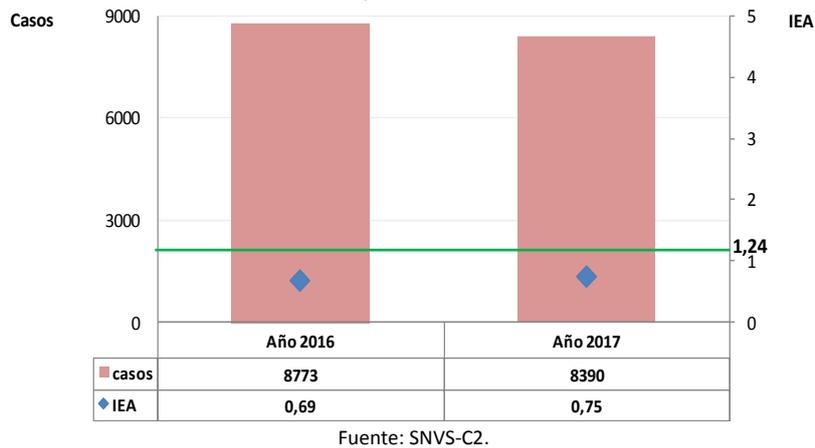
Gráfico 6. Corredor endémico semanal de Neumonía.
Residentes de la CABA. Año 2017 hasta la SE 47.



La curva de casos 2017, hasta la semana epidemiológica 47, estuvo transitando por zonas de éxito y seguridad, dentro de los valores esperados, con un máximo en semana 23, que ingreso a zona de alarma, compatible con la fase estacional esperable. Se aprecia una tendencia declinante, en zona de éxito, con variaciones que coinciden con el patrón histórico.

En el gráfico siguiente se muestra la comparación de los casos notificados acumulados hasta la semana epidemiológica 47.

Gráfico 7. Casos acumulados e Índice Epidémico Acumulado de Neumonía.
Residentes de la CABA. Comparativo hasta SE 47. Años 2016-2017.

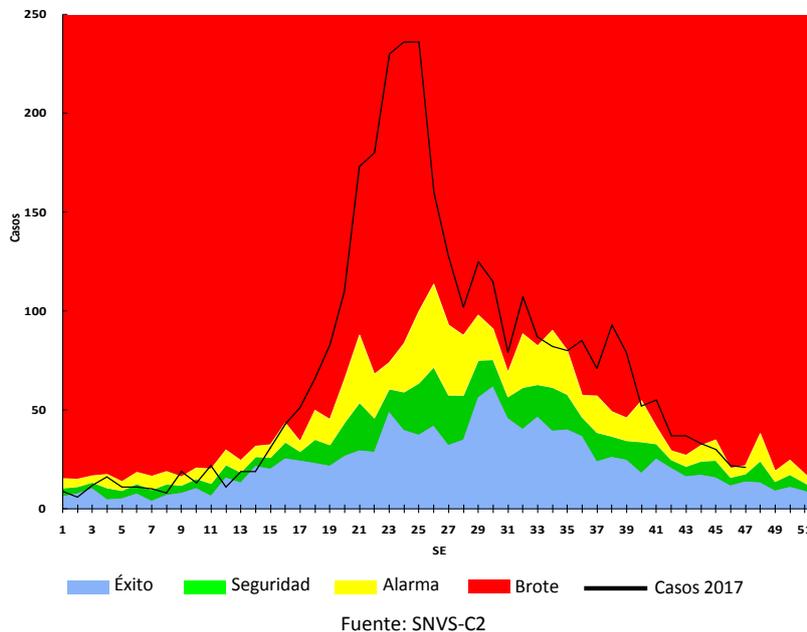


La notificación más elevada ocurrió en el año 2016, pero con un índice epidémico que no superó el valor máximo esperado. La incidencia notificada en el mismo periodo del año 2017 fue de menor magnitud y también indicó valores de IEA dentro de lo esperado.

8.4.4 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 47.

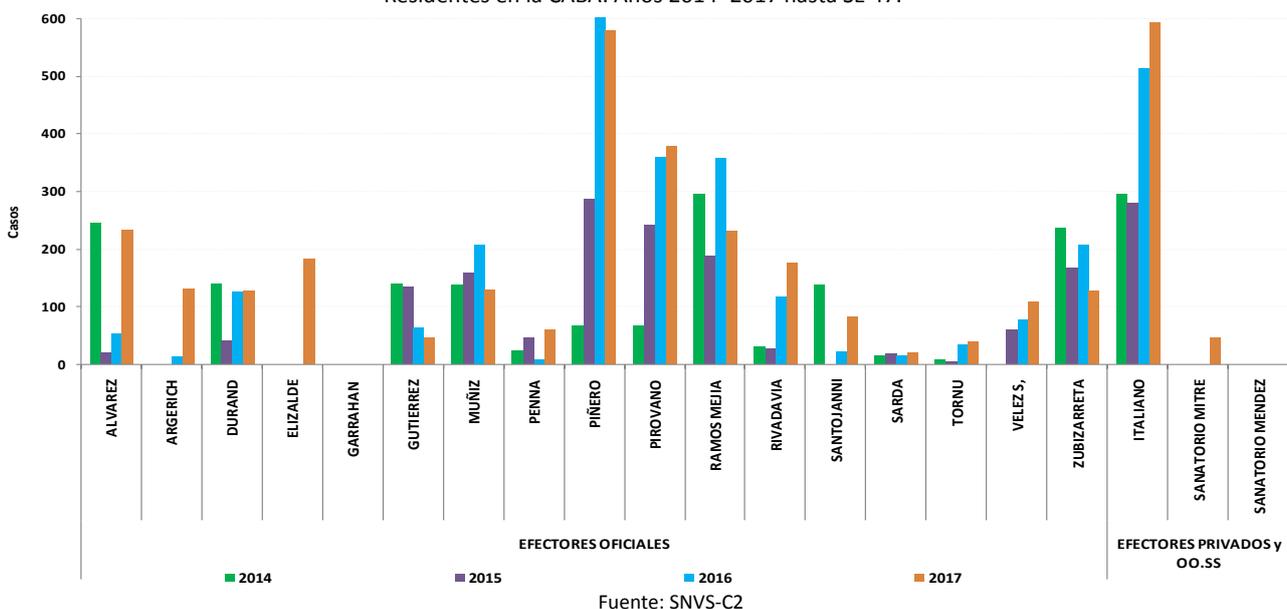
Gráfico 8. Corredor endémico semanal de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG). Residentes de la CABA. Año 2017 hasta SE 47.



La notificación de IRAG registró un incremento sostenido desde la semana 12, que superó el valor máximo esperado, permaneciendo prácticamente en zona de brote hasta semana 44, con algunas incursiones en zona de alarma entre semanas 33 a 40. La última incidencia comunicada presenta una tendencia declinante, dentro de la zona de casos esperados.

El siguiente gráfico muestra la notificación histórica de casos de IRAG acumulados hasta la semana epidemiológica 47, 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 47.



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 18% de las denuncias, seguido por los hospitales Piñero, Pirovano y Ramos Mejía; estos 4 establecimientos concentraron el 54% 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 65,1% de las mismas.

Tabla 1. Casos notificados de IRAG según grupos de edad Residentes de la CABA. Hasta la SE47. Año2017.

GRUPOS DE EDAD	AÑO 2017		
	Nº	%	% Acumulado
Menores de 2 años	1130	34,2	34,2
De 2 a 4 años	254	7,7	41,9
De 5 a 14 años	250	7,6	49,4
De 15 a 24 años	74	2,2	51,7
De 25 a 34 años	95	2,9	54,6
De 35 a 44 años	91	2,8	57,3
De 45 a 64 años	304	9,2	66,5
Mayores de 64 años	1023	31,0	97,5
Sin especificar edad	84	2,5	100,0
TOTAL	3305	100,0	-

Fuente: SNVS-C2.

En el siguiente gráfico se muestra la comparación de los casos notificados de IRAG acumulados hasta la semana epidemiológica 47, en los años 2016 y 2017.

Gráfico 10. Casos acumulados e Índice Epidémico Acumulado de IRAG. Residentes de la CABA. Comparativo hasta SE 47. Años 2016-2017.



Fuente: SNVS-C2.

La comparación de los casos de IRAG notificados y acumulados hasta la semana epidemiológica 47, muestra que la notificación más elevada ocurrió en el año 2017, con un índice epidémico acumulado (IEA=1,78), que superó el límite esperado. La incidencia acumulada, notificada en el mismo periodo del año 2016, también superó el límite esperado, con un IEA superior a 1,24 (IEA= 1,73).

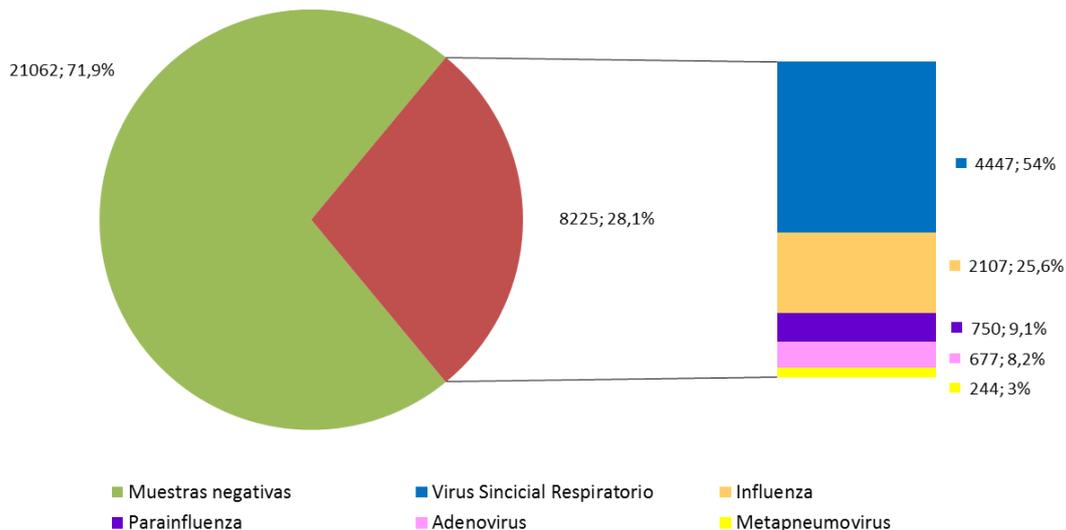
Cabe señalar que el aumento de la notificación de IRAG en el corriente año, podría atribuirse, en parte, a una mayor sensibilidad del sistema de vigilancia, debido al intenso trabajo de capacitación y difusión realizado por la Gerencia de Epidemiología y a la constitución de las Unidades Centinela de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

8.5 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 47. Año 2017. N=29.287

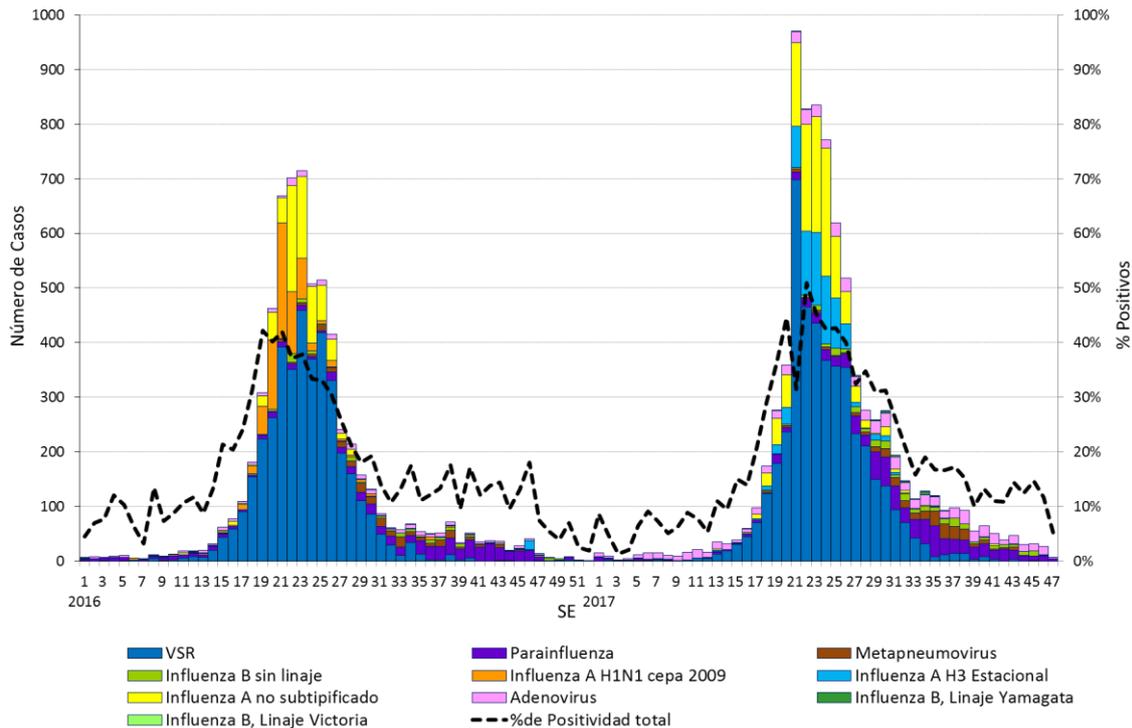


Fuente: SNVS-SIVILA

Del total de muestras analizadas, el 28,1% resultó positivo para algún virus. De estas últimas, en el 54% fue aislado el virus Sincial Respiratorio (VSR), seguido de Influenza con el 25,6%. **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.

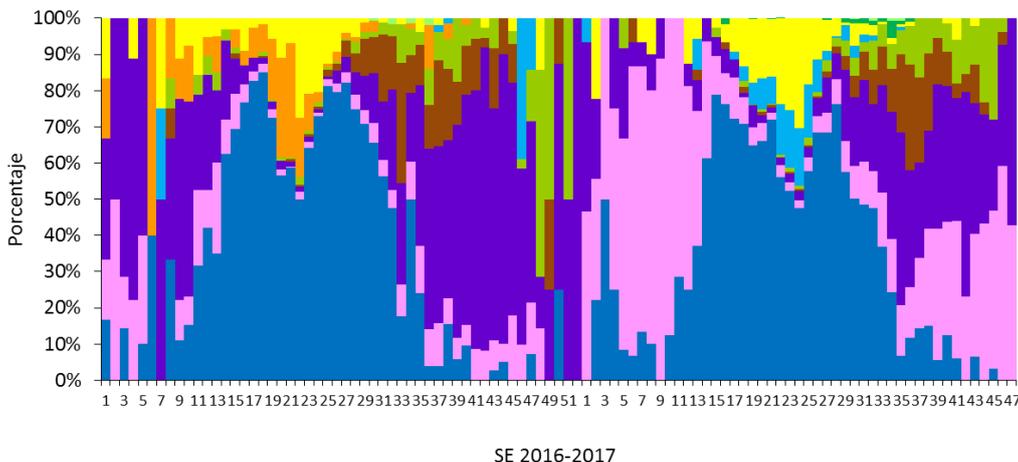
En el siguiente gráfico se presentan por SE los resultados por diagnóstico virológico de las muestras positivas.

Gráfico 12. Distribución virus respiratorios por SE.
Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52; N=6.460)-2017 (SE 1-47; N=8.225)



Fuente: SNVS-SIVILA

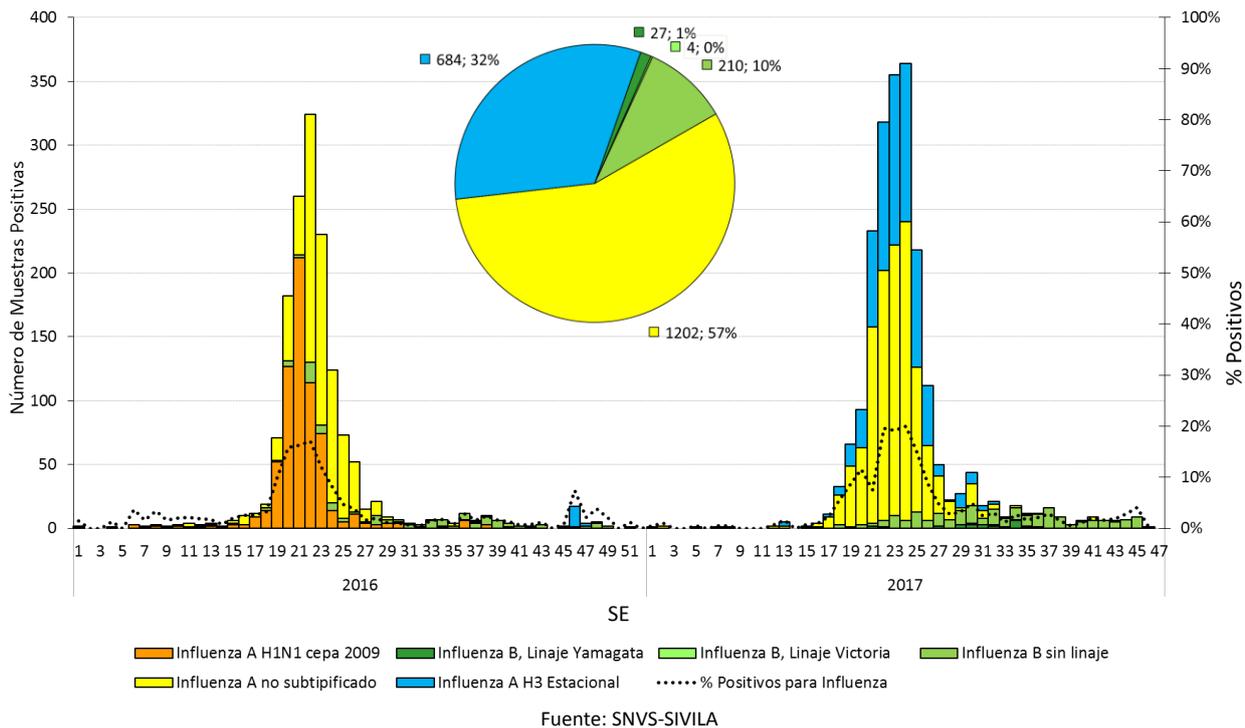
Gráfico 13. Distribución porcentual de virus respiratorios
Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52; N=6.460)-2017 (SE 1-47; N=8.225)



Fuente: SNVS-SIVILA

En el año 2017, a partir de la SE 17 comienzan 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. Hasta la SE 33, se observa un predominio de Virus Sincial Respiratorio (VSR) seguido de Influenza, a diferencia del 2016 donde prevalecía Adenovirus seguido de Parainfluenza. A partir de la SE 35 se evidencia un predominio de virus Parainfluenza junto con Influenza B y Metapneumovirus, similar a lo ocurrido en años anteriores.

Gráfico 14. Muestras positivas para Influenza y proporción de positivos sobre muestras analizadas. Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52)-2017(SE 1-47; N=2.127)



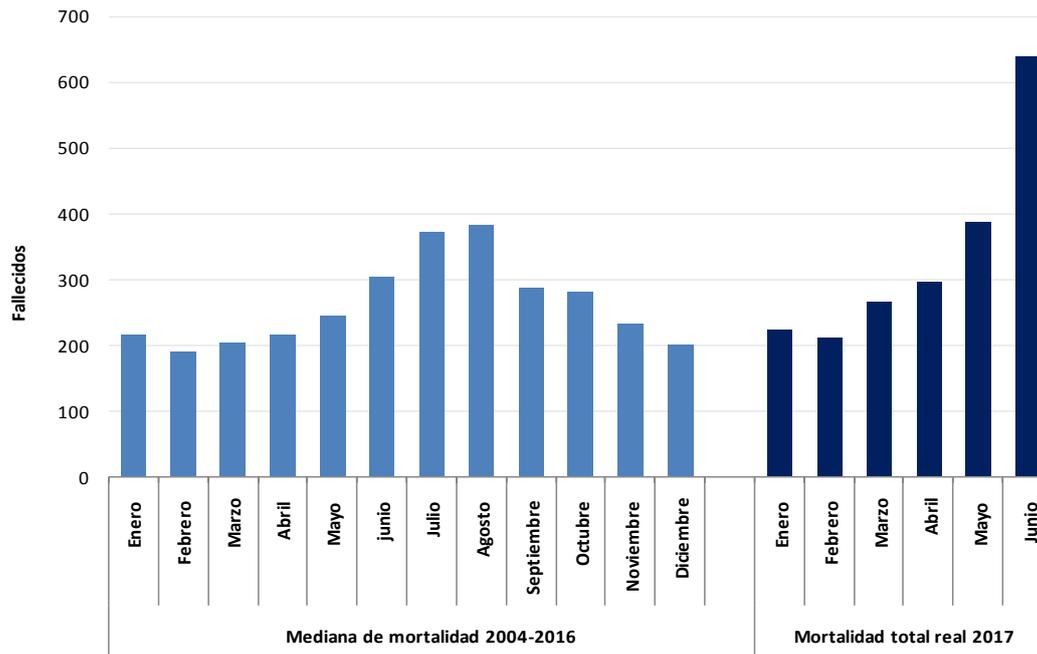
En el año 2017, hasta la SE 47 se notificaron 2127 casos de Influenza A no subtipificado, 684 de Influenza A H3 estacional y 241 casos de Influenza B sin especificar. Se observa que el 36,3% de los casos de Influenza correspondieron a H3 estacional, a diferencia del año anterior en el que predominó H1N1 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 1.538 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.

8.6 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-junio 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 junio de 2017. La comparación de la mortalidad de los meses anteriores se realizó en los BES N°43, N°47, N°50, N°56 y N°58

Gráfico 15. Mortalidad por IRA (CIE 10°. J10-J22*). Mediana según mes del periodo 2004-2016 y total de fallecidos Residentes de la CABA. Enero-Junio 2017.

*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.

9 VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS

9.1 Introducción

En 2016, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron por esta enfermedad (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH). Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos.

La incidencia mundial de la TB está disminuyendo en aproximadamente un 2% al año, ritmo que habría que acelerar al 4–5% anual si se quieren alcanzar las metas fijadas para 2020 en la Estrategia Fin a la Tuberculosis.⁸

9.2 Situación en la Argentina en 2016

Según el último reporte del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en 2016 se notificaron en el país 11502 casos de tuberculosis en todas sus formas, con una tasa de 26,4 por 100.000 habitantes.

De los casos notificados en 2016 en todo el país, se registraron 465 fallecidos. Respecto al resultado del tratamiento, en un 44% de los casos no se registró información. En la Ciudad de Buenos Aires este porcentaje se eleva al 77%.

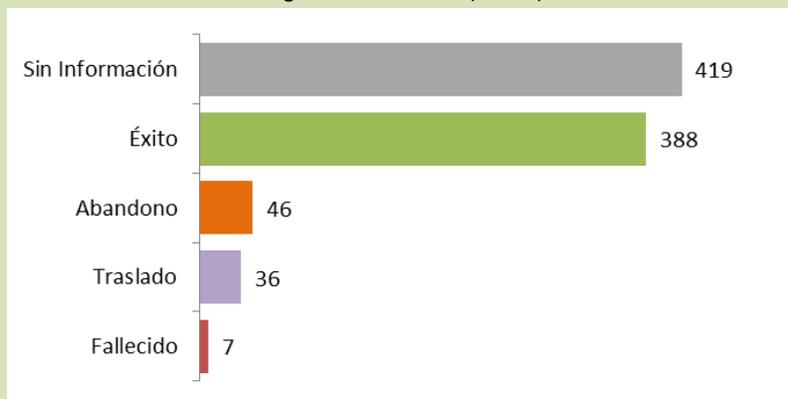
9.2.1 Tuberculosis pediátrica (menores de 15 años)

En cuanto a la distribución por edad, en 2016 en Argentina se notificaron 896 casos de tuberculosis en menores de 15 años, lo que significó un aumento del 22% con respecto a 2015.

⁸ OMS Octubre de 2017. Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>

En el siguiente gráfico se presentan los resultados del tratamiento consignados para los casos de tuberculosis de menores de 15 años de 2016.

Gráfico 16. Resultado de tratamiento para casos de tuberculosis en menores de 15 años. Argentina. Año 2016 (n=896).



Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis - INER "Dr. Emilio Conni" -Reporte Noviembre 2017

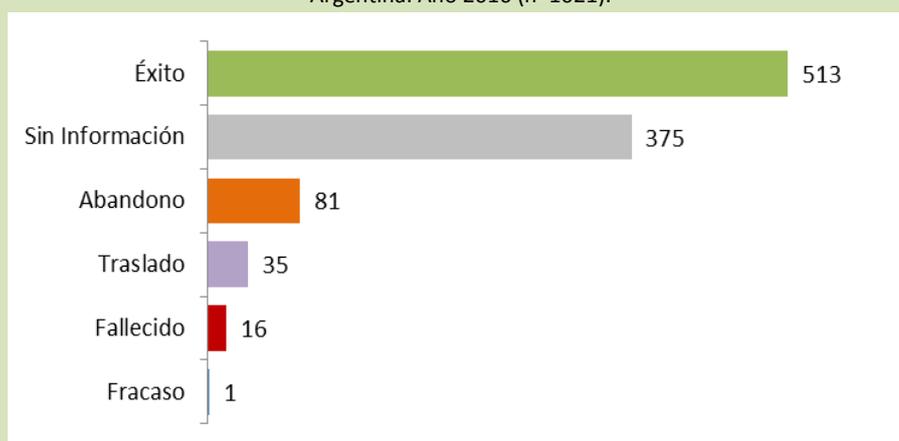
En el 81% de los casos de tuberculosis pediátrica notificados por la Ciudad de Buenos Aires en 2016 no se registró información respecto a la evaluación de fin de tratamiento, mientras que a nivel nacional el porcentaje de casos sin información fue del 47%.

9.2.2 Tuberculosis adolescente

A nivel nacional, para el 2016 se notificaron 1021 casos de tuberculosis en todas sus formas en el grupo etario de 15 a 19 años. Esto significó un aumento del 25% respecto del 2015.

En un 41% de los casos se desconoce el resultado del tratamiento. De los 66 casos notificados por la CABA, en 65 no se consignó el resultado del tratamiento. En el siguiente gráfico se detallan los resultados de tratamiento consignados.

Gráfico 17. Resultado de tratamiento para casos de tuberculosis en menores de 15 años. Argentina. Año 2016 (n=1021).



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis - INER "Dr. Emilio Conni" -Reporte Noviembre 2017

9.3 Sobre la notificación de la TBC en la CABA

Los datos aquí presentados se nutren exclusivamente del Módulo SNVS-TBC donde, a la fecha, se encuentra toda la información actualizada de la TBC en la CABA.

El 30 de junio de 2017, las subsecretarías de Planificación Sanitaria (SSPLAN) y de Atención Primaria, ambulatoria y comunitaria (SSAPAC) del Ministerio de Salud de la CABA notificaron al sistema sanitario, **mediante CCO Nº 2017-15189997 “Especificación sobre el sistema de notificación y seguimiento de casos de TBC”** la implementación de la notificación oficial, en forma exclusiva, a través del Módulo SNVS-TBC. Asimismo, la CCO estipula el empadronamiento en la HCE y la conformación de un grupo interdisciplinario intermedio para el seguimiento de los casos; además, estipula que, en forma gradual, la medicación se proveerá en los efectores.

Gracias a la CCO descripta y al cumplimiento cada vez mayor de la misma, la notificación al módulo ha mejorado sustancialmente y, con ello, la posibilidad de sistematizar y analizar de manera periódica, clara y confiable los datos de TBC.

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

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

http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_56_se_35_vf.pdf

9.4 Antecedentes año 2016

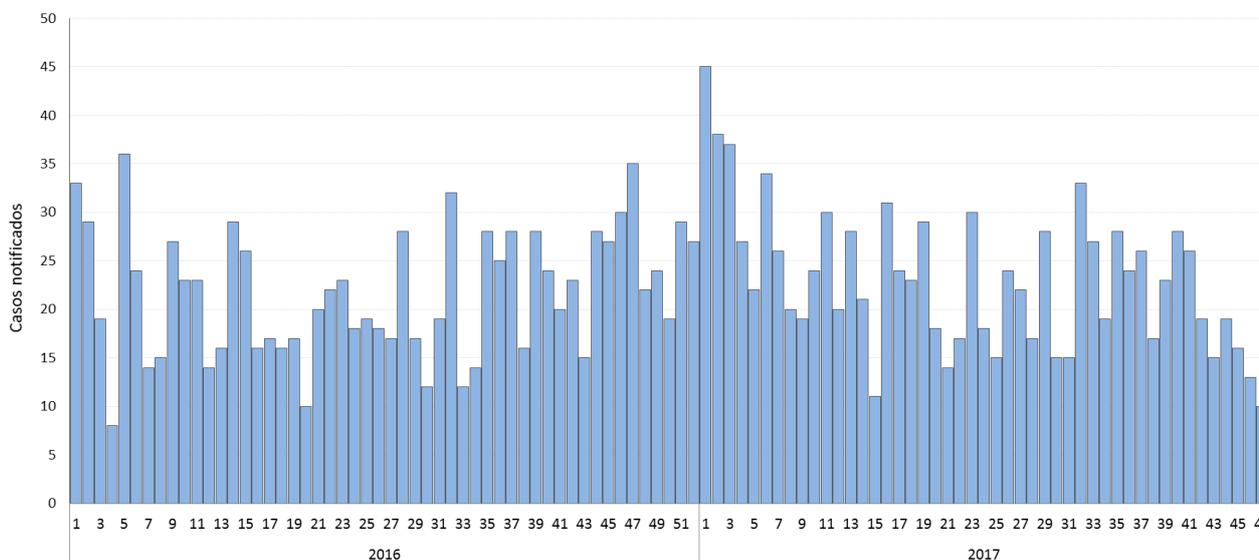
La información del año 2016 se presentó en el BES Nº 40 y anteriores. Se puede descargar en el siguiente link: http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_40_se19_vf.pdf.

9.5 Análisis de los casos de tuberculosis notificados durante las SE 1-47 del año 2017

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires hasta la SE 47 de 2017 se notificaron 2229 casos totales de TBC, 916 con datos de residencia en comunas de la CABA, 134 casos de la CABA pero sin datos de domicilio y 35 que no cuentan con dato de domicilio ni de provincia de residencia, los cuales se incluirán en el análisis como residentes de la CABA.

En el siguiente gráfico se expresa el número de notificaciones de TBC en residentes de la CABA en el año 2016 y hasta la SE 47 del año 2017.

Gráfico 18. Casos notificados de TBC. Residentes de la CABA.
Año 2016 (SE 1-52; n=1131)-2017 (SE 1-47; n=1085).



Fuente: SNVS TBC

En la última semana se observa un menor número de casos notificados, explicable por un retraso en la notificación propio de los eventos de denuncia semanal. Si persiste la tendencia actual, se alcanzaría para fines de 2017 un número similar de casos a los notificados en el año anterior.

9.5.1 Distribución por comunas

A continuación se presenta la distribución de tasas por Comuna hasta la SE 47 de los años 2016-2017.

Tabla 1. Casos notificados y tasas x 100.000 habitantes de TBC según Comuna.
Residentes de la CABA. Hasta la SE 47. Años 2016-2017

Comunas	2016		2017		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	118	46,8	115	45,4	-3
2	9	6,0	45	30,1	36
3	38	19,7	55	28,5	17
4	172	72,2	113	47,3	-59
5	16	8,6	37	19,8	21
6	16	8,7	21	11,4	5
7	146	60,8	211	87,7	65
8	130	57,6	128	56,5	-2
9	64	37,6	72	42,2	8
10	31	18,2	26	15,3	-5
11	15	7,9	22	11,6	7
12	5	2,3	7	3,3	2
13	5	2,1	7	3,0	2
14	6	2,6	35	15,4	29
15	24	13,2	22	12,1	-2
Residentes Sd*	97		134		37
Desconocidos**	118		35		-83
Total CABA	1010	33,0	1085	35,4	75

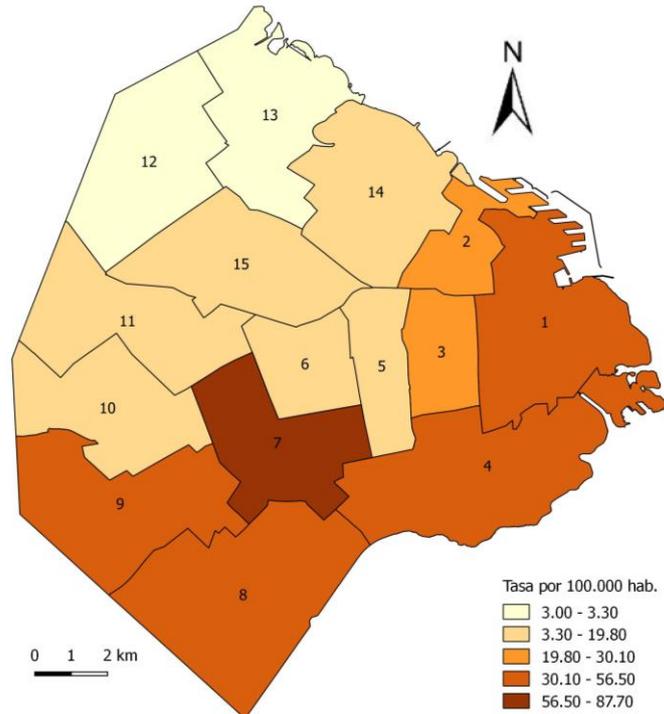
Fuente: SNVS-TBC

*Residentes sin datos de domicilio.

**Sin datos de provincia de residencia

Si bien las tasas de incidencia se encuentran muy por debajo de la media de la CABA, es de destacar el incremento porcentual en comunas como la 14 y la 2, que incrementaron respecto de 2016 más del 400% los casos.

Mapa 1. Tasas de notificación de casos de TBC por 100.000 habitantes.
Residentes de la CABA. 2017 (SE 1-47; n=916).



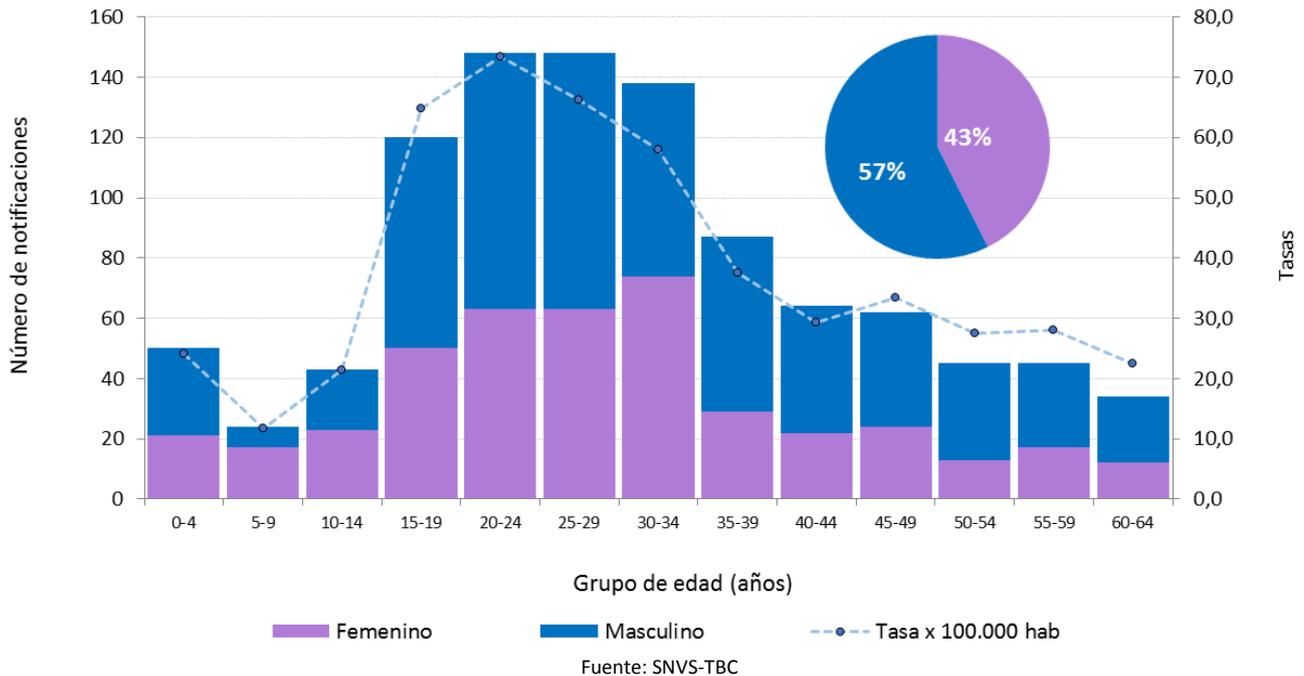
Fuente: SNVS-TBC

Las Comunas 1, 4, 7, 8 y 9 son las más afectadas, registrando tasas por encima de la media. En la Comuna 7 se concentran la mayoría de los casos, los cuales representan el 19,4% del total de casos notificados en residentes. Se observa en 2017 una disminución relativa en la tasa de notificación de la comuna 4 con un aumento en la comuna 7 respecto de 2016.

9.5.2 Características de la población

En el siguiente gráfico se presentan los casos y tasas por grupo de edad y sexo hasta la SE 47 de 2017 en residentes de la CABA. Se excluyeron 15 casos que no especificaban edad.

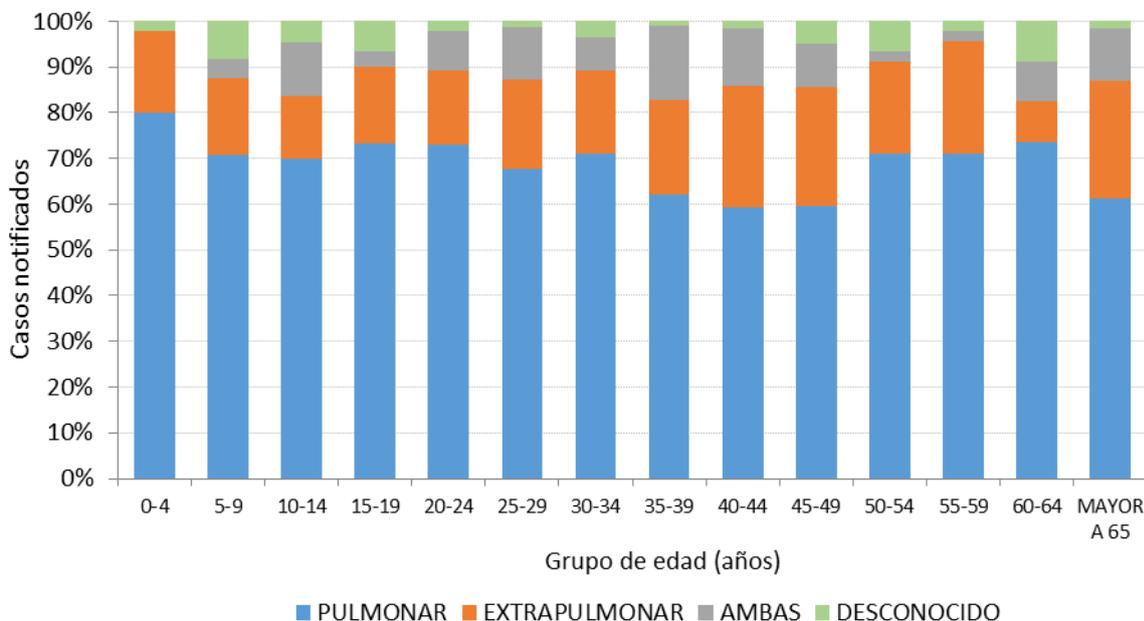
Gráfico 19. Casos notificados de TBC y tasas x 100.000 habitantes por grupos de edad y sexo. Residentes de la CABA. Hasta la SE 47 de 2017 (n=1070).



La mayor cantidad de notificaciones se registra en varones de 15 a 34 años. La mediana de edad fue de 29 años, con una media de 32,5 años.

A continuación se describe la localización de la enfermedad según grupo etario.

Gráfico 20. Porcentaje de casos notificados de TBC según localización y grupos de edad. Residentes de la CABA. Hasta la SE 47 de 2017 (n= 1070).



Se observó que el 68,9% de los casos residentes de la CABA presentaron afectación únicamente pulmonar, 19,3% extrapulmonar y un 8,4% presentó ambos compromisos. En 3,4% de los casos no se obtuvo información sobre la localización de la enfermedad. Del total de los casos notificados en residentes de la CABA, al menos 517

(47,6%) presentaban baciloscopia positiva en muestras pulmonares o lavado gástrico al momento del diagnóstico, lo que representa el 63,3% de los pacientes con compromiso pulmonar.

El análisis de la población de residentes también muestra que el 35,7% presenta algún tipo de factor de riesgo (388 pacientes)⁹. Dentro de ellos se incluye infección por VIH, que consta en 106 pacientes (9,7%). En este grupo se evidencia una mayor frecuencia de localización extrapulmonar (21%) y de ambos compromisos (14,1%) respecto a la población general.

A continuación se presenta el porcentaje de los casos de tuberculosis según factores de riesgo sobre el total de pacientes con algún factor de riesgo (n=388). Cabe aclarar que los mismos no son excluyentes, ya que un mismo paciente puede presentar más de un factor de riesgo.

Gráfico 21. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de tuberculosis según tipo de factor de riesgo. Residentes de la CABA. Hasta la SE 47 de 2017 (n= 388).



Fuente: SNVS-TBC

Como puede observarse, la desnutrición es la principal condición asociada a la tuberculosis. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la misma puede presentarse como parte del cuadro clínico cuando la enfermedad se diagnostica en etapas avanzadas.

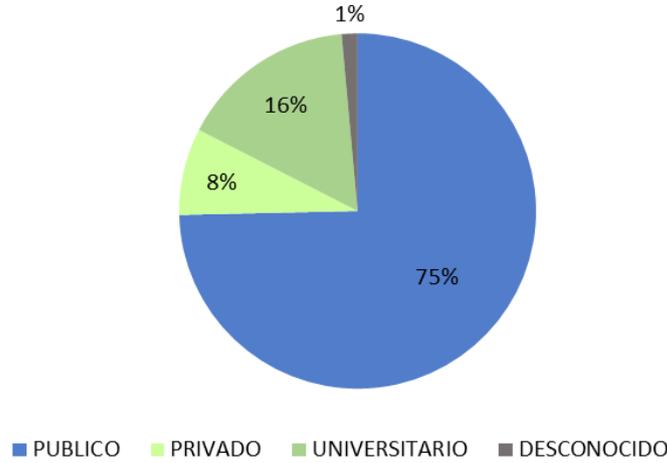
Del total de los casos notificados en residentes de la CABA, se identificó la condición de hacinamiento en el 18,8% (204 casos). El 41% de ellos tienen domicilio en las comunas 7 y 8. Se consignó la condición de situación de calle en 42 casos.

⁹ Factores de riesgo recabados: diabetes, alcoholismo, desnutrición, consumo problemático de sustancias, tabaquismo, infección por VIH y ser trabajador de la salud.

9.5.3 Distribución según efectores

En el siguiente gráfico se indican los casos de tuberculosis de residentes y no residentes de la CABA, según el tipo de establecimiento notificador, hasta la SE 47 del año 2017.

Gráfico 22. Porcentaje de casos según tipo de establecimiento notificador. Residentes y no residentes de la CABA. Hasta la SE 47 de 2017 (n=2229).

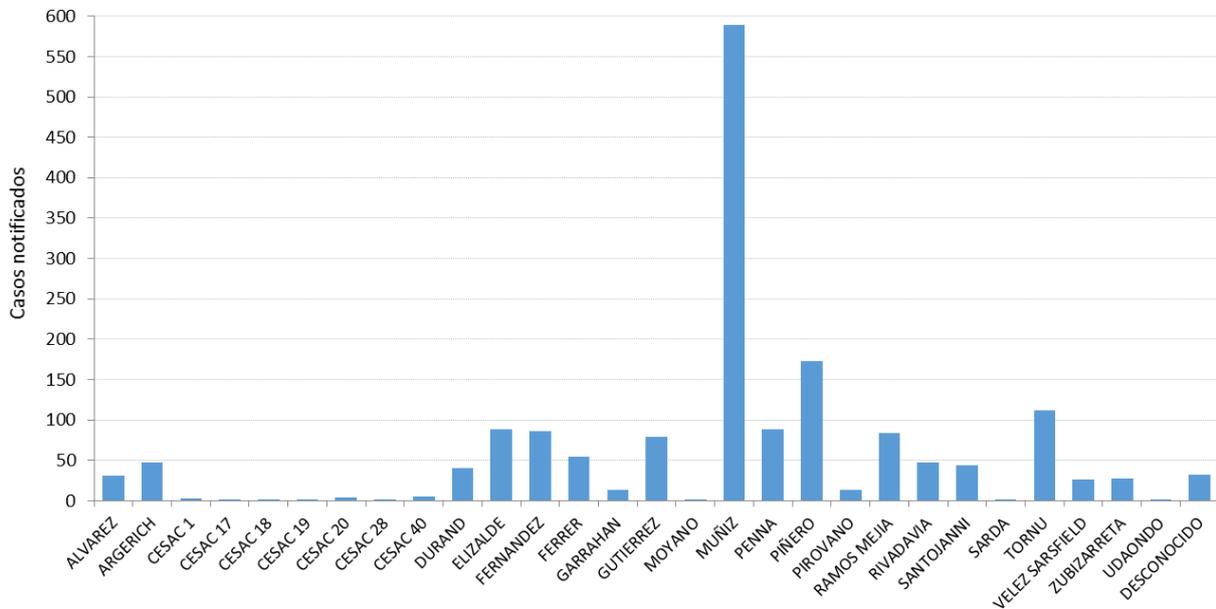


Fuente: SNVS-TBC

La notificación de tuberculosis se concentra en efectores pÙblicos y universitarios; sin embargo, los efectores privados aumentaron su representaci3n porcentual respecto a 2016 (6,3%).

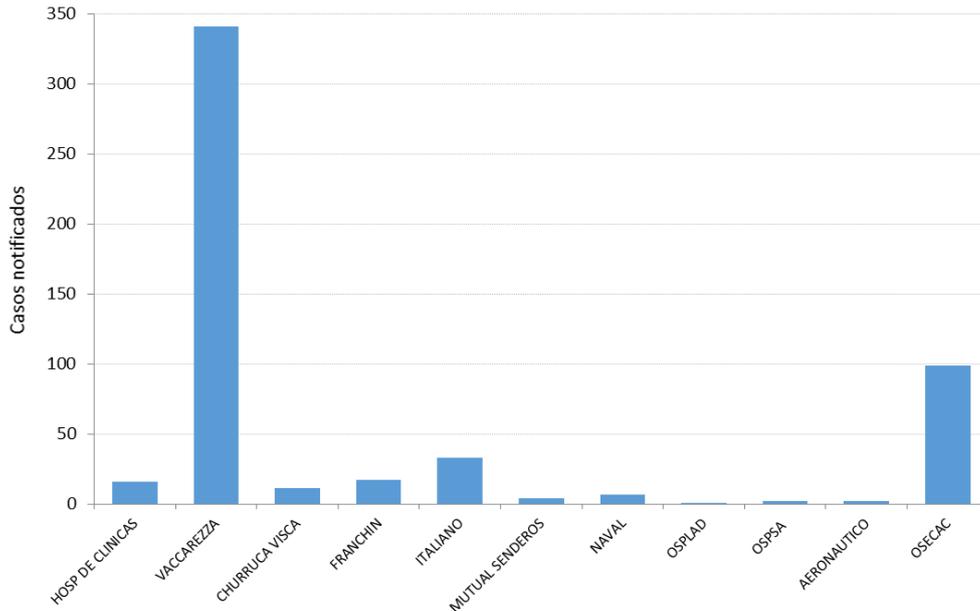
A continuaci3n se muestran los casos totales atendidos en la CABA, por establecimiento notificador.

Gráfico 23. Casos notificados por establecimiento pÙblico notificador. Residentes y no residentes de la CABA. Hasta la SE 47 de 2017 (n=1696).



Fuente: SNVS-TBC

Gráfico 24. Casos notificados por establecimiento privado o universitario notificador. Residentes y no residentes de la CABA. Hasta la SE 47 de 2017 (n=533).

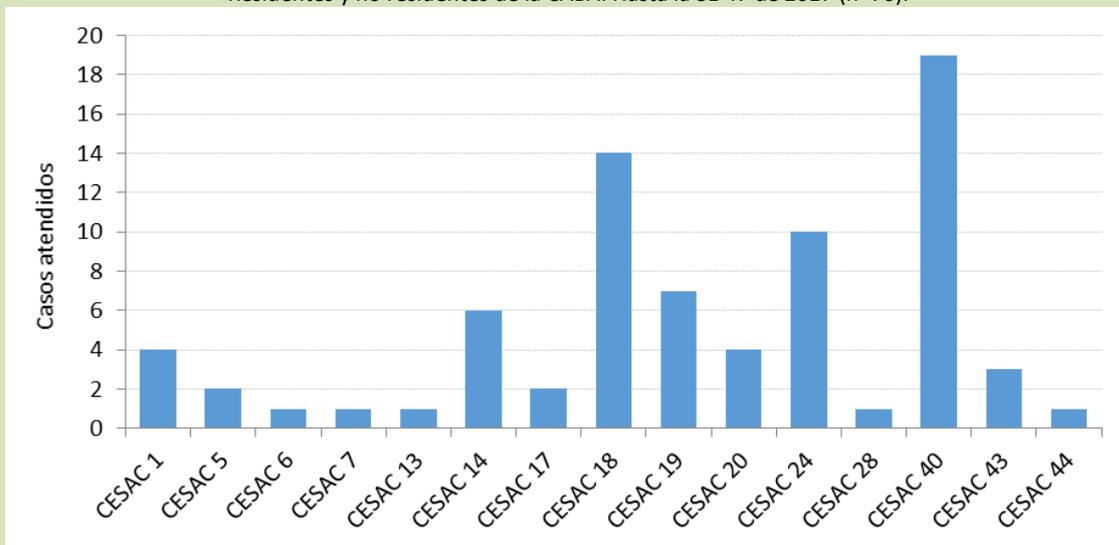


Fuente: SNVS-TBC

Predomina la notificación por parte de los hospitales especializados y universitarios y en un segundo lugar los hospitales generales de agudos, en particular Piñero y Tornú.

A continuación se presentan los casos que recibieron tratamiento en Centros de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (CeSAC), incluyendo residentes y no residentes.

Gráfico 25. Casos tratados en CeSAC. Residentes y no residentes de la CABA. Hasta la SE 47 de 2017 (n=76).

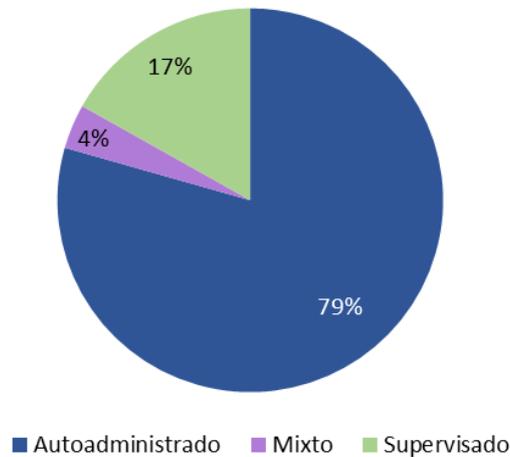


Fuente: SNVS-TBC

En el marco de la estrategia basada en el Plan de Salud de la Ciudad y a partir del fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud y la conformación de una red de cuidados progresivos se está trabajando fuertemente en la descentralización del seguimiento de esta enfermedad y su realización desde el primer nivel de atención. En este marco, se continúa la derivación de pacientes para tratamiento en los CeSAC de la ciudad. Desde la última publicación de estos datos se han incorporado 3 nuevos establecimientos: CeSAC 6, 7 y 44. La mitad de los casos se concentran en los CeSAC 18, 24 y 40 y el 82,9% residen a las Comunas 7 y 8.

En el siguiente gráfico se presenta la modalidad de tratamiento en la totalidad de los casos atendidos en el 2017.

Gráfico 26. Modalidad de tratamiento en porcentaje.
Residentes y no residentes de la CABA. Hasta la SE 47 de 2017 (n=1093).



Fuente: SNVS-TBC

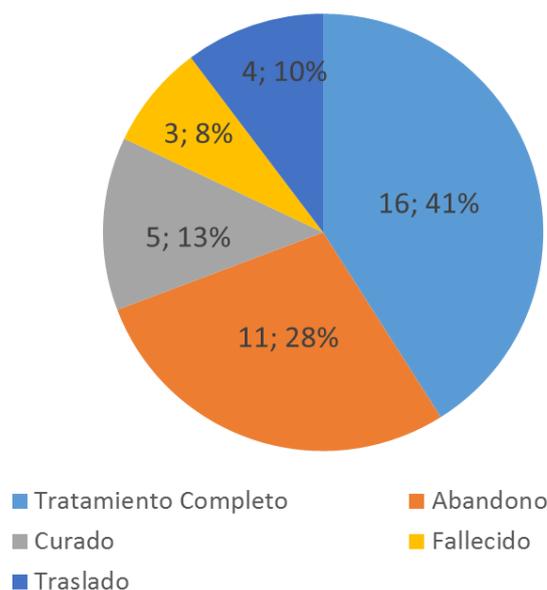
En la mitad de las notificaciones no se cuenta con ese dato, tanto de residentes como de no residentes. Si se consideran los 1093 casos con esta información, el 79% (868) recibió tratamiento autoadministrado, 17% (184) supervisado y 4% (41) mixto.

9.5.4 Evaluación

A continuación se presenta la evaluación final de los casos notificados en residentes de la CABA hasta la SE 14 (principios del mes de abril), considerando que los pacientes diagnosticados durante ese período, en general, ya deberían haber cumplido los 8 meses de un esquema esperado de tratamiento.

De 391 casos notificados en ese período, sólo se cuenta con datos de evolución en un 10% (39 casos).

Gráfico 27. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de tuberculosis hasta la SE 14 de 2017 con datos de evaluación.
Residentes de la CABA (n=39).



Fuente: SNVS-TBC

Los 3 pacientes fallecidos notificados en este período presentaban factores de riesgo: serología positiva para VIH (2), y uso problemático de sustancias (1).

Se está gestionando en forma intensiva la mejora de la consignación de los datos de evolución en el módulo SNVS-TBC.

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_0.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_0.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_0.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_se9_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" - 1° 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
29. DETERMINANTES SOCIALES Y MORTALIDAD POR CÁNCER EN COMUNAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. QUINQUENIO 2011-2015.: BES N° 58, Año II, 29 de Septiembre de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_58_se_37_vf.pdf
30. PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y PERCEPCIÓN DE RIESGO EN EMBARAZADAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2016.: BES N° 59, Año II, 6 de Octubre de 2017 http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_59_se_38_vf.pdf
31. PAROTIDITIS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "PARMENIO PIÑERO" Y SU ÁREA PROGRAMÁTICA: BES N° 60, Año II, 13 de Octubre de 2017 http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_60_se_39_vf.pdf
32. TABAQUISMO PASIVO Y SU EFECTO EN LA SALUD INFANTIL ¿QUÉ CAMBIÓ EN 11 AÑOS? HOSPITAL ZUBIZARRETA. CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2017: BES N° 63, Año II, 3 de Noviembre de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_63_se_42_vf.pdf
33. EPIDEMIOLÓGICA DE DIFTERIA: BES N° 66, Año II, 24 de Noviembre de 2017. http://www.ash.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_66_se_45_vf.pdf *Fe de erratas: en el apartado referido al calendario de inmunizaciones se omitió consignar la dosis de dTpa correspondiente a los 11 años de edad, siendo indicado el refuerzo de dT cada 10 años a partir de esta última. En la versión que figura en la página web ya fue modificado este comentario.*

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 47 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL																										
	SECRECIÓN GENITAL EN MUJERES			SECRECIÓN GENITAL PURULENTO EN VARONES			SECRECIÓN 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			
Establecimientos																											
CESAC 1												4	4	2	9	7	1	1		3	3	1	2	1			
CESAC 10						1	1								4	4	2	2		3	3		2	2			
CESAC 11						1		1	1	0					4	4	2	2		3	3						
CESAC 12								1							3		1										
CESAC 13						1	-1		1	1					3	3	1	-1	1	1	2	1					
CESAC 14			2	2		1	-1	2	-2			3	3	2	8	6	6	6	2	2		0					
CESAC 15			27	23	-4	2	1	-1	6	-6		3	3	3	6	3	4	4	3	2	-1		2	2			
CESAC 16						1	1					1	1	3	1	1	3	3		1	1						
CESAC 18						1	1					1	1		5	5	2	2									
CESAC 19			1	2	1							5	5	4	12	8	4	4	1	2	1		1	1			
CESAC 2															2	2	1	1		4	4		1	1			
CESAC 2 - NO RESIDENTES																				1							
CESAC 20						1	1					2	2		5	5											
CESAC 21															4	4	1	1		1	1						
CESAC 22								1	-1						1	1	1	1		1	1						
CESAC 24			1	34				2		1	1			7		4											
CESAC 25															1	1											
CESAC 26						1	1							1	3	2				2	2						
CESAC 27			2		-2										1	1											
CESAC 29														1	10	9		2	2	1	3	2		3	3		
CESAC 3									1	1				1	9	8	2		-2	1	1		2	2			
CESAC 30								2	-2					4	4	1	4	3	3	3	0						
CESAC 31															3	3											
CESAC 32														2	-2												
CESAC 33														4	4		2	2		4	4		3	3			
CESAC 34														1	1		1	1	1		-1		2	2			
CESAC 35								1	-1					4	4	1	8	7	1	4	3		5	1	2	1	
CESAC 36														1	1		3	3	1		-1			1	1		
CESAC 38															2	2					1	1					
CESAC 39			2		-2									1	1	0		1	1	1	1	0		2	2		
CESAC 39 - NO RESIDENTES			2		-2									1		-1				1		-1					
CESAC 4															5	5		2	2		1	1		1	1		
CESAC 40			3	1	-2			1	-1					2	2	5	7	2		2	2	1	1	0	2	2	
CESAC 41			2		-2							4	2	-2	3	1	-2	5	2	-3							
CESAC 45															1	1					2	2					
CESAC 5						2	3	1							19	19	2	6	4	1	7	6	2	3	1		
CESAC 6														2		3		2									
CESAC 6 - NO RESIDENTES																					2						
CESAC 7														3	3		7	7		2	2		9	9			
CESAC 8								1	1	0				3	3	1	4	3	2	2	0	1	1	0	1	1	
CESAC 9						1	1			2	2			3	3	4	17	13	4	2	-2	2	3	1	2	1	-1
Subtotal (CeSAC)			40	67	-6	9	11	0	15	7	-7	4	50	37	33	185	142	20	64	39	16	68	49	6	31	25	
Porcentaje sobre las notificaciones totales			14%	26%		9%	9%		5%	2%		1%	13%		6%	22%		2%	6%		8%	36%		2%	12%		

Notificaciones hasta la SE 47 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
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	2016	2017	Dif. De Casos
FUNCIEI				9	-9	2			-2				1	2	1	16	21	5	10	-10	30	24	-6	
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	1	2	1	14	22	8	4	3	-1				16	13	-3	38	63	25	15	12	-3	34	54	20
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES	3	5	2	21	33	12	6	4	-2				17	39	22	38	88	50	26	20	-6	55	45	-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	1	6	5	6	3	-3	15	36	21				5	5	0	1	5	4	4	4	0	1	1	0
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	1	12	11	7	4	-3	32	27	-5	1	1	0	14	33	19	27	63	36	13	13	0	1	4	3
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	1	7	6	6	16	10	2	5	3	11	27	16	17	7	-10	8	11	3	15	4	-11	4	6	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES				2	2	0	2	2	0	1	2	1	2	2	0	4	1	-3	20	-20	3	2	-1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	143	72	-71	9	5	-4	4	1	-3	4	22	18	12	13	1	19	15	-4		7	7	2	4	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	68	31	-37	4		-4				7	24	17	11	6	-5	12	13	1	2	2	0	1	6	5
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI		4	4	4	-4					23	14	-9	7	2	-5	8	1	-7	9	1	-8	6		-6
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES				2	-2	3			-3		14	14	7	4	-3	5	4	-1	3	4	1	4	2	-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1	5	4		5	5	5	5	0	28	41	13		72	72	1	100	99	1	1		1	1	0
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	1		-1				1	4	3	26	24	-2	1	54	53	1	71	70	2	7	5	1	2	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND		2	2	3	3	0	1	2	1	13	12	-1	5	15	10	20	32	12	2	3	1	5	9	4
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES				1	1	0	2		-2	8	8	0	3	4	1	9	11	2	4	2	-2	2		-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	1	1	0	1		-1	15	6	-9							5	3	-2	2		-2	3		-3
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	1	1	0				4	13	9							5	1	-4				2		-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	3	3	0	2	1	-1	9	13	4	1	3	2	87	66	-21	121	85	-36	19	7	-12	19	12	-7
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES				1	-1	5	7	2	3	7	4	49	48	-1	62	57	-5	11	3	-8	17	6	-11	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ	4	4	0							1	1	7	6	-1	17	6	-11	1		-1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	1	1	0	2	3	1	11	5	-6		4	4	1	12	11		13	13		3	3	1	1	0
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES	2	2	0	2	2	0	2	4	2	1	1	2	2	2	0	1	1	0						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	2	2	0	1	1	0	3	2	-1	2	9	7	24	35	11	13	12	-1		4	4	7	2	-5
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES				3	3	0	3	2	-1	10	19	9	26	43	17	16	17	1	9	7	-2	3	3	0
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	3	3	0	2	1	-1	96	86	-10	29	30	1	158	147	-11	348	339	-9	3	5	2	10	15	5
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	2	2	0				54	25	-29	28	22	-6	4	9	5	4	12	8	4	6	2	4	13	9
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	14	23	9	6	6	0	7	22	15	63	41	-22	10	12	2	24	15	-9	4	8	4	2	4	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES							2	2	0	13	1	-12		1	1		4	4						
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE																						1	1	0
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES																			1	-1				
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	1		-1							35	6	-29		1	1				5		-5	5		-5
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES										87		-87	1		-1	1		-1	5		-5	22		-22
SANATORIO GÜEMES										4	4	0												
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO																						1	1	0
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	242	188	-54	95	111	16	283	276	-7	392	337	-55	480	653	173	824	1064	240	175	123	-52	242	218	-24
Porcentaje sobre las notificaciones totales	86%	74%		91%	91%		95%	98%		99%	87%		94%	78%		98%	94%		92%	64%		98%	88%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	282	255	-60	104	122	16	298	283	-14	396	387	-18	513	838	315	844	1128	279	191	191	-3	248	249	1

11.2 Gastroentéricas y hepatitis

Notificaciones hasta la SE 47 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	GASTROENTÉRICAS						HEPATITIS												
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS			DIARREAS			HEPATITIS A			HEPATITIS B			HEPATITIS C			HEPATITIS SIN ESPECIFICAR			
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos												
CESAC 1				57	101	44					2	2							
CESAC 10			2	2		98	98												
CESAC 11		1	1	0	17	243	226				1	1							
CESAC 11 - NO RESIDENTES					23	23													
CESAC 12				79	87	1							1						
CESAC 13				102	149	47													
CESAC 14			1	1	143	193	50												
CESAC 15			3	3	121	210	89				2	2		2	2				
CESAC 16					34	52	18				1	1		1	1				
CESAC 18		6	4	-2	89	126	37						1	1					
CESAC 19					137	115	-22												
CESAC 2			1	1	159	116	-43												
CESAC 2 - NO RESIDENTES					22	20	-2												
CESAC 20					116	116	0												
CESAC 21					30	30													
CESAC 22					32	62	30				1	1		2	2				
CESAC 24		1	5		78	205	1						1	2					
CESAC 25					22	19	-3												
CESAC 26					24	29	5												
CESAC 27			2	2	116	91	-25				1	1							
CESAC 28		2		-2	26	4	-22												
CESAC 29					40	52	12				1	1		1	1				
CESAC 3		4	4	0	82	60	-22	1	-1										
CESAC 30					87	54	-33												
CESAC 31		4	1	-3	100	67	-33												
CESAC 32					22	2	-20												
CESAC 33					4	71	67				3	1	-2		1	1			
CESAC 34					26	41	15												
CESAC 35		3	2	-1	80	88	8												
CESAC 36					25	50	25												
CESAC 38					28	28													
CESAC 39					141	123	-18												
CESAC 39 - NO RESIDENTES					26	26													
CESAC 4			1	1	56	78	22				6	6							
CESAC 40		4	4	0	211	137	-74				1	1	0						
CESAC 41			1	1	90	111	21												
CESAC 45					8	62	54												
CESAC 5		5	7	2	206	256	50		2	2		3	3		2	2	1		-1
CESAC 6		38	1		134	101	-2												
CESAC 6 - NO RESIDENTES					21	21													
CESAC 7			1	1	72	94	22	1	-1		1	1							
CESAC 8			1	1	114	85	-29												
CESAC 9		1	1	0	180	178	-2							2	2				
Subtotal (CeSAC)		69	43	7	3078	3848	651	2	2	0	4	21	17	1	15	12	1	0	-1
Porcentaje sobre las notificaciones totales		24%	13%		9%	12%		33%	8%		10%	34%		2%	19%		20%	0%	

Notificaciones hasta la SE 47 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
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
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		1	1	2034	1790	-244												
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES				4099	4392	293												
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA				826	697	-129	1		1				2		-2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES		1	1	1372	1129	-243				1	1	0	1	1	0	1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	1	8	7	285	756	471	1		1		1	1		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES		5	5	37	106	69												
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	9	21	12	1294	1255	-39				2		2		1		1		
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	12	21	9	677	551	-126											1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI				24	135	111												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES				12	17	5		1	1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1	2	1	301	466	165		5	5	1	3	2		8	8			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES				195	429	234				2	1	-1		11	11			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	1	5	4	211	445	234		1	1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	1	3	2	171	135	-36				1		-1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU				1215	789	-426												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES				138	135	-3												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	15	22	7	1112	1073	-39	1	2	1		2	2	2	1	-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	10	18	8	370	474	104								2	2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ				322	228	-94					1	1	3		-3			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES				57	69	12							1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	1	4	3	1735	1779	44												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES		1	1	271	200	-71												
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA				1142	981	-161					1	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	2		-2	1089	995	-94	1		-1		1	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	13	17	4	1992	1770	-222		1	1	15	12	-3	11	9	-2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	13	11	-2	341	329	-12				7	4	-3	13	4	-9			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	83	85	2	2298	2690	392				4	4	0	2	5	3	2		-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	7	2	-5	29	62	33				4	4	4	4	7	3			
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	6	6	0	948	737	-211		1	1									
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	27	26	-1	2517	2348	-169		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	14	22	8	649		-649	1	1	0									
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA										3		-3	1		-1			
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES										4		-4	3		-3			
MC/CMB - Pirovano				5	2	-3												
SANATORIO GÜEMES		2	2					2	2		4	4		9	9		8	8
SANATORIO MITRE								2	2									
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO		4	4	2344	1202	-1142												
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	219	296	77	30617	28214	-2403	4	22	18	38	41	3	43	62	19	4	9	5
Porcentaje sobre las notificaciones totales	76%	87%		91%	88%		67%	92%		90%	66%		98%	81%		80%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	288	339	84	33695	32062	-1752	6	24	18	42	62	20	44	77	31	5	9	4

11.3 Inmunoprevenibles

Notificaciones hasta la SE 47 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	INMUNOPREVENIBLES					
	PAROTIDITIS			VARICELA		
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
CESAC 1	1	13	12	17		-17
CESAC 10			5	5		
CESAC 11	1	3	2	18	18	-18
CESAC 11 - NO RESIDENTES				1	1	1
CESAC 12		19		2	5	
CESAC 13		3	3	37	9	-28
CESAC 14	2	1	-1	31	31	0
CESAC 15		6	6	26	14	-12
CESAC 16	1	8	7	7		-7
CESAC 18	1	1	0	19	11	-8
CESAC 19	2	1	-1	20	10	-10
CESAC 2		2	2	27	1	-26
CESAC 2 - NO RESIDENTES				2	2	
CESAC 20	1	3	2	29	14	-15
CESAC 21		5	5			
CESAC 22	1	8	7		6	6
CESAC 24		6	7	5	37	11
CESAC 25		1	1	5	1	-4
CESAC 26	1	8	7			
CESAC 27		2	2	21	6	-15
CESAC 28				18	3	-15
CESAC 29	1		-1	2	1	-1
CESAC 3		3	3	6		-6
CESAC 30	4	1	-3	33		-33
CESAC 31	3	2	-1	9	6	-3
CESAC 32				10		-10
CESAC 33		6	6	4	1	-3
CESAC 34				8		-8
CESAC 35	2	16	14	7		-7
CESAC 36		3	3	15		-15
CESAC 38		6	6			
CESAC 39	1	5	4	20		-20
CESAC 39- NO RESIDENTES				5		-5
CESAC 4				44		-44
CESAC 40	2		-2	38	5	-33
CESAC 41	6	10	4	22	2	-20
CESAC 45		2	2			
CESAC 5	3	12	9	29		-29
CESAC 6		1		56	2	
CESAC 6 - NO RESIDENTES		1				
CESAC 7	1	4	3	16		-16
CESAC 8	1	4	3	23		-23
CESAC 9	2	5	3	71	14	-57
Subtotal (CeSAC)	37	176	112	684	200	-454
Porcentaje sobre las notificaciones totales	22%	47%		20%	8%	

Notificaciones hasta la SE 47 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	INMUNOPREVENIBLES					
	PAROTIDITIS			VARICELA		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
FUNCEI	4		-4	1	1	0
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	1	4	3	1	17	16
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES		3	3	1	8	7
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	24	37	13	97	112	15
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES				187	191	4
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	1	2	1	69	26	-43
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	3	9	6	109	56	-53
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA		10	10	9	98	89
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES		7	7	1	16	15
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	10	23	13	103	169	66
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	9	12	3	71	63	-8
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI				1	33	32
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES				4	3	-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1		-1	87	55	-32
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES		2	2	59	48	-11
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND		4	4	96	74	-22
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES				68	18	-50
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	7	4	-3	112	51	-61
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	3	4	1	14	34	20
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO				90	80	-10
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES				17	13	-4
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ				127	73	-54
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES				30	6	-24
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL				131	155	24
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES				15	19	4
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	18	6	-12	102	66	-36
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	14	7	-7	92	64	-28
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	19	31	12	201	298	97
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	6	7	1	65	51	-14
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	5	22	17	346	216	-130
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	1	2	1	9	18	9
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	2		-2	119	63	-56
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	4		-4	235	116	-119
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ		1	1	55	11	-44
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	1	2	1	64		-64
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	1		-1	1		-1
SANATORIO GÜEMES		2	2			
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO	1		-1			
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	135	201	66	2789	2322	-467
Porcentaje sobre las notificaciones totales	78%	53%		80%	92%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	172	377	178	3473	2522	-921

11.4 Intoxicaciones

Notificaciones hasta la SE 47 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	INTOXICACIÓN																				
	MEDICAMENTOS A			POR HIDROCARBUROS			POR MONÓXIDO DE CARBONO			POR OTROS TÓXICOS			POR PLAGUICIDAS DE USO DOMESTICO			POR PLAGUICIDAS SIN IDENTIFICAR			POR METALES PESADOS		
	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
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	7	2				4	6	2	1		-1	1		-1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	4	1	-3					4	4												
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA		4	4					16	16		5	5									
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES		1	1				2	3	1		1	1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	35	18	-17		1	1	8	9	1	63	43	-20	1	1	0				1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	11	3	-8					5	5	8		-8									
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI								1	1												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH					1	1		1	1							1		-1	1	2	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES										1		-1							8	1	-7
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	48	9	-39				12	5	-7	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	1	3	2					1	1	3		-3							3		-3
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	33	27	-6				83	42	-41	8	6	-2									
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES							1	7	6												
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	25	5	-20				18	1	-17	2	1	-1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES		1	1				1		-1	1		-1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	5		-5				25	5	-20		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)	173	81	-92	0	3	3	179	124	-55	99	61	-38	4	1	-3	1	0	-1	13	3	-10
Porcentaje sobre las notificaciones totales	100%	100%			100%		100%	100%		100%	100%		100%	100%		100%			100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	173	81	-92	0	3	3	179	124	-55	99	61	-38	4	1	-3	1	0	-1	13	3	-10

11.6 Otros eventos

Notificaciones hasta la SE 47 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	OTROS								
	TUBERCULOSIS			LEPRA			SINDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)		
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 1		2	2						
CESAC 13	2	1	-1						
CESAC 14	13	3	-10						
CESAC 16		2	2						
CESAC 18	21	6	-15						
CESAC 19	6	2	-4						
CESAC 20	22	6	-16						
CESAC 21		1	1						
CESAC 24	19	6							
CESAC 25	3		-3						
CESAC 26		1	1						
CESAC 28	4		-4						
CESAC 29							2	2	
CESAC 3	1		-1						
CESAC 30	1		-1						
CESAC 31	8		-8						
CESAC 33	2	1	-1						
CESAC 35		2	2						
CESAC 36	1	2	1						
CESAC 4		1	1						
CESAC 40	20	8	-12						
CESAC 41	6		-6						
CESAC 5	19		-19		1	1			
CESAC 6	2	1	1						
CESAC 7		1	1						
CESAC 8		3	3						
Subtotal (CeSAC)	150	49	-86	0	1	1	0	2	2
Porcentaje sobre las notificaciones totales	12%	10%		0%	20%		0%	3%	

Notificaciones hasta la SE 47 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	OTROS								
	TUBERCULOSIS			LEPRA			SINDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)		
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	183	45	-138	10	2	-8			
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES	341	93	-248	4	1	-3			
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	17		-17				5	2	-3
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	77	4	-73				21	20	-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA		8	8						
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	9	14	5						
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	16	8	-8						
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	6	5	-1					2	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	11	8	-3						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	6	4	-2						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1	19	18						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	1	9	8				1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	1		-1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	26	17	-9						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	52	17	-35						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	6	7	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	2	2	0						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	1		-1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	53	27	-26						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	45	26	-19						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	59	7	-52						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	42	9	-33	2		-2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	61	38	-23						
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	19	3	-16						
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE							2	1	-1
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES							8	7	-1
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ							5	11	6
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES							9	9	0
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	1	4	3						
SANATORIO GÜEMES	1	9	8					3	3
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO	1		-1					6	6
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN	18	8	-10						
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN - NO RESIDENTES	29	19	-10				1	1	0
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	1085	423	-662	16	4	-12	52	62	10
Porcentaje sobre las notificaciones totales	88%	90%		100%	80%		100%	97%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	1235	472	-748	16	5	-11	52	64	12

11.7 Respiratorios

Notificaciones hasta la SE 47 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		
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
CESAC 1	56	17	-39	12	16	4				93	27	-66
CESAC 10		22	22		29	29					19	19
CESAC 11	4	155	151	13	444	431				4	64	60
CESAC 11 - NO RESIDENTES		23	23		15	15					6	6
CESAC 12	41	43		5	328					10	34	
CESAC 13	47	35	-12	131	114	-17				31	13	-18
CESAC 14	62	85	23	13	119	106				15	43	28
CESAC 15	165	96	-69	25	93	68				42	68	26
CESAC 16	16	15	-1	35	77	42				29	23	-6
CESAC 18	207	34	-173	267	39	-228				72	28	-44
CESAC 19	344	249	-95	42	136	94				95	93	-2
CESAC 2	148	24	-124		40	40				97	27	-70
CESAC 2 - NO RESIDENTES	16	6			11					8	10	
CESAC 20	87	49	-38	31	28	-3				45	45	0
CESAC 21		17	17		8	8					18	18
CESAC 22	8	18	10	34	98	64				24	30	6
CESAC 24	14	187	7	26	134	0				32	69	
CESAC 25	5	1	-4		2	2				3		-3
CESAC 26	10	15	5	14	6	-8				8	24	16
CESAC 27	54	43	-11	85	45	-40				29	12	-17
CESAC 28	2		-2	77	9	-68	3	3		11	1	-10
CESAC 29	28	26	-2	8	14	6				28	15	-13
CESAC 3	132	71	-61	52	35	-17				76	23	-53
CESAC 30	89	12	-77	39	18	-21				22	8	-14
CESAC 31	39	68	29	149	64	-85				12	27	15
CESAC 32	1		-1							13	1	-12
CESAC 33	4	29	25	2	61	59				2	29	27
CESAC 34	47	6	-41	357	31	-326	1	1		19	6	-13
CESAC 35	59	42	-17	8	69	61				42	58	16
CESAC 36	2	16	14	1	59	58				14	17	3
CESAC 38		11	11		12	12					14	14
CESAC 39	77	49	-28	23	167	144				23	38	15
CESAC 39 - NO RESIDENTES	10		-10	5		-5				7		-7
CESAC 4	56	34	-22	6	25	19				15	16	1
CESAC 40	112	80	-32	9	41	32				50	43	-7
CESAC 41	23	52	29	29	133	104				43	27	-16
CESAC 45		11	11		8	8					16	16
CESAC 5	107	64	-43	18	72	54				54	54	0
CESAC 6	56	39		112	59	4				39	15	-2
CESAC 6 - NO RESIDENTES		14			3						6	
CESAC 7	126	134	8	29	81	52				49	87	38
CESAC 8	77	61	-16	13	94	81				27	26	-1
CESAC 9	235	127	-108	22	71	49	111	-111		88	77	-11
Subtotal (CeSAC)	2566	2080	-641	1692	2908	828	111	4	-107	1271	1257	-61
Porcentaje sobre las notificaciones totales	11%	10%		4%	9%		3%	0%		10%	10%	

Notificaciones hasta la SE 47 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			
	Establecimientos	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	34	-47	224	253	29	207	129	-78	276	438	162	
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES	63	23	-40	254	282	28	314	282	-32	514	713	199	
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	384	297	-87	174	157	-17				277	256	-21	
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	1100	1106	6	407	490	83				802	766	-36	
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	96	62	-34	5058	2550	-2508	207	127	-80	281	132	-149	
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	1345	689	-656	8513	3806	-4707	342	242	-100	654	339	-315	
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	394	517	123	356	1168	812	119	176	57	177	432	255	
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES	108	159	51	64	239	175	20	29	9	28	80	52	
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	245	290	45	463	2710	2247	77	108	31	210	355	145	
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	261	283	22	234	1531	1297	61	44	-17	132	157	25	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	65	106	41	27	59	32	23	83	60	246	214	-32	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	103	62	-41	9	4	-5	7	71	64	206	115	-91	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	259	916	657	3	187	184	14	131	117	151	337	186	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	209	737	528	10	185	175	2	134	132	114	261	147	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	790	724	-66	217	543	326	125	128	3	266	210	-56	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	263	261	-2	113	155	42	83	123	40	235	74	-161	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	85	38	-47	656	315	-341	34	40	6	273	124	-149	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	40	25	-15	101	33	-68	3	2	-1	46	32	-14	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	864	424	-440	4041	2135	-1906	360	378	18	266	289	23	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	397	240	-157	1046	816	-230	78	91	13	26	48	22	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ	315	263	-52	303	206	-97				277	177	-100	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES	135	93	-42	87	59	-28	3		-3	78	51	-27	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	856	515	-341	2071	1512	-559	53	233	180	339	229	-110	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES	180	74	-106	468	181	-287	7	12	5	65	29	-36	
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	580	420	-160	691	650	-41	8	57	49	372	242	-130	
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	1070	922	-148	539	600	61	9	168	159	327	229	-98	
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	695	678	-17	2733	2468	-265	359	232	-127	1242	995	-247	
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	388	298	-90	474	538	64	184	116	-68	396	311	-85	
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	4006	3396	-610	890	1426	536	625	580	-45	725	842	117	
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	47	170	123	9	50	41	5	47	42	11	32	21	
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	800	675	-125	302	165	-137		184	184	132	110	-22	
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	3549	2928	-621	946	330	-616		584	584	368	597	229	
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	47	-28				16	22	6	1		-1	
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES	119	79	-40				33	13	-20				
MC/CMB - Pirovano	2		-2	14	25	11				1		-1	
SANATORIO MITRE								48	48				
SOC ITALIANA DE BENEF - HOSP ITALIANO	380	292	-88	4741	4078	-663	512	592	80	1839	1713	-126	
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	21033	17991	-3042	37555	29929	-7626	4303	5474	1171	11717	11063	-654	
Porcentaje sobre las notificaciones totales	89%	90%		96%	91%		97%	100%		90%	90%		
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	23599	20071	-3683	39247	32837	-6798	4414	5478	1064	12988	12320	-715	

11.8 Transmisión vertical

Notificaciones hasta la SE 47 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
Establecimientos						
CESAC 1	1		-1			
CESAC 11		1	1			
CESAC 15	1	1	0			
CESAC 20		1	1			
CESAC 24		1				
CESAC 34		1	1			
CESAC 40	1	1	0	4		-4
CESAC 5		1	1	1		-1
CESAC 6 - NO RESIDENTES					1	
CESAC 9		5	5	1		-1
Subtotal (CeSAC)	3	12	8	6	1	-6
Porcentaje sobre las notificaciones totales	1%	6%		4%	1%	

Notificaciones hasta la SE 47 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
Establecimientos						
CTRO MED SEGUROLA SA - NO RESIDENTES		1	1			
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC		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	1	2	1		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	10	9	-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES	2	1	-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	4	8	4		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	4	9	5		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	2	9	7		3	3
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	1	9	8		2	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	6	15	9			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	7	7	0			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	4	6	2		3	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 J. A. FERNANDEZ		29	29		16	16
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	11	4		3	3
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	25	21	-4		7	7
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	13	11	-2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	17	5	-12			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	48	27	-21	38	26	-12
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	10		-10	10		-10
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES		1	1			
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	20		-20	46		-46
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES	35		-35	52		-52
SANATORIO GÜEMES		2	2			
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	218	192	-26	148	66	-82
Porcentaje sobre las notificaciones totales	99%	94%		96%	99%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	221	204	-18	154	67	-88

11.9 Zoonosis y transmitidas por vectores

Notificaciones hasta la SE 47 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ZONOSIS Y VECTORIALES														
	BRUCELOSIS			DENGUE AGRUPADO			HIDATIDOSIS			PSITACOSIS			DENGUE CLÁSICO		
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
CESAC 1				9		-9		1	1				4	3	-1
CESAC 10				1		-1								1	1
CESAC 13				5		-5							1	2	1
CESAC 14				8		-8								2	2
CESAC 15													4		-4
CESAC 16				2		-2				1		-1		1	1
CESAC 18				50	1	-49							57	5	-52
CESAC 19				5	1	-4							1	3	2
CESAC 20				5		-5							2	1	-1
CESAC 24				16									1	4	
CESAC 25														2	2
CESAC 28				8		-8							3		-3
CESAC 29				1		-1							2		-2
CESAC 3				2		-2									
CESAC 30				26	4	-22									
CESAC 31				1	2	1							3		-3
CESAC 32														1	1
CESAC 35				26		-26							1	1	0
CESAC 36				13	1	-12									
CESAC 39				1		-1									
CESAC 39- NO RESIDENTES													1		-1
CESAC 4					5	5							1		-1
CESAC 40				2		-2									
CESAC 5				1	17	16							21	1	-20
CESAC 6				1									1		
CESAC 7	2		-2	7	1	-6							8		-8
CESAC 8				57		-57							3	3	0
CESAC 9				1		-1									
Subtotal (CeSAC)	2	0	-2	248	32	-199	0	1	1	1	0	-1	114	30	-86
Porcentaje sobre las notificaciones totales	50%	0%		4%	43%		0%	11%		33%	0%		2%	5%	

Notificaciones hasta la SE 47 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
Establecimientos																					
FUNCEI												3		-3							
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ												1		-1	1413		-1413	1		-1	
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES				1	12	11		1	1		1	1	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				3	3	
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																5	5	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															8		-8				
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	0							
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	13	-750				
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	2	18	16	0	1	1	3	2	-1	88	3	-85	6127	43	-6084	8	6	-2
Porcentaje sobre las notificaciones totales	100%			50%	100%			100%		100%	100%		100%	100%		96%	57%		100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	1	0	-1	4	18	14	0	1	1	3	2	-1	88	3	-85	6375	75	-6283	8	6	-2

Notificaciones hasta la SE 47 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ZONOSIS Y TRANSMITIDAS POR VECTORES																				
	HIDATIDOSIS			LEISHMANIASIS CUTÁNEA			LEPTOSPIROSIS			PSITACOSIS			DENGUE CLÁSICO			HANTAVIROSIS			PALUDISMO		
	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	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													4	36	32						
FUNCEI													82		-82						
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	1	2	1							4	4	0	238	48	-190				1	1	0
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES				1	1	0	3	1	-2	1	8	7	296	77	-219	1	1	0			3
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC													140	4	-136						
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES							1	7	6		2	2	214	15	-199	2	2				
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA													114	16	-98						
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES		1	1					1	1				241	21	-220						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA													550	26	-524						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES													101	11	-90						
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD													216	5	-211						
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES													201	2	-199						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI													236	8	-228						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES								1	1				80	1	-79						
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										20	7	-13						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU													72	21	-51						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES													23	7	-16						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO													151	15	-136						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES				1	1	0	1		-1				54	5	-49	1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ										1	1	0	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	0
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA								2	2				30	12	-18						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES				1		-1							20	14	-6						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA													89	12	-77						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES													93	6	-87						
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO										1		-1	299	32	-267						
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES													37		-37						
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE		1	1										50	5	-45						
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES		1	1										170	18	-152						
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ													77	5	-72						
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	3		-3										126	1	-125						
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA													3		-3						
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES													3		-3						
SANATORIO GÜEMES		1	1										1	21	20						
SANATORIO MITRE													18		18						
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO													474	97	-377	2	3	1			
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO - NO RESIDENTES													200	35	-165						
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN													30		-30						
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN - NO RESIDENTES													36	5	-31						
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	5	8	3	2	2	0	7	14	7	2	15	13	5236	623	-4613	4	6	2	1	5	4
Porcentaje sobre las notificaciones totales	100%	89%		100%	100%		100%	100%		67%	100%		98%	95%		100%	100%		100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	5	9	4	2	2	0	7	14	7	3	15	12	5350	653	-4699	4	6	2	1	5	4