

“2014, Año de las Letras Argentinas”



INFORME FINAL DE
AUDITORIA
Con Informe Ejecutivo

Proyecto N° 3.13.11

**DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGIA
Y
ESTADÍSTICAS**

Período 2012

Buenos Aires, Abril 2014

AGCBA



AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640 - 6to. Piso -
Ciudad Autónoma De Buenos Aires

Presidenta

Lic. Cecilia Segura Rattagan

Auditores Generales

Dr. Santiago de Estrada

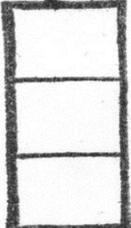
Ing. Facundo Del Gaiso

Dr. Eduardo Epszteyn

Dr. Alejandro Fernández

Ing. Adriano Jaichenco

Dra. Victoria Marcó



CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.13.11

NOMBRE DEL PROYECTO: Dirección Epidemiología y Estadísticas

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2012

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME:

EQUIPO DESIGNADO:

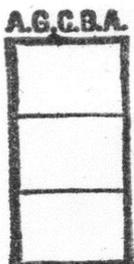
Directora de Proyecto: Mg. María Luján Bertella

Supervisora a c/: Dra. Nora Solano

Objetivo: Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en la Dirección de Epidemiología y Estadísticas

Aprobado por unanimidad en la Sesión de Colegio de Auditores Generales de fecha 23 de abril de 2014.

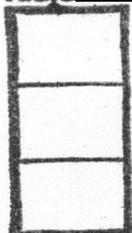
Resolución AGC N° 176/14



INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Abril de 2014
Código del Proyecto	3.13.11
Denominación del Proyecto	Dirección Epidemiología y Estadísticas
Período examinado	Año 2012
Objetivo de la auditoría	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en la Dirección de Epidemiología y Estadísticas
Presupuesto 2012	La Dirección de Epidemiología y Estadística no tiene un reflejo presupuestario directo. Aquellas necesidades de provisión de elementos son canalizados a través de los créditos del programa 12 (Jurisdicción 40).
Alcance	<p>El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por la Ley N° 325.</p> <p>Se implementaron procedimientos de auditoría teniendo en cuenta las áreas críticas detectadas en la etapa de relevamiento, orientados a evaluar la gestión desarrollada.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevistas con profesionales responsables de la conducción del Centro y de las áreas involucradas en una muestra de efectores de las cuatro Regiones Sanitarias de la ciudad. 2. Análisis presupuestario. 3. Análisis de estructura organizativa, objetivos, responsabilidades y acciones, 4. Análisis de los Recursos Humanos, físicos y materiales. 5. Análisis muestral de las metodologías y sistemas informáticos utilizados en efectores de las cuatro Regiones Sanitarias. 6. Análisis del origen de los datos, su procesamiento y distribución. Confiabilidad. Elaboración, edición y publicación de la información 7. Control cruzado de la información generada por el efector y el nivel central. 8. Elaboración de indicadores
Limitaciones al alcance	Sin limitaciones
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Marzo 2013 - Agosto 2013
Aclaraciones previas	<p>MARCO NORMATIVO:</p> <p>-Ley N° 15.465/60 - Enfermedades de denuncia obligatoria. Decretos Nacionales N° 3.640/64 (reglamentario), N° 6.180/65, N° 2.771/79 (modificadorio):</p> <p>-Ley N° 17.622 /68 Creación del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Decreto Reglamentario 3.110/70:</p> <p>-Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N° 153/99</p> <p>-Resolución N° 1727/GCABA /04 Crea el Sistema de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades de la Ciudad de Buenos Aires (SVSCE) y aprueba e implementa el Plan Director</p> <p>ESTRUCTURA ORGANICA Y FUNCIONAL:</p> <p>DIRECCION DE EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADISTICAS DE SALUD:</p>

AGC



	<p>Integra la Dirección General de Desarrollo y Planeamiento Sanitario, dependiente de la Subsecretaría de Planificación Sanitaria, creada por Decreto N° 561 del 16 de julio de 2010. De ella dependen los Departamentos de Epidemiología y de Estadísticas de Salud.</p>
Observaciones	<p>Observación N° 1 La Dirección de Epidemiología y Estadísticas no tiene designado responsable, ni asignados los recursos necesarios para su funcionamiento. Lo mismo ocurre en los departamentos de su dependencia, Epidemiología y Estadísticas. En el primer caso, se ha llevado a cabo el concurso, impugnado sus resultados y no han sido convocados nuevamente.</p> <p>EPIDEMIOLOGÍA Departamento de Epidemiología</p> <p>Observación N° 2 Es insuficiente la cantidad de profesionales en el área. No se cubrieron aún las vacantes ocurridas. No se ha dado respuesta al expediente N° 1686724/12 DGDYPS, presentado solicitando ampliar la dotación.</p> <p>Observación N° 3 Falta de cumplimiento a la Resolución N° 1727/04¹. Falta de designación de Responsables de Epidemiología. En la mayoría de los efectores de la muestra (57%), es el área de Promoción y Protección quien realiza una búsqueda activa de casos para su notificación.</p> <p>Observación N° 4 No están constituidos los Grupos de Trabajo de Epidemiología en los hospitales públicos de la ciudad ni los Comités para el Análisis de Situación de Salud (CASIS) (Art 6° y Art. 7° Resolución N° 1727/04).</p> <p>Observación N° 5 No se encuentran articuladas las acciones de vigilancia epidemiológica que realizan los efectores de los tres subsectores de salud de la Ciudad, ni con otras áreas del Ministerio de Salud (Programas de enfermedades transmisibles, no transmisibles, vigilancia en Salud Ambiental)</p> <p>Observación N° 6 La capacitación continua de los profesionales involucrados en el proceso de recolección de datos epidemiológicos se ha visto interrumpida desde 2010.</p> <p>Observación N° 7 El sistema informático que se utiliza actualmente, si bien responde a las necesidades del SNVS, no es suficientemente específico para cubrir las necesidades del Departamento de Epidemiología, por lo que se genera y procesa información en otros soportes.</p> <p>Observación N° 8 Falta de personal administrativo dedicado exclusivamente a la actividad de carga de datos.</p> <p>Observación N° 9 Se encuentran retrasadas las ediciones de los boletines con información epidemiológica relevante.</p>

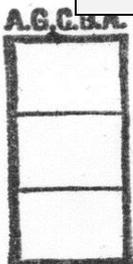
¹ Establece que “en los efectores del Gobierno de la Ciudad serán los Jefes de los distintos servicios ambulatorios y de internación, los responsables del cumplimiento de la notificación adecuada y oportuna por parte de los profesionales de su dependencia. Se designará a un referente en cada Servicio para concentrar la información generada en el mismo y su remisión posterior a P y P. Los Subdirectores de cada Hospital ejercerán la coordinación local del sistema”.



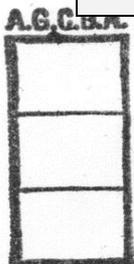
	<p>Efectores periféricos:</p> <p>Observación N° 10 Es elevado el grado de incumplimiento de los envíos de información por parte de los efectores del Nodo del Grupo 3.</p> <p>Observación N° 11 Los recursos humanos destinados a recolección, elaboración y comunicación de datos no se encuentran abocados específicamente a esta tarea, condicionando los tiempos y oportunidad de la notificación.</p> <p>Observación N° 12 Los datos que se registran son referidos a la ocurrencia del evento, no queda registro de las atenciones y prácticas que requirió ni de qué tipo fueron.</p> <p>ESTADISTICAS</p> <p>Departamento de Estadísticas</p> <p>Observación N° 13 El espacio disponible es insuficiente, está compartido con otras dependencias.</p> <p>Observación N° 14 En la muestra seleccionada se verificaron diferencias entre los datos enviados por los efectores y los codificados por el equipo de Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud que afectan la calidad de los datos.</p> <p>Observación N° 15 No se realiza un informe formal con los errores detectados, si bien se corrigen para su difusión.</p> <p>Observación N° 16 No cuentan con un plan de capacitación sistemático ni tampoco están previstos incentivos, como becas para cursos o carreras afines.</p> <p>Observación N° 17 Es insuficiente la cantidad de recursos técnicos y profesionales que determina sobrecarga de tareas y genera retrasos en la publicación de la información. No se cubrieron aún las vacantes ocurridas.</p> <p>Observación N° 18 Difusión No se publica en la página web la información referida a producción de Alimentación, Kinesiología, Anatomía Patológica, Hemoterapia, Diagnóstico por Imágenes, Medicina Nuclear, Laboratorio que queda disponible en el Departamento.</p> <p>Observación N° 19</p> <p>Sistema informático</p> <p>a. No existen en el sistema informático controles automáticos para la consistencia en la carga de los datos.</p> <p>b. La aplicación Movimiento Hospitalario no posee esquema de control de acceso que permita identificar usuario-agente que ingresa a la base de datos. En los efectores como en nivel central la modificación se realiza con un usuario común (todos usan la misma clave).</p> <p>c. Consultorios Externos</p> <p>La información que se carga en la aplicación Movimiento Hospitalario es referida a la cantidad y momento de la consulta (primera vez y ulterior) correspondiente a cada especialidad; no incluye otras variables como</p>
--	--



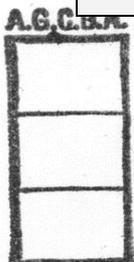
	<p>edad, sexo ni procedencia de los consultantes, que permitirían la elaboración de otros indicadores. Tampoco se dispone de información de diagnósticos consignados en el IECMA.</p> <p>d. Cobertura Porteña Al transformarse el Plan Médico de Cabecera en Cobertura Porteña de Salud, los datos correspondientes a pacientes incorporados pasaron a SIGEHOS y hasta el momento no se ha logrado compatibilizar con el sistema utilizado por el Departamento de Estadísticas. Esto limita la información al tipo y oportunidad de la consulta.</p> <p>Efectores Periféricos</p> <p>Observación N° 20 Las áreas de estadísticas no tienen definida su ubicación en la organización formal del hospital de modo que en algunos se incluyen como dependencias del sector de Recursos Humanos y en otras dependen del Departamento Técnico.</p> <p>Observación N° 21 Carencia de un sistema de registro informático unificado y confiable instalado en cada uno de los efectores. Falta de coordinación entre los sistemas en los efectores que utilizan el sistema SIGEHOS. Duplicidad de carga.</p> <p>Observación N° 22 Existen retrasos en la entrega mensual de información por parte de los efectores.</p> <p>Observación N° 23 Es insuficiente el equipamiento y se registra falta de mantenimiento y obsolescencia.</p> <p>Observación N° 24 En la mayoría de los efectores el espacio disponible es inadecuado, no cuentan con ventilación ni iluminación suficiente.</p> <p>Observación N° 25 No se han incorporado procesos de control que incluyan el control cruzado de lo cargado en la historia clínica, la planilla de prestaciones diarias y los totales comunicados por el área de estadísticas.</p> <p>Observación N° 26 Centros de Salud El personal asignado resulta insuficiente para cubrir las necesidades de carga de datos de atención primaria, actualmente 12 Centros de Salud no cuentan con personal para esta tarea.</p> <p>Hospital Ramos Mejía:</p> <p>Observación N° 27 - CeSAC 45 No cuentan clave de acceso al sistema informático de estadísticas (se los envía en planilla a nivel central).</p> <p>Hospital Álvarez</p> <p>Observación N° 28 Registro incompleto de los datos en los libros de guardia que genera dificultades en el seguimiento de los casos.</p> <p>Hospital Pirovano</p> <p>Observación N° 29 La División Elaboración y Recolección de Datos está a cargo de una agente del área de enfermería, por disposición del CATA a partir del 1º de agosto de 2012, pero sin designación formal.</p>
--	---



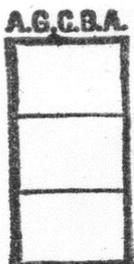
	<p>Observación N° 30 Los servicios cuentan con información estadística de interés para la gestión del hospital que no está contemplada en el diseño del Informe Estadístico de Hospitalización. Los formularios donde se recaban los datos, son planillas papel diseñadas y elaboradas manualmente, que se reproducen por fotocopidora.</p> <p>Observación N° 31 Los cargos vacantes no fueron reemplazados en su totalidad, ni se asignaron formalmente las nuevas responsabilidades. De los dos agentes incorporados, sólo uno está recibiendo capacitación específica.</p> <p>Observación N° 32 El área de Promoción y Protección de la Salud no cuenta con teléfono de línea.</p> <p>Observación N° 33 Se registran atrasos en el envío de los datos de Salud Mental desde junio de 2012.</p> <p>Observación N° 34 CeSAC N° 2 Dimensiones inadecuadas para el desarrollo de la actividad, con luz artificial (oficina de atención y admisión al público).</p> <p>Hospital Alvear</p> <p>Observación N° 35 No se envía la información al Departamento de Epidemiología, porque el sistema informático no puede implementar los datos de un solo efector dado que en el resto de los hospitales no se desarrolla actividades de vigilancia epidemiológica, por lo que no se incluye aún Salud mental en el ASIS.</p> <p>Observación N° 36 La información epidemiológica elevada a la Dirección General de Salud Mental no se publica.</p> <p>Observación N° 37 Solo una computadora tiene incorporado el sistema Movimiento Hospitalario, lo que determina el traslado de personal a nivel central cuando se interrumpe su funcionamiento.</p> <p>Observación N° 38 Falta de la firma del profesional responsable en los informes estadísticos de hospitalización.</p> <p>Pasteur</p> <p>Observación N° 39 El instituto no cuenta con personal administrativo que se ocupe de la carga de datos estadísticos y de epidemiología siendo los mismos profesionales a cargo quienes lo realizan (jefe de departamento).</p> <p>Observación N° 40 Los registros estadísticos que son elevados al Ministerio de Salud, se realizan en planillas que están diseñadas para los hospitales y centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Esto origina una estadística parcial porque no existe un canal para transmitir la totalidad de la información.</p>
Recomendaciones	<p>Recomendación N°1 Designar responsables en las estructuras con jefaturas informales y asignar recursos para el funcionamiento de la Dirección y sus áreas</p>



	<p>dependientes, tanto en el nivel central como en los efectores, para jerarquizar la función. (Observaciones N°1, 2,3, 20, 31 y 39)</p> <p>Recomendación N°2 Dar cumplimiento a los Art. 6° y 7° de la Resolución N°1727/04, respecto de la constitución de los Grupos de Trabajo de Epidemiología en hospitales públicos de la Ciudad y los Comités para el Análisis de Situación de Salud. (Observación N°4)</p> <p>Recomendación N°3 Formalizar acciones de coordinación entre subsectores de salud de la Ciudad con el fin de contar con información epidemiológica oportuna, que contribuya al análisis de situación de salud. (Observación N°5)</p> <p>Recomendación N°4 Continuar con el esquema de capacitación de los agentes involucrados en la acción de recolección, procesamiento y elaboración de datos epidemiológicos. (Observaciones N°6 y 16)</p> <p>Recomendación N°5 Proveer de una herramienta informática capaz de sostener todos los procesos generados en las áreas centrales y periféricas, tomando en consideración las interfaces con los sistemas existentes (tanto nacional como local) y los controles necesarios para proveer de información oportuna y confiable. (Observaciones N°12, 19, 21, 25, 27, 30, 36 y 40)</p> <p>Recomendación N°6 Proveer, reasignar recursos humanos con formación específica en tratamiento de datos. (Observaciones N°8, 11, 17, 26 y 29)</p> <p>Recomendación N°7 Mejorar y controlar el cumplimiento de envío de información epidemiológica y estadística por parte de los distintos responsables. Aplicar medidas correctivas en relación con los errores detectados (Observaciones N°5, 10, 14,15, 22, 28, 33, 35 y 38)</p> <p>Recomendación N°8 Dotar a las áreas de Epidemiología y Estadísticas –del nivel central y de efectores periféricos- de equipamiento suficiente y operativo, como también del espacio físico adecuado para el desarrollo de las funciones específicas (Observaciones N°13, 23, 24, 32, 34 y 37)</p>
<p>Conclusiones</p>	<p>Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires contiene numerosos incisos referidos al valor de la Epidemiología para el conocimiento de los procesos de salud-enfermedad-atención y sus factores determinantes a cuyo cumplimiento apuntan la Resolución N° 1727/04, que da marco al Sistema de Vigilancia Epidemiológico y la Resolución N° 1.759/04 que aprueba el subsistema de estadísticas de servicios de salud.</p> <p>En el presupuesto del año 2012 para el Ministerio de Salud se propone, entre otros objetivos, la <i>“consolidación del sistema de vigilancia epidemiológica, con especial foco en la estructura, los recursos y muy especialmente en la tecnología, apuntando a una mayor eficacia en la gestión de la información que permita la introducción del raciocinio epidemiológico en la gestión”</i>.</p> <p>La implementación parcial de los postulados normativos condiciona la eficacia de áreas tan determinantes para la planificación de la respuesta a la demanda sanitaria como son las que generan los datos estadísticos y epidemiológicos, que impide al Sistema de Salud de la Ciudad contar</p>



	<p>con herramientas indispensables para la toma de decisiones.</p> <p>La actividad de quienes tienen a su cargo las responsabilidades de suministrar la información se encuentra sobrecargada por la falta de jerarquización de las funciones, la insuficiente designación y cobertura de vacantes de recursos profesionales, técnicos y administrativos en ambas áreas, la ausencia de un plan de capacitación formal, que genera restricciones y retrasos en las ediciones de los boletines con información epidemiológica relevante y la publicación actualizada de los datos estadísticos.</p> <p>El sistema informático que se utiliza actualmente, si bien responde a las necesidades del SNVS, no es suficientemente específico para cubrir las necesidades del Departamento de Epidemiología, por lo que se genera y procesa información en otros soportes. Tampoco existe un sistema de registro informático unificado en los efectores, Esta falta de coordinación entre los sistemas en los efectores que utilizan el sistema SIGEHOS afecta la confiabilidad de los datos.</p> <p>No se encuentran articuladas las acciones de vigilancia epidemiológica que realizan los efectores de los tres subsectores de salud de la Ciudad, ni con otras áreas del Ministerio de Salud (Programas de enfermedades transmisibles, no transmisibles, vigilancia en Salud Ambiental)</p>
--	--



**INFORME FINAL DE AUDITORIA
DIRECCIÓN EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICAS
PROYECTO N° 3.13.11**

DESTINATARIO

Señora
 Presidente
 Legislatura Ciudad Autónoma de Buenos Aires
 Lic. María Eugenia Vidal
S _____ / _____ D

En uso de las facultades conferidas por los artículos 131, 132 y 136 de la Ley 70 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y conforme a lo dispuesto en el artículo 135 de la Constitución de la Ciudad, la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires ha procedido a efectuar un examen en el ámbito del Ministerio de Salud, con el objeto detallado en el apartado I) siguiente.

I) OBJETO

Dirección de Epidemiología y Estadísticas.

II) OBJETIVO

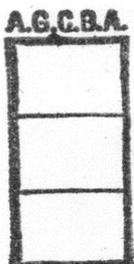
Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en la Dirección de Epidemiología y Estadísticas.

III) ALCANCE

El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por la Ley N° 325.

Se implementaron procedimientos de auditoría teniendo en cuenta las áreas críticas detectadas en la etapa de relevamiento, orientados a evaluar la gestión desarrollada.

1. Entrevistas con profesionales responsables de la conducción del Centro y de las áreas involucradas en una muestra de efectores de las cuatro Regiones Sanitarias de la ciudad.
2. Análisis presupuestario.
3. Análisis de estructura organizativa, objetivos, responsabilidades y acciones,
4. Análisis de los Recursos Humanos, físicos y materiales.
5. Análisis muestral de las metodologías y sistemas informáticos utilizados en efectores de las cuatro Regiones Sanitarias.



6. Análisis del origen de los datos, su procesamiento y distribución. Confiabilidad. Elaboración, edición y publicación de la información
7. Control cruzado de la información generada por el efector y el nivel central.
8. Elaboración de indicadores

IV) LIMITACIONES AL ALCANCE

Sin limitaciones

V) ACLARACIONES PREVIAS

I.- MARCO NORMATIVO

-Ley N° 15.465/60 - Enfermedades de denuncia obligatoria. Decretos Nacionales N° 3.640/64 (reglamentario), N° 6.180/65, N° 2.771/79 (modificatorio): establece la obligatoriedad de la notificación de las patologías enunciadas en el texto de la ley.

-Ley N° 17.622 /68 Creación del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Decreto Reglamentario 3.110/70: Crea el Instituto Nacional de Estadística y Censos, que dependerá de la Secretaría del Consejo Nacional de Desarrollo, define sus objetivos y la estructura del Sistema Estadístico Nacional.

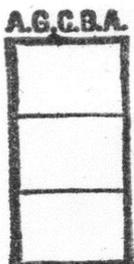
Constituye el instrumento jurídico para el funcionamiento del Sistema Estadístico Nacional -SEN-. Dicha Ley establece que el organismo coordinador del SEN es el Instituto Nacional de Estadística y Censos -INDEC- y que son integrantes del SEN todos los organismos oficiales productores de estadísticas.

Esta Ley y su Decreto Reglamentario consagran el «secreto estadístico» que garantiza la confidencialidad de la información, impidiendo la identificación del informante.

El SEN se estructuró desde el inicio sobre la base de la descentralización. Cada sector (Salud, Educación, Trabajo, etc.) tiene autonomía para la organización de su sistema estadístico, cumpliendo con el compromiso de garantizar, en todo el territorio del país, la aplicación de normas y procedimientos uniformes en las distintas etapas de la producción de información.

Fuente: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie9nro12.pdf>

-Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N° 153/99 (Art. 3° inc. i, j, Art. 12° inc. g, h, n, o, p, t, y; Art.19° inc. b, Art. 20° inc. c, Art. 23° inc. b, Art. 31° inc. e, Art. 35° inc. b): referidos al valor de la Epidemiología para el conocimiento de los procesos de salud-enfermedad-atención y sus factores determinantes.



-Resolución N° 1727/GCABA /04: Crea el Sistema de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades de la Ciudad de Buenos Aires (SVSCE) y aprueba e implementa el Plan Director. Otorga a la entonces Dirección de Salud Comunitaria (establecida por Decreto N° 703/96) la realización por intermedio del Departamento de Epidemiología, de las funciones de coordinación, monitoreo, evaluación y actualización del Sistema, así como el desarrollo de los mecanismos de funcionamiento e integración de las distintas fuentes de información y las normativas para las acciones de control en articulación con los programas específicos. Fija la metodología para la vigilancia de los distintos componentes que se incorporen al sistema. Requiere apoyo de especialistas en los distintos temas. Dispone desarrollar programas de capacitación continua en epidemiología para los miembros del sistema, a la vez que estimular, desarrollar y supervisar la investigación en epidemiología en la Ciudad de Buenos Aires.

-Resolución N° 1.759/GCBA /04: Aprueba el subsistema de estadísticas de servicios de salud y los formularios que lo componen. Establece su vigencia a partir del 1°/1/05.

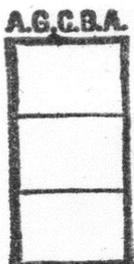
El mismo queda conformado por: Información Estadística de Consultas Médicas; Información Estadística de Movimiento de Pacientes y Utilización de camas; Información Estadística de Pacientes Internados; Información Estadística de Recursos de Salud.

Define a la entonces Dirección de Estadísticas para la Salud (Decreto N° 703/96, dependiente de la Subsecretaría de Atención de la Salud y de la Dirección General de Planeamiento y Evaluación del desempeño, como la unidad de organización responsable de la Coordinación del Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNES) en la jurisdicción.

-Resolución N°2.290/GCABA/MSGC/06: Aprueba el plan operativo para la atención de pandemia de influenza y otras patologías infectocontagiosas. Se conforma el Comité Operativo de Emergencias Epidemiológicas.

-Decreto N° 291/GCABA/07: Creación de residencias post-básicas que incluye la residencia interdisciplinaria en epidemiología para profesionales de egresados de todas las residencias del equipo de salud, de apoyo al equipo de salud, y de enfermería.

-Decreto N° 2.075/MSGC/07: Crea la Dirección General de Redes y Programas dependiente de la Subsecretaría de Atención Integrada de Salud, quien tendrá a su cargo “formular, desarrollar e implementar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y el Sistema de Información en Salud a través de instrumentos epidemiológicos y estadísticos adecuados que permitan su inclusión en el Sistema Nacional de Estadísticas de Salud y en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).



Crea la Dirección General Adjunta de Sistemas Informáticos dependiente de la Subsecretaría de Administración del Sistema de Salud, que tendrá a su cargo, entre otras, la función de asistir a la Dirección de Epidemiología y Sistemas de Información de Salud en lo atinente a la utilización de informática como estructura instrumental básica...”

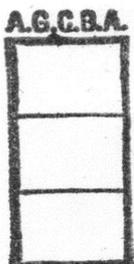
-Decreto N° 392/GCABA/10: En su Artículo 2°, modifica el rango de la Dirección General Adjunta de Sistemas Informáticos a nivel de Dirección General.

-Decreto N° 561/GCABA /10: Buenos Aires, 16 de julio de 2010
 Modifica la estructura organizativa del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, aprobada por el Decreto N° 2.075/07 y sus modificatorios, de acuerdo con los Anexos 1/6 (Organigrama) y 2/6 (Responsabilidades Primarias, Acciones y Objetivos. Crea la Subsecretaría de Planificación Sanitaria y la Dirección General de Desarrollo y Planeamiento Sanitario. Crea la Dirección (Operativa) de Epidemiología y Estadística, la que queda incorporada a su órbita y sus respectivas Subdirecciones operativas (Departamentos) de Epidemiología y Estadística de Salud.

-Resolución N° 123/GCBA/SSASS/10: Buenos Aires, 13 de septiembre de 2010
 Establece que el Sistema de Gestión Hospitalario SIGEHOS será el único sistema informático de gestión a utilizarse en los efectores de salud dependientes del Ministerio de Salud, que será desarrollado por la Dirección General de Sistemas Informáticos, dependiente de la Subsecretaría Administrativa del Sistema de Salud.

-Decreto N° 593/GCBA/11: Buenos Aires, 17 de noviembre de 2011
 Modifica la estructura organizativa del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, aprobada por Decreto N° 2.075/07 y modificatorios, de conformidad con lo establecido en los Anexos I (Organigrama) y II (Responsabilidades Primarias, Acciones y Objetivos).
 Modifica la denominación de Dirección Operativa a Gerencia Operativa. Define que la conducción de la Gerencia y Subgerencias de Epidemiología y Estadísticas será ejercida por miembros de la Carrera Profesional de Salud.
 Crea en la Dirección General de Sistemas Informáticos (dependiente de la Subsecretaría de Administración del Sistema de Salud), las Gerencias Operativas de:

1. Desarrollo e Implementación de Sistemas Informáticos
2. Tecnología Informática y Comunicaciones
3. Operaciones y Mesa de ayuda



-Decreto Nº 260 /12 ANEXO I: Modifica la estructura organizativa del Ministerio de Salud (Decreto Nº 660/11), crea la Dirección General de relaciones Inter-Institucionales, en el ámbito de la Subsecretaría de Planificación Sanitaria.

II.- ASPECTOS PRESUPUESTARIOS

La Dirección de Epidemiología y Estadística no tiene un reflejo presupuestario directo. Aquellas necesidades de provisión de elementos son canalizados a través de los créditos del programa 12 (Jurisdicción 40).

III.- ESTRUCTURA ORGANICA Y FUNCIONAL

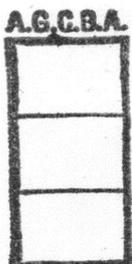
A. DIRECCION DE EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICAS DE SALUD:

Integra la Dirección General de Desarrollo y Planeamiento Sanitario, dependiente de la Subsecretaría de Planificación Sanitaria, creada por Decreto Nº 561 del 16 de julio de 2010. De ella dependen los Departamentos de Epidemiología y de Estadísticas de Salud.

DIRECCIÓN EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICAS DE SALUD

Descripción de acciones

- Asistir en el diseño de un sistema de información estadístico y de vigilancia epidemiológica con indicadores estadísticos y de gestión como elemento de planificación estratégica y gestión del Sistema de Salud.
- Coordinar la red estadística hospitalaria para verificar el cumplimiento y/o aplicación de las normas establecidas para la realización de los relevamientos y la elaboración de los datos estadísticos respectivos.
- Articular con otras áreas del Gobierno de la Ciudad y el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, en cuanto a temas de interés común para el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.
- Participar en la coordinación del desarrollo y fortalecimiento de las bases epidemiológicas y operacionales para la planificación-programación como instrumento para la gestión.
- Colaborar con el diseño, evaluación y control de sistemas de vigilancia de salud.
- Participar en la coordinación del desarrollo de sistemas geo-referenciados para el análisis y seguimiento de la situación de salud, en conjunto con la Agencia de Sistemas de Información del Ministerio de Modernización.
- Participar en la coordinación del desarrollo de sistemas geo-referenciados para el análisis y seguimiento de la situación de salud, en conjunto con la Agencia de Sistemas de Información del Ministerio de Modernización.
- Coordinar con las Regiones Sanitarias, el SAME y demás dependencias del Ministerio, las acciones tendientes a operativizar los planes de vigilancia epidemiológica.
- Gestionar un sistema permanente de información para la gestión (Tablero de control), con amplio acceso a los diferentes niveles del nivel central, tanto en las ramas médico-asistencial como técnico-sanitaria y administrativa.



Si bien esta Dirección fue creada en 2010, a la fecha de realización de este informe aún no ha sido designado su responsable, ni asignados los recursos necesarios para su funcionamiento. Lo mismo ocurre en los departamentos de su dependencia, Epidemiología y Estadísticas, que están a cargo de profesionales sin designación formal en la función. Se concursaron cargos para Director en los años 2011 y 2012, pero en ambos casos fueron impugnados y dejados sin efecto². **(Observación. N°1)**

B. DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA:

La epidemiología como herramienta de gestión:

La epidemiología estudia la manera en que los problemas de salud y enfermedad se distribuyen en la población e investiga los factores que influyen en esta distribución. Históricamente se dedicó al estudio de enfermedades transmisibles que han sido aspectos fundamentales de la gestión en salud pública; pero la aplicación de la epidemiología a la administración de los servicios de salud es un enfoque relativamente nuevo, que contribuye a la elaboración del diagnóstico de una comunidad respecto de la existencia, naturaleza y distribución de la salud y la enfermedad. Esta perspectiva, integral permite además, identificar los factores de riesgo y elaborar estrategias de prevención y promoción. Constituye un medio adecuado para realizar monitoreo y evaluación de programas y políticas de salud.

La epidemiología así entendida, permite orientar las acciones hacia una preservación de la salud más que a su recuperación.

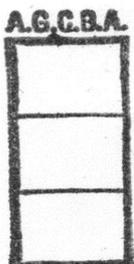
A manera de síntesis los ejes principales de la actividad del Departamento son:

- Vigilancia y Control de Enfermedades
- Brotes y Urgencias Epidemiológicas
- Análisis de Situación de Salud
- Capacitación e Investigación

Descripción de acciones

- Intervenir en la promoción e implementación de mejoras en los procesos de atención salud-enfermedad y sus factores determinantes para que éstos se apliquen en pos de una adecuada gestión de salud en beneficio de la población.
- Coordinar, evaluar y actualizar el Sistema de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (SVSCE), integrando los distintos componentes involucrados.

² Decreto N° 86/11 (llamado a Concurso Cerrado).
Resolución N° 222/MSGC/12 (deja sin efecto el Concurso).
Resolución N° 262/MSGC/12 (llamado a nuevo Concurso).
Resolución N° 484/MSGC/12 (modifica Resolución N° 262)



- Entender y asesorar a la Dirección en la organización de intervenciones oportunas y adecuadas que modifiquen la problemática detectada, coordinando las actividades de respuesta programada o de urgencia epidemiológica, anticipando alertas y facilitando respuestas rápidas.
- Entender en la adecuada integración y supervisión de los diferentes servicios y/o grupos de trabajo en epidemiología de hospitales.
- Colaborar en la articulación con otras áreas del Gobierno de la Ciudad y el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, en cuanto a temas de interés común para el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.
- Intervenir en el estímulo, desarrollo y supervisión de la investigación en epidemiología de la ciudad.
- Colaborar en la promoción de los ejes prioritarios de educación para la salud según la situación epidemiológica observada.
- Intervenir en los programas de capacitación y actualización en epidemiología para profesionales y técnicos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Colaborar en la producción y difusión de materiales informativos periódicos.
- Realizar y consolidar la información de los rendimientos de las unidades ejecutoras y los perfiles epidemiológicos.
- Implementar y controlar los sistemas de vigilancia epidemiológica y, a través de los instrumentos epidemiológicos y estadísticos, preparar la información para el Sistema de Salud.

(Fuente: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/epidemiologia/>)

B.1. Antecedentes

Dentro del Sistema de Salud de la Ciudad el área encargada de tales acciones era Promoción y Protección que luego se subdividió en dos áreas respectivamente. Finalmente fueron incorporadas por la Dirección General de Salud Comunitaria, integrada por cuatro departamentos (uno de los cuales era Epidemiología).

En el año 2000 se implementó el proyecto VIGIA (Ministerio de Salud de la Nación – Banco Mundial), desarrollándose actividades de capacitación en el marco de un nuevo concepto de la Epidemiología y la Vigilancia de la Salud. Esto se vio reflejado en la Resolución N° 1.727/04 y Anexos, que crea el Sistema de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades de la CABA (SVSCE).

En el año 2004 debido al brote de neumonía atípica (SARS) se comenzó a trabajar con el sistema de Alerta Temprana y Respuesta Oportuna, concretado en la Resolución N° 2.290/06.

Los brotes de Gripe A y Dengue en 2009 determinaron la dedicación exclusiva del Departamento a la vigilancia epidemiológica de estos y además obligaron a reformular esquemas utilizados.

El modelo actual ha destinado recursos humanos a la elaboración y comunicación de información fundamental para el sistema epidemiológico, pero, que son insuficientes y además en los hospitales, tienen encomendadas

otras tareas. En la práctica esto ha generado un subregistro crónico y un retraso en la entrega de la información, lo que constituye una grave dificultad en el caso de las notificaciones durante brotes epidémicos (problemas históricos descriptos en el Anexo I de la Resolución N° 1.727/04).

Este subregistro es importante en el sistema público y aún mayor en el privado.

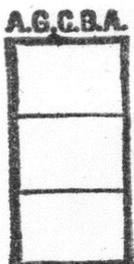
El Departamento ha formulado un proyecto de dotación de servicio de urgencia epidemiológica para hospitales (áreas epidemiológicas) y los centros de salud de la CABA y dotación fija en el Departamento, presentado por Nota N° 5.752/09 Dirección General de Desarrollo y Planeamiento Sanitario a las autoridades competentes, cuyo objetivo es dar un salto cualitativo en la concepción y alcances de la Epidemiología que requiere para su implementación, en primer lugar el reconocimiento del aporte fundamental y exclusivo que puede hacer esta especialidad para la gestión y las políticas de salud a implementar. En segundo lugar, disponer de equipos para respuesta oportuna ante situaciones de eventos con repercusión masiva. A la fecha de este informe, el proyecto tiene tratamiento en el Expediente N° 1686724/12-(ver propuesta dotación de recursos en el ANEXO II del presente informe) **(Observación N°2)**

Epidemiología ha sido aprobada como especialidad multiprofesional por el Ministerio de Salud de la Nación mediante Resolución N° 1.337/11 para lo cual se está efectuando un relevamiento de los distintos espacios de formación, ya que existen en el país residencias y carreras de especialistas universitarios o maestrías en algunas instituciones de ese nivel. La modalidad para acceder a la certificación es la contemplada en la Ley N° 23.873/90, pero no prevé la modalidad de certificación para los profesionales que ya se desempeñan en la disciplina con idoneidad y experiencia avalada por otras instancias de capacitación y ejercicio de la misma. Debido a esta situación no se cuenta con médicos epidemiólogos reconocidos en la carrera profesional en los efectores ni sectores dedicados específicamente a estas acciones sino en el marco de otras responsabilidades en los sectores de Promoción y Protección de los hospitales y en las Áreas Programáticas.

El Departamento está elaborando un proyecto de ley para la ciudad que regule la participación de los distintos efectores de salud (públicos, de la seguridad social y privados) en el sistema de vigilancia de la salud.

Otro proyecto en elaboración es la creación de un Instituto de Prevención y Control de Enfermedades con recursos humanos capacitados y dedicados a tiempo completo a las cuestiones que involucran los requerimientos epidemiológicos.

La capacitación continua, indispensable para la concientización de los profesionales involucrados en el proceso de recolección de datos, se ha visto interrumpida desde 2010 por falta de disponibilidad de recursos humanos. **(Observación N°6)**



También está suspendida la edición del reporte semanal EpiCiudad con las notificaciones urgentes recibidas por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud del GCBA y de noticias epidemiológicas nacionales e internacionales. **(Observación N°9)**

La CABA participa del Sistema Nacional de Vigilancia de Salud que ha puesto a disposición una aplicación informática a la que se accede a través de Internet. Dicha aplicación no cubre todas las necesidades del Departamento de Epidemiología, que debe procesar y generar información en aplicaciones y bases de datos particulares (EPI-INFO³, otras). En particular, se utilizan en los casos de vigilancia intensificada para generar las fichas epidemiológicas de seguimiento y el registro histórico **(Observación N°7)**. No cuentan con personal administrativo para carga de datos. **(Observación N°8)**

El registro en las fichas epidemiológicas se inicia en los efectores de la CABA y se completa, si fuera necesario, en el Departamento de Epidemiología.

Personal del Departamento de Epidemiología de la CABA participa de reuniones organizadas por la Nación con otras áreas de epidemiología pertenecientes a otras provincias. El departamento posee clave de acceso al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS) a través de conexión on-line⁴.

B.2. Organización del Sistema de Vigilancia Epidemiológica

La Vigilancia de la Salud es la recopilación, análisis, interpretación y difusión, en forma sistemática y constante, de datos específicos sobre eventos de salud-enfermedad en una población para utilizarlos en la planificación, ejecución y evaluación de la salud pública.

La ampliación del campo de la vigilancia epidemiológica hacia la Vigilancia en Salud Pública implica la inclusión de los siguientes elementos principales: (a) la vigilancia demográfica, (b) la vigilancia de eventos y situación de salud, (c) la vigilancia del sistema de salud (d) la vigilancia de la opinión de la población, su grado de satisfacción, respuesta social o prácticas de salud vinculada a ella. e) la vigilancia ambiental y calidad de los servicios relacionados con la salud (educación, agua, saneamiento, alimentos).

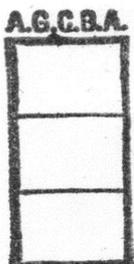
La Vigilancia de la Salud se constituye entonces como una de las principales herramientas que utiliza la epidemiología para establecer la ocurrencia, distribución y factores condicionantes del proceso salud-enfermedad.

Son sus funciones básicas:

1. recibir toda la información necesaria y actualizada
2. procesar, analizar e interpretar los datos recogidos
3. efectuar las recomendaciones pertinentes para las acciones de control
4. implementar las acciones y supervisarlas
5. evaluar los resultados y su impacto

³ Es una aplicación desarrollada que genera tablas particulares para cada uno de los eventos. Se instala en forma local en las computadoras de los usuarios. Fue implementada en 1998 y para algunos eventos fue actualizada a la versión 2000, desarrollado en Access.

⁴ SNVS: Es un software de alcance nacional que involucra los sistemas de Vigilancia Epidemiológica en un mismo formato, estableciendo una Red de Vigilancia. Dicha red se encuentra montada en Internet



Modalidades:

1. **Vigilancia General e Intensificada**
2. **Nodos del Sistema de Vigilancia de la Salud (SNVS)**
3. **Vigilancia de Laboratorios (SIVILA)**
4. **Unidades Centinelas**
5. **Vigilancia de Mortalidad**
6. **Vigilancia de No Trasmisibles**

(Fuente: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/epidemiologia/vigilancia_salud.php)

Para implementar estas funciones se incorporan los efectores oficiales como nodos⁵ y subnodos de la red del SNVS (Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud) en la Ciudad.

Los nodos pertenecen a los 3 grupos de hospitales clasificados según el tipo de vigilancia que realizan (general e intensificada). Los subnodos públicos (Centro de Salud y Acción Comunitaria – CESAC -; Médicos de Cabecera -MC-; Centros Médicos Barriales - CMB) y los privados se relacionarán mediante los hospitales del grupo 1. En la Ciudad de Buenos Aires los nodos de notificación están representados por los Servicios de Promoción y Protección de la Salud (P y P) que son los servicios responsables de recopilar las notificaciones semanales provenientes de los efectores intra y extrahospitalarios, consolidar la información y enviarla al Departamento de Epidemiología y las Áreas Programáticas (AP) representadas por el área sanitaria dependiente de los Hospitales Generales de Agudos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires que son las responsables de las acciones de control, y de la notificación de los efectores del primer nivel de atención. Estos son subnodos públicos del sistema de información para la Vigilancia.

Grupo 1

Vigilancia General e Intensificada con Acciones de Control en su AP, incluye a los Hospitales Generales de Agudos con Área Programática y el Instituto de Zoonosis.

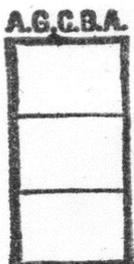
Total 13 nodos

Grupo 2

Vigilancia General e Intensificada sin Acciones de Control, incluye a un Hospital de Agudos sin AP, los tres Hospitales Pediátricos, un Hospital Materno-Infantil y el Hospital de Infecciosas.

Total 6 nodos.

⁵ Un nodo es un software de alcance nacional que involucra los sistemas de Vigilancia Epidemiológica en un mismo formato, estableciendo una Red de Vigilancia. Dicha red se encuentra montada en Internet. Los "nodos" de esta red son unidades de análisis de salud donde se registra, se resume, se analiza y difunde la información notificada dentro de un área geográfica de incumbencia. Los datos son ingresados y recopilados en un servidor central, que cuenta con rigurosos mecanismos de seguridad.



Grupo 3

Vigilancia General incluye a los Hospitales monovalentes.
 Total 15 nodos.

La mencionada resolución, implementa un Plan Director para el Sistema de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades de la Ciudad de Buenos Aires y en su articulado establece la conformación en los distintos hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Grupos de Trabajo en Epidemiología (art. 6) y la integración de un Comité para el Análisis de Situación de Salud (CASIS) (art. 7).

En el Anexo I de la resolución se expresan los fundamentos y describen las acciones tendientes al fortalecimiento del Sistema de Vigilancia y se analizan los inconvenientes en el sistema de vigilancia de la salud, tanto en los niveles local (hospitales) como central (Secretaría de Salud, actualmente Ministerio), que se transcriben:

Las **actividades** incluidas son:

1. Implementar y desarrollar un sistema de análisis y monitoreo de salud que promueva el uso de la epidemiología para la gestión en salud, fortaleciendo las capacidades analíticas y generando evidencias para la decisión en política sanitaria en los diferentes niveles del Sistema de Salud Argentino.
2. Releva los sistemas de información relacionados con salud.
3. Identificar indicadores básicos para el monitoreo de la situación de la salud.
4. Sistematizar la selección de indicadores y la metodología de análisis
5. Identificar necesidades sanitarias, en función de los problemas y grupos de población.
6. Definir prioridades en función a la magnitud, gravedad y vulnerabilidad del evento.
7. Proponer líneas de acción para la gestión sanitaria
8. Monitorear el resultado de las intervenciones sanitarias a corto y mediano plazo.

De esta forma, se concibe la Vigilancia de la Salud como un modelo de sistema de gestión basado en procesos. El propósito final de estos procesos es mejorar la salud de las poblaciones mediante la aplicación apropiada del conocimiento generado por sistemas de información organizados.

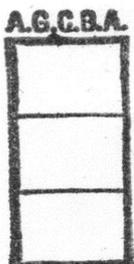
Se pretende construir una herramienta con metodología epidemiológica que sirva para determinar tendencias, caracterizar la población y establecer prioridades

Los inconvenientes descriptos son:

1. Subnotificación y Subregistro:

Se observan en forma histórica distintas situaciones que no permiten estimar la verdadera magnitud de las patologías bajo vigilancia:

- Insuficiente apoyo al desarrollo de la epidemiología dentro del sistema de salud evidenciado en estructuras locales y centrales inadecuadas.
- Desconocimiento de la obligación legal (ley 15465) y de la importancia sanitaria de la notificación de patologías de denuncia obligatoria por los distintos integrantes del equipo de salud.



- Escasa motivación de los profesionales de la salud para participar en el Sistema de Vigilancia.
- Notificación basada en servicios de salud estatales, muchos de los cuales comunican en forma irregular.
- Diagnósticos erróneos y falta de actualización en las normas de vigilancia.
- Casos que no ingresan al sistema de salud por el carácter leve de los síntomas o la existencia de barreras culturales, sociales y económicas en la población.
- Dificultades de coordinación intrasectorial relacionado con una deficiencia administrativa y superposición entre servicios y programas de prevención.
- Fallas en la coordinación extrasectorial por la multiplicidad de prestadores y superposición jurisdiccional.
- Escasa o nula integración con la información generada por la red de laboratorios. En consecuencia, de los enunciados detallados anteriormente se produce una subnotificación y un subregistro que genera una distorsión en la interpretación de la situación epidemiológica de la Ciudad.

2. Falta de Proceso y Análisis Local de la Información

Los datos recogidos no son procesados localmente y llegan al nivel central sin análisis previo. De esta forma se genera una dificultad para el análisis de la situación de salud local y la realización oportuna de las acciones de control.

3. Deficientes Controles de Focos y Estudios de Brotes

Las acciones de control de contactos y/o brotes a cargo de las respectivas áreas programáticas, no se realizan en todos los casos que se requieren. La falta de profesionales entrenados y la escasez de recursos, afecta en algunas áreas la calidad de dichas acciones.

4. Insuficiente devolución de información Central y Local

La Información analizada por el Sistema de Vigilancia de la Salud en sus respectivos niveles no está disponible en forma oportuna para ser utilizada por el equipo de salud que es generador de la misma. Esta situación afecta negativamente en el conjunto del sistema de vigilancia.

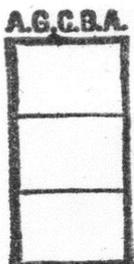
El Anexo II (Resolución N° 1727/04) describe el circuito de información (SVSCE) que deberán implementar los profesionales de la salud de Hospitales, CESAC, CMB, MC y efectores privados o de la seguridad social, incluidos en la Ley N° 15465.

B.2.a. Descripción del circuito:

.....

3.2. En los efectores del Gobierno de la Ciudad serán los Jefes de los distintos servicios ambulatorios y de internación, los responsables del cumplimiento de la notificación adecuada y oportuna por parte de los profesionales de su dependencia. Se designará a un referente en cada Servicio para concentrar la información generada en el mismo y su remisión posterior a P y P. Los Subdirectores de cada Hospital ejercerán la coordinación local del sistema.

3.3. Los profesionales en forma individual o por medio del referente del Servicio informarán en forma diaria o al finalizar la semana según corresponda; a Promoción y Protección del Hospital respectivo, o al profesional designado para



dicha función en aquellos hospitales que no cuenten con esa estructura. Ante urgencias o dificultades se efectuará la comunicación en forma directa con el Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y excepcionalmente (fuera del horario administrativo/fines de semana) por medio del SAME.

3.4. Los subnodos públicos (CESAC, CMB-MC) ingresarán la información recogida de sus propios servicios al sistema informático específico interconectado. Los subnodos privados podrán incorporar la información directamente a dicho sistema o remitirla al servicio de P y P correspondiente.

3.5. El Servicio de Promoción y Protección del Hospital o el profesional designado para dicha función, ingresará la información recogida de todos los instrumentos (planillas, fichas, estudios de foco, otros) y verificará los datos ingresados por los distintos subnodos públicos y privados en forma diaria o semanal según corresponda, al sistema informático específico. Simultáneamente, se comunicarán los casos urgentes al Dpto. de Epidemiología. Realizarán consolidados semanales, mensuales y anuales de la información procesada que comunicarán a los profesionales del sistema local.

3.6. El Departamento de Epidemiología confirmará y consolidará la información recibida de los distintos nodos, subnodos y de otras fuentes, elevándola a las Autoridades de Salud de la Ciudad y al Nivel Nacional. Efectuará informes periódicos que difundirá a todos los integrantes del sistema.

3.7. Las acciones de control de contactos y/o sobre el medio, requeridas a partir de patologías o eventos notificados, serán comunicados por P y P al servicio de Área Programática del hospital cuando el caso tuviera residencia en la misma zona. Si el domicilio del caso perteneciera a otra área programática o jurisdicción, el Dpto. de Epidemiología realizará la comunicación correspondiente. Los Jefes de Área Programática producirán informe de lo actuado en el término de las 72 hs de comunicado el caso e ingresarán un resumen de lo actuado al sistema, elevando un documento completo al Dpto. de Epidemiología al cierre de la investigación.

3.8. El Departamento de Epidemiología coordinará la comunicación con otros organismos del GCBA para la realización de acciones específicas de control.

Fuente: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/epidemiologia/vigilancia_salud.php

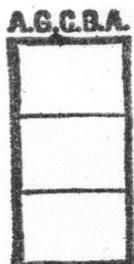
El sistema sólo está habilitado para que la comunicación se realice a través de los nodos. Los profesionales no puedan realizar denuncias en forma individual.

El Sistema Nacional utiliza una herramienta informática (llamada SNVS) que permite que cada nodo tenga acceso a través de Internet a la aplicación. Este esquema está soportado a su vez por, sistemas y bases de datos alojados en servidores centrales, bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud de la Nación.

La aplicación SNVS posibilita la integración on-line, es decir, que en el momento de la carga de un dato local, el mismo es visible por la autoridad provincial jurisdiccional, con la condición de que dicho dato haya sido aprobado por el nivel jurisdiccional que cuenta con mecanismos de aprobación correspondientes.⁶

El acceso a la aplicación se realiza a través de la validación de usuario y contraseña. Dichos elementos son creados por el Ministerio de Salud de la Nación por pedidos formales provenientes de los nodos. Estas variables deben

⁶ Cf.: <https://www.snvs.msal.gov.ar/help/SNVS%20Instructivo%20Seccion%20Notificacion.pdf>, pág 5



cumplir normas establecidas de manejo de claves, ya que el acceso a la información que brinda esta aplicación puede generar consecuencias severas, poniendo en juego información de la salud de la población.⁷ Por cuestiones de seguridad intrínsecas al sistema los formularios utilizados para la carga de los datos se resetean (vuelven a ponerse en blanco) si se produce un corte del servicio, obligando a una nueva carga desde cero.

El Departamento de Epidemiología utiliza además del SNVS la aplicación EPI INFO para generar fichas con información más extensa y detallada que la requerida por el sistema nacional.

El circuito comienza con la detección de eventos (dengue, sarampión, rubeola, hepatitis, diarrea aguda sanguinolenta, y otras). Los efectores cargan los datos correspondientes en el SNVS y luego se completa manualmente una ficha epidemiológica que se envía al Departamento donde se realiza la carga al sistema EPI INFO. El análisis de la información determina acciones y genera informes correspondientes a los casos.

No existe una plataforma informática que posibilite la integración de la información epidemiológica de la CABA que recupere datos de otras fuentes que registran diversas patologías en la Ciudad de Buenos Aires. **(Observaciones N°5 y 7)**

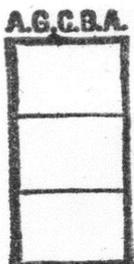
Solo se realiza vigilancia para enfermedades infectocontagiosas. La vigilancia de otros eventos no trasmisibles se halla diferida por la falta de personal. **(Observación N°5)**

En cuanto a la geo-referenciación, no se dispone de una aplicación de información geográfica (falta software correspondiente). **(Observaciones N°5 y 7)**

Las computadoras de los usuarios funcionan dentro del dominio de la red interna del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad.

El Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA) constituye el módulo de notificación de laboratorios del SNVS, sistema de notificación on-line que permite la vigilancia en red de cualquier evento de interés para la salud pública. Existen algunos laboratorios que no cuentan con conectividad a Internet para participar del SIVILA (se encuentra paralizada la interfaz para incorporación de laboratorios) no obstante la obligatoriedad de participar que tienen todos laboratorios. Tampoco cuentan con personal administrativo con dedicación al sistema de vigilancia. **(Observación N°8)**

⁷ Cf.: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/epidemiologia/vigilancia/snvc2/instructivo-manejo-clave-acceso.pdf>, pág 1.



Actualmente el SIVILA incluye la información sobre virus respiratorios, coqueluche y zoonosis. En la Red de Laboratorios existen veintidós nodos públicos previstos en SIVILA pero solo diez de ellos tienen una participación parcial a través de la Red de Virología.

Respecto a la Vigilancia Ambiental y Cuenca Matanza-Riachuelo (CMR) se respondieron requerimientos judiciales sobre el tema. No disponen de profesional estable para dicha tarea. **(Observación N°8)**

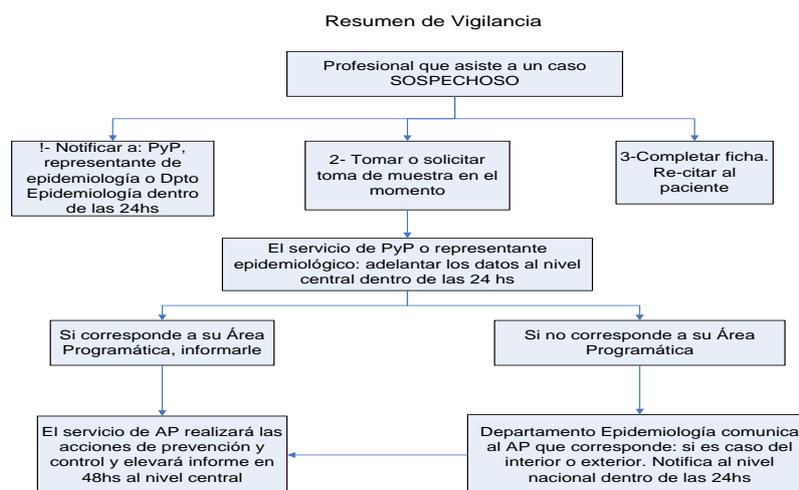
Urgencias Epidemiológicas

No se encuentra conformado un equipo de urgencias epidemiológicas que permita cumplir las funciones de alerta temprana y respuesta oportuna.

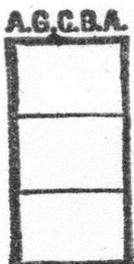
B.2.b. Circuito de notificación en efectores periféricos:

Los datos referidos a la ocurrencia de un evento epidemiológico son cargados por los profesionales involucrados, sin que conste registro de las atenciones vinculadas al mismo (pasa a formar parte de la estadística general). El Departamento de Epidemiología envía a los Centros los requerimientos de estudios de foco. **(Observación N°12)**

En el aviso (telefónico o vía fax) se consignan los datos del paciente; nombre, edad, dirección, teléfono, efector donde se asistió y de acuerdo con el caso, se deriva a pediatría o a clínica médica. Una vez recibidos los datos, el profesional al que se le asignó el seguimiento del caso confecciona la ficha epidemiológica que, además de los datos del paciente incorpora la confirmación del diagnóstico y su resolución. Cuando el caso se encuentra cerrado, se envía la ficha por fax al Jefe de Área Programática del Hospital y al Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Ciudad.



Fuente: <http://www.buenosaires.gob.ar>



Comité para el Análisis de Situación de Salud (CASiS) - Anexo III de la Resolución N° 1727/04

Los análisis de situación de salud son procesos analítico-sintéticos que incluyen diferentes métodos de estudio, a través de los cuales se puede caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud y sus determinantes. Se basan en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de una unidad geográfica-política.

Los ASiS incluyen como sustrato a grupos de población con diferentes grados de postergación resultantes de las condiciones y calidad de vida desiguales en ambientes específicos. También facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la planificación de intervenciones y programas apropiados, y su impacto en salud.

.....

Sala de Situación de Salud

Constituye un instrumento que permite conocer la situación de salud, contribuyendo a la toma de decisiones acertadas y oportunas para las intervenciones.

Su difusión permite conocer indicadores oficiales disponibles sobre la situación de salud del área. Algunos indicadores se pueden visualizar en formato de gráficos, en tablas y/o mapas.

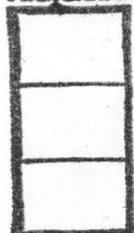
La sala de situación se elabora con el consolidado de las fuentes.

Debe señalarse que los datos de notificación de casos provienen regularmente del sector oficial pero no de los efectores privados.

A continuación se presenta una tabla a modo de ejemplo de los indicadores de patologías que ofrece la Sala de Situación para el monitoreo de los momentos epidemiológicos y su evolución, fuente de datos y organismo generador:

Tabla 1 Sala de Situación de Infección Respiratoria Aguda (IRA)

Fuente	Generador
SNVS: Planilla C2. casos notificados semanales de Bronquiolitis menores de 2 años; ETI y Neumonía según residencia global y grupos de edad	Departamento de Epidemiología
SIVILA: Vigilancia de Laboratorio. Consolidado semanal de muestras positivas según tipo de virus respiratorio	Red Virología
Relevamiento de Internados menores de 5 años con IRAB	Dirección General de Servicios de Salud y SAME
Registro nominal de aplicación de vacuna antigripal	Departamento de Inmunizaciones
Estadísticas Vitales	Dirección de Estadísticas y Censos GCBA



La vigilancia de las IRA en la Ciudad de Buenos Aires se realiza mediante la identificación y notificación del caso sospechoso y de los resultados de estudios virológicos por laboratorios de referencia.

B.2.c.RECURSOS HUMANOS:

En el Departamento de Epidemiología la responsabilidad de gestión está a cargo, desde 2002, de un profesional médico que se desempeña en esta disciplina desde hace más de veinticinco años.

Al 30 de diciembre de 2012 el equipo estaba conformado por tres profesionales de planta que pertenecen al Ministerio de Salud de los cuales uno se encuentra en etapa de su jubilación. Además cuenta con tres profesionales que cumplen tareas en el Ministerio a partir de las Comisiones de sus Hospitales de origen y un profesional que trabaja en terreno en la articulación con los laboratorios. No cuentan con personal administrativo, entre cuyas tareas debería incluirse la carga de los registros en bases de datos desarrolladas en EPI INFO, lo que obliga a dichos profesionales a asumir una actividad extra, que resiente las tareas antes mencionadas.

Modificaciones en el equipo de trabajo del Departamento de Epidemiología 2008/2012

Tabla 2

CATEGORIAS	2008	2009	2010	2011	2012
Profesionales planta Ministerio	3	3	3*	3*	3*
Profesionales planta comisión de hospitales	6	5	5	3	3
Profesionales contratados	2	1	1	1	1
Profesionales becarios/instructores	-	1	2	2	1
Administrativos de planta	-	-	1	1**	-
Administrativos contratados	1	1	-	-	-
Cantidad total de agentes	12	11	12	10	8

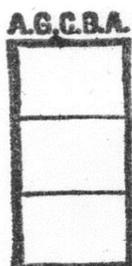
Fuente: Informe Gestión Departamento Epidemiología

*Profesional en proceso jubilatorio con licencia prolongada por enfermedad e inmunidad gremial

**Administrativa con licencia prolongada por enfermedad e incapacidad, con pase al Hospital Tornú

La disminución de agentes y horas disponibles en los últimos años compromete el desarrollo de actividades programadas⁸ y la incorporación de otras nuevas definidas en el Plan Director. El Departamento elevó notas a las autoridades competentes en varias oportunidades proponiendo la creación de un servicio de urgencia epidemiológica para hospitales y Centros de Salud, y también un proyecto de dotación fija de recursos humanos con el objeto de dar respuesta a la necesidad de brindar información relevante para la toma de decisiones en

⁸ Tal es el caso de la publicación de contenido epidemiológico “Informe de Comunas y Regiones Sanitarias 2008”, que ha discontinuado su publicación..



el ámbito del sistema público de salud que involucre además a otros subsectores. **(Observaciones 2, 3 y 4)**

En el Informe de Gestión correspondiente al año 2012 y elevado a la Dirección General por el Departamento de Epidemiología se describen las actividades realizadas por el Departamento de Epidemiología.

Se estructuran a partir de 9 componentes básicos:

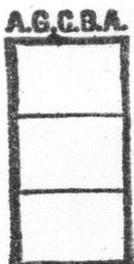
1. Sistema de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades
2. Principales Patologías Bajo Vigilancia
3. Análisis de Situación de Salud (ASiS)
4. Actualización Profesional y Capacitación
5. Investigación Epidemiológica
6. Difusión de la información
7. Educación para la Salud
8. Presupuesto
9. Temas Varios

Tareas habituales desarrolladas en el área

- Recepción de los casos de las distintas patologías de notificación obligatoria, carga directa de datos en bases especiales.
- Verificación y clasificación de casos ingresados desde los efectores en base de datos nacional (SNVS).
- Envío, recepción y verificación de los estudios de foco, donde se detallan las acciones de control realizadas en terreno.
- Comunicación de los casos ocurridos en no residentes de la Ciudad a la jurisdicción correspondiente.
- Archivo de la información.
- Consolidado y análisis periódico de información.
- Elaboración de informes y boletines para la difusión de la información.
- Elaboración y difusión de memos, y alertas para el control de determinadas patologías.
- Convocatoria a reuniones con los nodos locales y comisiones asesoras en diversos temas.
- Actualización profesional en temas de la especialidad: cursos de epidemiología básica, urgencias epidemiológicas y otros.
- Formación de nuevos profesionales en epidemiología: Residencia Posbásica de Epidemiología Aplicada.
- Investigación epidemiológica.
- Urgencia Epidemiológica con guardia permanente (sin remunerar) con un reducido número de profesionales.

Tareas de difusión de información

El Departamento de Epidemiología elabora cuatro productos básicos para la difusión de sus actividades:



Parte Epidemiológico Diario: de uso interno con destinatarios de ambas Subsecretarías y Ministerio de Salud de la Nación, con resumen de notificaciones urgentes.

Boletín Epidemiológico de la Ciudad: este boletín debe ser publicado con una frecuencia anual. Durante 2012 se actualizó el período que va de 2009 a 2011.

Boletín EpiCiudad: se efectúa en soporte electrónico con frecuencia mensual. Durante el 2012 se elaboraron con participantes de la Residencia de Epidemiología, sobre intoxicación por monóxido de carbono (CO), dengue, hantavirus, psitacosis, sarampión, coqueluche, diarrea aguda sanguinolenta (DAS). Alertas: incidente tóxico en el puerto, sarampión.

Boletín Salas de Situación: tiene frecuencia quincenal, detalles de situación de temas específicos, ejemplo:

Dengue: de enero a mayo 2012

Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA): mayo a noviembre 2012

Otros informes:

Como complemento de los productos anteriormente mencionados, durante el 2012 se procedió a la revisión final para su posterior elevación del Análisis de las principales causas de mortalidad de la población por grupos etáreos período 2008-2010.

Se desarrolló un Manual de Estilo para las publicaciones del Departamento.

Se hallan en elaboración un Manual de manejo de brotes y uno de Vigilancia General (con actualización de todas las normas de vigilancia).

También se está elaborando un análisis de mortalidad por lesiones de causas externas (accidentes)

.....

C. DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA DE SALUD

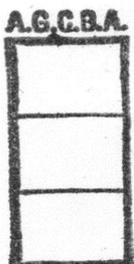
Para la gestión de un sistema de salud es imprescindible contar con una estructura organizativa que suministre información oportuna y adecuada. Así, el conocimiento de la población, sus necesidades, los recursos disponibles a partir de su cuantificación y calificación, permiten una planificación y administración eficiente.

Descripción de acciones

Operar el sistema de información estadística y de vigilancia epidemiológica, preparando los indicadores de gestión.

Obtener y elaborar la información de la red estadística de los efectores y Centros de Salud del Sistema Hospitalario, verificando el cumplimiento de las normas establecidas.

Colaborar en la implementación y control de los sistemas de vigilancia epidemiológica y, a través de los instrumentos epidemiológicos y estadísticos, preparar la información para el Sistema de Salud.



Asegurar el cumplimiento de los requerimientos de programas del Sistema Nacional Estadístico, y la generación de datos básicos que colaboran con la Dirección General Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Antecedentes:

En el año 1968, la Ley N°17.622 crea el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) con los objetivos de unificar la orientación y ejercer la dirección superior de todas las actividades estadísticas oficiales que se realicen en el territorio nacional; estructurar mediante la articulación y coordinación de los servicios estadísticos nacionales, provinciales y municipales, el Sistema Estadístico Nacional (SEN) y ponerlo en funcionamiento de acuerdo al principio de centralización normativa y descentralización ejecutiva.

Dicha Ley establece que son integrantes del SEN todos los organismos oficiales productores de estadísticas. Cada sector (Salud, Educación, Trabajo, etc.) tiene autonomía para la organización de su sistema estadístico, cumpliendo con el compromiso de garantizar, en todo el territorio del país, la aplicación de normas y procedimientos uniformes en las distintas etapas de la producción de información.

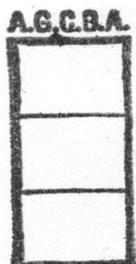
Hacia el final de la década del 60 se genera el Sistema Estadístico de Salud (SES) conocido como Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNES), que integra el Sistema Estadístico Nacional, coordinado en el nivel nacional por la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud.

El SES se implementó en forma descentralizada siguiendo la organización federal del país, lo que requirió la firma de convenios entre el Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de Salud provinciales, suscriptos en 1968 y de renovación automática cada cinco años.

El Departamento de Estadísticas de Salud de la ciudad, por integrar el Sistema Nacional de Estadísticas de Salud a través del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, actúa como coordinador y responsable de la aplicación de los contenidos del PNES en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires.

En la estructura organizativa de la entonces Secretaría de Salud, mediante el Decreto N° 703/96 (Boletín Oficial N°100 del 24 de diciembre de 1996) se aprobó la Dirección de Estadísticas para la Salud (DES) incluida en la carrera profesional hospitalaria. Dicha norma fue derogada.

La Resolución N° 1759/04 aprobada con fecha 20 de septiembre de 2004 por la Secretaria de Salud (Boletín Oficial N° 2044 del 13 de octubre de 2004) define el SESS y los formularios que lo componen y determina su vigencia desde el 1 de enero de 2005. Autoriza a la DES (actualmente Departamento) a adoptar,



dentro del marco de su competencia, los recaudos y medidas que permitan la operatividad del sistema, incluyendo la capacitación del personal de estadísticas de los diferentes Hospitales con el objetivo de poner en conocimiento las nuevas variables y definiciones operativas.

Es la unidad de organización responsable de la coordinación del Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNES) en la ciudad.

Los sectores de estadísticas de los hospitales son los encargados de enviar los datos al nivel central.

Por Decreto N°561/10 (Boletín Oficial N° 3.466 del 22 de julio de 2010), se crea la Subsecretaría de Planificación Sanitaria y la Dirección General de Desarrollo y Planeamiento Sanitario. Crea la Dirección (Operativa) de Epidemiología y Estadística, la que queda incorporada a su órbita y sus respectivas Subdirecciones Operativas (Departamentos) de Epidemiología y Estadística de Salud.

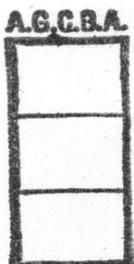
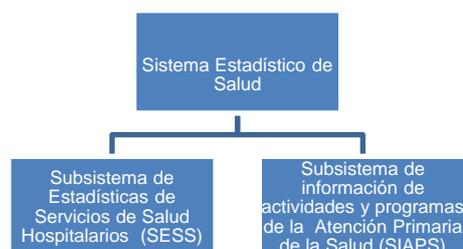
El Decreto N°593/11 (Boletín Oficial N° 3.798 del 24 de noviembre de 2011) modifica la denominación de Dirección Operativa a Gerencia Operativa. Define que la conducción de la Gerencia y Subgerencias de Epidemiología y Estadísticas será ejercida por miembros de la Carrera Profesional de Salud.

Asimismo crea en la Dirección General de Sistemas Informáticos (dependiente de la Subsecretaría de Administración del Sistema de Salud), las Gerencias Operativas de Desarrollo e Implementación de Sistemas Informáticos; de Tecnología Informática y Comunicaciones y de Operaciones y Mesa de ayuda.

La Dirección General de Sistemas Informáticos, a través de la Resolución N° 123/GCABA/SSASS/10, queda facultada para el desarrollo, mantenimiento e implementación del Sistema “SIGHEOS” en los distintos efectores dependientes del Ministerio de Salud.

SISTEMA ESTADÍSTICO DE SALUD

La organización de la información estadística se compone de dos subsistemas y otras actividades específicas de los establecimientos y unidades de organización dependientes del Ministerio de Salud del GCBA.



1. Subsistema Estadísticas de Servicios de Salud Hospitalarios (SESS)

Dentro de este Subsistema pueden distinguirse dos grandes componentes:

1. a. Módulos de Internación y de Consultorios Externos

Su estructura incluye:

1. Información Estadística de Consultas Médicas.
2. Información Estadística de Movimiento de Pacientes y Utilización de Camas.
3. Información Estadística de Pacientes Internados.
4. Información Estadística de Recursos de Salud.

Los tres primeros módulos son los aplicados a través de:

- Informe Diario de Consultas Médicas.
- Censo Diario.
- Informe Estadístico de Hospitalización.

El cuarto módulo registra datos que anteriormente aportaba el Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud.

Información Estadística de Consultas Médicas mide la atención médica ambulatoria.

El informe reúne datos necesarios para obtener la siguiente información:

- Volumen total de consultas médicas ambulatorias por edad y sexo.
- Morbilidad ambulatoria por edad, sexo y residencia habitual.
- Consultas Médicas por especialidades.
- Cobertura de salud de los pacientes ambulatorios.

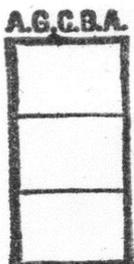
Información Estadística de Movimiento de Pacientes y Utilización de Camas

La fuente primaria es el Censo Diario de Pacientes Hospitalizados relevado diariamente en el hospital por el sector de Estadística del establecimiento y que consolidan por especialidad en el sistema Movimiento Hospitalario Computarizado (MH) para elevarlo al nivel central el día 13 del mes siguiente. Capta los datos para cada unidad operativa. Su objetivo es obtener información diaria acerca de las camas disponibles, su utilización y el movimiento de pacientes ocurridos en el área de internación.

Información Estadística de Pacientes Internados

El informe reúne los siguientes datos:

- Identificar al paciente hospitalizado.
- Conocer la procedencia y características socioeconómicas del paciente, incluida la cobertura social.



- Calcular los días de estada en el establecimiento para cada episodio de internación.
- Disponer de información sobre los diagnósticos atendidos en el establecimiento.
- Conocer las características del evento obstétrico y del producto de la gestación.

El Informe Estadístico de Hospitalización (IEH) se inicia cada vez que se interna un paciente en el momento de su admisión y se completa al egreso. Mensualmente el hospital debe enviar a la Dirección de Estadísticas para la Salud el conjunto de formularios IEH del mes anterior ordenados por especialidad y fecha de egreso.

Información Estadística de Recursos de Salud

Incorpora este nuevo registro que tiene como objetivo actualizar anualmente la información estadística de los recursos y servicios de salud de los establecimientos, contemplando en forma resumida contar con datos del establecimiento en cuanto a:

- Identificación del establecimiento.
- Ubicación geográfica – Domicilio.
- Dependencia administrativa.
- Clasificación del establecimiento.
- Equipamiento.
- Recursos Humanos.
- Camas de dotación.
- Promedio anual de camas disponibles.
- Promedio anual de camas de terapia intensiva.
- Producción anual.

El hospital debe enviar a la Dirección de Estadísticas para la Salud, el formulario debidamente conformado hasta el 28 de febrero de cada año con los datos del año anterior.

1. b. Otras informaciones programadas

Fuera del esquema de este subsistema, se reciben datos de otras áreas hospitalarias que son relevados a nivel del sector productor en registros que resumen mensualmente datos de producción. Corresponden a estos grupos:

- Salud Mental
- Anestesia
- Fonoaudiología
- Obstétricas
- Partos
- Cirugía
- Odontología
- Alimentación



- Servicio Social
- Sectores de Diagnóstico y Tratamiento.
- Prácticas Especializadas

Además de la información sobre la atención hospitalaria, se reciben resúmenes de prestaciones de SAME y del Instituto de Zoonosis “Dr. Luis Pasteur”. La recolección de los datos se realiza a nivel del hospital con procedimientos definidos tanto en la selección de variables como en la periodicidad de envío.

1. c. Origen de los datos:

Los datos primarios se obtienen de los diferentes sectores donde ocurren los eventos. Posteriormente, se elevan al Departamento de Estadísticas para la Salud donde se completa el procedimiento estadístico de consistencia y se elabora el informe que se presenta en el sitio web correspondiente.

Los datos están agrupados en tres ejes temáticos que responden a programas estadísticos continuos:

- Diagnósticos de pacientes egresados
- Movimiento hospitalario
- Atención primaria

1. d. Presentación de los datos.

Contiene en forma detallada el movimiento de pacientes en las modalidades de internación y de consultorios externos de los hospitales dependientes del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

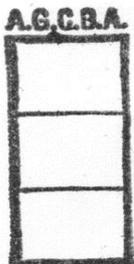
Para el tratamiento estadístico de las dos modalidades asistenciales se utiliza el programa denominado Movimiento Hospitalario diseñado por el área de Estadísticas de Salud.

Los sectores de estadística de los hospitales realizan el relevamiento de datos diariamente, y luego lo procesan en forma mensual, elevándolo al nivel central, en donde se realiza la integración en una base de datos para su posterior elaboración.

Como resultado se confecciona y difunde un informe técnico del Movimiento Hospitalario correspondiente al 1er semestre de cada año y otro anual integrador.

La información de internación y consultorios externos está presentada por hospital y por especialidad, con el propósito de mostrar la estructura de cada establecimiento. Además esta presentación permite realizar análisis comparativos, agrupar hospitales y diferenciar especialidades.

En internación los datos se presentan en valores absolutos -entre los que se destacan los egresos- y también en valores relativos que muestran los índices



de internación: promedios de pacientes día, camas disponibles y permanencia, porcentaje ocupacional, giro, tasa de mortalidad hospitalaria.

Los egresos se codifican utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades- 10º edición de la OMS (CIE 10).

La actividad de consultorios externos está clasificada en:

- Consultas de primera vez
- Interconsultas
- Consultas ulteriores

(Fuente: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/estadisticas>)

2. Subsistema de información de actividades y programas de la Atención Primaria de la Salud (SIAPS)

Corresponde a la información referida a los CeSAC, que se registra en base a un instructivo y definiciones operativas elaboradas por el nivel central. Se registran datos referidos a:

Registro de Población

El Registro de Población constituye un componente del sistema informatizado destinado a inscribir a toda persona que se atienda en los Centros de Salud o que sea atendido por personal en otros ámbitos (domicilio, comedor comunitario, etc.) recibiendo una prestación individual o asista a una actividad grupal que presente continuidad asistencial (ejemplo: psicoterapia grupal).

Actividades Asistenciales

La planilla del Registro de Prestaciones Asistenciales es el instrumento de registro de las actividades de todos los profesionales que realizan acciones de atención de la salud, tanto individuales como grupales.

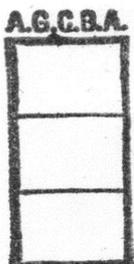
Se utiliza una planilla para cada profesional y cada día de atención.

Inmunizaciones

Planilla para registrar la aplicación de vacunas donde se consignan datos del paciente, dosis y tipo de vacuna aplicada.

Medicamentos

El sistema informatizado dispone de un módulo de registro de la prescripción y entrega de medicamentos.



Grupales/Talleres preventivos

La planilla del “Registro de Prestaciones Grupales” es el instrumento de registro de las actividades realizadas en forma grupal por todos los profesionales que realizan acciones de promoción/prevención de la salud con esa modalidad.

La unidad de registro es la actividad grupal realizada, sea cual sea el número de profesionales intervinientes en ella y de personas asistentes. Se utilizan las planillas necesarias para registrar las prestaciones grupales por mes calendario.

Entrega de leche

Planilla diaria de Entrega de Leche

Toda persona que reciba leche debe estar inscripta en el Registro de Población.

Salud Escolar

Protocolos
 Contrarreferencias
 Talleres y otras actividades
 Prestaciones asistenciales

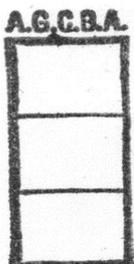
C. 1. Organización y metodología del Departamento de Estadísticas

El Departamento elabora y procesa la información relacionada con las actividades asistenciales que se desarrollan en los Hospitales y efectores de Atención Primaria de la Salud, dependientes del Ministerio de Salud del GCBA. Genera datos para la gestión central del sistema de salud.

En cuanto a la organización, las misiones y funciones que se enumeran no abarcan todas las tareas desarrolladas por el Departamento, que se detallan en el apartado de Recursos Humanos.

La metodología utilizada proviene de definiciones operativas aplicables a todo el país. Dichas definiciones se realizan en forma conjunta con las demás áreas estadísticas provinciales.

Este Departamento, como integrante del Sistema Estadístico del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, eleva en forma periódica, información de la producción de los efectores de salud a la Dirección General de Estadística y Censos, dependiente del Ministerio de Hacienda de la Ciudad de Buenos Aires. Como integrante del Sistema Nacional de Estadísticas de Salud, eleva anualmente, el conjunto mínimo de datos básicos de interés nacional.



Es responsable en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires de la aplicación de los contenidos del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, cuyo administrador es la Dirección de Estadísticas e Información de Salud dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

Además se aplican los criterios establecidos desde el Ministerio de Salud de la CABA.

Reciben apoyo de la Dirección General de Estadísticas y Censos del GCBA mediante el aporte de recursos humanos (data entry) para el ingreso de los datos en los efectores. Este aporte resulta esencial para el sostenimiento del sistema. En particular, el Programa Salud Escolar posee un equipo específico para la carga de datos.

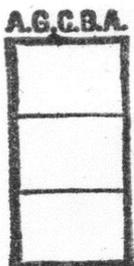
El Departamento de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud, realiza la orientación metodológica.

La incorporación de nuevos servicios a la estadística de la CABA se realiza a través de un circuito formal de notificaciones diferenciadas para Consultorios Externos y para Internación:

- Para internación es el Ministro quien determina la creación de un nuevo servicio ya que es necesario un acto administrativo para la asignación de la cantidad de camas de dotación que tendrá ése sector. Con este acto que se publica en el Boletín Oficial, el Departamento de Estadísticas otorga el código, lo ingresa al programa y lo actualiza en el Hospital.
- Para Consultorios Externos es el Comité de Asesoramiento Técnico Administrativo (CATA) quien define la necesidad de incorporar una especialidad. Con el acta correspondiente, se cursa la solicitud al director del hospital quien requerirá, a la autoridad de la Región Sanitaria y ésta a su vez, a la Dirección General de Desarrollo y Planeamiento Sanitario, un código para que dicha especialidad pueda ser incorporada al Movimiento Hospitalario y registrar su producción. El código es otorgado por el Departamento de Estadísticas que lo ingresa al programa y actualiza el software del establecimiento.

Cuando se propone la incorporación de nuevas variables en los registros, se somete a la opinión de un equipo de expertos provenientes de los diferentes sectores técnicos. Este define lo que debe registrarse y el Departamento de Estadística realiza la orientación metodológica que posteriormente se eleva al Ministerio.

La baja de un servicio de Consultorios Externos o de Internación la informa el director del establecimiento por nota a la Dirección General de Desarrollo y Planeamiento Sanitario.



C.1.a. Circuitos de los datos. Recolección, procesamiento y destino de la información.

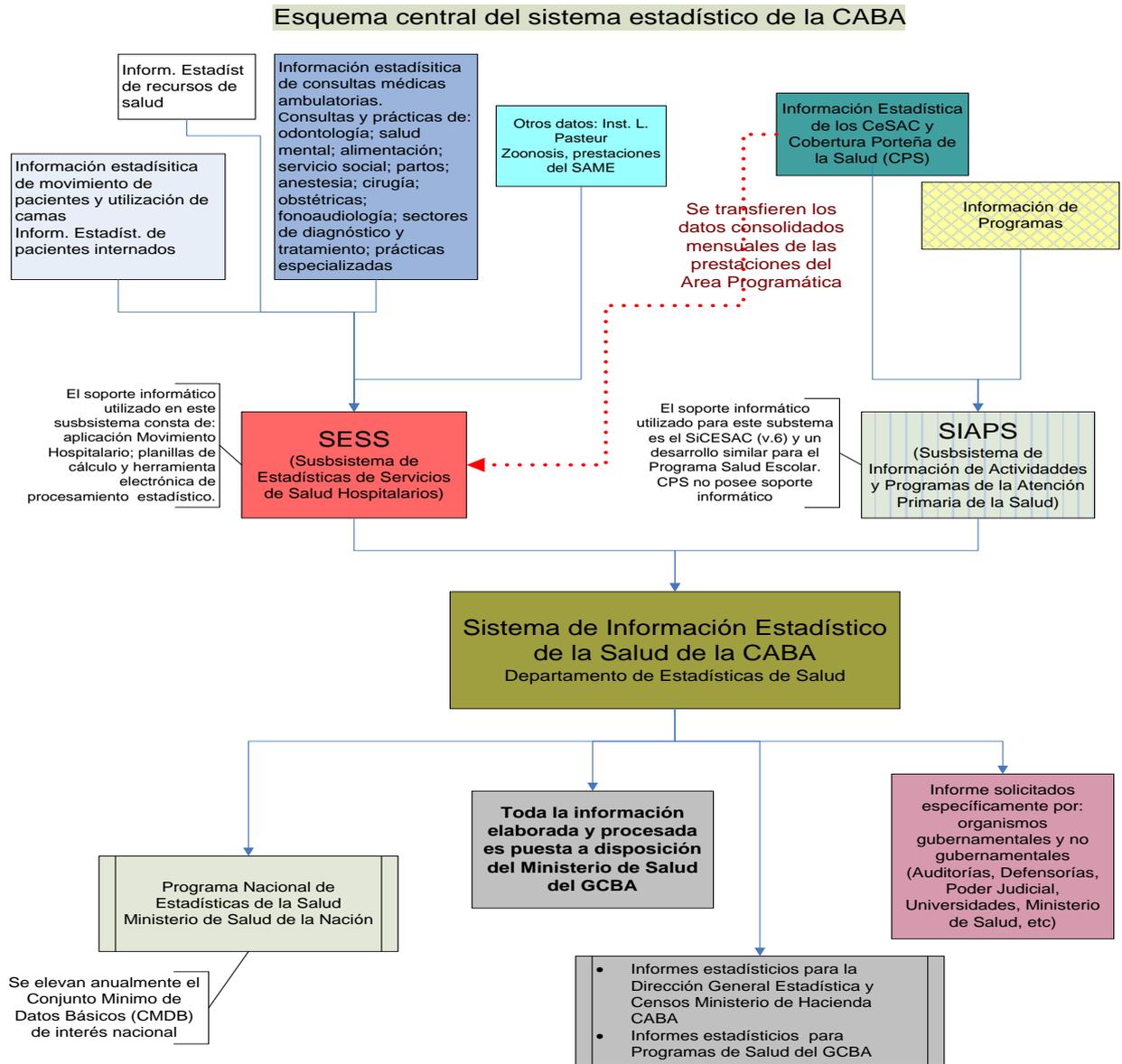


Ilustración 1

Como Anexo III del presente informe se adjuntan flujogramas correspondientes a cada uno de los componentes del Sistema Estadístico.



C. 1.a.1. Particularidades en los Servicios de Salud

a. Internación

La Sección Admisión y Egresos ingresa los datos al formulario del Informe Estadístico de Hospitalización (IEH)⁹.

Las secretarías de sala del servicio son las encargadas de realizar el censo diario que consiste en recorrer los servicios y reflejar el movimiento interno de los pacientes y la utilización de camas. Estos registros se realizan en forma manual y dan origen a otro registro estadístico que se denomina “Informe Estadístico de Movimiento de Pacientes y Utilización de Camas” y permite elaborar los indicadores de Internación: Promedio de Camas Disponibles, Promedio de Pacientes día, Porcentaje Ocupacional, Promedio de Permanencia, Giro Cama y Tasa de Mortalidad Hospitalaria, por especialidad y para el total del Hospital.

Cuando se produce el egreso se envía el IEH con diagnóstico, procedimientos y firma del médico, al sector Recolección y Elaboración de Datos, quien codifica el diagnóstico y realiza la carga de los datos al módulo INFO de la aplicación Movimiento Hospitalario. Para la codificación del diagnóstico al egreso se utiliza el CIE 10. Mensualmente se envía al Departamento Estadística del Ministerio de Salud el archivo electrónico y las planillas del IEH ordenadas por especialidad y por fecha.

b. Consulta Externa

Los efectores registran los turnos otorgados y pacientes atendidos en consultorios externos y prestaciones, incluyendo demanda espontánea. Las planillas corresponden al Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias, modelo propuesto por el Programa Nacional de Estadísticas de Salud dependiente de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, cuando en el año 2005 se reformuló el Subsistema de estadísticas hospitalarias, que incorporó una serie de variables por decisión de las autoridades del Ministerio de Salud del GCBA.

La imprenta del GCBA provee las planillas a los efectores que no cuentan con el SIGEHOS y son completadas manualmente por el profesional o técnicos que asisten al paciente.

Las distintas especialidades registran las consultas en planillas propias que son enviadas al área Estadística del hospital. Las prestaciones no médicas se informan en registros estadísticos diseñados para tal fin, con el apoyo metodológico del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud del GCBA.

La información de Consultorios Externos que se carga en la aplicación Movimiento Hospitalario es referida a la cantidad y momento de la consulta (primera vez y ulterior) correspondiente a cada especialidad; no incluye otras

⁹ En los hospitales que lo tienen instalado, los datos se ingresan directamente en el Sistema SIGEHOS.



variables como edad, sexo ni procedencia de los consultantes, que permitirían la elaboración de indicadores. Para suplir este déficit el Ministerio de Salud determinó generar indicadores sobre estos ítems a partir de dos semanas en el año (que internamente se denomina “de corte”) en las que se solicita el registro intensivo de datos de consultorio externo. **(Observación N°19)**

Mensualmente los efectores envían al Departamento Estadística del Ministerio de Salud, las planillas confeccionadas por los profesionales ordenadas por especialidad y fecha.

c. Área Programática (SIAPS):

Datos provenientes de los CeSAC

El Departamento de Estadística entrega un modelo de la planilla de prestaciones individuales y grupales que se utilizan para registrar en forma manual los datos que luego se cargan en el Sistema de Centros de Salud Comunitaria (SiCeSAC), los diagnósticos son codificados por los profesionales.

Cuando se recibe el archivo enviado por los CeSAC se comparan los totales con el consolidado que llega en papel desde el Área Programática junto a las demás planillas. Si los resultados coinciden se archivan las planillas a la espera del proceso de actualización de la base de datos, si los totales no coinciden, se gestiona telefónicamente la corrección. Los datos resultantes de la actualización de la base de datos central, se controlan comparándolos con los de las planillas originales (en la actualidad, se encuentra actualizada y controlada hasta el 2012).

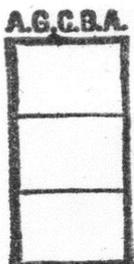
El programa de Salud Escolar genera una base de datos independiente a la de los CeSAC, pero utiliza el mismo software para la carga.

Se envía mensualmente al Área Programática y desde esta al Departamento de Estadísticas un consolidado con las prestaciones de:

1. Consultas médicas por especialidad y tipo
2. Prestaciones médicas
3. Prestaciones de otros profesionales
4. Prestaciones grupales mensuales
5. Registro de prestaciones de los CEPAD¹⁰ (para el registro de las acciones del programa SIDA)

Los datos permiten la confección de indicadores básicos de los CESAC que entre otros, incluyen:

¹⁰ Centro de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico de VIH SIDA



Consultantes totales

Consultantes al médico

Consultas médicas por consultante

% de diagnósticos por controles y exámenes

% de diagnósticos por enfermedades respiratorias agudas

% de diagnósticos por enfermedades no transmisibles

% de diagnósticos por enfermedades infecto contagiosas

% de diagnósticos por trastornos del aparato genital femenino

Los datos provenientes del Programa Cobertura Porteña de Salud (Centros Médicos Barriales y Médicos de Cabecera) se generan a partir de planillas confeccionadas manualmente por los prestadores.

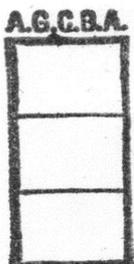
La aplicación conocida como Sistema de Información de Plan Médico de Cabecera (SIPMC), desarrollado por personal del Ministerio de Salud, en el año 2000 quedó sin mantenimiento. Esta situación generó inconvenientes como caídas del sistema o pérdida de datos que hicieron poco confiable el procesamiento de la información.

Al transformarse el Plan Médico de Cabecera en Cobertura Porteña de Salud los pacientes incorporados pasaron a SIGEHOS. Se intentó migrar el contenido de prestaciones, que no prosperó porque las dos partes del sistema original, una para pacientes y otra para profesionales y prestaciones, resultaron incompatibles. A mediados de 2012 el Departamento de Estadísticas decidió dejar de procesar los datos relevados de Cobertura Porteña de Salud considerando su escasa confiabilidad. **(Observación N°19)**

En la actualidad el Departamento de Estadísticas del MSGCBA recibe, de parte de la División Estadística de cada hospital, los totales de atenciones efectuadas (como único detalle están divididas en “primera vez”, “ulterior” e “interconsulta”) en formato de correo electrónico o papel.

d. Guardia

Las atenciones en la Guardia (registradas manualmente en un libro o en una aplicación informática propia de cada efector) son consolidadas y enviadas al área Estadística del efector que los carga a la aplicación Movimiento Hospitalario.



e. Otras fuentes

Como se mencionara, también envían datos al nivel central las áreas que brindan servicios complementarios y de apoyo, otras especialidades no médicas y sobre prácticas especializadas, además de la información de las prestaciones del SAME y del Instituto de Zoonosis “Dr. Luis Pasteur”.

Los registros estadísticos de las áreas prestacionales generadas por los hospitales se envían al Departamento de Estadísticas de MSGCBA en dos modalidades: por correo electrónico van las bases de datos del MH con la información de las consultas médicas ambulatorias por especialidad, el movimiento de pacientes y utilización de camas y por otra aplicación del mismo software la información del Informe estadístico de Hospitalización cargada y consolidada.

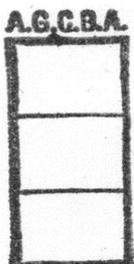
Personal del Departamento de Estadística controla:

- Que el total mensual de altas y defunciones por especialidad del Movimiento de pacientes y utilización de camas, se corresponda con la cantidad de altas y defunciones del Informe Estadístico de Hospitalización
- La consistencia de los datos del Informe Estadístico de Hospitalización que llega a este sector en papel y por mail en una base de datos. Se archivan los papeles durante dos años; al cabo de ese tiempo se incineran. Los datos estadísticos que se obtienen del Informe Estadístico de Hospitalización permiten medir la producción de los servicios y la elaboración de indicadores epidemiológicos a partir de la clasificación diagnóstica.

El cumplimiento con la entrega mensual de información por parte de los efectores se realiza de forma dispar, dependiendo de la disponibilidad de agentes con dedicación exclusiva; situación que genera retrasos en la consistencia, actualización y difusión de datos a nivel central.

Recursos de Salud:

Anualmente se genera el informe sobre la disponibilidad de recursos del sistema. Durante las emergencias o brotes epidémicos corresponde a cada hospital poner en práctica el plan de emergencia y elevar al SAME el parte de camas disponibles en todas las especialidades médicas y el recurso humano.



Informe Estadístico de Recursos de Salud -IERS- (actualiza anualmente la información estadística de los recursos y servicios de salud de todos los establecimientos de salud)

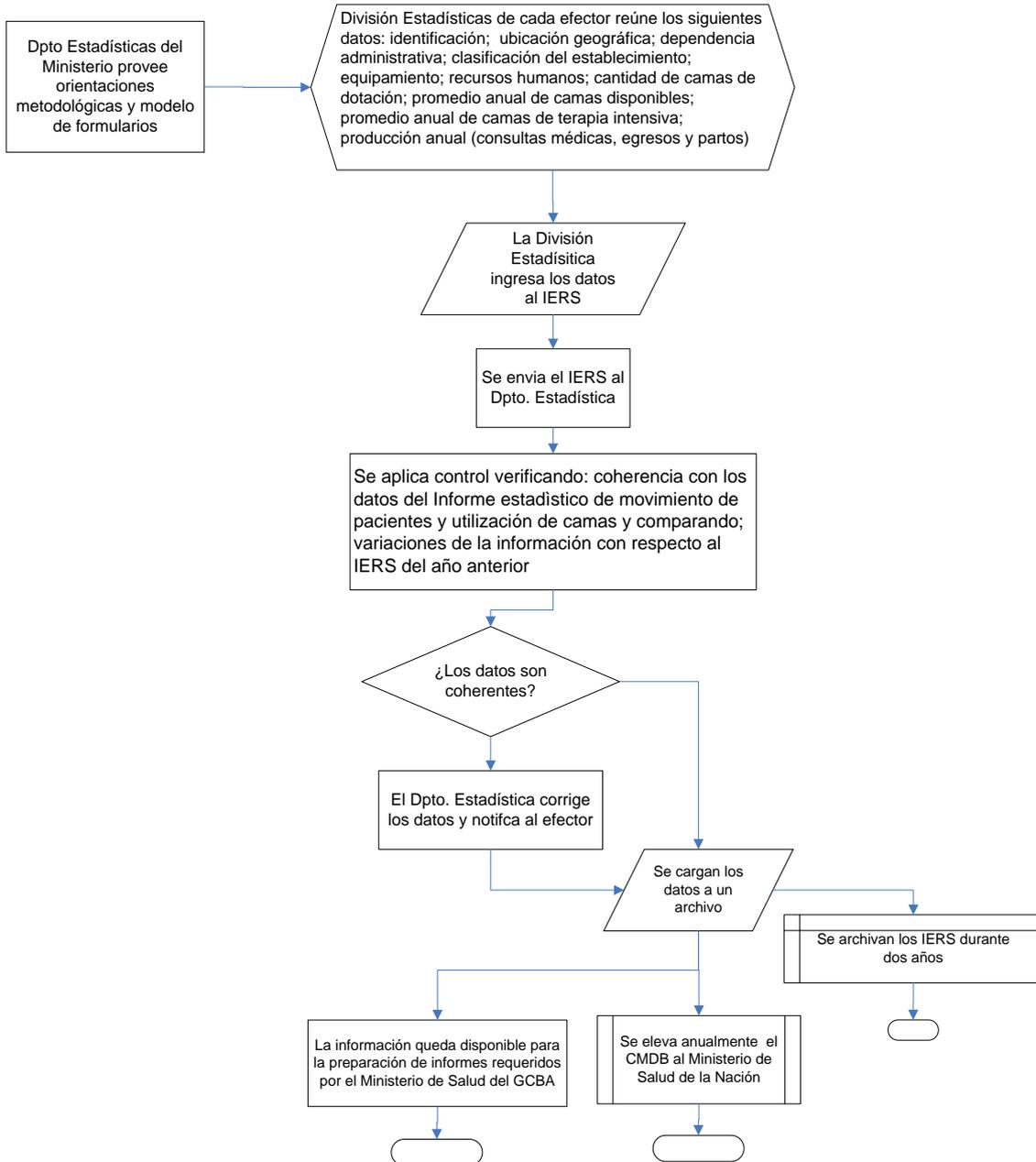
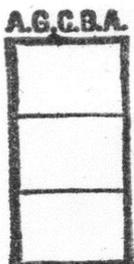


Ilustración 2

Se realiza el control cruzado de egresos (altas y defunciones) por especialidad, registrados en el Informe Estadístico de Hospitalización (IEH) con esas mismas variables del Censo Diario. Este control se realiza tanto en el Departamento como en los efectores.



C.1.a. Estructura y funciones

Recursos Humanos - Descripción de cargos y funciones

Tabla 3

Cantidad de agentes	Profesión	Cargo/Tareas	Escalafón
1	Lic. en Sistemas de Información para la Salud	Coordinadora Departamento de Estadística	Carrera de Profesionales de la Salud
1	Socióloga	Coordinadora del Sistema de APS	Carrera de Profesionales de la Salud
1	Antropólogo	Tareas técnicas	Carrera de Profesionales de la Salud
1	Médica	Tareas técnicas	Carrera de Profesionales de la Salud
1	Odontóloga	Tareas técnicas	Carrera de Profesionales de la Salud
2	Sociólogas	Tareas técnicas	Carrera de Profesionales de la Salud
1	Programador	Tareas técnicas	Escalafón general
1	Técnica en Administración de Empresas	Tareas técnicas	Escalafón general
1	Técnico Superior en Administración de Servicios de Salud	Tareas técnicas	Escalafón general
1	Profesora en Educación Preescolar	Tareas técnicas	Escalafón general

Fuente: elaboración propia

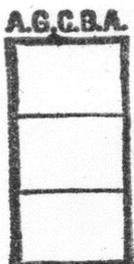
El Departamento de Estadística está a cargo de una profesional licenciada en Sistemas de Información en Salud, con actividad en el sector desde el año 1978. La falta de designación de los profesionales responsables determina que todos los informes emitidos por el Departamento lleven la firma del Director General Desarrollo y Planeamiento Sanitario.

Las actividades que realizan los agentes del área responden a las necesidades operativas del Departamento, muchas de esas tareas se relacionan con actividades de control de datos, recodificación, migración desde distintos sistemas para unificar registros, análisis de calidad y consistencia, consolidación de bases de datos, evaluación de la integridad de los datos cotejando registros manuales y otras, que no serían necesarias si se contara con un sistema informático confiable y registros unificados en cada uno de los efectores que constituyen la fuente primaria de datos. **(Observación N°21)**

Hasta febrero de 2013 el área contaba con un Técnico Superior en Administración de Servicios de Salud (fecha en la que se acogió al beneficio del retiro voluntario y no ha sido reemplazado). En el sector colaboran 3 personas contratadas por el Ministerio de Salud.

Recursos Humanos asignados a la función estadística en Atención Primaria

A los CeSAC le fueron asignados 33 agentes en la modalidad de contratos de locación de servicios correspondiente al Ministerio de Hacienda según convenio marco del 1 de junio de 2012 hasta el 28 de diciembre del mismo año.



En la actualidad se redujo a 21 que realizan tareas de data entry; lo que resulta insuficiente para cubrir las necesidades de carga de datos de atención primaria. Doce CeSAC no tienen asignado personal para esta tarea. Asimismo en las Áreas Programáticas fueron asignados por parte de la Dirección General de Desarrollo Saludable de la Vicejefatura de Gobierno 16 contratos de locación para la carga de datos y 2 para el sostenimiento del software del Programa de Salud Escolar.

La información que procesa el área proviene de dos fuentes: los CeSAC y el Departamento de Áreas Programáticas del Hospital (para el Programa de Salud Escolar).

(Observación N°17)

Aplicación informática

El SiCeSAC (versión 6) es el soporte informático con el cual se registran electrónicamente los datos generados en los CeSAC, versión que se comenzó a implementar desde el 2010. Se desarrolló sobre una estructura de base de datos relacional (del tipo SQL) que comenzó siendo un desarrollo para Salud Escolar y se extendió a todas las prestaciones y especialidades que brindan los Centros.

El software se modificó durante el año 2012, para optimizar su funcionamiento, y superar las limitaciones en el soporte técnico que significaba la aplicación ACCESS.

Este desarrollo fue un esfuerzo del área que respondió a los múltiples inconvenientes que presentaba la anterior aplicación existente (SiCeSAC 5) soportada con una herramienta ofimática¹¹. Los datos de esta última se lograron migrar al nuevo sistema.

El encargado del desarrollo fue un agente perteneciente al Ministerio de Salud es el único que asiste al mantenimiento de la aplicación Fue desarrollado sobre una lógica que relaciona: población, prestador, prestación.

La base de datos principal está instalada en una de las computadoras de los usuarios en el Departamento de Estadísticas. No se cuenta con documentación técnica que detalle las tablas existentes en la base de datos, de qué manera se relacionan o la descripción del proceso de actualización de las mismas, los perfiles de acceso, entre otras. Para ingresar a la versión 6 del SiCeSAC todos los efectores ingresan con el mismo usuario y contraseña.

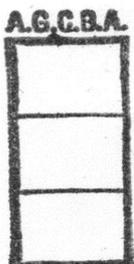
Al momento del relevamiento se encuentra disponible la utilización del SiCeSAC en la mayoría de los centros con excepción del 20, 17 y 44 .

Destino de la información

Los datos recibidos son procesados por el área de Estadísticas para ser publicados en la página del Gobierno de la Ciudad.

Además realiza informes con distinta periodicidad y a requerimiento de la superioridad o de otras organizaciones y dependencias. La información

¹¹ La ofimática es el conjunto de técnicas, aplicaciones y herramientas informáticas que se utilizan en funciones de oficina para optimizar, automatizar y mejorar los procedimientos o tareas relacionados. Las herramientas ofimáticas permiten idear, crear, transmitir y almacenar información necesaria..



proviene de la base de datos del SiCeSAC a partir de consultas temáticas que luego son exportadas a un archivo digital que es enviado al área solicitante. A continuación se describe la información solicitada y su destino:

Tabla 4

Tema que determina el filtro aplicado a la base de datos	Área solicitante	Frecuencia
Salud reproductiva	Programa Salud Reproductiva	Trimestral
Salud ambiental	Programa Salud Ambiental	Anual
Salud ambiental	Programa de Salud de la Población de la Cuenca Matanza Riachuelo	A requerimiento
Salud nutricional	Programa Nutricional	Trimestral
Salud escolar	Programa Salud Escolar	A requerimiento
Salud del adolescente	Programa Salud del Adolescente	Anual

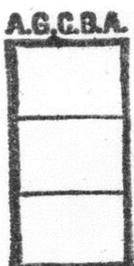
Con respecto al área de salud ambiental el SiCeSAC permite obtener información a partir del registro del diagnóstico o motivo de consulta y su codificación adaptada de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS-CIE10), consensuada entre las áreas involucradas. Esta codificación refiere a patologías atribuibles a la exposición a un elemento presuntamente contaminado (agua, aire, suelo) y esto debido a que el profesional que realiza el diagnóstico habitualmente no cuenta con prueba concluyente sobre su etiología y permite estimar la carga de enfermedad¹² asociada a factores ambientales en la población registrada y consultante.

Asimismo se realizó durante 2012 la informatización de la Encuesta Nutricional que se aplica durante la realización del Protocolo de Salud del Escolar y que reúne datos de consumo de alimentos de la población escolar y sus familias. Tanto los Protocolos como la Encuesta son ingresados al sistema por personal contratado por la Dirección de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad (según convenio ya mencionado).

Información estadística publicada en la web

- Consultorios externos
- Egresos, Indicadores de internación y consultas externas por hospital
- Egresos por Regiones Sanitarias
- Partos clasificados por tipo de hospital
- Admisiones y Prestaciones de Consultorios Externos de Salud Mental
- Prestaciones obstétricas

¹² Carga de enfermedad: es la medida de las pérdidas de salud que para una población representan tanto las consecuencias mortales como no mortales de las diferentes enfermedades y lesiones y en su caso las pérdidas atribuibles a los distintos factores de riesgo y determinantes de la salud implicados. (Murray et al, 2002)



- Odontología
- Egresos según Diagnósticos - Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la Salud - CIE - 10 - OMS.
- Egresos según Procedimientos - Clasificación de Procedimientos en Salud (CPS) - OPS
- Información en Atención Primaria de la Salud
- Control de Salud del Escolar - Encuesta Nutricional – Año 2012
- Embarazadas en los Centros de Salud – Año 2012
- Tuberculosis en los Centros de Salud 2011 – 2012

Información estadística que no se publica en la web

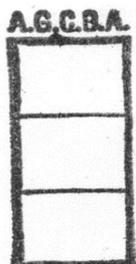
- Producción sector de Alimentación (hasta el año 2009 se subió a la web)
- Producción de sectores Intermedios:
 - Kinesiología
 - Anatomía Patológica
 - Hemoterapia
 - Diagnóstico por Imágenes
 - Medicina Nuclear
 - Laboratorio
 - Farmacia
 - Servicio Social
 - Prácticas Especializadas
 - Urgencia
 - SAME
 - Anestesiología
 - Intervenciones Quirúrgicas
 - Fonoaudiología
 - Instituto Luis Pasteur

(Observación N°18)

Áreas Periféricas

Los agentes que se desempeñan en las áreas de estadísticas de los efectores deben formarse en la metodología utilizada por el sistema estadístico de salud de la CABA, que requiere una capacitación técnica específica para desarrollar óptimamente las tareas. No obstante no cuentan con un plan de capacitación sistemático ni tampoco están previstos incentivos, como becas para cursos o carreras afines. **(Observación N°16)** Se encuentra planificado para este año, la realización de un curso de auxiliares en estadística en el Instituto de la Carrera de la Ciudad.

El área de Estadísticas registra una disminución crónica de recursos producto de jubilaciones, retiros voluntarios y rotación de agentes calificados por requerimiento de otras áreas centrales, situación que dejan partidas



presupuestaria que no se ocuparon hasta la fecha (tanto a nivel central como en los efectores), y origina retrasos en la edición de los informes del sector. **(Observación N°11)**

No se dispone de datos actualizados sobre los egresos hospitalarios publicados en la web.

C.1.3. Recursos Físicos e insumos

El Departamento de Estadísticas se localiza en el sexto piso del edificio del Ministerio de Salud ubicado en Carlos Pellegrini 311. Comparte las instalaciones con otras dependencias, con lo que la disponibilidad de espacio y mobiliario se ve dificultada. **(Observación N°13)**

Se renovaron los equipos informáticos pero manifiestan dificultades en el abastecimiento de insumos para impresión. Su provisión es realizada desde la Dirección General de Desarrollo y Planeamiento Sanitario.

IV. GENERACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis del proceso de generación, procesamiento y elaboración de la información estadística y epidemiológica del sistema se realizaron procedimientos de auditoría en las áreas centrales y periféricas. En éstas se seleccionó una muestra de efectores que incluyera un Hospital General de Agudos de cada una de las Regiones Sanitarias del Sistema de Salud que no fuera referente de la región, con un efector del Área Programática respectiva (CESAC, CPS), cuatro hospitales especializados y el Instituto de Zoonosis.

REGIONES SANITARIAS	HOSPITALES		CESACS
	GRALES. AGUDOS- Nodos con AP	ESPECIALIZADOS	Subnodos
REGION SANITARIA I	Ramos Mejía	Muñiz	11
REGION SANITARIA II	Álvarez		34
REGION SANITARIA III	Zubizarreta	Alvear	
REGION SANITARIA IV	Provano		2
INSTITUTO de ZOONOSIS L. PASTEUR			

REGION I

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS “DR. J.M. RAMOS MEJIA”

División Estadística

Organización

El área responsable del proceso es la División Estadísticas. Se organiza en Secciones para la recolección y registro de datos:





Recursos Humanos

La sección Elaboración y Recolección de Datos cuenta con los agentes que se describen en el cuadro siguiente:

Tabla 5

Cantidad	Cargo	Cantidad de horas	Situación de revista
1	Jefe de Sección	35	Planta Permanente
5	Administrativos	35	Planta Permanente
1	Data Entry	20	Contrato Ministerio de Hacienda GCABA

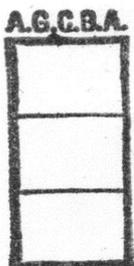
Fuente: elaboración propia con datos suministrados por la Jefa de Sección

Planta Física

La División Estadística y la Sección Elaboración y Recolección de Datos poseen un espacio privado dentro del Hospital de aproximadamente 20 metros cuadrados, con sanitarios privados. La iluminación y ventilación natural es insuficiente y presenta manchas de humedad en las paredes.

Circuito de generación, procesamiento e informe de datos

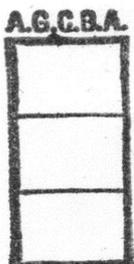
1. Datos provenientes del Área Programática: son planillas de Atención Mensual que llegan impresas y brindan datos estadísticos de Salud Escolar, de los CeSAC y especialidades del Plan Médico de Cabecera (clínica médica, pediatría y tocoginecología). Los datos de estas planillas se cargan en la División de Estadísticas en el software Movimiento Hospitalario, excepto los del CeSAC 45 para el que aún no se ha generado la clave de acceso al sistema (se los envía en planilla a nivel central). **(Observación N°27)**



2. La Sección Admisión y Egresos, carga en el SIGEHOS los datos de todos los pacientes que se internan. Imprime por resultado el Informe Estadístico de Hospitalización (IEH) que se envía al área de Recolección y Elaboración de datos.
3. El área de Recolección y Elaboración de datos actualiza el IEH con los datos del censo diario (como fuera descripto en el apartado **C) I. 1. Servicios de Salud**)
4. La Sección Inscripción a Consultorios Externos entrega los turnos para las especialidades. El origen y la carga de los datos cumple con el circuito definido anteriormente (Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias - IECMA). Esto incluye también pacientes atendidos por demanda espontánea en clínica médica. En los meses de mayo y octubre de cada año se hace un corte semanal que consiste en la profundización de toma de datos de pacientes de consultorio externo y odontología. En esas ocasiones se registran solamente la edad, procedencia y sexo de los pacientes (se deja de registrar los datos habituales). Las planillas se completan manualmente, lo hace la jefa de Inscripción a Consultorios Externos y la de Odontología y la fuente de datos es la planilla de turnos otorgados.
5. En el área de Emergencias, como en todos los efectores, se registran las prestaciones en el libro de consultas de Guardia o se deriva a internación y se cumple con los registros correspondientes. En particular en este efector mensualmente se consolidan los datos de las atenciones por día y especialidad y se los carga a una tabla generada en Access. Esta información se envía a la Sección Elaboración y Recolección de Datos que los carga a la aplicación Movimiento Hospitalario que son insumo para el informe Movimiento de Consultorios Externos según Especialidad.
6. Las áreas complementarias y de apoyo del Hospital cargan sus prestaciones en planillas propias que luego son enviadas sin proceso a la Sección Elaboración y Recolección de Datos, que totaliza las prestaciones mensualmente y lo carga, si corresponde, en Movimiento Hospitalario (Odontología, Salud Mental entre otras).
7. Informe Estadístico de Recursos de Salud: se envía una vez al año, a fines del mes de marzo. Consiste en la confección de una planilla con datos sobre recursos humanos, equipamiento, modalidad de atención y datos generales provenientes del Movimiento Hospitalario. Lo confecciona la jefa del área Estadísticas del Hospital con datos que provee la Oficina de Personal y el Jefe del Departamento Técnico. Lo eleva al Ministerio con su firma.

Utilización de otras aplicaciones informáticas. SIGEHOS

Paralelamente a los registros en el Movimiento Hospitalario, se realizan otros en el SIGEHOS que aportan datos estadísticos que no son utilizados para cumplir con lo requerido por el Departamento de Estadística, sino que



alimentan indicadores utilizados por la Dirección del Hospital y otras áreas del nivel central, disponibles on-line.

Una vez por mes el Hospital imprime los datos cargados y los archiva.

En el registro diario de datos, se duplica la carga en los distintos sistemas por ausencia de coordinación entre ellos. Esto ocurre entre SIGEHOS e INFO (módulo de Movimiento Hospitalario), ambos requieren de la carga de datos filiatorios del paciente para cada internación.

CESAC N° 11

Epidemiología

Se cumple con el circuito definido en el apartado B.2.b.

Por las características del sistema, la jefa del CeSAC envía una vez por semana los originales de fichas epidemiológicas al Área Programática del Hospital de referencia y conserva una copia en su archivo.

Estadísticas

Cuentan con dos agentes administrativos para la carga de datos, recurso de la Dirección de Estadísticas y Censos. Uno de ellos se encarga de las estadísticas generales del CeSAC y trabaja cuatro horas diarias de lunes a viernes. El otro, carga datos de Salud Escolar y lo hace cuatro días por semana, cuatro horas diarias.

Tal como se describió en el apartado C.I.1.c, se llevan estadísticas que se cargan en el SiCeSAC.

No cuentan con un sistema de registro informático de turnos, por lo que diariamente cada profesional completa manualmente la planilla “Registro de Prestaciones Individuales” con los datos de los pacientes que asiste al Centro.

El original se envía al Área Programática del Hospital, vía e-mail a la Dirección de Estadísticas y se archiva una copia que se conserva en el centro.

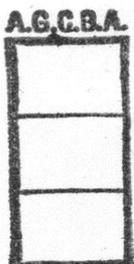
HOSPITAL DE INFECCIOSAS “DR. FRANCISCO MUÑIZ”

Epidemiología

No se encuentra designado un responsable formal para el área, vacante por jubilación del jefe anterior. Se realizó el concurso de selección para cubrir el cargo en mayo del corriente año.

La planta física del Departamento se encuentra en óptimas condiciones de mantenimiento, con dimensiones adecuadas, iluminación y ventilación suficiente, servicios sanitarios independientes e higiene adecuada. Ocupa el espacio de una antigua sala de internación que ha sido reacondicionada, dividiendo los espacios con tabiques que no llegan hasta el techo lo que representa un obstáculo para la privacidad, único aspecto observable del local.

Para la tarea de registro de los eventos epidemiológicos el área cuenta con una computadora provista por el nivel central con una antigüedad de cinco años. El



mantenimiento del hardware es responsabilidad del Hospital, pero existe una asistencia técnica del Departamento de Epidemiología para asesoramiento por temas de software.

Acceden al sistema de epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, en el que se cargan on- line los eventos detectados.

El área cuenta con tres médicos de planta permanente del hospital, que le dedican un total de 110 horas semanales; un médico que se ocupa del turno vespertino (10 horas semanales) y un agente administrativo.

El circuito de comunicación de datos está definido según lo establecido en la Ley 15.495 y se utilizan las modalidades inmediata, individualizada, semanal y adelanto telefónico en brotes. El insumo es el “Parte diario de ingresos” que retira el personal del servicio en el área de Admisión y Egresos. En dicho parte constan datos de los pacientes y sus diagnósticos de ingreso a la Guardia. En el área se evalúan los casos y se determina el tipo de notificación que corresponde. Tanto el sistema informático como los demás medios de comunicación de eventos (e mail y teléfono) no presentan inconvenientes para el trabajo.

En la actualidad la carga de datos está estimada en una semana epidemiológica de demora.

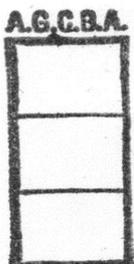
Los datos se cargan en una planilla de forma manual y luego se transcriben en la aplicación informática del Ministerio de Salud.

No reciben notificaciones de otros efectores y en ocasiones tienen dificultades con la notificación de casos ambulatorios del propio hospital. Tampoco hay un encargado designado para la comunicación de brotes en el área de internación.

Los datos obtenidos son controlados, realizando monitoreo interno del caso índice con la historia clínica del paciente internado. La notificación de casos ambulatorios es deficiente porque no se ha establecido un mecanismo sistemático de captación de datos.

Los datos originales se resguardan, conservando copia de las planillas en papel.

Con la información obtenida, el área confecciona tasas de morbilidad, mortalidad, series históricas de enfermedades y difunden la información en diversos medios internos (página web del hospital, revista Muñiz y la radio del hospital)



No se encuentran formalmente constituidos los Comités hospitalarios CASIS¹³ y COEE¹⁴. Cuentan con un profesional del hospital como referente para el Ministerio de Salud de la CABA en ambos temas.

División Estadísticas



Organización y circuito de los datos

Los pacientes que ingresan por el sector Guardia se registran en un libro de Inscripción de Consultorios Externos de Guardia; que constituye la información equivalente a los movimientos de Consultorios Externos del Hospital; de donde se recibe información de los pacientes que se registran en el Movimiento Hospitalario.

El procedimiento para pacientes internados responde al circuito definido para todos los establecimientos de salud. Se confecciona las planillas manual y electrónicamente y se actualiza el SIGEHOS. A continuación se realiza un informe para reportar para Admisión y Egresos y consecuentemente a facturación, si correspondiera, junto al informe de Servicio Social.

Cuando el paciente egresa (alta o defunción), se completa el IEH. Se codifica según CIE 10, y se cargan los datos en INFO del Movimiento Hospitalario.

La última etapa del proceso concluye con la preparación de las planillas mensuales y la consolidación de los datos del Movimiento Hospitalario para ser enviados al nivel central.

REGIÓN II - HOSPITAL ALVAREZ

Epidemiología

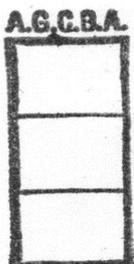
Departamento Área Programática

El Área programática se encuentra en el centro oeste de la ciudad de Buenos Aires; su área de influencia comprende las Comunas 6, 7, 10 y 11 y unidades educativas de los Distritos Escolares 7, 12,14 y 17.

El Departamento está integrado por:

¹³ Comité para el Análisis de Situación de Salud

¹⁴ Comité Operativo para Emergencias Epidemiológicas



- **División Programas y Centros de Salud:** responsabilidad asignada por concurso desde el año 2012, de quien depende la **Sección de Salud Escolar**, cargo concursado en el año 2012.
- **División Promoción y Protección de la Salud** designada por concurso de selección.

Recursos Físicos

La oficina del Área Programática se encuentra ubicada transitoriamente en el pabellón A, primer piso, como consecuencia del incendio ocurrido en enero de 2012, que provocó daños a las instalaciones del hospital y la destrucción total de las oficinas que utilizaba dicho Departamento. Actualmente ocupa una sala de internación de clínica médica; donde se improvisaron consultorios divididos por cortinados a modo de separación de boxes, funcionando en el lugar el área administrativa y los consultorios que utilizan en forma alternada médicos, fonoaudiólogos, psicopedagogos y psicólogos.

Equipado con dos computadoras, una exclusiva para el registro de los datos de Salud Escolar; la segunda es utilizada para el resto de las tareas. Tiene conexión a Internet.

División Programas y Centros de Salud

Comprende los tres Centros Médicos Barriales N° 2, 12, 13 y el CeSAC N° 34, Al área llegan las informaciones epidemiológicas de los distintos servicios del hospital y el laboratorio.

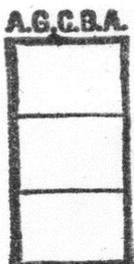
La Sección Salud Escolar comprende las actividades de seguimiento y alerta epidemiológica que se registran en los más de 55 establecimientos educativos de gestión pública y privada. Se realiza capacitación permanente con entrega de material impreso, charlas de concientización y jornadas. Existe comunicación entre las áreas programáticas, particularmente en el caso de detección de casos en las escuelas de la zona.

Las actividades de Vigilancia Epidemiológica que se realizan en la escuela quedan registradas en el Libro de Actas de la institución. La copia del acta se archiva en el Área Programática.

Desde el CESAC, se realiza seguimiento de foco y campañas de vacunación. En dichas acciones participan médicos formados en Medicina familiar. Refieren demoras en la notificación por parte de los diversos servicios del hospital al Servicio de Promoción y Protección de la Salud.

División Promoción y Protección de la Salud

Es el área técnica encargada de la vigilancia epidemiológica que desarrolla actividades intramuros en estrecha vinculación con la División Programas y Centros de Salud que realiza el trabajo de campo (extramuros).



Descripción del circuito

Las guardias de Pediatría y Adultos son las principales fuentes de información de eventos epidemiológicos del Hospital. Registran los casos en los libros correspondientes y personal de Protección y Promoción los revisa para detectar eventos epidemiológicos que luego son objetos de seguimiento estricto a cargo del equipo actuante.

Cada día durante la mañana se realiza el procedimiento para la detección de casos en cada sector. Cuando se detecta un evento se realiza el procedimiento de comunicación de rutina. La incorrecta confección de los datos en los libros, genera dificultades en el seguimiento del caso.

(Observación N°28)

Realizan la carga de datos en el Sistema de Vigilancia en Salud (SNVS) y en el Sistema de Vigilancia de Laboratorio (SIVILA). Durante el año 2009 a consecuencia de la epidemia de gripe aviar se ha constituido un Comité de Crisis.

Trabajan en coordinación con la Sección de Salud Escolar.

Reciben información del nivel central (EpiCiudad)

División Estadísticas. Organización y funciones

La División depende del Departamento Técnico del hospital (Observación N°20)

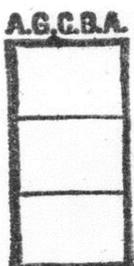


Generación y procesamiento de información estadística

Consultorios Externos

Periódicamente los servicios envían la agenda de disponibilidad de los profesionales a la Sección Inscripción a Consultorios Externos, donde se otorgan los turnos que se solicitan telefónica o personalmente, y son cargados a la aplicación SIGEHOS, algunos servicios no han centralizado la gestión de turnos y llevan su propia agenda.

Existen dos modalidades de consulta, espontánea y programada. El profesional completa manualmente el Informe Estadístico de Consultas Médicas



Ambulatorias (IECMA). Los pacientes cuentan con un carnet de cobertura emitido por la Auditoría Interna del Hospital para su atención.

Las secretarías de cada servicio confeccionan registros estadísticos a partir de los IECMA, consolidando la cantidad de consultas por profesional y las prácticas indicadas. Estos registros son enviados a la sección Elaboración y Recolección de Datos, mientras que los IECMA son almacenados en cada servicio.

Elaboración y Recolección carga los datos de los registros en una planilla de cálculo que permite emitir consolidados mensuales por servicio. Estos resultados se cargan en la aplicación Movimiento Hospitalario (MH) y se envía al Departamento Estadística del Nivel Central.

Internación

Informe Estadístico de Hospitalización (IEH)

Personal de la sección Admisión y Egresos, desde la aplicación SIGEHOS, ingresa al paciente con orden de internación derivado de Urgencias o de Consultorios Externos, y habilita la carga de datos en el IEH donde automáticamente se incorporan los datos de filiación del paciente y se inicia la Historia Clínica.

Las secretarías de sala realizan el censo diario y cargan los datos en el IEH hasta que se produce el egreso. La División Estadística ha implementado un control de integridad de datos por el cual se imprime desde SIGEHOS un listado aleatorio de novedades registradas por las secretarías de sala y las compara con las planillas confeccionadas manualmente.

Una vez producido el egreso del paciente, se imprime desde SIGEHOS el IEH (que incluye el diagnóstico principal y los procedimientos realizados) para la firma del médico. A continuación se envía el IEH a la sección Recolección y Elaboración de Datos que ingresa manualmente la codificación de los diagnósticos y procedimientos. Luego se trasladan los datos al módulo INFO de la aplicación MH.

Mensualmente se envían los IEH (firmados y codificados) ordenados por especialidad y fecha de egreso y el archivo digital correspondiente.

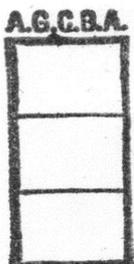
Intervenciones quirúrgicas y prácticas hospitalarias

Las prácticas hospitalarias y las intervenciones quirúrgicas se registran en planillas generadas en el Hospital. Luego en la División Estadística se consolidan los totales en una planilla Excel. Las planillas de cada servicio se envían a ese sector para ser elevadas antes del 13 de cada mes a nivel central, de acuerdo al instructivo del Departamento de Estadísticas.

Área Programática

Mensualmente envía a la División Estadísticas

- La planilla de Protocolo mensual de actividades del Área Programática que contiene el total de consultas por especialidad: clínica médica, odontología, psiquiatría, psicología y asistencia social.



- El total de consultas de clínica médica, pediatría y tocoginecología que se realizan bajo el programa Cobertura Porteña.
- La producción de Promoción y Protección de la Salud y Salud Escolar.

Todos los datos son cargados en una planilla de cálculo en la División Estadística, y los datos correspondientes en el MH.

Cuentan con un agente administrativo (*data-entry*), que ingresa los datos a la aplicación informática, registra las prestaciones de Salud Escolar y en general de la atención primaria. Las prácticas y consultas que realizan los Centros Médicos Barriales (Cobertura Porteña) son elevadas junto con la planilla del Área Programática.

REGIÓN SANITARIA III

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS “DR. A. ZUBIZARRETA”

División Estadísticas

Organigrama



Recursos Humanos

Un profesional a cargo de la división y un agente en Recolección y Elaboración de Datos.

Recursos Físicos

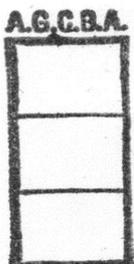
El espacio disponible es inadecuado, no cuentan con ventilación ni iluminación suficiente.

En el área de Recolección y Elaboración de datos disponen de tres computadoras (una obsoleta). Cuentan con conexión a internet.

Descripción del circuito

1) Datos provenientes de consultas y prácticas de servicios complementarios y de apoyo¹⁵

¹⁵ Odontología, salud mental, servicio social, kinesiología, fonoaudiología, hemoterapia, farmacia, laboratorio.



Estos servicios registran manualmente las prácticas y consultas en planillas de papel. Mensualmente se consolidan en planillas y se envían al área Elaboración y Recolección de datos que los transfiere a planillas de cálculo que, a su vez, son guardadas en los servidores del Hospital.

Antes del día 10 de cada mes los registros en papel son enviados al Departamento de Estadísticas Central.

2) Datos provenientes del Área Programática

El Área Programática reúne y consolida los datos provenientes del área Promoción y Protección, de los programas Salud Reproductiva, Cobertura Porteña y Salud Escolar. La consolidación, en el caso de los programas, se realiza generando una planilla de cálculo que refleja las prestaciones por profesional y otra con los totales por especialidad y prácticas. Se imprimen las planillas y se envían a la División Estadística. Elaboración y Recolección de Datos carga manualmente estos datos, consolidados por especialidad y prácticas, al Movimiento Hospitalario (MH). Mensualmente se envía el archivo de lo transferido al MH al Departamento de Estadísticas.

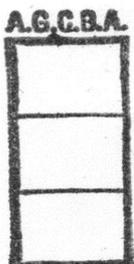
El Departamento Estadísticas actualiza la base de datos central de MH y envía la impresión de los datos al efector para su validación. Si los datos requieren modificación, se realiza manualmente sobre la impresión enviada por el Departamento de Estadísticas. Con la firma del responsable de la División Estadísticas se envían las planillas por Mesa de Entradas, al Departamento de Estadísticas.

3) Circuito de consultorios externos y servicios de diagnóstico

En la demanda programada, personal administrativo de Consultorios Externos registra el turno y los datos filiatorios en la aplicación “Turnos”. El paciente se presenta el día de la atención y el profesional la confirma registrándola en la aplicación. Los datos surgidos de la consulta son cargados por el profesional en una aplicación denominada “Historia Clínica”.

Al finalizar el servicio, personal administrativo exporta de “Turnos” el listado de consultas confirmadas a una planilla de cálculo. Elaboración y Recolección de Datos consolida los datos por especialidad y por profesional y los transfiere manualmente a la aplicación Movimiento Hospitalario (MH). Cada mes se envía en un archivo al Departamento Estadísticas que actualiza la base de datos central. Luego envía la impresión de los datos al efector para su validación. Si los datos requieren modificación, se realiza manualmente. Con la firma del responsable de la División Estadísticas se envían las planillas por Mesa de Entradas, nuevamente al nivel central.

Si bien las aplicaciones utilizadas en el Hospital Zubizarreta facilitan la tarea de procesamiento, presentan una debilidad en cuanto a la validez del dato, ya que la verificación de la atención del paciente no se realiza por el diagnóstico y la firma del profesional, sino a través de una confirmación en el sistema informático que no incluye la firma digital.



4) Generación y registro de datos en la atención al paciente en internación

La internación de un paciente puede decidirse en el Departamento de Urgencias (Guardias) o bien en los Consultorios Externos programando la internación.

El médico coordinador del servicio asigna una cama según el tipo de cuidado requerido por cada paciente. Admisión y Egresos realiza la carga de los datos filiatorios en el sistema "Admisión" y la cama asignada. Además, su personal realiza el censo diario de camas (no lo realizan las secretarías de salas).

Los cambios en la asignación de camas se producen por el egreso (alta o defunción) del paciente o cambio en el tipo de cuidado requerido, actualizándose la aplicación Admisión.

Elaboración y Recolección de datos, desde la aplicación mencionada, emite un listado con consolidados mensuales por especialidad y tipo de cuidado. Estos datos son ingresados al módulo Movimiento Hospitalario.

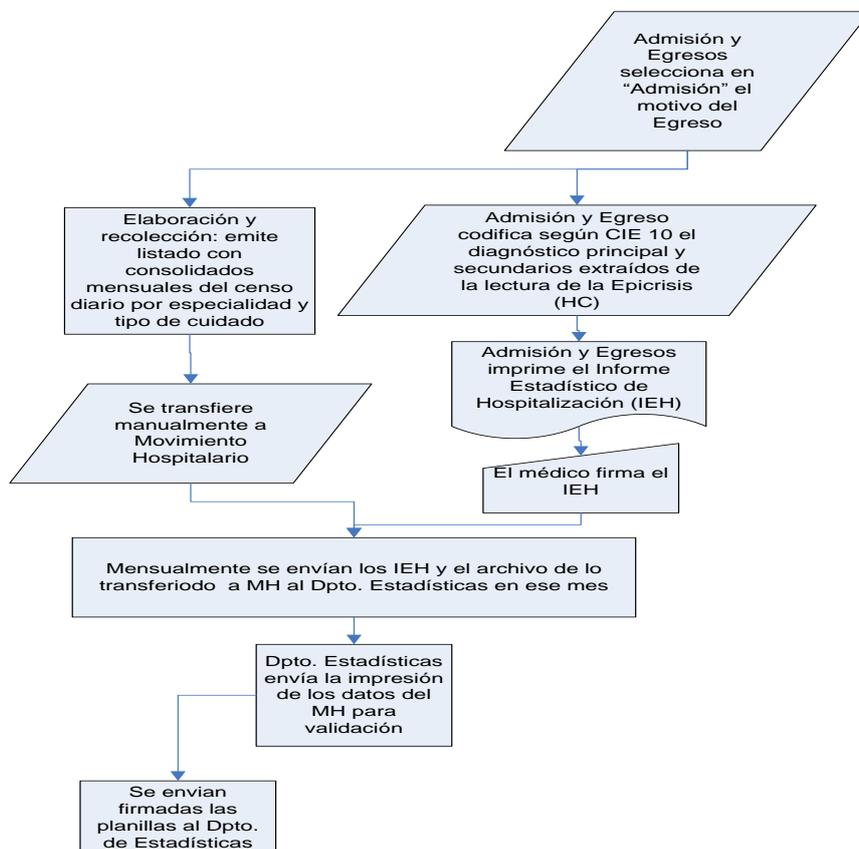
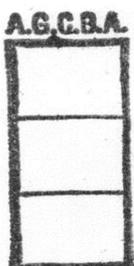


Ilustración 3

El egreso del paciente determina la elaboración del Informe Estadístico de Hospitalización (IEH) desde la aplicación Admisión, que lo diferencia del resto de los efectores. Se codifica según CIE 10 el diagnóstico principal y procedimientos realizados a partir de los datos ingresados en Historia Clínica, se imprime el IEH para que el médico responsable firme. Esta aplicación



informática no produce tablas compatibles con el módulo INFO de la aplicación MH, por lo cual mensualmente se envían al Departamento de Estadísticas los IEH firmados y el archivo de datos del censo diario transferido a MH.

En el nivel central se realiza la carga de los datos de los IEH del Hospital Zubizarreta en el módulo INFO y se procede al reenvío de la información para su validación y consistencia como en el resto del Sistema.

HOSPITAL DE EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS “TORCUATO de ALVEAR” Epidemiología y Estadísticas en Salud Mental

El Área de Epidemiología depende de la Dirección del Hospital. Como coordinadores del Programa Epidemiológico del Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Torcuato de Alvear” se desempeñan dos profesionales Licenciados en Psicología, desde el año 2004, dedicando una proporción de horas semanales a esta función dentro de las correspondientes a su designación en planta (12 hs uno y 16 hs otro).

Actividades desarrolladas:

1. Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental (PIVE)
2. Programa de Relevamiento Estadístico de Consultorios Externos (CEEST)
3. Programa Estadístico de Internación (Movimiento Hospitalario)
4. Diseño y programación de sistemas para la carga y análisis de la información.
5. Preparación de informes, presentaciones y trabajos de investigación.

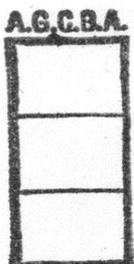
Antecedentes de la conformación del Área

En Acta del Consejo Asesor Técnico Administrativo (CATA) N° 226, con fecha 30 de Julio de 2004 se crea el Programa Epidemiológico Hospital Alvear constituido por tres herramientas:

6. Ficha Relevamiento Epidemiológico en Admisión en Consultorios Externos (PIVE)
 - Ficha Relevamiento Epicrisis de Consultorios Externos
 - Ficha de Relevamiento Epidemiológico del Servicio de Guardia

El Programa se fundamentó en trabajos previos relacionados con la elaboración de datos epidemiológicos y prestacionales registrados en un software diseñado, programado e instrumentado por los coordinadores del Área de Epidemiología del hospital.

Con la Dirección de Salud Mental, el Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Torcuato de Alvear” (HEPTA) celebra un Acuerdo de Cooperación e Integración Científico-Técnica que constituye la base del Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica (PIVE) contenido en el Plan de Salud Mental 2002/2006 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Aprobado por Resolución N° 1044/SS/04, Este programa incorpora el modelo de trabajo



anteriormente mencionado para aplicarlo a otros efectores de la Red de Salud Mental.

En el acuerdo se designa a los responsables de la coordinación del Proyecto Epidemiológico Hospital Alvear (PEHA), quienes continúan a cargo.

Para la elaboración, procesamiento de datos y archivo se le asigna una oficina contigua al Comité de Docencia e Investigación en el primer piso del Sector Dirección.

Con estos antecedentes y teniendo en cuenta el informe Final de la AGCBA (2006), se dicta la Disposición Interna N° 24 del HEPTA del 04/04/08 que crea el Área de Epidemiología, confirmándose como Coordinadores Operativos del Área a los dos profesionales que iniciaron el Programa.

Circuito de la información

La información epidemiológica correspondiente a las patologías clínicas que se producen en el establecimiento, dado el carácter monovalente del efector y la menor proporción de casos en la especialidad, es reportada por Clínica Médica de acuerdo con el circuito establecido.

Respecto de las patologías psiquiátricas, diariamente, el área realiza una encuesta a los pacientes de primera vez del Servicio Ambulatorio, completa una Ficha de Relevamiento Epidemiológico, la carga en el sistema y genera el Informe Básico Orientación-Admisión de Consultorios Externos de Adultos.

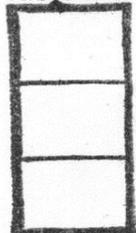
En dicho Informe, se registran datos epidemiológicos y se confeccionan indicadores relativos a consultas, diagnósticos, derivaciones y tratamientos, entre otros.

Por día se realizan 10 admisiones (pacientes de primera vez). Cada Ficha de Admisión va acompañada de la correspondiente Encuesta Epidemiológica, los datos de las fichas de cada paciente son cargadas por el personal administrativo al sistema informático el cual le otorga a cada ficha un número creciente. La información contenida en la ficha y en la encuesta es evaluada por el equipo de profesionales quienes deciden la admisión del paciente, si correspondiera, al Servicio Ambulatorio o su derivación a otro efector.

Los coordinadores del PEHA realizan la verificación de la información registrada y la carga del diagnóstico diferencial, se incorpora la información contenida en la Encuesta Epidemiológica al Programa PIVE que sirven de base para la confección de los Informes Básicos de Orientación-Admisión.

En respuesta a recomendaciones efectuadas en un informe anterior de la AGCBA¹⁶ referidas a la modalidad del registro en el área de consultorios externos se desarrolló un programa específico en el año 2008, diseñado por los profesionales del área, que agrega a los tres componentes existentes dos nuevas herramientas:

- Programa Relevamiento Prestacional de Consultorios Externos (CEEST)
- Relevamiento Base de Datos Área Certificados de Discapacidad



En el CEEST se efectúa la carga informática de datos de todas las prácticas y/o prestaciones realizadas a cada paciente.

Para poder utilizar dicho programa se realizó previamente un año de capacitación y entrenamiento del personal administrativo del área estadística de Consultorios Externos, por lo cual comenzó a aplicarse a partir del año 2009. No utilizan el SIGEHOS.

Se realizan informes con periodicidad semestral y anual referidos a:

- Estudio de la demanda según antecedentes de la enfermedad actual (Orientación-Admisión-Consultorios Externos).
- Distribución por edad en las 10 patologías prevalentes.
- Ocurrencia de intento de suicidios.
- Otros

Se utiliza la clasificación el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).

Toda la información es elevada a la Dirección del Hospital, está disponible para su consulta por todos los servicios. También se remite a la Dirección General de Salud Mental pero no al Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud del GCABA, porque el sistema informático no puede implementar los datos de un solo efector dado que en el resto de los hospitales no se desarrolla, por lo que no se incluye aún Salud mental en el ASIS¹⁷.

(Observación N°35)

Para el desarrollo del sistema, recibieron capacitación y colaboración del nivel central.

La información epidemiológica elevada a la Dirección General de Salud Mental no se publica. **(Observación N°36)**

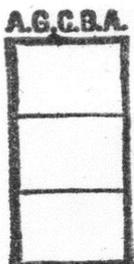
En el marco del Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica¹⁸, a partir de una nota dirigida al Director con fecha 23 de abril de 2013 y por su intermedio a la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud del GCBA, se solicitó elevar el último Informe Básico Anual del Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en el ámbito de Consultorios Externos de Adultos, que abarca al período comprendido entre el 02-01-2012 y el Informe Básico general que abarca al periodo comprendido entre el 05 de mayo de 2003 al 28 de diciembre de 2012.

Historias clínicas

La admisión e ingreso del paciente a la consulta ambulatoria se registra en la ficha de Consultorios Externos, se asigna un número y se incorpora al CEEST. La permanencia en el tratamiento durante más de tres meses da lugar al inicio de la historia clínica única en la que también se incorporan los datos de las internaciones. Se archivan en el área de Estadísticas de Consultorios Externos.

¹⁷ Análisis de Situación de Salud

¹⁸ Resolución N°1.044-Boletín Oficial 1979



Estadísticas

El Sector de Estadística depende del Departamento Técnico. La jefatura está a cargo de un profesional abogado. **(Observación N°20)**

Recibieron capacitación interna del departamento de Estadística, del Hospital Zubizarreta y capacitación externa en el curso de Auxiliar Técnico de Estadística del Instituto Superior de la Carrera.

Recursos Humanos

El área está integrada por cuatro agentes, una con responsabilidades de conducción y tres administrativas. En los diferentes sectores del hospital se desempeñan agentes que realizan los registros estadísticos (trece en total).

Circuito y proceso de registro y elaboración de los datos

El día 15 de cada mes se debe presentar la estadística de internación y atención ambulatoria (consultorio externo, talleres, hospital de día, discapacidad, grupales, clínica médica, servicio social y otros).

Los datos del Movimiento Hospitalario (MH) son enviados a nivel central como en el resto de los efectores.

Las planillas que utilizan son fotocopias y cumplen con los contenidos aprobados para la recolección de información del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB) aprobados de Interés nacional y recomendados de Interés Jurisdiccional (2005).

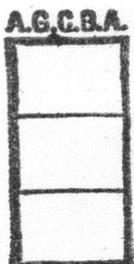
Espacio físico y recursos materiales

Las dimensiones de la oficina son insuficientes para la cantidad de puestos de trabajo, posee iluminación natural. **(Observación N°13)** En esta se oficina se encuentra una de las dos computadoras que se utilizan para la carga de datos, otro equipo se ubica en Consultorios Externos, donde se efectúa el registro de los pacientes que se atienden en el día. Sólo una de las computadoras tiene cargado el MH, de modo que ante un desperfecto del sistema se trasladan a nivel central para realizar la carga. **(Observación N°37)** Ambas computadoras tienen una antigüedad de más de 5 años. No cuentan con equipos informáticos en las áreas asistenciales para el personal que realiza las tareas de carga de los datos.

El mobiliario para archivos de Historias clínicas y formularios es insuficiente. Tienen conexión a Internet y a Intranet del Gobierno de la Ciudad.

Capacitación

En la actualidad 3 de las 4 personas asignadas al área están realizando el curso de Técnico en Estadística que comenzó a dictarse en el año 2013.



**REGIÓN IV -
HOSPITAL GENERAL DE AGUDO “DR. I. PIROVANO”**

Generación, procesamiento y análisis de la información estadística

La División de Recolección y Elaboración de Datos dependía hasta el año 2012 del Departamento de Recursos Humanos (actualmente pasó a la órbita de la Subgerencia Operativa de Recursos Humanos y Servicios Generales). Comprende también Admisión y Egresos, Archivo General y Oficios Judiciales. **(Observación N°20)**

División Recolección y Elaboración de Datos

Cada mes se recibe el Resumen de prestaciones de todos los sectores que integran el hospital incluyendo Guardia, y todos los CeSAC correspondientes al Área Programática del Hospital Pirovano (N° 2, 12, 27) y los Centros Médicos Barriales N° 17, 26 y 33.

A diario se recibe la planilla del Censo con los datos de ingresos, pases de sala, altas y defunciones que aportan las Secretarías de Sala, quienes realizan el control de ocupación de camas. Esta información se registra en forma manual en una planilla, se transfiere a una hoja de cálculo y se envía por correo electrónico a la Dirección y Sub-Dirección del Hospital. Se envía copia a Archivo para informatización y se registra en el programa MH para Estadística Central.

Se completa el IEH.

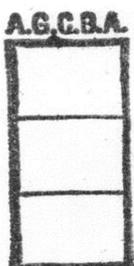
El material en papel generado por cada servicio se envía al área de Estadísticas del Hospital, que registra manualmente en planillas y realiza la consolidación de los datos de los informes. Las planillas se devuelven al Servicio para que se apliquen los controles por totales y el responsable firme en conformidad con los datos.

Como en todos los efectores, cada mes se remiten al Departamento de Estadísticas del Ministerio los formularios de hospitalización y los consolidados, organizados por Servicio; también la información relativa a Consultorios Externos, Centros Periféricos e Intervenciones Quirúrgicas. Las fechas definidas para los envíos se ven alteradas por demora en la generación de los datos¹⁹. **(Observación N°32)**

Los Servicios cuentan con información estadística de interés para la gestión del hospital que no está contemplada en el diseño del Informe Estadístico de Hospitalización.

Los formularios donde se recaban los datos, son planillas papel diseñadas y elaboradas manualmente, que se reproducen por fotocopidora. Esta información se agrupa por mes y se cuantifica anualmente. **(Observación N°30)**

¹⁹ Este es el caso de Salud Mental, que al momento del trabajo de campo no enviaba datos desde el mes de junio de 2012.



Recursos Humanos

Se desempeñan en el área tres agentes (sólo una está dedicada a tiempo completo a la actividad de recolección y carga de datos). En el año 2012 se dio el beneficio del retiro voluntario a cinco agentes con una carga horaria de 35 horas semanales cada uno. De los cargos vacantes sólo se reemplazaron interinamente dos de ellos: la jefatura de Sección Admisión y Egresos y conducción de la División de Elaboración y Recolección de Datos asignándose la responsabilidad a una agente que fuera transferida desde el área de enfermería que realiza el Curso de Técnica en Estadística²⁰ (**Observación Nº29 y 31**)

Espacio físico y Equipamiento

Cuenta con una oficina con baño, dos computadoras (una no funciona), una impresora y teléfono con Fax.

Área Programática

El Área Programática incluye las Comunas Nº12 y 13 y posee la mayor densidad de escuelas públicas y privadas de la CABA, lo que genera una alta demanda de atención de niños y adolescentes.

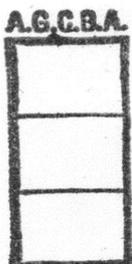
Las estadísticas de los diferentes efectores pertenecientes al área se reciben en el Departamento Área Programática, y se envían a Estadísticas del Hospital. Las notificaciones de atención a Ex combatientes de Malvinas, se elevan cada dos meses a la Dirección del Hospital. Las de Cobertura Porteña, se remiten al Área Programática y por correo electrónico al Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud.

Epidemiología

Una profesional especialista en Pediatría del CeSAC Nº12, tiene asignada de manera informal la coordinación de Vigilancia Epidemiológica del Área Programática, que realiza las tareas comunes a todos los efectores, de acuerdo a la normativa para la vigilancia general e intensificada.

Para el caso de enfermedades de denuncia obligatoria que exceden el nivel de complejidad del CeSAC y requieren derivación al hospital de referencia, el profesional interviniente completa dos fichas, una para remitir al área que recibe al paciente y otra para Promoción y Protección que se encarga de comunicar al Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, quien a su vez reenvía la planilla de estudio y seguimiento de foco al CeSAC que detectó el caso.

Para los casos de sospecha de zoonosis, se actúa coordinadamente con el Instituto Pasteur, información que también se remite al nivel Central.



²⁰ Capacitación del Instituto Superior de la Carrera, del Gobierno de la Ciudad

Esquema de vigilancia epidemiológica del Área Programática Hospital I. Pirovano

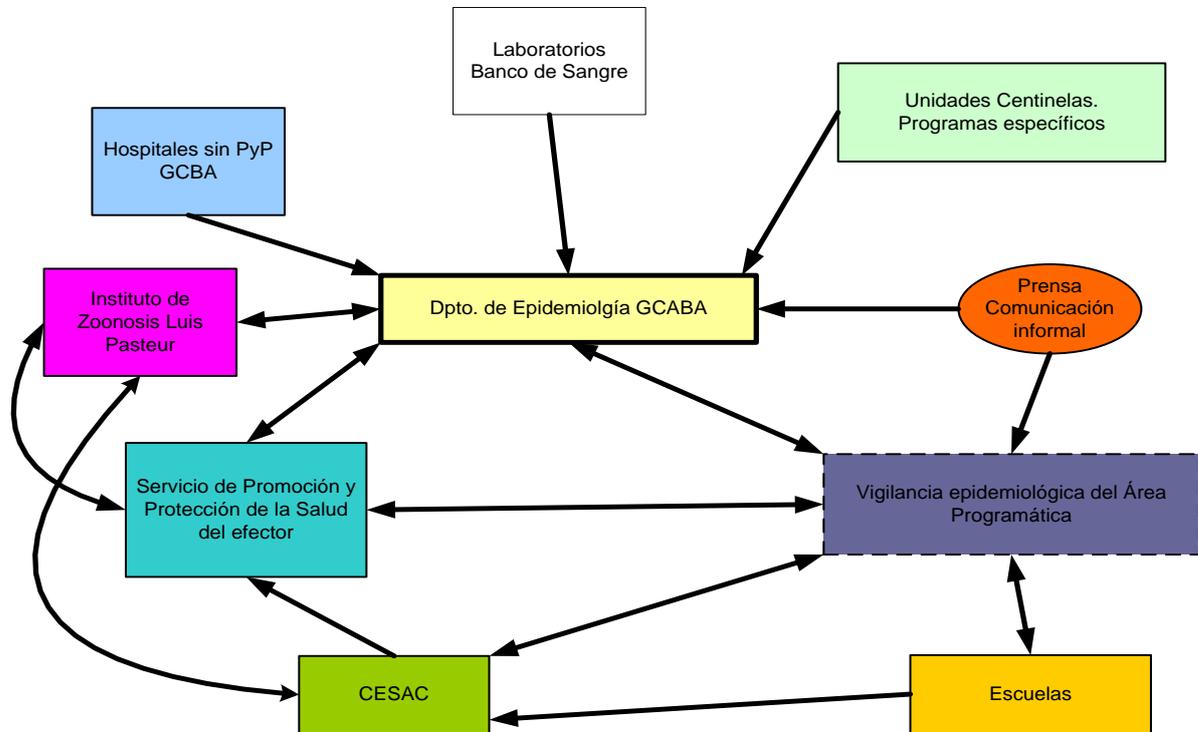


Ilustración 4

División Promoción y Protección para la Salud

A cargo de una profesional médica de planta.

La División recibe información de las áreas, complementariamente realiza búsqueda activa en aquellos servicios del hospital que no la envían y repite el circuito previsto para la comunicación de información epidemiológica.

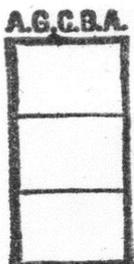
Carga de datos

Las planillas se completan en forma manual y luego se incorporan al sistema. La carga de planillas y los consolidados son supervisados y controlados por la jefa de la División. Una vez realizado el control, la información es remitida al Departamento de Epidemiología del Ministerio.

Reciben notificaciones de algunos efectores privados.

Recursos Humanos

Están afectados a la tarea dos profesionales que dedican 10hs semanales. Durante el año 2012 se produjeron dos vacantes que aún no han sido repuestas y cuyos cargos están previstos para concursar durante el año 2013.



Insumos

No reciben planillas por parte del Ministerio, utilizan fotocopias provistas por el hospital o las mismas profesionales.

No poseen un teléfono de línea, las comunicaciones con los profesionales de campo se realizan a través de teléfonos móviles personales. **(Observación N°32)**

Para la carga de datos disponen de dos computadoras con una antigüedad de más de cinco años.

Tienen acceso a Internet y están comunicados on-line (poseen una clave propia de acceso al sistema SNVS que fue suministrada por nivel central y se renueva periódicamente).

CeSAC N° 2

Recursos Humanos, físicos y materiales

Dos agentes administrativas son las encargadas de la recolección y elaboración de las planillas de estadística del centro. Reciben además la colaboración de una persona perteneciente a la Dirección General de Estadística y Censos (data entry) para la carga de datos (jueves y viernes).

La tarea se realiza en la oficina de atención y admisión al público, de dimensiones inadecuadas para el desarrollo de la actividad, con luz artificial.

(Observación N°34)

Poseen 2 computadoras obsoletas para la carga de datos.

La información se registra en:

- Planilla de prestación individual en forma diaria.
- Planilla de prestaciones grupales en forma mensual.
- Planilla de control de niño sano en forma semanal.
- Registro de Población, utilizado para identificar a los pacientes que ingresan al sistema.

Los datos de las planillas se consolidan mensualmente. Una vez codificadas (diagnósticos, prácticas y programas) son enviadas antes del día 5 de cada mes al Área Programática que a su vez la envía a Estadística del hospital.

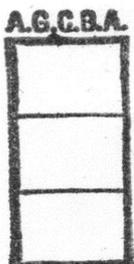
La misma información es enviada por correo electrónico al Departamento de Estadística (nivel central).

El consolidado mensual de las planillas se realiza por triplicado, una copia se envía a Estadística, otra al Área Programática y otra queda archivada en el CeSAC.

Salud Mental, Enfermería y Servicio Social también entregan planillas.

Cobertura Porteña de Salud (CPS)

El coordinador de CPS tiene a su cargo la recolección de datos de los tres Centros Barriales, odontólogos y médicos de cabecera. Los consolidados son remitidos al departamento de Área Programática quien los controla y reenvía al



área de Estadísticas del Hospital y por correo electrónico al nivel central (Departamento de Estadística).

La aplicación utilizada para la carga de datos es ACCESS, suministrada por GCABA, se remite periódicamente a nivel central pero no puede ser procesada por incompatibilidad con el SiAPS (como fuera descripto en el punto C) I. 1. Servicios de Salud)

INSTITUTO DE ZONOSIS “LUIS PASTEUR”

El concepto de zoonosis es definido por la OMS en 1956 como aplicable a cualquier enfermedad que de manera natural es transmisible de los animales vertebrados al hombre, siendo modificado en 1959 por el comité de expertos de la OMS, para denominar así a las enfermedades que se transmiten entre los animales y el hombre, que pretendió adjudicarle un sentido más amplio y menos antropocéntrico.

Las zoonosis como problema de Salud Pública no encuentran aún un reconocimiento significativo respecto de otras patologías. Esto es serio en contextos socioeconómicos donde su prevalencia compromete el estado de salud de las poblaciones expuestas al riesgo, sin valorar aspectos determinantes que las condicionan, con un abordaje fragmentado entre áreas que deberían vincularse estrechamente, como la seguridad en los alimentos, los riesgos del trabajo y la protección del ambiente.

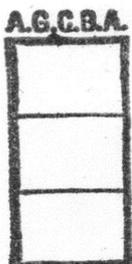
Clasificación de las zoonosis de acuerdo con las características de su ciclo de transmisión

De ciclo directo: con la intervención de un vertebrado. Una gran parte de las zoonosis más conocidas corresponden a este tipo, particularizándose las de etiología viral como la rabia, fiebre hemorrágica, bacterianas como algunas stafilococosis y clostridiasis; micosis y riquetsiosis como la dermatofitosis y la psitacosis y parasitarias como la toxoplasmosis y la sarna.

De ciclo indirecto: aquellas zoonosis cuyo ciclo de transmisión debe integrarse a través de la intervención de diferentes elementos del medio ambiente como suelo, agua, alimentos, materia orgánica proveniente de los animales y vectores intermediarios.

El **Instituto de Zoonosis “Luis Pasteur”** depende de la Secretaria de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Hasta el año 1988 el Instituto era llamado Centro Antirrábico, y por decisión de las autoridades del momento (Decreto N° 5334/88) y recomendación de la OPS y la OMS pasa a ser Instituto de Zoonosis con la misión de entender en todo lo relacionado con Diagnóstico, Prevención y Control de las Zoonosis en la Ciudad de Buenos Aires, y la finalidad de preservar el buen estado de salud de la población humana y animal. A partir de ahí se abre enormemente el campo



de investigación en enfermedades de animales, insectos, enfermedades zoonóticas, de transmisión alimentaria, etc.

Debido al logro obtenido por este Instituto en el control de la rabia en la Ciudad de Buenos Aires, se produce un cambio en las misiones y funciones. Su verdadera función es, como centro de investigación, diagnóstico, prevención y control de la zoonosis.

La búsqueda y hallazgo de virus, bacterias y detección de microorganismos está orientada a una política de prevención.

Cuentan con jaulas para la observación de animales mordedores o portadores de zoonosis (18), dos consultorios internos, dos quirófanos fijos y dos móviles.

El área de cobertura del Instituto es la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, conformando uno de los nodos de información del sistema de vigilancia epidemiológica.

Los servicios asistenciales que ofrece la institución son:

- Consultorios externos
- Vacunación antirrábica
- Internación de animales con sospecha de zoonosis
- Esterilización quirúrgica intra y extra-muros en poblaciones de mayor riesgo (Villas de emergencias, barrios carenciados y ONG vinculadas a la protección de animales)
- Realización de necropsias con muestras tomadas de cadáveres con sospecha de zoonosis
- Radiología y análisis clínico
- Vigilancia epidemiológica de zoonosis
- Se articulan con el área de Educación para la Promoción de la Salud, realizando el dictado de clases, talleres y capacitación de profesionales y docentes.

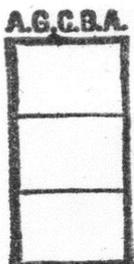
Mantienen una fluida comunicación con control de plagas. Se desarrollan acciones con Nación y Provincia de Buenos Aires y existe comunicación on-line entre lo efectores (Instituto Pasteur, SENASA, Instituto Malbran)

Recursos Humanos

El Instituto no cuenta con personal administrativo que se ocupe de la carga de datos estadísticos y de epidemiología siendo los mismos profesionales a cargo quienes lo realizan (jefe de departamento). **(Observación N°39)**

Registros

Los registros estadísticos que son elevados al Ministerio de Salud, se realizan en planillas que están diseñadas para los hospitales y CeSAC de la Ciudad de Buenos Aires. Esto origina una estadística parcial porque no existe un canal para transmitir la totalidad de la información. **(Observación 40)**



Esta limitación representa una debilidad en el sistema, teniendo en cuenta la importancia que tiene una adecuada notificación para planificar acciones de control y prevención.

Solo se notifican las patologías en casos humanos pero la implementación de vías de información de las epizootias (enfermedades en los animales) favorecería la vigilancia epidemiológica y las tareas de prevención. Hay una importante proporción de casos que podrían prevenirse si se registrara e informara también las poblaciones animales que comportan factores de riesgo en las incidencia y prevalencia de los casos humanos.

En Octubre del año 2011 se realizó un proyecto de la ley nacional para la creación de la Red Nacional de Vigilancia Epizootiológica de casos animales de enfermedades zoonóticas, cuyo objetivo es *“propiciar la generación, obtención, procesamiento y comunicación de datos epizootiológicos, correspondientes a casos de animales de enfermedades zoonóticas notificables, a nivel nacional, por parte de todo profesional que tenga conocimiento de sospecha o confirmación de animales afectados por esas enfermedades.”* *“Se fomentará la cooperación entre distintos integrantes de la RED y el uso racional de los recursos existentes”*.

En el citado proyecto se determina la dependencia y la integración de la Red, la modalidad de la notificación y periodicidad de la vigilancia clínica y vigilancia por laboratorio, el flujo de la información, resaltando la bidireccionalidad de la comunicación (niveles locales, provinciales y nacionales).

Capacitación

El Instituto realiza dos cursos de capacitación docente, referentes a “La escuela y la alimentación” y “La educación ambiental”.

Curso de post-grado sobre Educación para la salud, dirigido a los profesionales de la salud del primer nivel de atención y de las residencias médicas y no médicas del sistema de salud del GCBA.

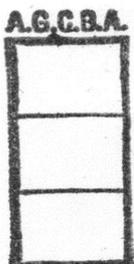
IV. INDICADORES

A partir de los procedimientos realizados se elaboraron indicadores para el análisis de estructura, procesos y resultados de las áreas de estadística y epidemiología.

IV. 1. Epidemiología

Monitoreo de carga de datos en el SNVS - Año 2013

La información analizada corresponde a las 11 semanas epidemiológicas de 2013, dado que esta información se actualiza periódicamente, sin conservar registro de la serie histórica. Se formularon indicadores para determinar el grado de notificación y las semanas de atraso de los nodos constituyentes del SNVS, ordenados por Región Sanitaria



Nodos (Grupo 1)

12 Hospitales Generales de Agudos con área programática y el Instituto de Zoonosis L. Pasteur

Tabla 6

Cumplimiento de notificación por semana y efector		SE1	SE2	SE3	SE4	SE5	SE6	SE7	SE8	SE9	SE10	SE11	✓	✗	Total de notificaciones
Región I	ARGERICH	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	11	0	100%
	PENNA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	10	1	91%
	R. MEJIA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	10	1	91%
Región II	ALVAREZ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	10	1	91%
	PIÑERO	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	11	0	100%
	SANTOJANNI	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	11	0	100%
Región III	DURAND	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	11	0%
	INST. PASTEUR	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	11	0%
	TORNU	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	11	0	100%
	V. SANSFIELD	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	11	0	100%
	ZUBIZARRETA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	10	1	91%
Región IV	FERNANDEZ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	9	2	82%
	PIROVANO	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	11	0	100%

Ref

- Efectores con notificaciones de eventos epidemiológicos
- Efectores que no notificaron

Dos efectores de la Región Sanitaria III no habían enviado en 2013 notificaciones a la Dirección. De los 11 que notifican, 10 de 13 (76,9%), presentaron un nivel de notificación entre el 91 y el 100%. Puede apreciarse en el análisis de la semana 11 de notificación, que 5 efectores (45.5%) presentaron retraso de una semana y un solo efector (9%) con un retraso de dos semanas.

Nodos SNVS Grupo 2

Hospitales que realizan vigilancia epidemiológica sin acciones de control.

Para el cálculo de notificaciones, se consideraron positivas tanto los que refirieron eventos como los que accedieron al sistema sin notificación de eventos epidemiológicos.



Tabla 7

Cumplimiento de notificación por semana y efector		SE1	SE2	SE3	SE4	SE5	SE6	SE7	SE8	SE9	SE10	SE11	✓	!	✗	Total de notificaciones
Región I	ELIZALDE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	11	0	0	100%
	MUÑIZ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	10	0	1	91%
	SARDÁ	✓	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓	✓	✗	✓	9	1	1	91%
Región IV	RIVADAVIA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	11	0	0	100%
	GUTIÉRREZ	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✗	✗	7	0	4	64%
n/c	GARRAHAN	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	11	0	0	100%

Ref

- ✓ Efectores que remitieron información con notificaciones de eventos epidemiológicos
- ! Efectores con acceso al sistema pero sin notificación de eventos epidemiológicos
- ✗ Efectores que no accedieron al sistema de notificación de eventos epidemiológicos

La mayoría de los efectores analizados cumple con la notificación oportuna. El efector con mayor retraso es el hospital Gutiérrez.

 **Nodos SNVS Grupo 3**

Integran este grupo los hospitales monovalentes.

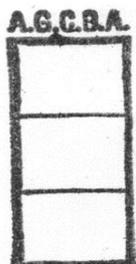
Los hospitales Tobar García, Santa Lucía y Moyano envían sus datos en planillas que son registradas en el sistema SNVS por personal del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de la CABA.

Tabla 8

Cumplimiento de notificación por semana y efector		SE1	SE2	SE3	SE4	SE5	SE6	SE7	SE8	SE9	SE10	SE11	✓	!	✗	Total de notificaciones
Dirección General Adjunta de Salud Mental	ALVEAR	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%
	BORDA	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%
	MOYANO	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	5	0	6	31%
	TOBAR GARCÍA	!	!	!	!	!	!	✗	✗	✗	✗	✗	0	6	5	35%
Región I	FERRER	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%
	ODONTOLOGÍA INFANTIL	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%
	SANTA LUCÍA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	9	0	2	45%
	UDAONDO	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%
Región III	CURIE	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%
	LAGLEYZE	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%
	ODONTOLÓGICO MUNICIPAL	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%
	QUEMADOS	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%
	ROCCA	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%
Región IV	IREP	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%
	ODONTOLOGÍA (EX NACIONAL)	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%

Ref

- ✓ Efectores que remitieron información con notificación de eventos epidemiológicos
- ! Efectores con acceso al sistema pero sin notificación de eventos epidemiológicos
- ✗ Efectores que no accedieron al sistema de notificación de eventos epidemiológico



El cuadro precedente muestra el alto grado de incumplimiento de los envíos de información por parte de los efectores del Nodo Grupo 3; con excepción del Hospital Oftalmológico Santa Lucía, que mostró un retraso de dos semanas en la comunicación. **(Observación N°10)**

 **Centros de Salud (Subnodos)**

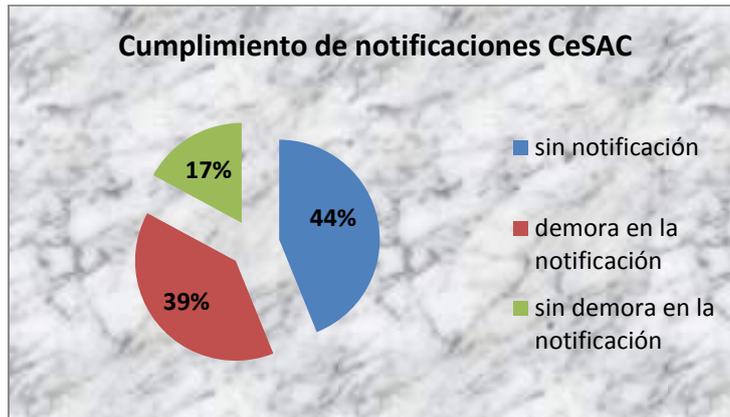
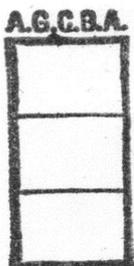


Gráfico 1
Tabla 9

Región	Hospital de referencia	CeSAC	SE1	SE2	SE3	SE4	SE5	SE6	SE7	SE8	SE9	SE10	SE11	✓	!	✗	Total de notificaciones		
Región Sanitaria I	Argerich	CESAC 15	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%		
		CESAC 41	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%		
		CESAC 9	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	9	0	2	82%	
	Penna	CESAC 1	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	9	1	1	91%	
		CESAC 10	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%	
		CESAC 16	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	4	0	7	36%	
		CESAC 30	✓	✓	✓	!	!	!	!	✗	✗	✗	✓	✓	7	4	0	100%	
		CESAC 32	✓	✓	✓	✓	✓	!	!	!	✓	✓	!	✗	7	2	2	82%	
		CESAC 35	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%	
		CESAC 39	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%	
		CESAC 8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	11	0	0	100%	
		Ramos Mejía	CESAC 11	✓	!	✓	!	✓	✓	✓	!	✓	!	✗	✗	5	4	2	82%
			CESAC 45	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%
		Región Sanitaria II	Piñero	CESAC 13	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	5	0	6	45%
				CESAC 14	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10	0	1	91%
CESAC 18	✗			✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%	
CESAC 19	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	7	0	4	64%	
CESAC 20	✗			✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%	
CESAC 24	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	11	0	0	100%	
CESAC 31	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	7	0	4	64%	
CESAC 40	✗			✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%	
CESAC 6	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	10	0	1	91%	
Santojanni	CESAC 28		✓	✓	✓	✓	!	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓	9	2	0	100%	
	CESAC 29		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	10	0	1	91%	
	CESAC 3		!	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9	1	1	91%	
	CESAC 37		✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%	
	CESAC 4		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	11	0	0	100%	
	CESAC 5		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗	8	0	3	73%	
Región Sanitaria III	Durand	CESAC 7	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	10	0	1	91%		
		CESAC 22	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	1	0	10	9%	
		CESAC 23	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%	
	Tornú	CESAC 38	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%	
		CESAC 33	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%	
	Vélez Sarsfield	CESAC 36	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%	
	Región Sanitaria IV	Fernández	CESAC 17	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%
CESAC 21			✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%	
CESAC 25			✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%	
CESAC 26			✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	0	0	11	0%	
Pirovano		CESAC 12	!	!	!	!	✓	✓	✓	✓	✓	!	✓	!	5	6	0	100%	
		CESAC 2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	11	0	0	100%	
		CESAC 27	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	6	0	5	55%	
Totales													182	20	249				
%													40%	4%	55%				



No hay registro de notificaciones de CeSAC del hospital Álvarez
 Se verifica que el 44% de los centros de salud no ha realizado ninguna notificación en las 11 semanas analizadas, el 39% lo ha hecho con demora y el 17% ha realizado su tarea en forma completa.

El siguiente cuadro muestra el análisis por Región Sanitaria:

Tabla 10 Acceso al Sistema de Notificación

	Efector	Acceso al sistema		Sin acceso
		Con notificación	Sin notificación	
Región Sanitaria I		52	11	79
		36,60%	7,70%	55,60%
	Argerich	9	0	24
	Penna	38	7	43
	Ramos Mejía	5	4	12
Región Sanitaria II		107	3	66
		60,80%	1,70%	37,50%
	Piñero	50	0	49
	Santojanni	57	3	17
Región Sanitaria III		1	0	54
		1,80%		98,20%
	Durand	1	0	32
	Tornú	0	0	11
	Vélez Sarsfield	0	0	11
Región Sanitaria IV		22	6	49
		28,60%	7,80%	63,60%
	Fernández	0	0	44
	Pirovano	22	6	5
Total general		182	20	248
		40,40%	4,40%	55,10%

Si bien todas las áreas tienen un alto porcentaje de retraso, al analizar la respuesta por región se observan diferencias importantes en el grado de cumplimiento de la notificación. **(Observación N°22)**



Hospitales del sector privado, Obras Sociales y Universitarios (Nodos privados)

Tabla 11

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	✓	✗	✓
CEMIC	✗	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✗	✗	3	8	27%
Hospital de Clínicas	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	2	9	18%
Clínica y Maternidad Suizo Argentina	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗	2	9	18%
Hospital Británico	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	1	10	9%
Hospital Italiano	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	10	1	91%
Sanatorio Anchorena	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗	1	10	9%
Hospital Franchín (UOCRA)	✗	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	3	8	27%
OSECAC Congreso	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✓	✓	✗	✗	3	8	27%
FUNCEI	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✓	2	9	18%
Totales												27%	73%	

De los hospitales que componen los subsectores privado, universitario y de obras sociales, únicamente remiten información al Ministerio de Salud de la Ciudad nueve de ellos.

Planta física (Áreas de División Promoción y Protección)

Se evaluó la necesidad de espacio requerida para el desarrollo de las actividades. Se tomaron en cuenta las dimensiones del local, si constituye una unidad con servicios sanitarios separados del resto del hospital, el estado de higiene y si cuenta con iluminación y ventilación natural suficientes. **(Observación N°24)**

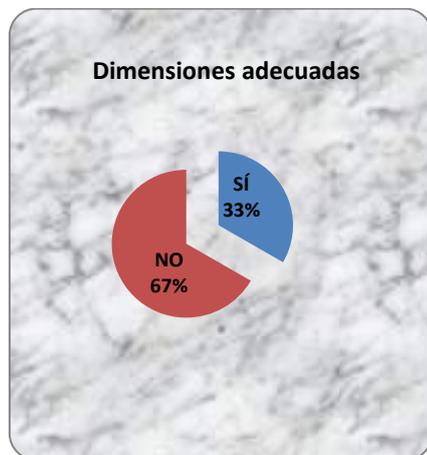


Gráfico 2

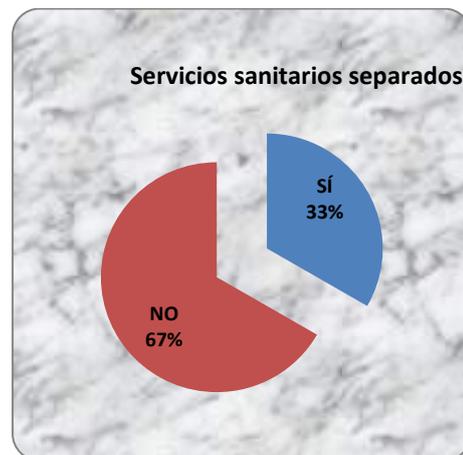
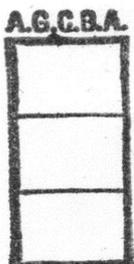


Gráfico 3



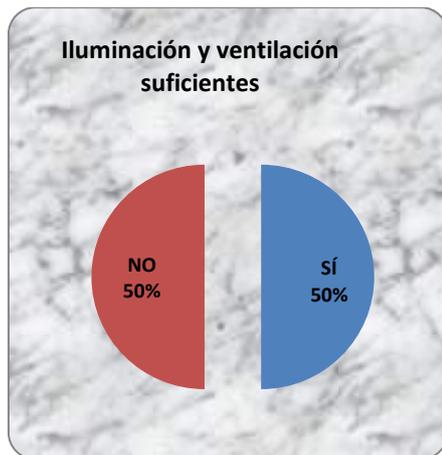


Gráfico 4

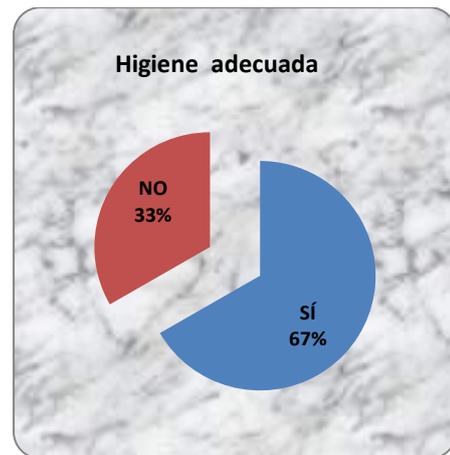


Gráfico 5

Recursos materiales - Equipamiento informático

En este ítem se evaluó el equipamiento informático del área, considerado de fundamental importancia para el desarrollo de las actividades.

Tabla 12

Cantidad de PC del área de Epidemiología	Antigüedad				Total
	Menos de un año	Hasta 5 años	Más de 5 años	Obsoleta	
Ramos Mejía				1	1
Muñiz			1		1
Álvarez		2			2
Zubizarreta	2				2
Alvear				1	1
Instituto Pasteur				1	1
Pirovano			2		2
Total	2	2	3	3	10

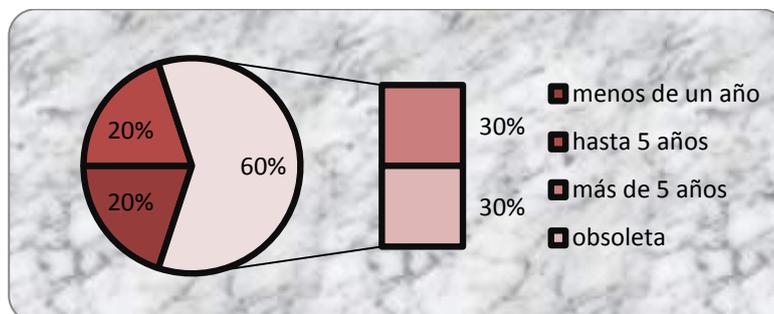


Gráfico 6

Como se observa en el gráfico, el 20% cuenta con equipamiento informático de menos de un año y otro 20% con equipamiento inferior a cinco años, el resto corresponde a equipamiento antiguo y obsoleto. La mayor proporción de los hospitales cuentan con una única computadora para todas las tareas del área. Un único efector no contaba con conexión a Internet. **(Observación N°23)**

Procesos y resultados:

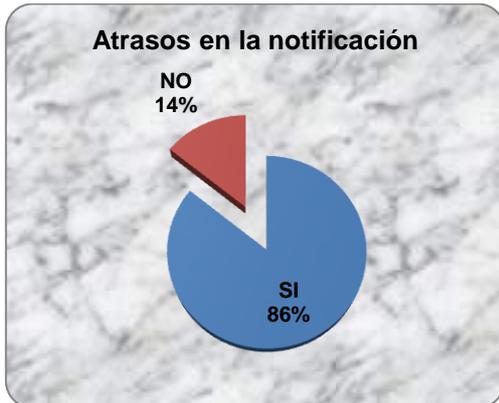


Gráfico 7

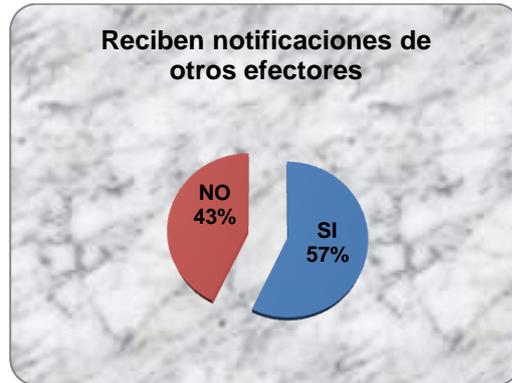


Gráfico 8

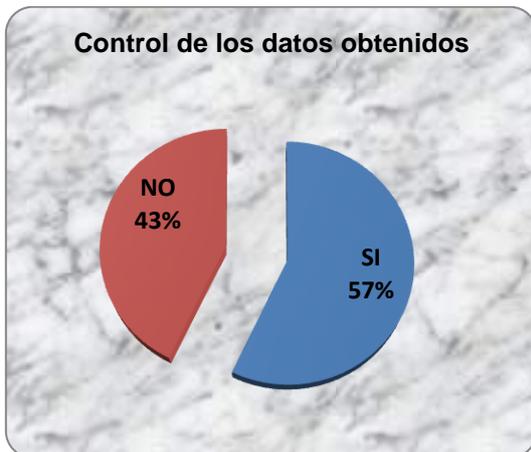


Gráfico 9

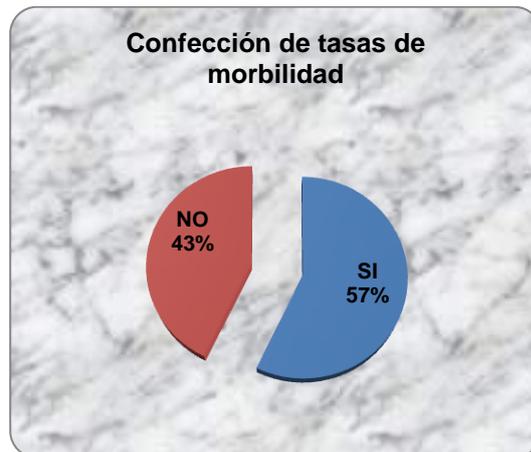
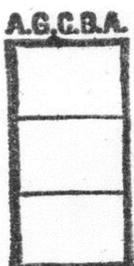


Gráfico 10



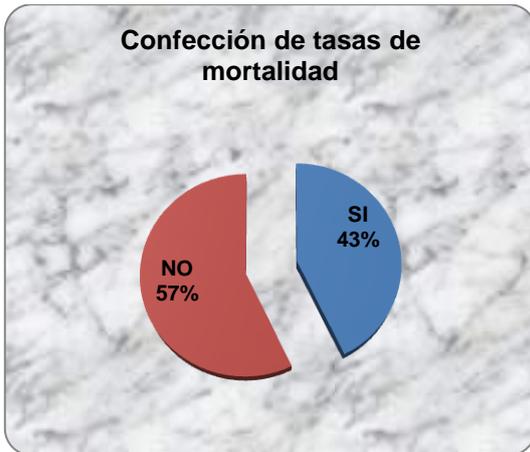


Gráfico 11

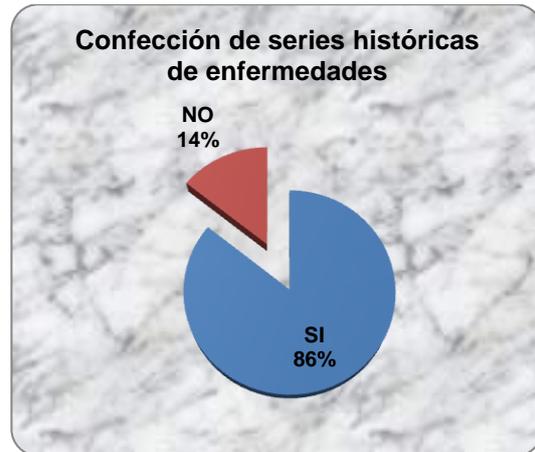


Gráfico 12

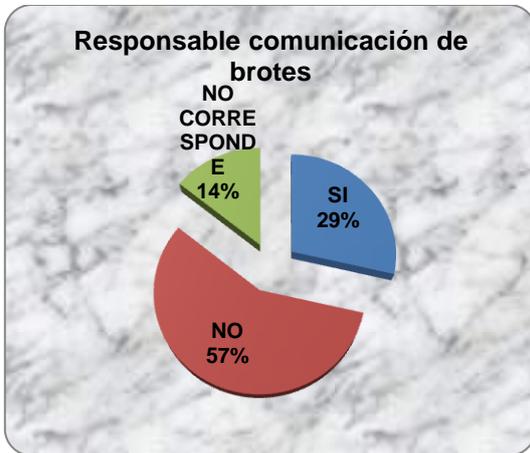


Gráfico 13

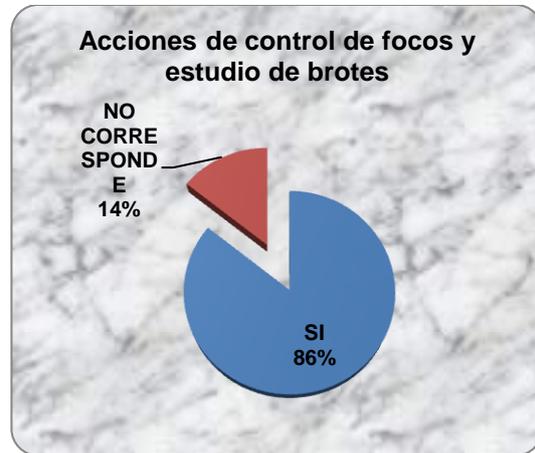


Gráfico 14

En el Hospital Alvear no corresponde evaluar este ítem

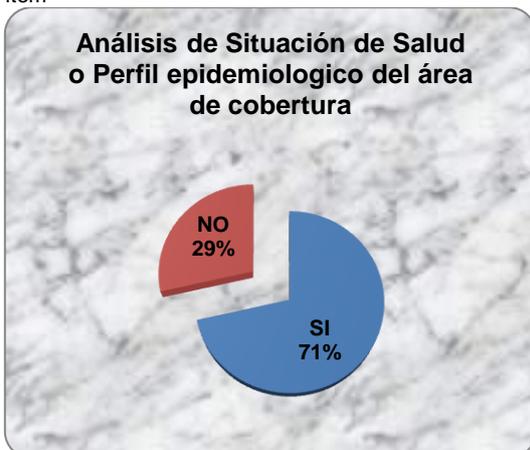


Gráfico 15

En el Hospital Muñiz no corresponde evaluar este ítem

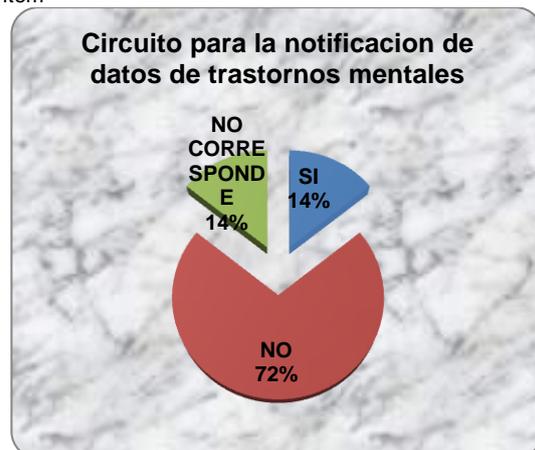
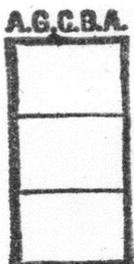


Gráfico 16

En el Instituto Pasteur no corresponde evaluar este ítem



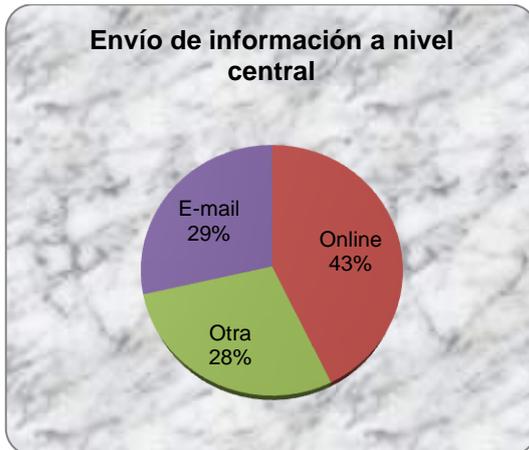


Gráfico 17

En ningún efector estaba constituido el Comité de Análisis de Situación de Salud (CASIS)

IV. 2. Estadísticas.

El Informe Estadístico de Hospitalización (IEH)²¹ es la fuente más importante de información sobre morbilidad, de interés tanto para la programación y evaluación de las acciones de salud y el cumplimiento de las políticas correspondientes, como para las investigaciones médicas y epidemiológicas. La calidad de esta información está estrechamente relacionada con la de los datos que se captan, especialmente en lo referido al diagnóstico de egreso.

El área de Estadísticas del Ministerio de Salud de la Ciudad recibe los informes de todos los efectores de salud con camas de internación y efectúa el control de calidad de los registros. Entre los datos que se evalúan, se verifica que se hayan completado todos los campos del IEH y que los mismos sean consistentes con las distintas variables informadas.

A la fecha de realización del procedimiento se encontraba en proceso de supervisión el primer semestre de 2011, y se analizaron los hospitales cuyos registros habían sido consistidos.

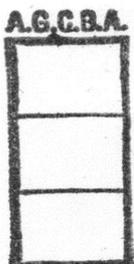
Con el objetivo de analizar la calidad de los datos se solicitó al área de estadísticas el listado de egresos codificados (de los meses de enero, abril y junio de 2011, muestra seleccionada para evitar el riesgo de la estacionalidad) que se obtiene del Movimiento Hospitalario

Se verificó la cantidad de egresos totales (33.406) contra la cantidad de egresos corregidos (4991), clasificando el tipo de error en dos grupos: codificación y datos del paciente.

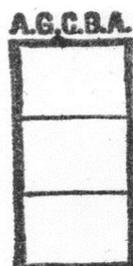
Tabla 13

Región	Hospital	Mes	Total egresos	Correcciones	Total	%
--------	----------	-----	---------------	--------------	-------	---

²¹ El objetivo del IEH es la captación de datos con fines estadísticos. La Ley 17622/68 y Decreto Reglamentario 3110/70 crea el Sistema Estadístico Nacional e instituye la obligatoriedad del secreto estadístico, por lo tanto, los datos obtenidos en dicho informe sólo pueden utilizarse para fines estadísticos.



Sanitaria		Codificación			Datos paciente	correcciones	
Región Sanitaria I	Argerich	Abril	1051	133	4	137	13%
		Enero	948	143	0	143	15%
		Junio	1000	159	1	160	16%
	Elizalde	Abril	661	103	7	110	17%
		Enero	658	121	8	129	20%
		Junio	820	108	10	118	14%
	Penna	Abril	1013	140	0	140	14%
		Enero	1135	93	2	95	8%
		Junio	1036	0	0	0	0%
	Ramos Mejía	Abril	916	103	13	116	13%
		Enero	910	142	22	164	18%
		Junio	1090	122	13	135	12%
Región Sanitaria II	Piñero	Abril	1062	108	17	125	12%
		Enero	714	78	10	88	12%
		Junio	1046	108	13	121	12%
	Santojanni	Abril	1316	182	14	196	15%
		Enero	1465	208	3	211	14%
		Junio	1439	115	11	126	9%
Región Sanitaria III	Durand	Abril	825	99	2	101	12%
		Enero	752	51	5	56	7%
		Junio	884	59	6	65	7%
	Oncología	Abril	226	7	4	11	5%
		Enero	169	1	2	3	2%
		Junio	254	17	5	22	9%
	Tornú	Abril	376	85	0	85	23%
		Enero	367	87	0	87	24%
		Junio	396	58	9	67	17%
	Vélez Sarsfield	Abril	528	78	0	78	15%
		Enero	525	73	3	76	14%
		Junio	540	84	1	85	16%
Región Sanitaria IV	Fernández	Abril	846	242	51	293	35%



Región Sanitaria	Hospital	Mes	Total egresos	Correcciones		Total correcciones	%
				Codificación	Datos paciente		
		Enero	862	161	68	229	27%
		Junio	914	439	36	475	52%
	Gutiérrez	Abril	720	97	0	97	13%
		Enero	798	96	3	99	12%
		Junio	897	61	3	64	7%
	Pirovano	Abril	858	116	1	117	14%
		Enero	753	103	0	103	14%
		Junio	877	109	0	109	12%
	Rivadavia	Abril	581	104	5	109	19%
		Enero	531	91	2	93	18%
		Junio	647	152	1	153	24%
	Totales			33406	4636	355	4991

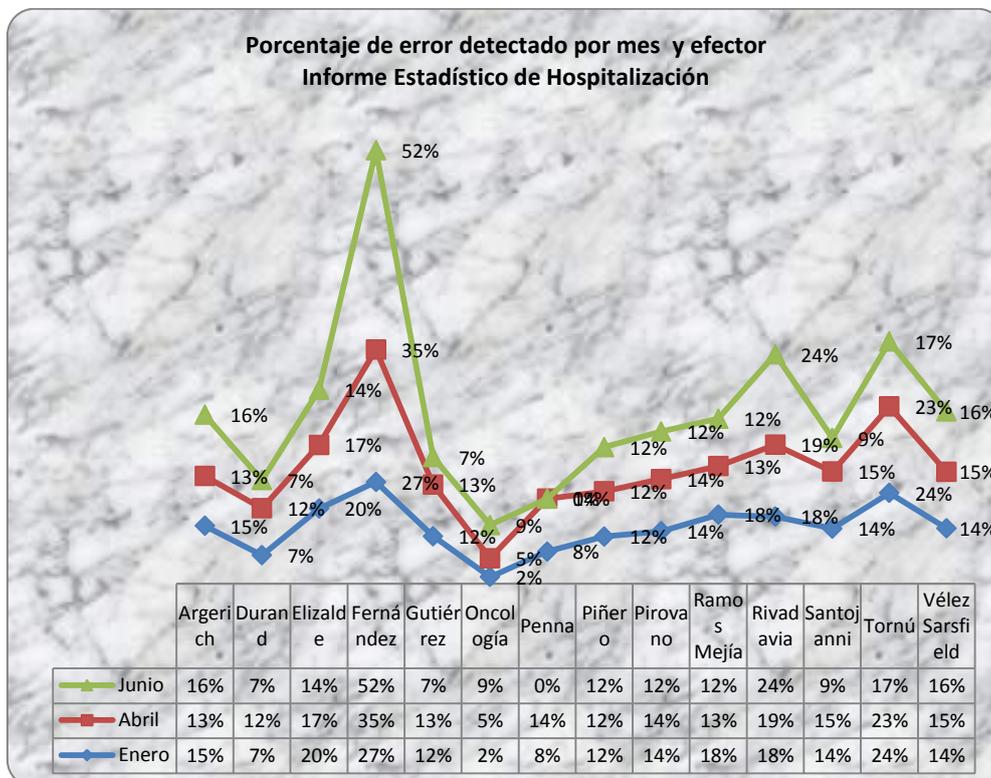
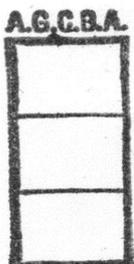


Gráfico 18



En la muestra seleccionada se verificaron diferencias entre los datos enviados por los efectores y los codificados por el equipo del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud que demanda mayor dedicación del personal y afecta la calidad de los datos. **(Observación N°14)**

Además se constataron omisiones que a continuación se describen:

- En las planillas verificadas del Hospital Alvear, no constaban en ningún caso sello y firma del médico interviniente. **(Observación N°38)**
- En una de las planillas del Hospital Muñiz no constaba el sello del médico interviniente
- Una de las planillas del Hospital Zubizarreta no cuenta con firma y sello del profesional
- El Hospital Álvarez no envía las planillas, únicamente se puso a disposición del equipo de auditoría los informes estadísticos de hospitalización del mes de enero de 2011, la explicación de la falta de envío fue que es debido a problemas relacionados con el incendio (producido en enero de 2012)
- El área no sistematiza mediante un informe, la cantidad y calidad de errores detectados. **(Observación N°15)**

Efectores Periféricos
Planta física:

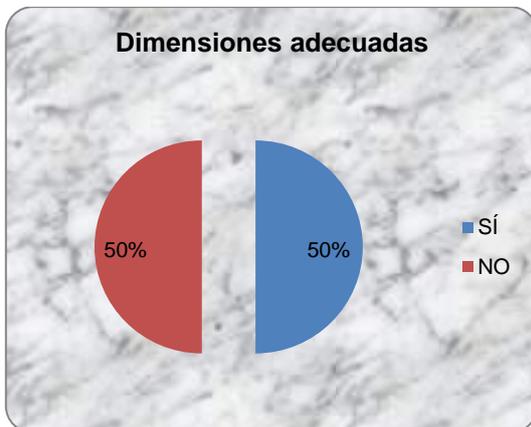


Gráfico 19

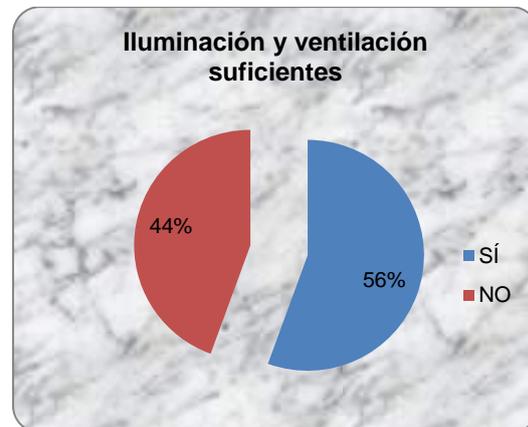
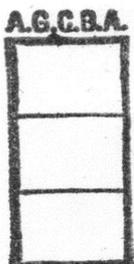


Gráfico 20



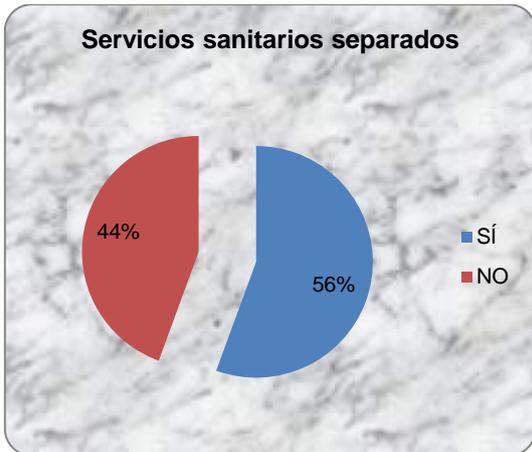


Gráfico 21

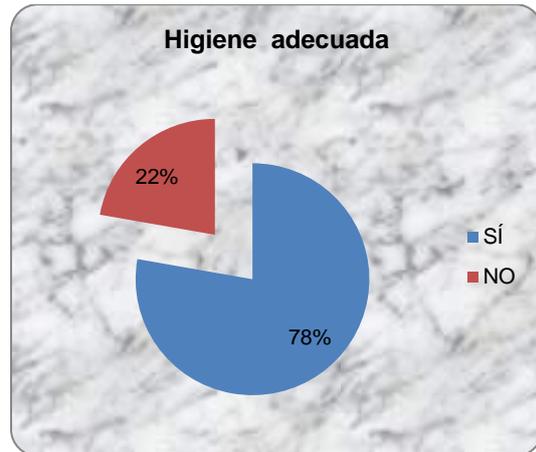


Gráfico 22

Carga de datos:

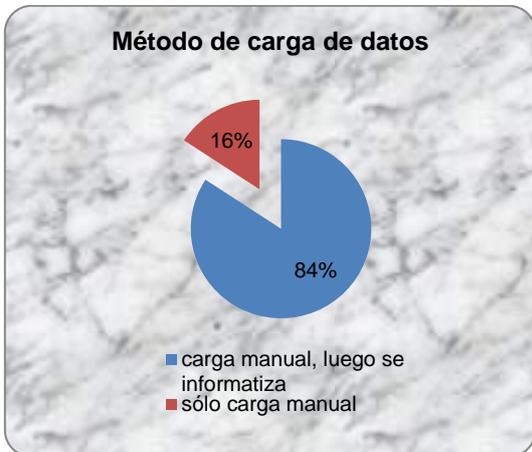


Gráfico 23

El 16% que realiza sólo carga manual se refiere a las áreas de Emergencias que cuentan con libro rubricado y no realizan carga informática.

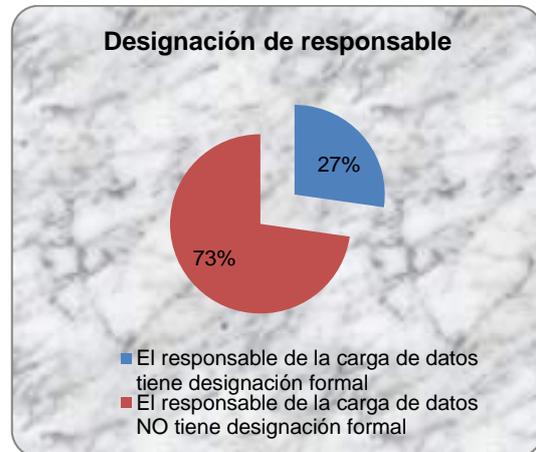
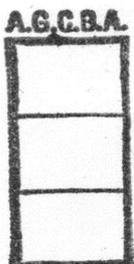


Gráfico 24

Sobre el sistema informático: Conectividad:



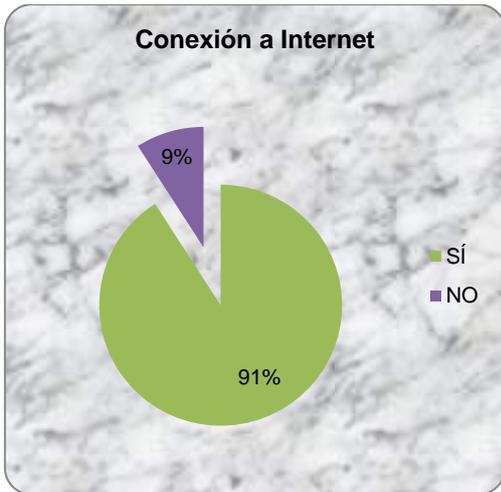


Gráfico 25

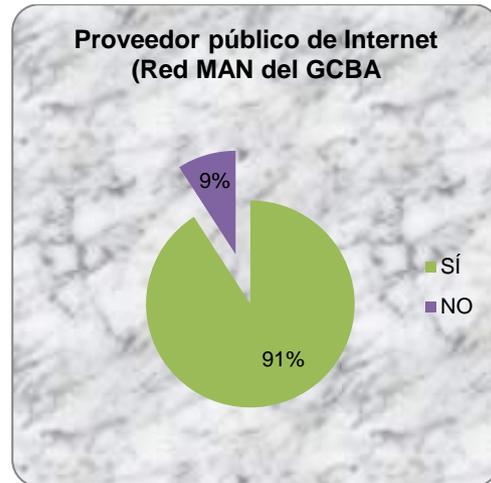


Gráfico 26

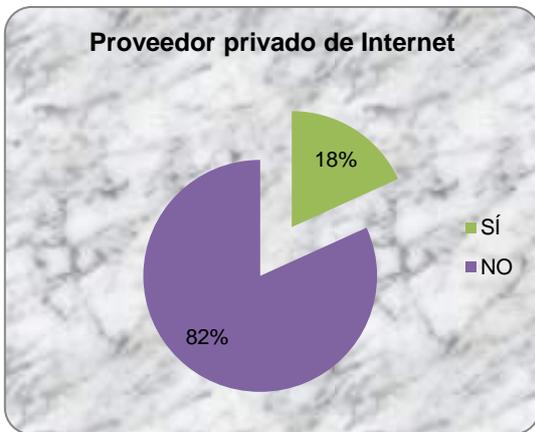


Gráfico 27

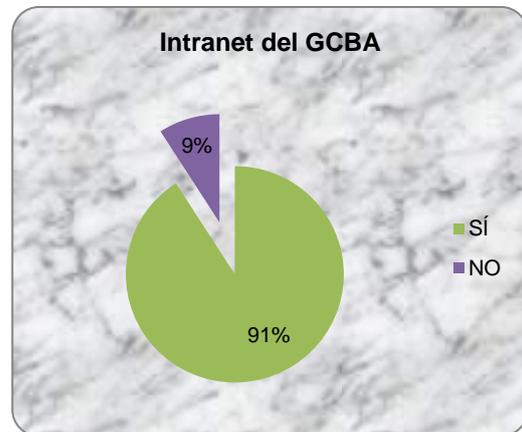
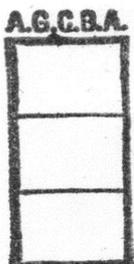


Gráfico 28



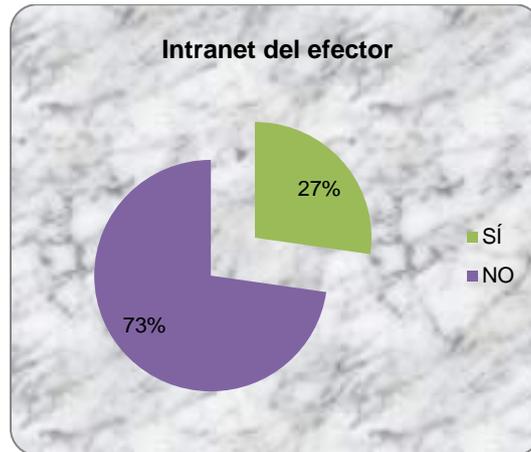


Gráfico 29

Bases de datos. Validez de la información

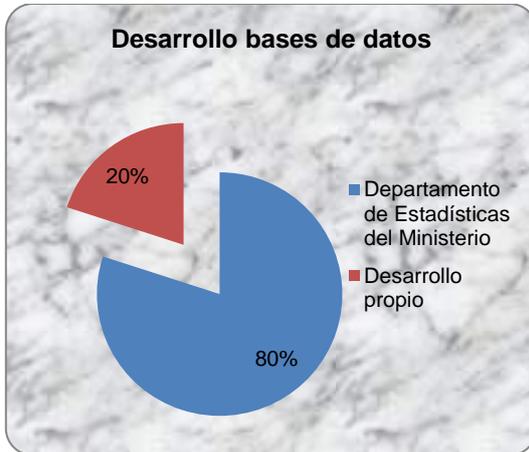


Gráfico 30

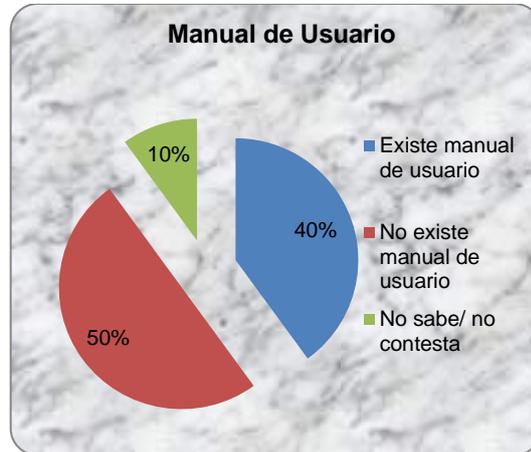


Gráfico 31

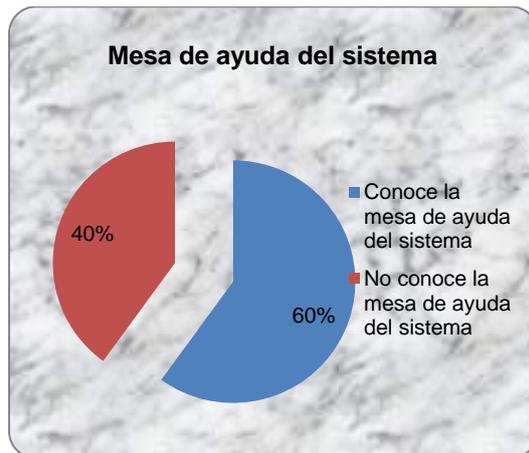


Gráfico 32

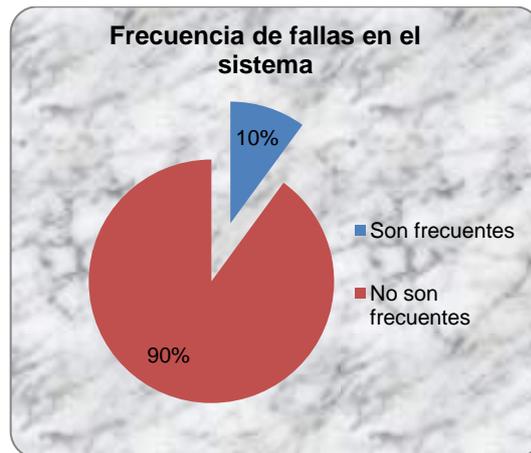
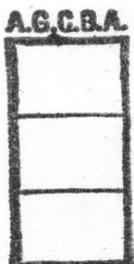


Gráfico 33



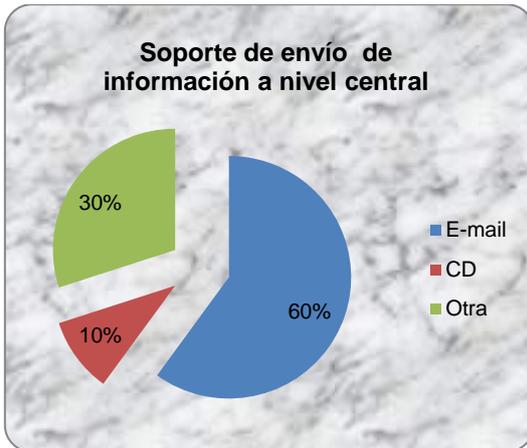


Gráfico 34

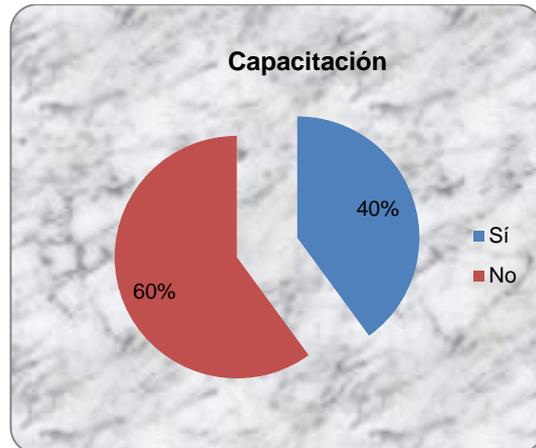


Gráfico 35

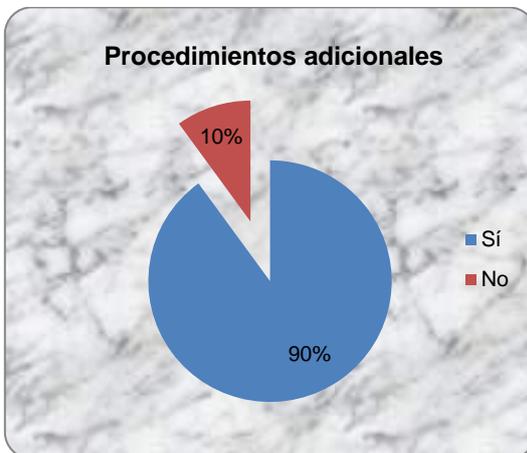


Gráfico 36

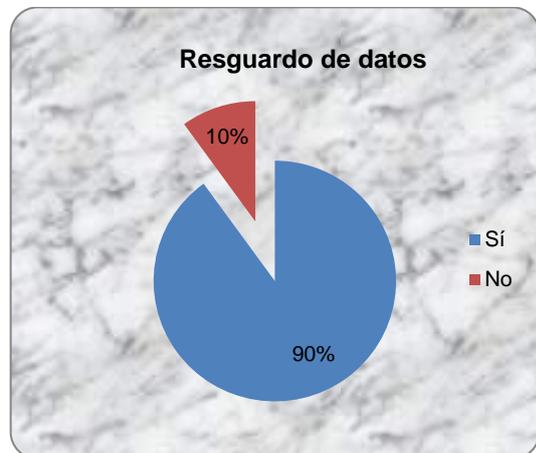


Gráfico 37

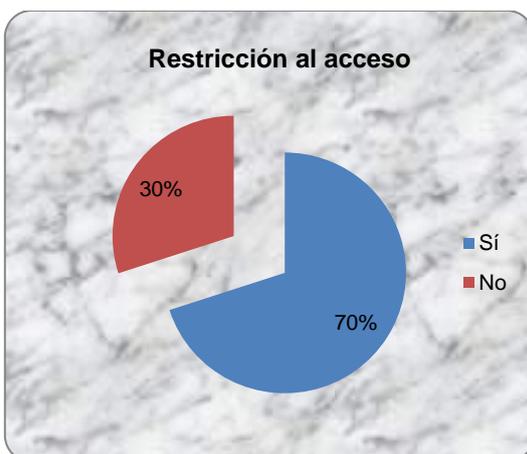


Gráfico 38

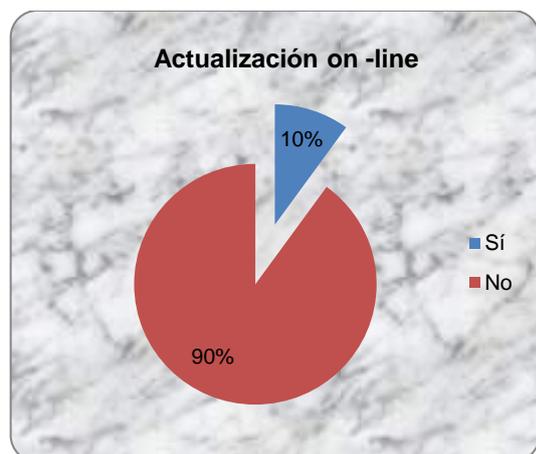
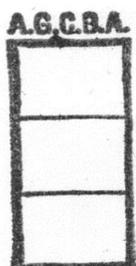


Gráfico 39



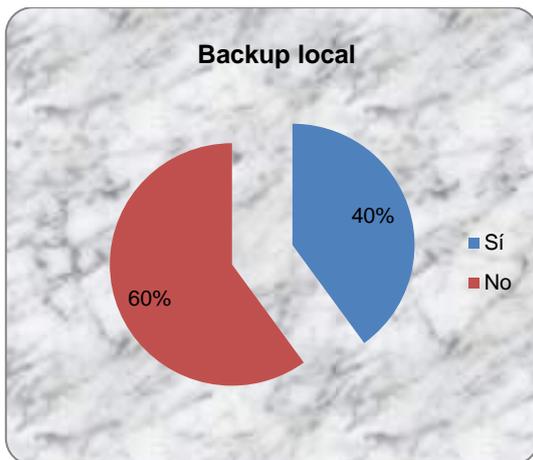


Gráfico 40

VI). OBSERVACIONES

Observación N° 1

La Dirección de Epidemiología y Estadísticas no tiene designado responsable, ni asignados los recursos necesarios para su funcionamiento. Lo mismo ocurre en los departamentos de su dependencia, Epidemiología y Estadísticas. En el primer caso, se ha llevado a cabo el concurso, impugnado sus resultados y no ha sido convocado nuevamente.

EPIDEMIOLOGÍA

Departamento de Epidemiología

Observación N° 2

Es insuficiente la cantidad de profesionales en el área. No se cubrieron aún las vacantes ocurridas. No se ha dado respuesta al expediente N° 1686724/12 DGDYPS, presentado solicitando ampliar la dotación.

Observación N° 3

Falta de cumplimiento de la Resolución N° 1727/04²². Falta de designación de Responsables de Epidemiología. En la mayoría de los efectores de la muestra (57%), es el área de Promoción y Protección quien realiza una búsqueda activa de casos para su notificación.

Observación N° 4

No están constituidos los Grupos de Trabajo de Epidemiología en los hospitales públicos de la Ciudad ni los Comités para el Análisis de Situación de Salud (CASIS) (Art 6° y Art. 7° Resolución N° 1727/04).

²² Establece que “en los efectores del Gobierno de la Ciudad serán los Jefes de los distintos servicios ambulatorios y de internación, los responsables del cumplimiento de la notificación adecuada y oportuna por parte de los profesionales de su dependencia. Se designará a un referente en cada Servicio para concentrar la información generada en el mismo y su remisión posterior a P y P. Los Subdirectores de cada Hospital ejercerán la coordinación local del sistema”.

Observación N° 5

No se encuentran articuladas las acciones de vigilancia epidemiológica que realizan los efectores de los tres subsectores de salud de la Ciudad, ni con otras áreas del Ministerio de Salud (Programas de enfermedades transmisibles, no transmisibles, vigilancia en Salud Ambiental)

Observación N° 6

La capacitación continua de los profesionales involucrados en el proceso de recolección de datos epidemiológicos se ha visto interrumpida desde 2010.

Observación N° 7

El sistema informático que se utiliza actualmente, si bien responde a las necesidades del SNVS, no es suficientemente específico para cubrir las necesidades del Departamento de Epidemiología, por lo que se genera y procesa información en otros soportes.

Observación N° 8

Falta de personal administrativo dedicado exclusivamente a la actividad de carga de datos.

Observación N° 9

Se encuentran retrasadas las ediciones de los boletines con información epidemiológica relevante.

Efectores periféricos

Observación N° 10

Es elevado el grado de incumplimiento de los envíos de información por parte de los efectores del Nodo del Grupo 3.

Observación N° 11

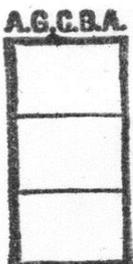
Los recursos humanos destinados a recolección, elaboración y comunicación de datos no se encuentran abocados específicamente a esta tarea, condicionando los tiempos y oportunidad de la notificación.

Observación N° 12

Los datos que se registran son referidos a la ocurrencia del evento, no queda registro de las atenciones y prácticas que requirió ni de qué tipo fueron.

ESTADISTICAS

Departamento de Estadísticas



Observación N° 13

El espacio disponible es insuficiente, está compartido con otras dependencias.

Observación N° 14

En la muestra seleccionada se verificaron diferencias entre los datos enviados por los efectores y los codificados por el equipo de Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud que afectan la calidad de los datos.

Observación N° 15

No se realiza un informe formal con los errores detectados, si bien se corrigen para su difusión.

Observación N° 16

No cuentan con un plan de capacitación sistemático ni tampoco están previstos incentivos, como becas para cursos o carreras afines.

Observación N° 17

Es insuficiente la cantidad de recursos técnicos y profesionales que determina sobrecarga de tareas y genera retrasos en la publicación de la información. No se cubrieron aún las vacantes ocurridas.

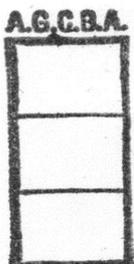
Observación N° 18 Difusión

No se publica en la página web la información referida a producción de Alimentación, Kinesiología, Anatomía Patológica, Hemoterapia, Diagnóstico por Imágenes, Medicina Nuclear, Laboratorio que queda disponible en el Departamento.

Observación N° 19

Sistema informático

- a. No existen en el sistema informático controles automáticos para la consistencia en la carga de los datos.
- b. La aplicación Movimiento Hospitalario no posee esquema de control de acceso que permita identificar usuario-agente que ingresa a la base de datos. Tanto en los efectores como en el nivel central la modificación se realiza con un usuario común (todos usan la misma clave).
- c. Consultorios Externos
La información que se carga en la aplicación Movimiento Hospitalario es referida a la cantidad y momento de la consulta (primera vez y ulterior) correspondiente a cada especialidad; no incluye otras variables como edad, sexo ni procedencia de los consultantes, que permitirían la elaboración de otros indicadores. Tampoco se dispone de información de diagnósticos consignados en el IECMA.
- d. Cobertura Porteña



Al transformarse el Plan Médico de Cabecera en Cobertura Porteña de Salud, los datos correspondientes a pacientes incorporados pasaron a SIGEHOS y hasta el momento no se ha logrado compatibilizar con el sistema utilizado por el Departamento de Estadísticas. Esto limita la información al tipo y oportunidad de la consulta.

Efectores Periféricos

Observación N° 20

Las áreas de estadísticas no tienen definida su ubicación en la organización formal del hospital de modo que en algunos se incluyen como dependencias del sector de Recursos Humanos y en otras dependen del Departamento Técnico.

Observación N° 21

Carencia de un sistema de registro informático unificado y confiable instalado en cada uno de los efectores. Falta de coordinación entre los sistemas en los efectores que utilizan el sistema SIGEHOS. Duplicidad de carga.

Observación N° 22

Existen retrasos en la entrega mensual de información por parte de los efectores.

Observación N° 23

Es insuficiente el equipamiento y se registra falta de mantenimiento y obsolescencia.

Observación N° 24

En la mayoría de los efectores el espacio disponible es inadecuado, no cuentan con ventilación ni iluminación suficiente.

Observación N° 25

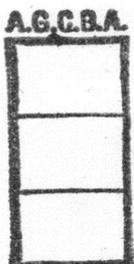
No se han incorporado procesos de control que incluyan el control cruzado de lo cargado en la historia clínica, la planilla de prestaciones diarias y los totales comunicados por el área de estadísticas.

Observación N° 26 Centros de Salud

El personal asignado resulta insuficiente para cubrir las necesidades de carga de datos de atención primaria, actualmente 12 Centros de Salud no cuentan con personal para esta tarea.

Hospital Ramos Mejía

Observación N° 27 - CeSAC 45



No cuentan clave de acceso al sistema informático de estadísticas (se los envía en planilla a nivel central).

Hospital Álvarez

Observación N° 28

Registro incompleto de los datos en los libros de guardia que genera dificultades en el seguimiento de los casos.

Hospital Pirovano

Observación N° 29

La División Elaboración y Recolección de Datos está a cargo de una agente del área de enfermería, por disposición del CATA a partir del 1º de agosto de 2012, pero sin designación formal.

Observación N° 30

Los servicios cuentan con información estadística de interés para la gestión del hospital que no está contemplada en el diseño del Informe Estadístico de Hospitalización. Los formularios donde se recaban los datos, son planillas papel diseñadas y elaboradas manualmente, que se reproducen por fotocopidora.

Observación N° 31

Los cargos vacantes no fueron reemplazados en su totalidad, ni se asignaron formalmente las nuevas responsabilidades. De los dos agentes incorporados, sólo uno está recibiendo capacitación específica.

Observación N° 32

El área de Promoción y Protección de la Salud no cuenta con teléfono de línea.

Observación N° 33

Se registran atrasos en el envío de los datos de Salud Mental desde junio de 2012.

Observación N° 34 CeSAC N° 2

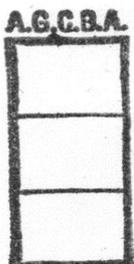
Dimensiones inadecuadas para el desarrollo de la actividad, con luz artificial (oficina de atención y admisión al público).

Hospital Alvear

Observación N° 35

No se envía la información al Departamento de Epidemiología, porque el sistema informático no puede implementar los datos de un solo efector dado que en el resto de los hospitales no se desarrolla actividades de vigilancia epidemiológica, por lo que no se incluye aún Salud mental en el ASIS.

Observación N° 36



La información epidemiológica elevada a la Dirección General de Salud Mental no se publica.

Observación N° 37

Solo una computadora tiene incorporado el sistema Movimiento Hospitalario, lo que determina el traslado de personal a nivel central cuando se interrumpe su funcionamiento.

Observación N° 38

Falta de la firma del profesional responsable en los informes estadísticos de hospitalización.

Pasteur

Observación N° 39

El instituto no cuenta con personal administrativo que se ocupe de la carga de datos estadísticos y de epidemiología siendo los mismos profesionales a cargo quienes lo realizan (jefe de departamento).

Observación N° 40

Los registros estadísticos que son elevados al Ministerio de Salud se realizan en planillas que están diseñadas para los hospitales y centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Esto origina una estadística parcial porque no existe un canal para transmitir la totalidad de la información.

VII) RECOMENDACIONES

Recomendación N°1

Designar responsables en las estructuras con jefaturas informales y asignar recursos para el funcionamiento de la Dirección y sus áreas dependientes, tanto en el nivel central como en los efectores, para jerarquizar la función. **(Observaciones N°1, 2,3, 20, 31 y 39)**

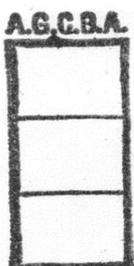
Recomendación N°2

Dar cumplimiento a los Art. 6º y 7º de la Resolución N°1727/04, respecto de la constitución de los Grupos de Trabajo de Epidemiología en hospitales públicos de la Ciudad y los Comités para el Análisis de Situación de Salud. **(Observación N°4)**

Recomendación N°3

Formalizar acciones de coordinación entre subsectores de salud de la Ciudad con el fin de contar con información epidemiológica oportuna, que contribuya al análisis de situación de salud. **(Observación N°5)**

Recomendación N°4



Continuar con el esquema de capacitación de los agentes involucrados en la acción de recolección, procesamiento y elaboración de datos epidemiológicos. **(Observaciones N°6 y 16)**

Recomendación N°5

Proveer de una herramienta informática capaz de sostener todos los procesos generados en las áreas centrales y periféricas, tomando en consideración las interfaces con los sistemas existentes (tanto nacional como local) y los controles necesarios para proveer de información oportuna y confiable. **(Observaciones N°12, 19, 21, 25, 27, 30, 36 y 40)**

Recomendación N°6

Proveer, reasignar recursos humanos con formación específica en tratamiento de datos. **(Observaciones N°8, 11, 17, 26 y 29)**

Recomendación N°7

Mejorar y controlar el cumplimiento de envío de información epidemiológica y estadística por parte de los distintos responsables. Aplicar medidas correctivas en relación con los errores detectados **(Observaciones N°5, 10, 14,15, 22, 28, 33, 35 y 38)**

Recomendación N°8

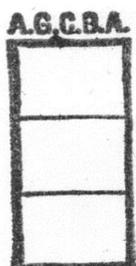
Dotar a las áreas de Epidemiología y Estadísticas –del nivel central y de efectores periféricos- de equipamiento suficiente y operativo, como también del espacio físico adecuado para el desarrollo de las funciones específicas **(Observaciones N°13, 23, 24, 32, 34 y 37)**

VIII) CONCLUSIONES

Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires contiene numerosos incisos referidos al valor de la Epidemiología para el conocimiento de los procesos de salud-enfermedad-atención y sus factores determinantes a cuyo cumplimiento apuntan la Resolución N° 1727/04, que da marco al Sistema de Vigilancia Epidemiológico y la Resolución N° 1.759/04 que aprueba el subsistema de estadísticas de servicios de salud.

En el presupuesto del año 2012 para el Ministerio de Salud se propone, entre otros objetivos, la *“consolidación del sistema de vigilancia epidemiológica, con especial foco en la estructura, los recursos y muy especialmente en la tecnología, apuntando a una mayor eficacia en la gestión de la información que permita la introducción del raciocinio epidemiológico en la gestión”*.

La implementación parcial de los postulados normativos condiciona la eficacia de áreas tan determinantes para la planificación de la respuesta a la demanda sanitaria como son las que generan los datos estadísticos y epidemiológicos,

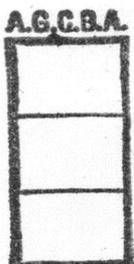


que impide al Sistema de Salud de la Ciudad contar con herramientas indispensables para la toma de decisiones.

La actividad de quienes tienen a su cargo las responsabilidades de suministrar la información se encuentra sobrecargada por la falta de jerarquización de las funciones, la insuficiente designación y cobertura de vacantes de recursos profesionales, técnicos y administrativos en ambas áreas, la ausencia de un plan de capacitación formal, que genera restricciones y retrasos en las ediciones de los boletines con información epidemiológica relevante y la publicación actualizada de los datos estadísticos.

El sistema informático que se utiliza actualmente, si bien responde a las necesidades del SNVS, no es suficientemente específico para cubrir las necesidades del Departamento de Epidemiología, por lo que se genera y procesa información en otros soportes. Tampoco existe un sistema de registro informático unificado en los efectores, Esta falta de coordinación entre los sistemas en los efectores que utilizan el sistema SIGEHOS afecta la confiabilidad de los datos.

No se encuentran articuladas las acciones de vigilancia epidemiológica que realizan los efectores de los tres subsectores de salud de la Ciudad, ni con otras áreas del Ministerio de Salud (Programas de enfermedades transmisibles, no transmisibles, vigilancia en Salud Ambiental)



ANEXO I

Normativa

EPIDEMIOLOGÍA

Resolución 1722/04

Visto el Expediente N° 69.833/2003, y;

CONSIDERANDO:

Que por lo establecido en la Ley N° 15.465; Decretos Nacionales Nros. 3.640/64, 6.180/65, 2.771/79; Resolución Nacional 116-INOS-85; Resoluciones Nros. 516-SSP-76, 470-SSP-81; Memorándum N° 12-DOCS-86, y la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Art. 3° inc. i, j, Art. 12° inc. g, h, n, o, p, t, y; Art.19° inc. b, Art. 20° inc. c, Art. 23° inc. b, Art. 31° inc. e, Art. 35° inc. b), resulta indiscutible el valor de la Epidemiología para el conocimiento de los procesos de salud-enfermedad-atención y sus factores determinantes, que permite una adecuada gestión en Salud Pública en beneficio de la Población;

Que entre las distintas prácticas que se dispone en Salud Pública, la Vigilancia de la Salud es una de las principales herramientas para establecer la ocurrencia, distribución y factores condicionantes en los procesos de salud-enfermedad-atención;

Que la Vigilancia en Salud no se limita sólo al seguimiento de las patologías infectocontagiosas, sino que abarca otros componentes que permiten definir el perfil epidemiológico de una región y, en consecuencia, el desarrollo de intervenciones que modifiquen la problemática observada, para una mejor calidad de vida;

Que la Ciudad de Buenos Aires mantiene una situación de “mosaico epidemiológico” donde se observan patologías transmisibles de ocurrencia histórica y de reciente aparición (Emergentes), así como enfermedades crónicas-degenerativas, socio-conductuales y las producidas por la contaminación ambiental que deben ser evaluadas conjuntamente;

Que tal situación lleva a la necesidad de actualizar y priorizar las modalidades de Vigilancia, para lo cual se requiere integrar las diferentes fuentes de información, que permitan adoptar decisiones oportunas para su posterior evaluación;

Que resulta necesario lograr la mayor participación de todos los profesionales y efectores del sistema, posibilitando el proceso y análisis local de la información en forma global;

Que la información generada permitirá el desarrollo de investigaciones epidemiológicas comunitarias y clínicas destinadas a la elaboración del análisis de situación de Salud general y local para una adecuada orientación y gestión del Sistema de Salud;

Que en ese contexto este Nivel considera que en materia de Vigilancia de la Salud se debe concertar una política que articule la misma con los referentes del ámbito regional y nacional;

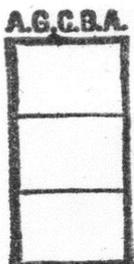
Por ello y de acuerdo a las facultades legales que le son propias;

EL SECRETARIO DE SALUD

RESUELVE:

Art. 1°- Créase el Sistema de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades de la Ciudad de Buenos Aires (SVSCE) y apruébase e implántase el Plan Director, en concordancia con los objetivos y componentes que se detallan en el Anexo I que forma parte integrante de la presente.

Art. 2° - Asígnase a la Dirección de Salud Comunitaria a realizar por intermedio del Departamento de Epidemiología, las funciones de coordinación, monitoreo, evaluación y actualización del Sistema, así como el desarrollo de los mecanismos de funcionamiento e integración de las distintas fuentes de información y las normativas para las acciones de control en articulación con los programas específicos. Fijar la metodología para la vigilancia de los distintos componentes que se incorporen al sistema. Requerir apoyo de especialistas en los distintos temas. Desarrollar programas de capacitación continua en epidemiología para los



miembros del sistema. Estimular, desarrollar y supervisar la investigación en epidemiología en la Ciudad de Buenos Aires.

Art. 3º - Apruébase el agrupamiento y modalidades de comunicación de las patologías y eventos de notificación obligatoria según se detalla en Anexo II.

Art. 4º - Intégrase a este sistema con la periodicidad que se indique, la información generada por los distintos servicios asistenciales, la red de laboratorios, los programas de prevención y las unidades centinela, en desarrollo actual o futuro del ámbito de la Secretaría de Salud y sus efectores dependientes.

Art. 5º - Articulése con otras áreas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para la recepción de la información que resulte de interés al Sistema de Vigilancia de la Salud.

Art. 6º - Confórmese en los distintos hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Grupos de Trabajo en Epidemiología con la participación de los Servicios mencionados en el Anexo II y otros involucrados en el tema, bajo la conducción del Subdirector del hospital; para el desarrollo en dicho nivel y sus áreas dependientes del sistema de vigilancia, investigación epidemiológica y el análisis de situación de salud local.

Art. 7º - Créase e intégrase el Comité para el Análisis de Situación de Salud (CASIS), coordinada por la Dirección de Salud Comunitaria a través del Departamento de Epidemiología y con los objetivos, integrantes y modalidades de funcionamiento que se detallan en Anexo III de la presente.

Art. 8º- Comuníquese a los efectores privados y de Obras Sociales, el cumplimiento obligatorio de los alcances de la normativa detallada en el Artículo 4º, y Anexo II

Art.9º - Dispónese la articulación del Sistema de Vigilancia de la Salud y Control de las Enfermedades de la Ciudad de Buenos Aires al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Art.10º - Confórmese en el ámbito de la Subsecretaría de Servicios de Salud el Consejo Consultivo de Epidemiología, ente de carácter No Vinculante, el que será presidido por el señor Subsecretario de Servicios de

Salud y cuya secretaría estará a cargo del Departamento de Epidemiología, quien invitará a participar a destacados especialistas en los distintos temas, tanto del ámbito público como de Instituciones Académicas, Científicas, Seguridad Social y Privados. El propósito de este Consejo será el de asesorar a las Autoridades de Salud de la Ciudad en los distintos aspectos epidemiológicos que repercuten en el estado de salud de la población.

Art. 11º.- El Consejo Consultivo tendrá a su cargo el asesoramiento en los distintos aspectos epidemiológicos que tienen impacto en el estado de salud de la población.

Art.12º - Regístrese, publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, cúrsese nota de estilo con copia certificada de la presente al Ministerio de Salud de la Nación, y para su conocimiento y demás efectos, pase a la Direcciones Generales Atención Integral de la Salud, Adjunta Atención Primaria de la Salud, y Dirección de Salud Comunitaria.

PLAN DIRECTOR PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

(Anexo I Res. 1727/04)

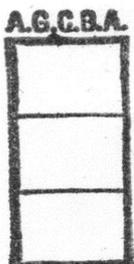
Departamento de Epidemiología.

Dirección Salud Comunitaria.

I.- SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD (SNVS)

La Vigilancia de la Salud es la recopilación, análisis, interpretación y difusión, en forma sistemática y constante, de datos específicos sobre eventos de salud-enfermedad en una población para utilizarlos en la **planificación, ejecución y evaluación de la salud pública.**

El Ministerio de Salud ha iniciado desde el año 2001 un proceso de fortalecimiento del Sistema de Vigilancia en los ámbitos nacional y provincial. El mismo comprende la adquisición de nuevos equipos de computación, la incorporación de recursos humanos, capacitación y el **desarrollo de un sistema informático (SNVS) de carácter modular con ingreso de la información “on-line”.**



Se asume la ampliación del campo de la vigilancia epidemiológica hacia la Vigilancia en Salud Pública con la inclusión de los siguientes elementos principales:

- (a) la vigilancia demográfica,
- (b) la vigilancia de eventos y situación de salud,
- (c) la vigilancia del sistema de salud
- (d) la vigilancia de la opinión de la población, su grado de satisfacción, respuesta social o prácticas de salud vinculada a ella.
- e) la vigilancia ambiental y calidad de los servicios relacionados con la salud (educación, agua, saneamiento, alimentos).

Los ejes que conducen a la estructuración del SNVS son: desarrollo e implementación del software específico, equipamiento informático y conectividad, revisión de las normas del SINAVE.

Las actividades incluidas son:

1. Implementar y desarrollar un sistema de análisis y monitoreo de salud que promueva el uso de la epidemiología para la gestión en salud, fortaleciendo las capacidades analíticas y generando evidencias para la decisión en política sanitaria en los diferentes niveles del Sistema de Salud Argentino.
2. Releva los sistemas de información relacionados con salud.
3. Identificar indicadores básicos para el monitoreo de la situación de la salud.
4. Sistematizar la selección de indicadores y la metodología de análisis
5. Identificar necesidades sanitarias, en función de los problemas y grupos de población.
6. Definir prioridades en función a la magnitud, gravedad y vulnerabilidad del evento.
7. Proponer líneas de acción para la gestión sanitaria
8. Monitorear el resultado de las intervenciones sanitarias a corto y mediano plazo.

De esta forma, se concibe la Vigilancia de la Salud como un modelo de sistema de gestión basado en procesos. El propósito final de estos procesos es mejorar la salud de las poblaciones mediante la aplicación apropiada del conocimiento generado por sistemas de información organizados.

Se pretende construir una herramienta con metodología epidemiológica que sirva para **determinar tendencias, caracterizar la población y establecer prioridades**

II.- VIGILANCIA DE LA SALUD EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

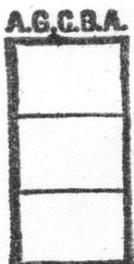
En las últimas décadas se han presentado, a escala mundial, cambios en los perfiles de salud de las poblaciones. Los mismos se han relacionado con las transformaciones que se operaron tanto en las áreas económicas como la ambiental, social, demográfica y política. Durante el siglo XX los países industrializados atravesaron tres etapas bien definidas y sucesivas:

- 1) enfermedades infecciosas,
- 2) enfermedades crónicas-degenerativas (cardiopatías, cáncer, vasculares, etc.).
- 3) enfermedades ambientales y sociales

A diferencia de los países industrializados, las naciones en desarrollo tienen que hacer frente a las distintas etapas en forma simultánea. La Ciudad de Buenos Aires no escapa a este mosaico epidemiológico con enfermedades transmisibles susceptibles de controlar o erradicar junto a otras emergentes como las degenerativas y las producidas por la contaminación.

El Gobierno de la Ciudad, para dar cumplimiento a lo establecido en la Constitución y en la Ley Básica de Salud, deberá basar su accionar en estudios epidemiológicos de su realidad general y de sus distintas situaciones locales para poder:

- descubrir y evaluar causas y factores de los procesos y enfermedades específicas
- detectar grupos de población con mayor riesgo
- implementar programas específicos de prevención evaluables y sustentables
- reorientar la asignación de recursos de una manera costo-efectiva en otras áreas “productoras de salud”
- evaluar y colaborar en el rediseño de los servicios de diagnóstico y tratamiento clínicoquirúrgico según necesidades locales y regionales
- comprender las relaciones existentes entre los factores físico-químico-biológicos, ambientales y socioculturales en que se desarrollan los diferentes grupos poblacionales



- discutir con una base en salud pública racional y basada en evidencias la incorporación y la utilidad de nuevas tecnologías a los servicios de salud
- lograr un financiamiento más costo-efectivo en los servicios de salud
- mejorar y mantener la salud de la población

Problemas Históricos Detectados en el Sistema de Vigilancia de la Salud en la Ciudad de Buenos Aires

Los inconvenientes en el sistema de vigilancia de la salud, tanto en los niveles locales (hospitales) como central (Secretaría de Salud) se analizan y resumen a continuación:

1. Subnotificación y Subregistro:

Se observan en forma histórica distintas situaciones que no permiten estimar la verdadera magnitud de las patologías bajo vigilancia:

- Insuficiente apoyo al desarrollo de la epidemiología dentro del sistema de salud evidenciado en estructuras locales y centrales inadecuadas.
- Desconocimiento de la obligación legal (ley 15465) y de la importancia sanitaria de la notificación de patologías de denuncia obligatoria por los distintos integrantes del equipo de salud.
- Escasa motivación de los profesionales de la salud para participar en el Sistema de Vigilancia.
- Notificación basada en servicios de salud estatales, muchos de los cuales comunican en forma irregular.
- Diagnósticos erróneos y falta de actualización en las normas de vigilancia.
- Casos que no ingresan al sistema de salud por el carácter leve de los síntomas o la existencia de barreras culturales, sociales y económicas en la población.
- Dificultades de coordinación intrasectorial relacionado con una deficiencia administrativa y superposición entre servicios y programas de prevención.
- Fallas en la coordinación extrasectorial por la multiplicidad de prestadores y superposición jurisdiccional.
- Escasa o nula integración con la información generada por la red de laboratorios.
- En consecuencia, de los enunciados detallados anteriormente se produce una **subnotificación y un subregistro que genera una distorsión en la interpretación de la situación epidemiológica de la Ciudad.**

2. Falta de Proceso y Análisis Local de la Información

Los datos recogidos no son procesados localmente y llegan al nivel central sin análisis previo. De esta forma **se genera una dificultad para el análisis de la situación de salud local y la realización oportuna de las acciones de control.**

3. Deficientes Controles de Focos y Estudios de Brotes

Las acciones de control de contactos y/o brotes a cargo de las respectivas áreas programáticas, no se realizan en todos los casos que se requieren. La falta de profesionales entrenados y la escasez de recursos, afecta en algunas áreas la calidad de dichas acciones.

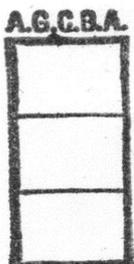
4. Insuficiente devolución de información Central y Local

La Información analizada por el Sistema de Vigilancia de la Salud en sus respectivos niveles no está disponible en forma oportuna para ser utilizada por el equipo de salud que es generador de la misma. Esta situación afecta negativamente en el conjunto del sistema de vigilancia.

Acciones realizadas para mejorar el Sistema de Vigilancia de la Salud

Durante los años 2001 y 2002 se emprendieron diversas intervenciones con el objeto de reducir los efectos negativos de la problemática antes descripta; las mismas fueron:

- Evaluación del proceso y resultados del sistema de vigilancia epidemiológica del año 2000, comparando con evaluaciones previas
- Talleres de actualización en hospitales y CESAC
- Equipamiento informático en los servicios de Promoción y Protección
- Herramientas conceptuales e informáticas: distribución de manual de normas, CD VIGIA, diskettes, etc.
- Capacitación en epidemiología básica y EPI INFO
- Instalación de la base de datos en 9 de 18 hospitales, para la carga, procesamiento local de los datos y envío de los mismos al nivel central vía correo electrónico.



- Actualización de normas y registro local
- Taller de acciones de control
- Difusión: Boletín Epidemiológico. Lista de correo (Alertas; epinoticias; PED)
- Acciones de integración intrasectorial con otros programas (SIDA, Chagas, TBC)
- Acciones de integración extrasectorial (Privados, Obras Sociales)
- Autoevaluación de futuros nodos del SVSCE

Autoevaluación de las unidades notificadoras de la Ciudad

Para ingresar como nodos del SNVS se requiere una autoevaluación de las unidades notificadoras que históricamente participan en vigilancia epidemiológica. La actividad consistió en relevar el estado de cuatro componentes o dominios en los niveles locales involucrados en el sistema de vigilancia: recursos humanos y físicos (componente 1), sistemas de información (componente 2), programación e insumos (componente 3), y análisis y difusión de información (componente 4) (Se adjunta documento completo)

Se incluyeron en la evaluación los hospitales de los grupos 1 y 2, considerados como posibles nodos centrales de la nueva modalidad de vigilancia por ser los que participan regularmente del actual sistema de vigilancia epidemiológica y disponen de estructura básica para el desarrollo del tema propuesto.

De 19 efectores encuestados sólo los hospitales pediátricos y el Instituto de Zoonosis cumplían con todos los componentes, mientras que otros 10 hospitales sólo cumplían con el componente 1 (principal) En cinco establecimientos, los déficits alcanzaban a 3 ó 4 componentes.

Los resultados obtenidos en la autoevaluación confirman la problemática histórica planteada y la necesidad de generar un nuevo sistema de vigilancia de la salud y control de enfermedades.

III OBJETIVO GENERAL

Implementar un sistema integrado de vigilancia de la salud y control de enfermedades que mediante información actualizada y oportuna permita el desarrollo de intervenciones adecuadas que contribuyan a mejorar la salud de la población de la Ciudad de Buenos Aires.

IV OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Cuantificar y calificar los problemas que afectan a la salud
- Mejorar la cantidad y oportunidad de la información.
- Ampliar el campo de eventos bajo vigilancia.
- Generar acciones oportunas de control de focos y estudios de brotes.
- Desarrollar Análisis de Situación de Salud en el ámbito local y central.
- Promover la investigación epidemiológica en temas prioritarios.
- Determinar prioridades en salud pública sobre la base de la evidencia obtenida.
- Presentar información para la planificación
- Capacitar a los profesionales y técnicos de los NODOS
- Evaluar periódicamente el funcionamiento del sistema.
- Actualizar periódicamente normas y procedimiento del sistema
- Difundir regularmente la información producida

V.- METODOLOGÍA

El establecimiento y la operación del sistema incluye el desarrollo y la administración de tres áreas interrelacionadas:

A.- COMPONENTES Y ESTRATEGIAS DE VIGILANCIA

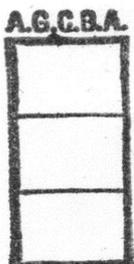
Los eventos a vigilar y actividades propuestos para el SVSCE de la Ciudad de Buenos Aires se clasifican de la siguiente manera:

1.- Vigilancia De Eventos De Salud

Los eventos de salud son vistos desde el ángulo de la ocurrencia de enfermedades y daños a la salud, incapacidad y muerte, así como de los factores de riesgo del ambiente físico, biológicos, de estilo de vida y de conducta y socioeconómicos.

1.1.- Vigilancia de enfermedades transmisibles

Son parte del subsistema de **Notificación Obligatoria** (anexo 2) que vigila un grupo previamente seleccionado de eventos en forma sistemática y periódica. Con fuentes de datos en denuncias urgentes, información semanal, fichas epidemiológicas, resultados de laboratorios, acciones de control y otras fuentes.



Incluyen:

- 1.1.1. Vigilancia general
- 1.1.2. Vigilancia intensificada
- 1.1.3. Unidades y/o sitios centinelas para la vigilancia de diarrea, influenza, meningitis, neumonías, accidentes y otras.
- 1.1.4. Red de Laboratorios
- 1.1.5. Acciones de control de focos y brotes
- 1.1.6. Búsqueda Activa de casos.
- 1.1.7. Vigilancia en Escuelas.
- 1.1.8. Vigilancia en Salud Animal

1.2. Vigilancia de enfermedades no transmisibles

Algunas de estas patologías son parte del Subsistema de **Notificación Obligatoria** (ver anexo2) y otras serán registradas mediante encuestas epidemiológicas o en registros especiales

- 1.2.1. Vigilancia de factores de riesgo cardiovascular
- 1.2.2. Vigilancia de enfermedades cardiovasculares
- 1.2.3. Vigilancia de accidentes y lesiones
- 1.2.4. Vigilancia de tumores
- 1.2.5. Vigilancia de discapacidad
- 1.2.6. Vigilancia en Salud mental
- 1.2.7. Otras

1.3. Vigilancia de mortalidad

Se tomará como fuente de datos a la información proporcionada por el INDEC, Estadísticas Vitales de la Ciudad y de la Nación.

- 1.3.1. Vigilancia de mortalidad general y específica por edad y causa
- 1.3.2. Vigilancia de años de vida potencial perdidos (AVPP)
- 1.3.3. Vigilancia de brechas de mortalidad

2.- Vigilancia Ambiental

Utiliza como fuente de información efectores de salud, registros de Medio Ambiente y otros; que permitan relacionar las fuentes y niveles de contaminación con su repercusión en la salud humana.

- 2.1. Vigilancia de daños de salud específicos
- 2.2. Vigilancia de fuentes de contaminación fijas
- 2.3. Vigilancia de fuentes de contaminación móviles
- 2.4. Vigilancia de factores de riesgo ambiental

3.- Análisis de Situación de Salud (ASIS)

Incluye la información contenida en distintas fuentes y el análisis de diversos indicadores, para lo cual se requiere articular alianzas estratégicas con otras áreas. Entre los principales puntos se citan:

3.1. Vigilancia de las pérdidas de salud:

Resume la información de carga de enfermedad, mortalidad y discapacidad, AVPP, Brechas y los factores de riesgo (individuales, comunitarios, ambientales),

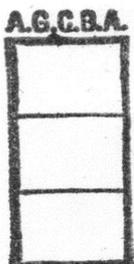
3.2. Vigilancia de inequidades en salud (recursos, acceso y resultados) y calidad de vida relacionada con la salud (física, espiritual, psicológica, religiosa, económicas), la percepción de la población sobre los servicios de salud y la respuesta social o prácticas de salud vinculada a ella y la opinión de la población acerca de su salud y los servicios de salud.

3.3. Vigilancia del sistema de salud

Estará dirigida a identificar los problemas que afectan su calidad vinculada a utilización, accesibilidad, recursos humanos, costo – efectividad, políticas y su aplicación. Se tomará en consideración los servicios e instituciones que ejerzan influencia sobre la salud, independientemente que estén o no bajo el control directo del sistema de salud público tales como: obras sociales, sector privado, sector internacional.

3.4. Vigilancia de indicadores socioeconómicos relacionados con la salud (educación, agua, saneamiento, alimentos, ocupación, otros).

3.5. Vigilancia Demográfica



La Vigilancia de la estructura y dinámica de la población considera la identificación de factores que están relacionados con los cambios de su estado de salud tales como: estructura por edad y sexo (perfiles diferenciados de problemas de salud) estructura y función social (población económicamente activa y en edades de trabajar, pobreza, indigencia, NBI), tamaño y crecimiento de la población (fecundidad, mortalidad, esperanza de vida, “transición demográfica, densidad poblacional), distribución espacial (urbanización, megalopolis, asentamientos), estructura y función familiar (tipos de familias y hogares, violencia familiar, desintegración), migraciones (nacional, regional, extraregional).

Se dispondrá de un **ASIS GENERAL** de la Ciudad, promoviendo el desarrollo futuro de ASIS LOCALES en las distintas áreas de salud.

Con la información generada se presentará a la autoridad de Salud de la Ciudad una **Sala de Situación** que permita identificar necesidades sanitarias, en función de los problemas y grupos de población, definir prioridades en función a la magnitud, gravedad y vulnerabilidad del evento, proponer líneas de acción para la gestión sanitaria y monitorear el resultado de las intervenciones sanitarias a corto y mediano plazo.

4.- Investigación Epidemiológica,

4.1. Comunitaria. La información generada por medio de la vigilancia en sus distintos componentes favorecerá el desarrollo de investigaciones epidemiológicas locales y generales que permitan alcanzar un mayor conocimiento de las situaciones planteadas.

4.2. Clínica. El desarrollo de este campo debe permitir:

- Optimizar la práctica clínica diaria y sus decisiones inherentes
- Organizar, estructurar y racionalizar la mejor investigación clínica en su orientación al proceso de toma de decisiones
- Comprender mejor la validez y relevancia de la experiencia medica

B.- PROCESO DE LA INFORMACIÓN

1.-Tecnología Informática

Para el desarrollo del SVSCE es necesario disponer de una red informática para la captura, transferencia, procesamiento, análisis y difusión de información en el ámbito local y central.

1.1.- Equipamiento informático: se utilizará el parque de PC instaladas inicialmente por el Dpto. de Epidemiología y por la Dirección de Información en Salud en Hospitales y CESAC; se complementará con equipamiento provisto por el Programa Vigi+A.

1.2.- El software se adaptará del desarrollado por el Programa Vigi+A que esta conformado por un esquema dinámico de tipo modular. Los módulos tienen un vínculo a una estructura de uso general sobre la cual se trabajarán los elementos relacionados con la definición de nivel de usuarios (geográfico y funcional), funciones y perfiles. Además se ha desarrollado una interfase para cuando sea necesario realizar la carga de la información sin estar conectados a Internet (off-line).

1.3.- Un esquema de seguridad se incorpora dentro de la estructura de base de datos y se usarán protocolos seguros y encriptados de comunicación y uso de claves. Se definirá con la Dirección de Información en Salud, el tipo de Servidor a utilizar.

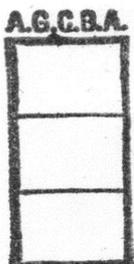
1.4.- Conectividad: se utilizará la red existente y en desarrollo por la Dirección de Información en Salud, complementando con apoyos del Programa Vigi+A. Se requiere efectuar la conexión en una primera instancia de los servicios hospitalarios de Promoción y Protección, Area Programática, Laboratorio y los CESAC.

2.- Estructura funcional del nuevo Sistema de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades

Se incorporarán los efectores oficiales como nodos y subnodos de la red del SNVS en la ciudad. Los nodos pertenecen a los 3 grupos de hospitales clasificados según el tipo de vigilancia que realizan (general e intensificada), los subnodos públicos (CESAC, MCCMB) y los privados se relacionaran mediante los hospitales del grupo 1.

Grupo 1: Vigilancia General e Intensificada con Acciones de Control en su AP, incluye a los Hospitales Generales de Agudos con Area Programática y el Instituto de Zoonosis.

Total 13 nodos



Los hospitales del grupo 1 reciben además, información de subnodos públicos (CESAC, Médicos de Cabecera y Centros Médicos Barriales) y subnodos privados (efectores de OOSS y privados) del Area correspondiente. Ver Tabla 1

Grupo 2: Vigilancia General e Intensificada sin Acciones de Control, incluye a un Hospital de Agudos Sin AP, los tres Hospitales Pediátricos, un Hospital Materno-Infantil y el Hospital de Infecciosas. **Total 6 nodos.**

Grupo 3: Vigilancia General incluye a los Hospitales especializados. **Total 15 nodos.**

Otras fuentes y unidades de vigilancia se incorporaran para el desarrollo de los distintos componentes (ver Tabla 1)

C. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN y DE LAS ACCIONES DE CONTROL

1.- Referentes locales

Los servicios de Promoción y Protección, o el profesional designado para esa función, son los responsables de recopilar las notificaciones semanales y otras informaciones provenientes de los efectores intra y extrahospitalarios, consolidar la información y enviarla al Departamento de Epidemiología. **Son los coordinadores de los nodos del Sistema de Vigilancia.**

Los subnodos públicos (CESAC, CMB-MC) ingresaran la información recogida de sus propios servicios al sistema informático específico interconectado, o en su defecto remitirla al servicio de P y P. Los subnodos privados podrán incorporar la información directamente a dicho sistema o remitirla al servicio de P y P

Cada servicio asistencial designará un referente para articular el envío de la información al servicio de Promoción y Protección.

Además se conformarán de Grupos de Trabajo en Epidemiología en cada uno de los hospitales que se constituyan como Nodos del SVSCE de la Ciudad, ampliando la participación de los profesionales de otros servicios.

Las acciones de control de contactos y/o sobre el medio, requeridas a partir de patologías o eventos notificados, serán comunicados por P y P al servicio de Area Programática del hospital cuando el caso tuviera residencia en la misma zona. Si el domicilio del caso perteneciera a otra área programatica o jurisdicción, el Dpto. de Epidemiología realizará la comunicación correspondiente

2.- Coordinación Central

El Departamento de Epidemiología confirmará y consolidará la información recibida de los distintos nodos, subnodos y de otras fuentes, elevándola a las Autoridades de Salud de la Ciudad y al Nivel Nacional. Efectuará informes periódicos que difundirá a todos los integrantes del sistema.

Se conformará una Comisión para el desarrollo de los ASIS y Sala de Situación, coordinada por el actual Departamento de Epidemiología

También se creará un Consejo Consultivo en Epidemiología, (no vinculante) integrado por destacados especialistas en temas epidemiológicos de los 3 subsectores y de Instituciones académicas y científicas, presidido por el Subsecretario de Salud con la asistencia de secretaría del Depto. de Epidemiología.

3.- Productos

3.1.- Lista semanal, cuatrisesemanal y anual de enfermedades con notificación definida según tipo (numéricas agrupadas, detalladas con datos básicos y detallada con ficha de notificación).

3.2.- Informes periódicos de análisis de Vigilancia intensificada, Unidades Centinela y laboratorios.

3.3.- Alertas epidemiológicos de brotes

3.4.- Informes periódicos de análisis de cada uno de los componentes vigilados

3.5.- Informes periódicos de ASIS.

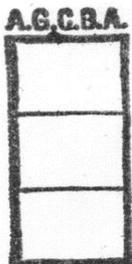
3.6.- Boletines epidemiológicos.

3.7.- Informes de investigaciones epidemiológicas

4.- Difusión de la Información

La información producida por el sistema SVSCE estará disponible en forma on-line para los efectores que la generan. Además se podrá acceder mediante la página WEB de la Secretaría de Salud a los informes producidos

5.- Capacitación en Servicio



Se realizará capacitación en servicio en operación de software, epidemiología básica, manejo de brotes y otros temas de interés de los participantes del sistema.

6.- Evaluación y Actualización del Sistema

Se realizarán monitoreos periódicos para evaluar el funcionamiento correcto de los nodos del SVSCE y se aplicarán indicadores de proceso y de impacto para cada objetivo. (ver anexo)

7.- Etapas de conexión al SNVS en la Ciudad de Buenos Aires

Para continuar con las acciones iniciadas (descriptas anteriormente) se planifican distintas etapas relacionadas con la capacidad de conectividad de los distintos nodos y la capacitación de los referentes locales. Las posibles demoras se compensaran con la utilización del módulo de trabajo fuera de línea.

Etapas 1

Primer semestre: Nodos de los grupos 1 –2

Etapas 2

Segundo semestre: Nodos del grupo 3. Subnodos Privados (aportando su propia equipamiento y conectividad). En esta etapa serán incorporados progresivamente los subnodos públicos (CESAC, CMB-MC)

VI.- RECURSOS

- 1.- Equipamiento informático: ver punto B.- Proceso de la información Tecnología Informática.
- 2.- Espacio físico, amoblamiento y papelería, serán gestionado ante los Directores de cada hospital.
- 3.- Personal: será necesario un equipo mínimo de administrativos (2) y profesionales capacitados (3) para el proceso de recolección, carga, procesamiento y análisis de la información por cada nodo y equipo de profesionales en cada nodo o subnodo con responsabilidad en la acciones de control. Se requiere además ,integrar a profesionales de otras áreas para los trabajos comunes

En el Nivel Central se requiere incrementar en por lo menos 2 administrativos y 6 profesionales con capacitación previa.

TABLA 1.- SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES CIUDAD DE BUENOS AIRES. UNIDADES DE NOTIFICACION NODOS CENTRALES; SUBNODOS PUBLICOS; SUBNODOS PRIVADOS HOSPITALES CON A.P.; AP (MC/CMB) CESAC CLINICAS Y SANATORIOS

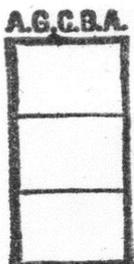
1. Alvarez
2. Argerich
3. Durand
4. Fernández
5. Penna
6. Piñero
7. Pirovano
8. Ramos Mejía
9. Santojanni
10. Tornú
11. Vélez Sarsfield
12. Zubizarreta

Centros de Salud, MC y CMB actuales y a crearse en el futuro Efectores privados y de OOSS actuales o

Futuros Inst. de Zoonosis L. Pasteur
Veterinarias Privadas actuales o futuras

NODOS CENTRALES HOSPITALES SIN A.P.

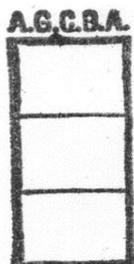
13. Rivadavia
14. Elizalde
15. Gutiérrez
17. Sardá



- 18. Muñiz
- 16. Garrahan (SAMIC)
- NODOS COMPLEMENTARIOS**
- 20. ROCCA (rehabilitación)
- 21. INST. REHABILITACION Psicof.
- 22. B. UDAONDO (gastroenterología)
- 23. MARIA FERRER(respiratorias)
- 24. MARIA CURIE (oncología)
- 25. QUEMADOS
- 26. LAGLEYZE (oftalmología)
- 27. SANTA LUCIA (oftalmología)
- 28. ALVEAR. Emergencias (Psiquiátricas)
- 29. BORDA (Psiquiatría)
- 30. MOYANO (Psiquiatría)
- 31. TOBAR GARCIA (Psiqui. Infanto-juvenil)
- 32. ODONTOLOGIA “Jose Dueñas”
- 33. ODONTOLOGIA INFANTIL
- 34. ODONTOLOGIA ex-Nacional

Indicadores de Evaluación según Objetivos. Resolución N° 1727/04

Objetivos	Indicadores de estructura	Indicadores Proceso	Indicadores Resultados
Cuantificar y calificar los problemas que afectan a la salud	N° de nodos y subnodos N° médicos asignados a vigilancia N° enfermeras epidemiólogas y otros profesionales en vigilancia	% de subnodos que notifican % de nodos que notifican % de notificación negativa en programas de eliminación	Consolidados semanal y mensual de patologías notificables. Tasas morbilidad. Series históricas Corredores endémicos
Mejorar la cantidad y oportunidad de la información	N° nodos con grupos de trabajo % de nodos y subnodos con PC y conectividad % de nodos con espacio físico adecuado N° de unidades centinelas integradas	% de unidades con notificación oportuna Razón de nodos públicos / privados que notifican % de programas especiales de atención y prevención que informan regularmente	Consolidados locales de la información según subnodos Información integrada de programas
Ampliar el campo de eventos bajo vigilancia	N° profesionales en vigilancia de otros componentes en cada nodo	N° de encuestas sobre factores de riesgo y enfermedades. No transmisibles	Estimación de prevalencias de factores de riesgo y enfermedades no transmisibles
Generar acciones oportunas de control de focos y estudios de brotes	N° profesionales para acciones de control	% casos con estudio de foco o brotes adecuado	% de casos secundarios % de informes de brotes completos
Desarrollar Análisis de Situación de Salud en el ámbito local y central	N° áreas integradas para ASIS	% de nodos que desarrollan ASIS	N° de informes de ASIS por nodos y jurisdiccional
Promover la investigación epidemiológica en temas prioritarios	N° nodos con grupos de trabajo entrenados	% de nodos que desarrollan investigación epidemiológica	N° de informes de investigaciones epidemiológicas por nodos y jurisdiccional
Determinar prioridades en salud pública sobre la base de la evidencia obtenida		% de nodos que desarrollan metodología para determinar prioridades	Estimación de escalas de prioridades locales y generales
Presentar información para la planificación		% de nodos que desarrollan sala de situación	N° de informes de actualizaciones de sala de situación por nodos y jurisdiccional
Capacitar a los	Equipos de capacitación	N° de cursos-talleres	N° de profesionales



profesionales y técnicos de los NODOS	permanente Docentes invitados	dictados	capacitados
Evaluar periódicamente el funcionamiento del sistema.	Equipos de evaluación	N° de nodos evaluados periódicamente.	% de nodos que alcanzan los estándares de la autoevaluación
Actualizar periódicamente normas y procedimiento del sistema	Equipos de revisión de normas	N° de reuniones de revisión de normas y procedimientos	Informes de actualización de normas
Difundir regularmente la información producida	Equipos de elaboración de materiales	N° de nodos que difunden información propia N° de Boletines y alertas realizados	N° de profesionales y / o instituciones informados

**Comité para el Análisis de Situación de Salud (CASiS)
 Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires
 (Anexo III de la Resolución N °1727/04)**

Introducción

El rol de la epidemiología ha cambiado de acuerdo con las necesidades del tiempo actual y ya no basta sólo con contar los datos o tomar acciones a nivel local, en el entorno del trabajo diario. Ahora es necesario aplicar las herramientas básicas para convencer, con criterios técnico-políticos acerca de las medidas a tomar. Es decir actuar sobre la base de un análisis de situación de salud (ASIS).

Los análisis de situación de salud son procesos analítico-sintéticos que incluyen diferentes métodos de estudio, a través de los cuales se puede caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud y sus determinantes. Se basan en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de una unidad geográfica-política.

Los ASIS incluyen como sustrato a grupos de población con diferentes grados de postergación resultantes de las condiciones y calidad de vida desiguales en ambientes específicos. También facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la planificación de intervenciones y programas apropiados, y su impacto en salud.

La crítica situación económica de los últimos años ha provocado consecuencias sociales con evidente repercusión en el estado de salud de la población, que obliga a dar respuestas mucho más eficientes.

En dicho contexto la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, ante la carencia de una herramienta unificada para este fin; decide integrar las distintas áreas de su dependencia y articular con otros sectores del Gobierno, conformando un grupo de trabajo para el desarrollo y puesta en marcha del Comité para el análisis de situación de salud en la Ciudad.

Propósito

Crear un grupo técnico, coordinado por el área de epidemiología, para el desarrollo e implementación de los análisis de situación de salud de tendencias y de coyuntura.

Objetivo General



Disponer de información pertinente y/o necesaria, para mejorar los procesos de conducción, gerencia y toma de decisiones, orientadas a dar satisfacción a las necesidades de salud de la población; con un máximo de equidad, eficiencia y participación social.

Objetivos Específicos

1. Definir necesidades en salud de la población
2. Establecer prioridades de intervención.
3. Detectar factores determinantes del proceso salud-enfermedad-atención.
4. Identificar inequidades
5. Formular estrategias de promoción, prevención y control de daños a la salud
6. Construir escenarios prospectivos
7. Evaluar la pertinencia y cumplimiento de políticas de salud y estrategias de intervención

Tipos de ASiS

- Análisis de tendencias: orientados a la identificación y determinación de cambios en el proceso salud-enfermedad-atención en períodos de mediano y largo plazo
- Análisis de coyuntura: buscan responder a situaciones puntuales, planteadas en el corto plazo.

Fuentes de información

- Censos nacionales
- Encuestas de población
- Estadísticas vitales
- Estadísticas de morbilidad (sistemas de vigilancia de enfermedades transmisibles y no transmisibles, enfermedades bajo programas, egresos hospitalarios, de atención médica, registros de Obras Sociales y Seguros de Salud y de Accidentes Laborales, etc.).
- Estadísticas hospitalarias sobre recursos, coberturas de programas, etc.
- Información de otros sectores del Gobierno (economía, educación, vivienda, desarrollo social, etc)

Principales indicadores a desarrollar

- ◆ Demográficos
- ◆ Socioeconómicos
- ◆ Salud
- ◆ Recursos, cobertura y utilización de servicios

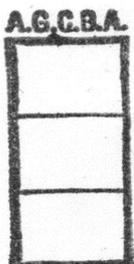
Metodologías

El comité establecerá por consenso las metodologías para desarrollar los diferentes objetivos.

La actual situación exige integrar los análisis locales con la realidad nacional por lo cual se debe insistir en consolidar y mejorar los niveles de salud de la madre y el niño, disminuir la morbilidad y mortalidad de las enfermedades no transmisibles y otros daños que constituyen principales causa de enfermedad y muerte en el adulto; así como mantener y mejorar los indicadores alcanzados en enfermedades infecciosas.

Integrantes del CASIS

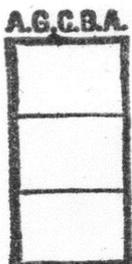
- ◆ Representante del Departamento de Epidemiología. (Coordinación)



- ◆ Representante de la Dirección de Estadística de Salud
- ◆ Representante del Departamento de Maternidad e Infancia
- ◆ Representante del Departamento de Promoción de la Salud
- ◆ Representante del Departamento de Atención Desconcentrada
- ◆ Representante del Programa de Inmunizaciones
- ◆ Representante del Programa de TBC
- ◆ Representante del Programa de SIDA
- ◆ Representante de la Dirección General Adjunta Atención Primaria
- ◆ Representante de la Dirección General Adjunta de Hospitales
- ◆ Representante de la Dirección General Adjunta de Redes de Salud
- ◆ Representante de otros Programas o Sectores.
- ◆ Representante de efectores asistenciales del GCBA
- ◆ Los Niveles que reemplacen en el futuro a los precitados
- ◆ Los que designe la Dirección General Atención Integral de la Salud.

Funciones

- ◆ Definir tipo y periodicidad de la información que se va a recuperar de cada una de las diferentes áreas de trabajo.
- ◆ Definir los indicadores y la periodicidad con que se van a presentar a las autoridades de salud y representantes extrasectoriales.
- ◆ Presentar la información en el tiempo y la forma definida por las autoridades de salud.
- ◆ Identificar y establecer los vínculos y compromisos extrasectoriales.
- ◆ Identificar y nombrar a los profesionales responsables de obtener y procesar la información de cada una de las diferentes áreas de trabajo.
- ◆ Proponer a las autoridades los integrantes del Comité y sus funciones.



ANEXO II

Propuesta dotación profesionales (Resolución 1727/04)

El mosaico epidemiológico que presenta la Ciudad de Buenos Aires con su realidad cambiante en forma permanente con la coexistencia de enfermedades infectocontagiosas, crónicas, degenerativas, ambientales, sociales y eventos nos esperados (ejemplo desastres), así como las distintas repercusiones sociales que los daños generan; requieren de acciones tendientes a adelantarse a la ocurrencia de los eventos y optimizar la calidad y oportunidad de las intervenciones tendientes a reducir y mitigar el impacto en la comunidad. El Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires por medio de la resolución 1727/ SSGCBA/ 04 sostiene el Sistema de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades de la Ciudad de Buenos Aires (SVSCE) teniendo en cuenta la ley nacional 15465/60 y la ley 153 de CABA (Ley Básica de Salud); que permite articular a la Ciudad con el SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD (SNVS).

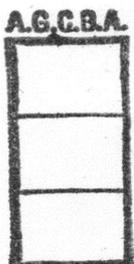
El Objetivo General es la implementación de un sistema integrado de vigilancia de la salud y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, de mortalidad Gral. y específica; la investigación epidemiológica y el Análisis de Situación de Salud que mediante información actualizada y oportuna permita el desarrollo de intervenciones adecuadas que contribuyan a mejorar la salud de la población de la Ciudad de Buenos Aires.

Asimismo se complementa con la capacitación continua en epidemiología básica, la formación de nuevos profesionales en la especialidad (Residencia posbásica de Epidemiología) y la difusión permanente de información elaborada para retroalimentar al sistema

Este sistema integra la información generada por los distintos servicios asistenciales, la red de laboratorios, los Programas de prevención y las unidades centinela, en desarrollo actual o futuro del ámbito del Ministerio de Salud y sus efectores dependientes. Además articula con otras áreas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para la recepción de la información que resulte de interés al Sistema de Vigilancia de la Salud

Por su artículo 2º asignó a realizar por intermedio del Departamento de Epidemiología, las funciones de coordinación, monitoreo, evaluación y actualización del Sistema, así como el desarrollo de los mecanismos de funcionamiento e integración de las distintas fuentes de información y las normativas para las acciones de control en articulación con los programas específicos. Fijar la metodología para la vigilancia de los distintos componentes que se incorporen al sistema. Requerir apoyo de especialistas en los distintos temas. Desarrollar programas de capacitación continua en epidemiología para los miembros del sistema. Estimular, desarrollar y supervisar la investigación en epidemiología en la Ciudad de Buenos Aires.

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI), adoptado por todos los países miembros de la OMS en mayo del 2005, es el acuerdo internacional jurídicamente vinculante que tiene como finalidad proteger la seguridad



sanitaria mundial. Estableció un nuevo marco legal internacional para las relaciones de los países miembros de la OMS, así como normas para la notificación de riesgos y de enfermedades y recomienda a los países que desarrollen las capacidades esenciales para la detección y el control de enfermedades potencialmente epidémicas; involucra una serie de compromisos para los países y para la OMS, con detalles de metas y plazos En la Ciudad de Bs As para acompañar ese requerimiento, se conformó el Comité Operativo de Emergencias Epidemiológicas (resol 2290) para dar respuesta a la amenaza de Pandemia de

DOTACIÓN DEL DPTO. DE EPIDEMIOLOGÍA.2012

Vigilancia de la salud y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles. Urgencia epidemiológica con Alerta temprana, Respuesta Rápida. Sala de Situación Vigilancia de mortalidad Gral. y específica. Análisis de situación de Salud, Investigación epidemiológica, capacitación en epidemiología básica y difusión informativa (SVSCE, resol. 1727/04 - ley 15465/60- ley 153 CABA)

Influenza-Gripe Aviar y otras enfermedades de repercusión masiva, con la participación de especialistas y servicios referentes en los temas específicos. En tal sentido se propuso crear un SERVICIO DE URGENCIAS EPIDEMIOLOGICAS con dos componentes: Alerta temprana, Respuesta Rápida , instrumentado con la formación de una GUARDIA DE EPIDEMIOLOGÍA, que actúe como equipo de intervención rápida con participación de distintos niveles operativos coordinados por el Dpto. de Epidemiología y permita conformar la SALA DE SITUACIÓN DE SALUD DE LA CIUDAD.

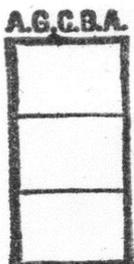
En poco tiempo (2009), sirvió de base para afrontar la situación del brote de Dengue y la Pandemia de Gripe A /H1N1 y generó una serie de lecciones y aprendizajes que marcaron un antes y un después en el enfoque epidemiológico para la Ciudad y el País, sobre todo señalados en informes de expertos internacionales que mencionaron la necesidad de contar con profesionales epidemiólogos suficientes y estables en las distintas jurisdicciones.

En la Ciudad actualmente, se brinda un servicio incompleto por el déficit de profesionales (mínima planta y otros en situación inestable desde los hospitales) y sin apoyo administrativo, aunque muy destacable por el esfuerzo puesto de manifiesto en distintas situaciones ya comentadas.

Comparativamente, Servicios de epidemiología de 2 grandes Ciudades de nuestro País (Córdoba, Rosario) que cubren cada una a la mitad de la población de CABA y con menor número de efectores; disponen desde hace años, de un número superior a la solicitado en este propuesta

Por ello para las actividades regulares del Dpto. y la cobertura de urgencias epidemiológicas, se requiere disponer de una dotación de planta permanente:

RECURSOS HUMANOS Y ECONÓMICOS PARA EL DPTO. DE EPIDEMIOLOGÍA (Nivel Central):



1. Dotación mínima de 14 profesionales de planta 30hs. (para cubrir horario mañana y tarde indispensable para la tareas del Dpto., y con posibilidad de cumplir guardias).
2. Seis (6) administrativos (4 con funciones de técnico en Vigilancia y 2 con tareas administrativas) de planta 35 hs.
3. Dotación de horas de guardia (45) para distintas situaciones de urgencias epidemiológicas

El siguiente detalle permite comprender el desempeño a cumplir:

PRINCIPALES FUNCIONES PERMANENTES Y NECESIDADES DE PERSONAL

1.- VIGILANCIA Y CONTROL DE ENFERMEDADES. (Ley 15465/60, Resolución 1727/04 Plan Director, Ley 2224 /06, Resolución 2290-06.)

Se requieren para este componente ocho (8) profesionales para cumplir las siguientes actividades y tareas básicas:

1.1.- Fortalecimiento de las estructura de Vigilancia

1.1.1.- Ampliar el número de nodos de vigilancia: completar los públicos e iniciar incorporación de nodos privados

1.1.2.- Vigilancia pasiva:

- Recolección de información de servicios asistenciales y de laboratorios: Recepción, carga directa de datos y verificación de ingreso desde los hospitales y CESAC al SNVS.

- Indicación y realización de Acciones de control de focos. Comunicación de casos a Nación y Provincia Verificación de resultados de acciones de control

1.1.3- Vigilancia activa:

- Alerta temprana: seguimiento diario de fuentes formales (alertas de OPS/OMS, Nación) e informales (medios de comunicación rumores)

- Respuesta rápida: Investigación de brotes en terreno, Búsqueda activa de casos en contactos directos o en comunidad en Gral.

- Guardia epidemiológica fuera de horario administrativo

- Procesamiento, consolidado y análisis de la información

- Producción de informes y recomendaciones.

- Difusión por memos, alertas, reuniones

- Evaluación continua

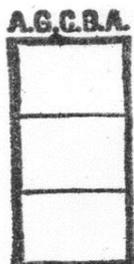
1.2.- Componentes:

1.2.1.-Vigilancia Gral.de Enf. Transmisibles

- Inmunoprevenibles: coqueluche, difteria, hepatitis A, B, tétanos, meningitis TBC < 5, parotiditis, varicela; y de eliminación: polio, sarampión, rubéola

- Enf. gastroentéricas : Botulismo, cólera, diarreas sanguinolentas, Enf Tras Alimentos, SUH,Marea roja, fiebre tifoidea,

- Enf. Emergentes, vectoriales y zoonosis: Dengue, Fiebre Amarilla, Encefalitis de San Luis, Leishmaniasis, Paludismo, Leptospirosis, Hantavirus, Fiebre Hemorrágica Argentina, Brucelosis, carbunco-Antrax, Rabia, Psitacosis, Chagas, otras



- Otras transmisibles: Meningitis y encefalitis, Lepra, TBC, Encefalopatías Espongiformes, Peste, Tifus, Gripe Humana por Nuevo Subtipo De Virus, SIDA y ETS (articulación con programas)

- Intoxicaciones: pesticidas, monóxido carbono, otros

1.2.2.- Vigilancia intensificada en Unidades Centinelas

Influenza/IRAG

Hepatitis

Diarreas

Tóxicos-Contaminación ambiental: cuenca MR

1.2.3- Vigilancia de laboratorios

Desarrollo e implementación del SIVILA en 22 laboratorios y efectores privados

1.2.4.- Vigilancia epidemiológica en desastres:

Control de enfermedades después de desastres naturales y otros eventos inesperados

1.2.5.- Vigilancia en enfermedades no transmisibles

Tumores, lesiones, cardiovasculares, salud mental, otras.

2.- ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD (ASIS)

Se requieren para este componente 4 profesionales en relación con la tarea para las cuatro regiones sanitarias con las siguientes.

Generación de análisis local de situación de salud: áreas locales de Salud

Elaboración de informes Regionales de análisis de situación de salud:

Regiones Sanitarias

Informe de ASIS del total Ciudad

Vigilancia de la mortalidad Gral. y específica en el marco del ASIS

3.- Difusión de información:

Se requieren para este componente 2 profesionales

Retroalimentación de información: alertas, noticias diarias/semanales boletines periódicos

Productos esperados:

1. BOLETINES EPIDEMIOLOGICOS PERIODICOS.

2. Boletines epidemiológicos Electrónicos mensual: Epiciudad

3. SALAS DE SITUACIÓN de distintas patologías estacionales o brotes, incluyen:

- Informes periódicos de análisis de Vigilancia intensificada, Unidades Centinela y laboratorios.

- Lista cuatrisesemanal y anual de enfermedades con notificación definida según tipo (numéricas agrupadas, detalladas con datos básicos y detallada con ficha de notificación).

- Alertas epidemiológicos de brotes

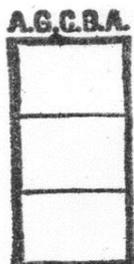
- Informes periódicos de análisis de cada uno de los componentes vigilados

- Informes periódicos de ASIS.

- Informes de investigaciones epidemiológicas.

4.- Investigación epidemiológica

Los hallazgos de la Vigilancia requieren ser ampliados con estudios de investigación que permitan ampliar el conocimiento descriptivo y brindar evidencias aplicables a la salud pública. Ej. Circulación silenciosa de virus del



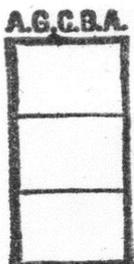
dengue y otros agentes, Relación del SUH con animales de compañía, entre otros.

Posibilitar el inicio del desarrollo de la EPIDEMIOLOGIA CLINICA cuyo aporte resulta indiscutible para la Salud Publica actual

5.- Capacitación continua en epidemiología básica aplicada a la realidad de CABA

- Cursos básicos para el equipo de salud, talleres de actualización específica
- Residencia posbásica de Epidemiología: formación de nuevos profesionales en la especialidad con participación en actividades del nivel central, hospitales y CESAC; con posibilidades de futura inserción en las Áreas locales de salud de la Ciudad.

Tanto en los puntos 4 y 5 quedan involucrados el conjunto de los 14 profesionales solicitados.



ANEXO III

Descripción de responsabilidades. Personal Departamento Estadísticas.

Carrera Profesionales de la Salud

Lic. en Sistemas de Información para la Salud

A cargo de la jefatura del Departamento

- Coordinación del Sistema de Estadísticas de Servicios de Salud del Ministerio de Salud de GCBA
- Consistencia de la base de datos generada por el Informe Estadístico de Hospitalización.
- Análisis de datos del IEH:
 - Elaboración de tablas de salida: Diagnóstico principal al egreso asociado a variables tales como edad y sexo, Promedio de días de estada, Tasa de letalidad, Residencia Habitual, Condición de Egreso, Procedimientos quirúrgicos.
 - Elaboración de Indicadores.
- Responsable de la elevación al Programa Nacional de Estadísticas de Salud (MSN) del Conjunto Mínimo de Datos Básicos necesarios a Nivel Nacional que comprende:
 - Elaboración de informes a solicitud de diferentes áreas del Ministerio de Salud del GCBA
 - Elaboración de informes que responden a solicitudes específicas de organismos gubernamentales y no gubernamentales.
- Elevar en forma periódica, información de la producción de los efectores de salud a la Dirección General de Estadística y Censos.
- Integrante de la “Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades” como asesora a nivel nacional en la aplicación de Clasificaciones Estadísticas.
- Ejercer funciones normativas, metodológicas y de utilización de técnicas estadísticas en los sectores o servicios que generan información estadística o requieran realizar estudios especiales encaminados a conocer aspectos de sus problemáticas profesionales, tanto para efectores de salud dependientes del Ministerio de Salud como de otras áreas del GCBA.
- Realizar actividades de capacitación en estadística a los integrantes de las Áreas de Estadística de los Establecimientos asistenciales.

Lic. Antropología

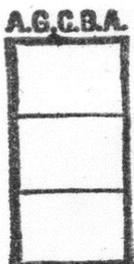
- Elaboración Residencia Habitual de Egresos.
- Consistencia cuantitativa de los Informes Estadísticos de Hospitalización con el Movimiento Hospitalario por Unidad Operativa y condición de egreso (alta, defunción).

Odontóloga

- Consistencia de los datos de los Registros Odontológicos de los Establecimientos Especializados en Odontología y de los Servicios de los demás Establecimientos
- Consolidación y Elaboración de las Variables Odontológicas
- Elaboración de Indicadores
- Supervisión de las Estadísticas en los Hospitales Odontológicos y en los Servicios de Odontología.

Médica

- Elaboración del Registro Estadístico de producción de Anestesiología
- Elaboración de las Prácticas Especializadas de los Establecimientos
- Elaboración de las variables de Prestaciones de las Obstétricas
- Elaboración de los datos del Registro de Prestaciones de Servicio Social
- Informe de actividades del SAME.
- Informe de actividades del Instituto de Zoonosis Luis Pasteur.



- Informe de Cirugía – Cantidad de cirugías realizadas por Hospital

Lic. en Sociología

- Coordinación general del Sistema de Información de APS.
- Diseño de contenidos de subsistema de información (SICESAC, Programa de Salud Escolar): definición de variables, categorías y unidades de medida. Selección y definición de indicadores. Diseño de tablas de salida predeterminadas: datos e indicadores. Confección de instructivos.
- Diseño de instrumentos de registro: planillas e instructivos.
- Contacto permanente con Jefes de CESAC y Coordinadores de Programas a efectos de solucionar problemas en el Sistema de Información de APS, evaluar necesidades de incorporación o modificación de datos y salidas de información, programar capacitación de profesionales y de data entry.
- Concurrencia a CESACs, Áreas Programáticas Hospitalarias y sedes de Programas a fin de difundir, capacitar, relevar necesidades relativas al sistema de información
- Concurrencia a reuniones Comisión Ley 105, en calidad de integrante
- Procesamiento y análisis de datos:
 - Procesamiento de bases de datos: consistencia, recodificación de variables, operaciones de agrupamiento de datos, obtención de variables múltiples, agregación de prestaciones a personas para obtención de poblaciones consultantes y poblaciones con riesgos y con daños.
 - Obtención de tablas de salida: frecuencias y tablas
 - Elaboración de indicadores
- Elaboración de informes

Lic. en Sociología

- Coordinación del subsistema de prestaciones de CPS/PMC
- Contacto permanente con Coordinadores de Cobertura Porteña a efectos de solucionar problemas en el subsistema de información
- Recepción y análisis de informes de producción mensual
- Recepción de bases de datos remitidas por las Áreas de CPS
- Análisis de calidad y consistencia de los datos
 - Evaluación de la integridad de los datos cotejando los informes manuales con los que tienen soporte informático.
 - Realización de análisis de consistencia de los datos considerando variables relevantes (edad, sexo, diagnóstico, programas)
- Procesamiento de datos
 - Consolidación de bases de datos. Se obtiene una base única de prestaciones de Cobertura Porteña
 - operaciones de agrupamiento de datos, recodificación de variables, obtención de variables múltiples, obtención de poblaciones consultantes, poblaciones con riesgos y con daños, entre otras.
- Análisis de los datos
 - Obtención de tablas de salida: frecuencias y tablas
 - Confección de gráficos
 - Elaboración de indicadores
- Confección de los informes

Lic. en Sociología

- Coordinación de los recursos humanos contratados por la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda) y asignados a los CESAC en tareas de ingreso de datos. Contacto permanente con funcionarios de esa Dirección General a fin de evaluar desempeños, cambios de destino, etc.
- Capacitación del personal contratado



- Capacitación de profesionales de los CESAC en los contenidos del sistema de información
- Capacitación de profesionales en la codificación diagnóstica de las prestaciones sobre la base del Listado de Categorías de Problemas, Motivos o Diagnósticos de Consulta, Atención o Derivación en Atención Primaria de la Salud (**LIC-APS**).
- Evaluación de incorporaciones o modificaciones de los códigos del LIC-APS. Consultas a grupos profesionales y expertos
- Procesamiento y análisis de datos del SICESAC:
 - Procesamiento de bases de datos: consistencia, recodificación de variables, operaciones de agrupamiento de datos, obtención de variables múltiples, agregación de prestaciones a personas para obtención de poblaciones consultantes y poblaciones con riesgos y con daños.
 - Obtención de tablas de salida: frecuencias y tablas
 - Elaboración de indicadores
- Elaboración de informes

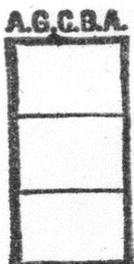
Escalafón General Tareas técnicas

Profesora en Educación Preescolar

- Consolidación de las bases de datos del Movimiento de Pacientes y Utilización de Camas y del Movimiento de Consultorios Externos por Especialidad, que llega de los Hospitales.
- Consistencia de las variables que integran el Censo Diario y las Consultas Externas, entre el nivel central y el Hospital.
- Consolidación de la Integridad de las consultas médicas de Atención Primaria que presenta el Movimiento mensual de Consultas Médicas con las recibidas en el Subsistema de Atención Primaria de la Salud.
- Elaboración de tablas de salidas con las diferentes variables y obtención de indicadores con periodicidad mensual.
- Consolidación de los datos que se solicitan en los dos cortes anuales sobre Residencia Habitual de pacientes de Consultorios Externos.
- Consolidación de los datos del Registro de prestaciones de Salud Mental.
- Consolidación de datos de Producción de sectores intermedios (Laboratorio, Diagnóstico por Imágenes, Patología).
- Tareas de despacho (tramitación de actuaciones del sector)

Técnica en Administración de Empresas

- Consistencia de las variables del Informe estadístico de Hospitalización
- Consistencia por metodología censal de la codificación del Diagnóstico principal de Egreso con la aplicación de la CIE 10° Revisión – OMS y de los procedimientos a través de la CPS – OPS ya que la actividad de codificación está descentralizada a nivel de cada Establecimiento.
- Colaboración con las actividades de capacitación en codificación de diagnóstico y procedimientos dirigida al recurso humano de los sectores de Estadística de los Establecimientos que lo soliciten.
- Colaboración con talleres de actualización de codificación y de aquellos que se realizan con los responsables de los sectores de Estadística de los Hospitales para asegurar la calidad del dato básico
- Consistencia de la base de datos que genera el Informe Estadístico de Hospitalización que envían los Establecimientos.
- Coordinación de los recursos humanos contratados por la Dirección General de Estadística y Censos, asignados a la carga de datos del IEH en los Establecimientos con Internación.
- Elaboración de la producción del sector de Fonoaudiología por Hospital.
- Elaboración de la producción registrada en el registro estadístico “Resumen diario mensual obstétrico”



Programador

- Mantenimiento de los programas de Estadística desarrollados en el Nivel Central, en los Establecimientos del Ministerio de Salud
- Colaborar con las necesidades y problemas informáticos del sector

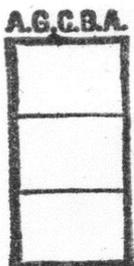
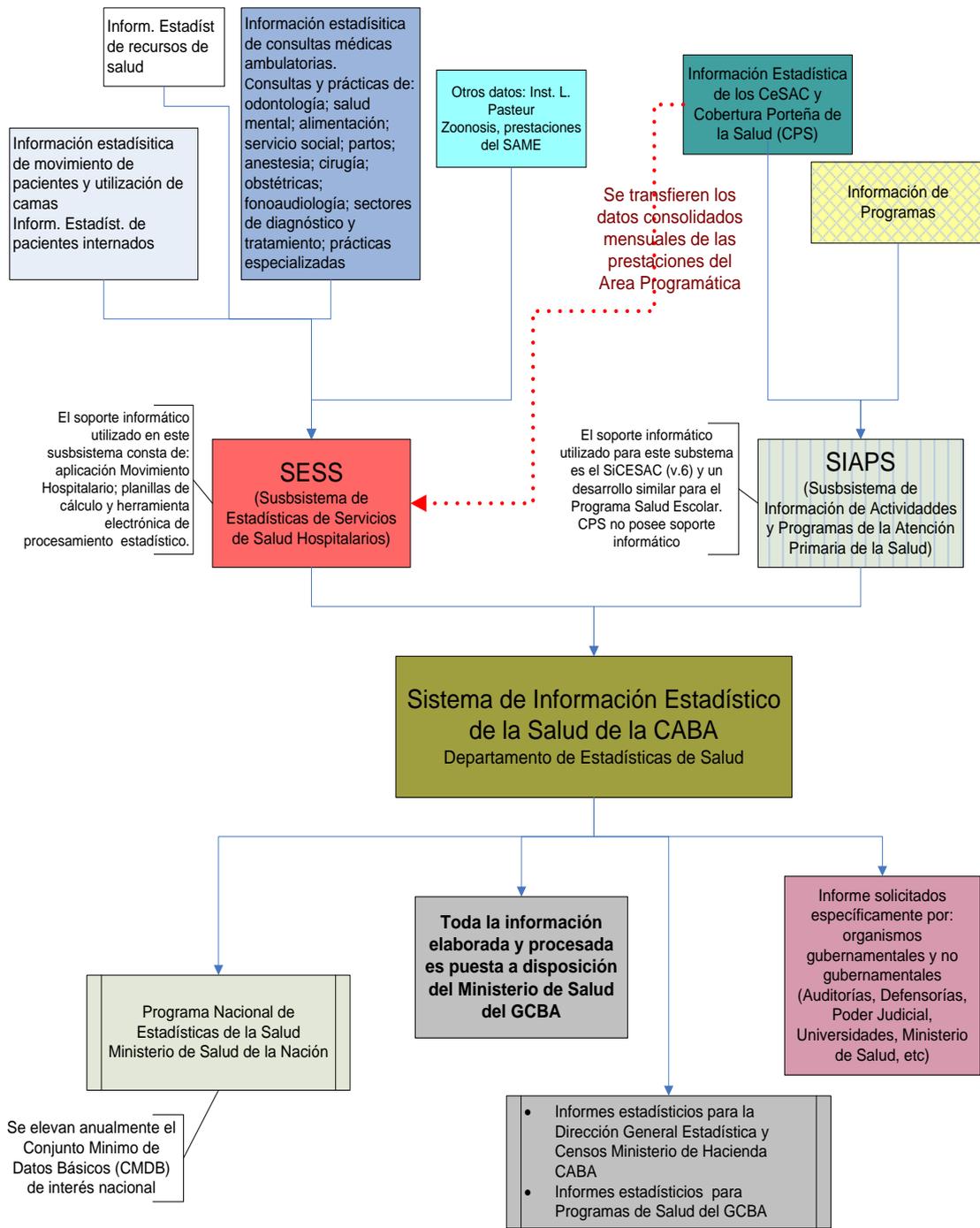
DIAGRAMA DE FLUJO - PROCESO DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA.

Simbología de Diagrama de Flujo

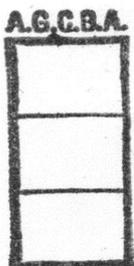
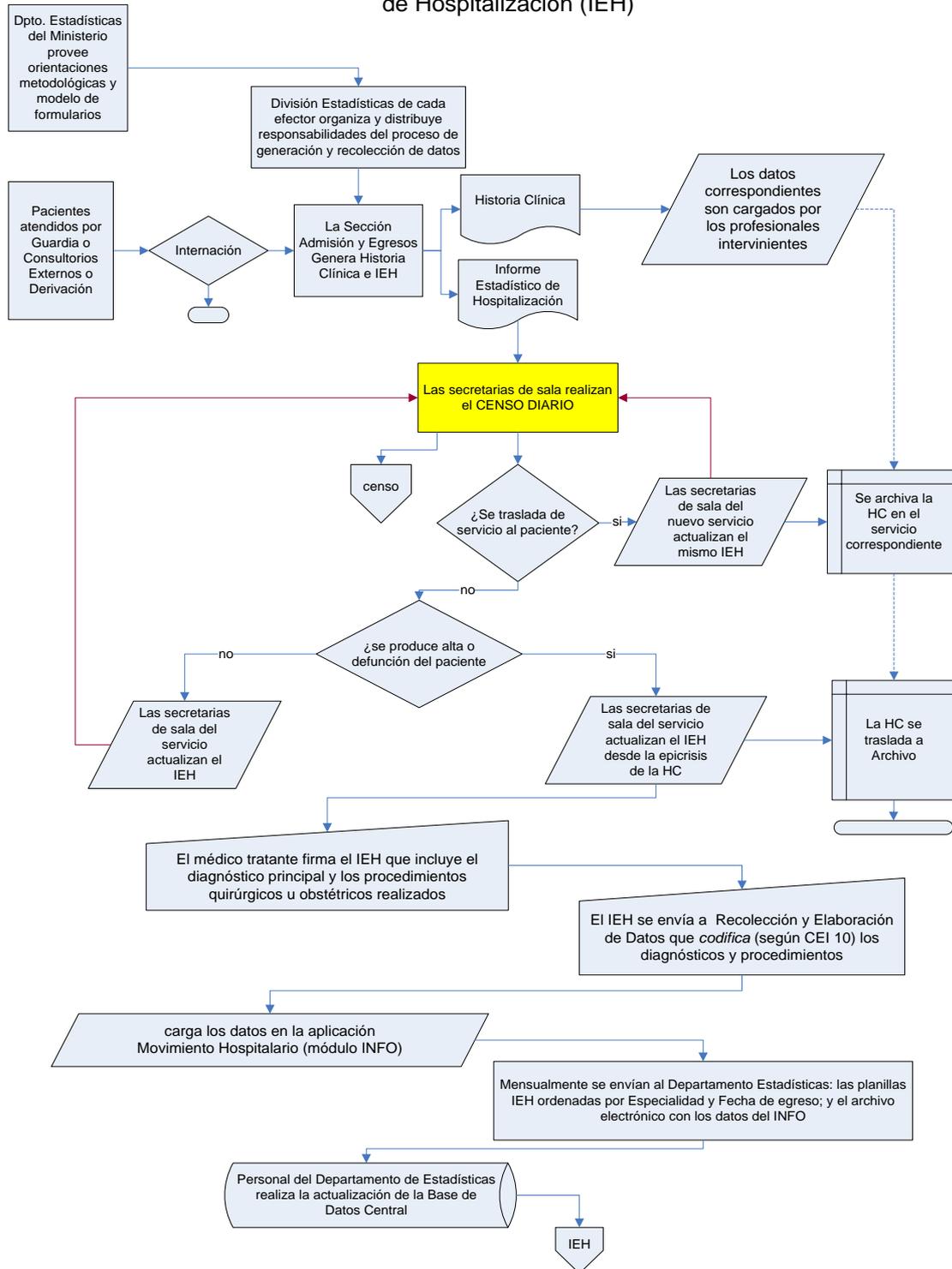
Símbolo

	Proceso		Datos (Ingreso / Salida)
	Proceso formalmente definido		Documento/ multidocumento
	Retraso		actividad manual - traspaso de datos de planilla en papel a aplicaciones
	Preparación		Transferencia de datos
	Flow Line (Flecha, conector)		Controles manuales
	Terminador		Transferencia de datos
	Almacenamiento interno		
	Conector de página		

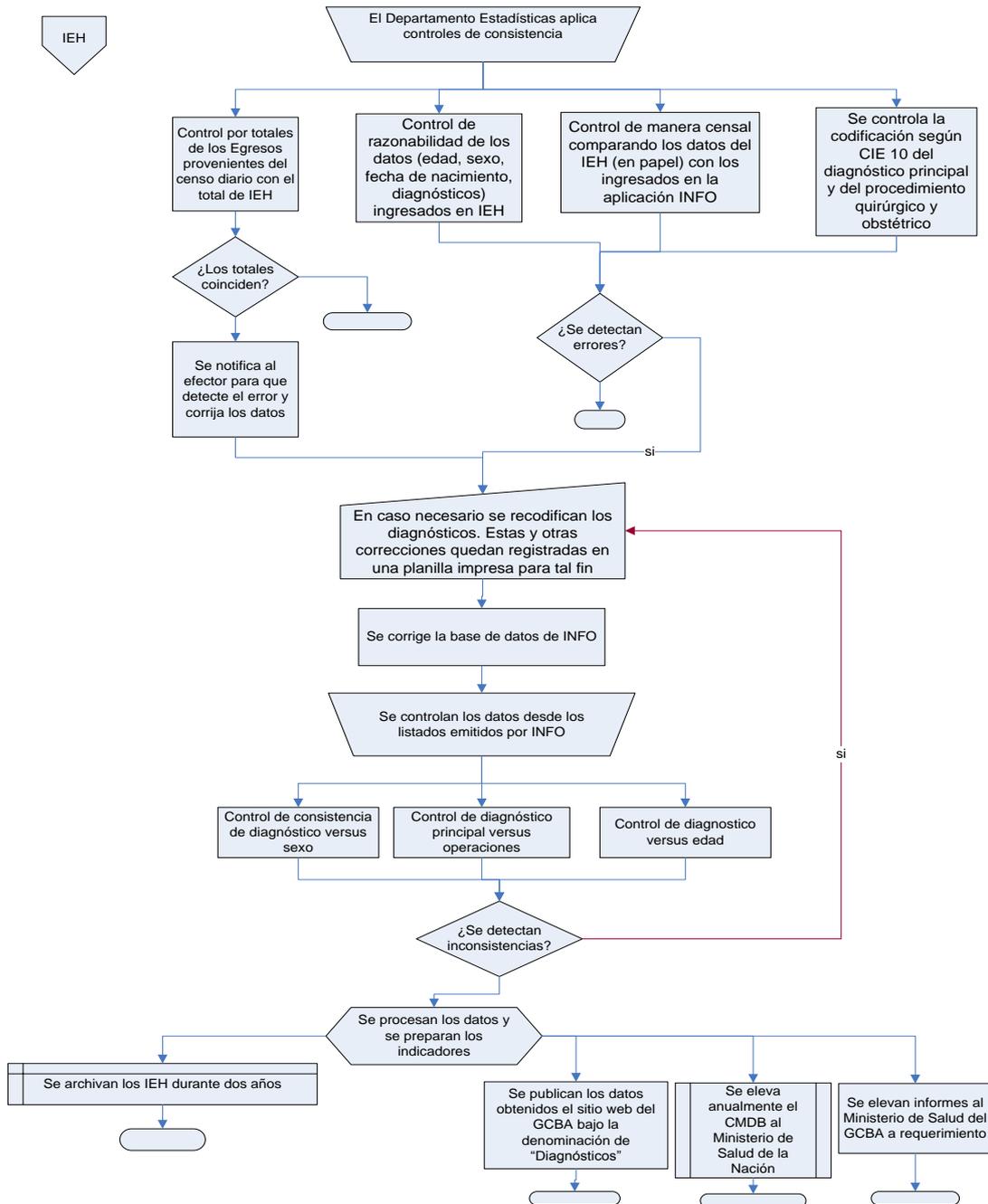
Esquema central del sistema estadístico de la CABA

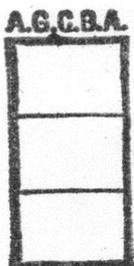
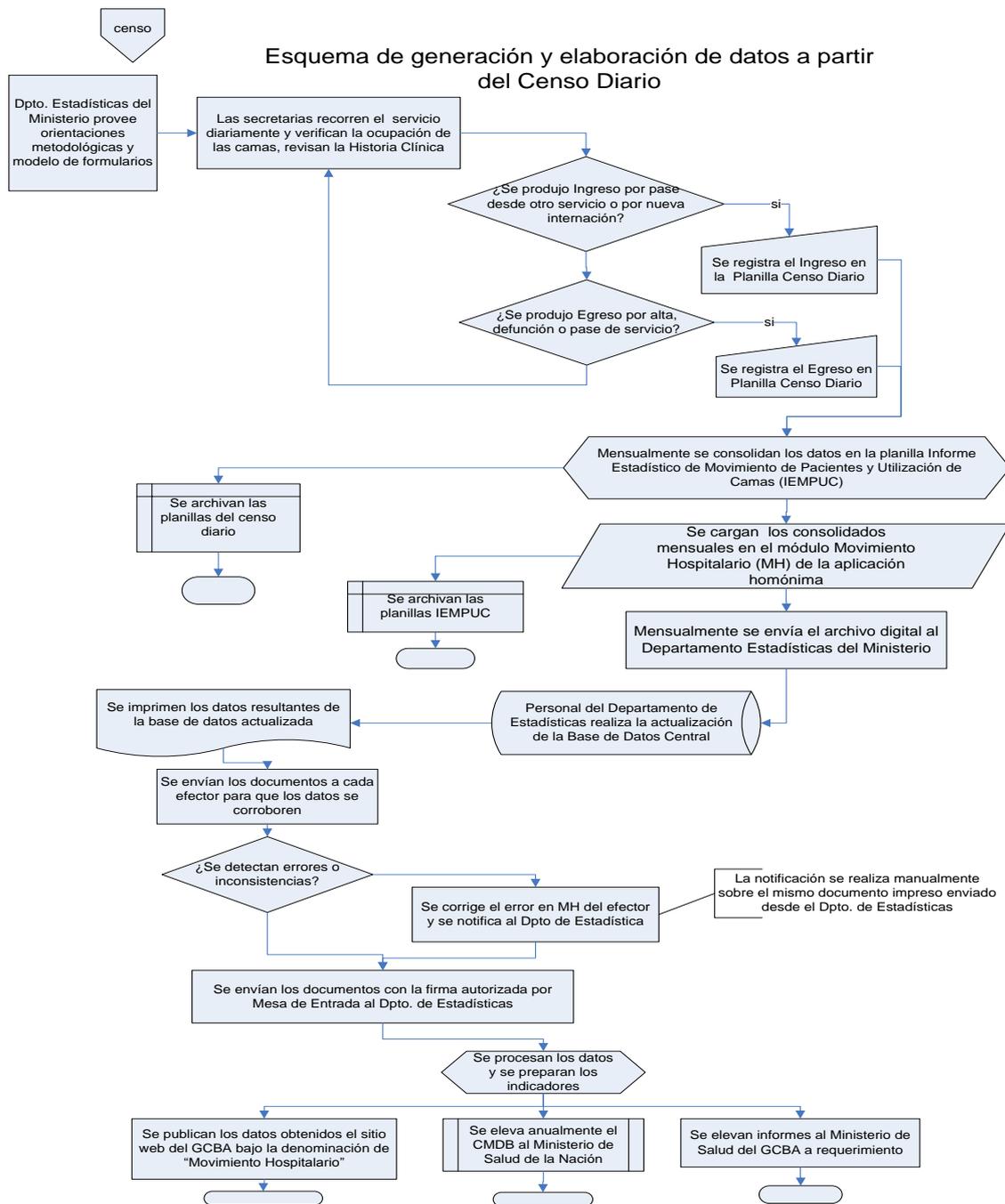


Esquema de generación de datos a partir del Informe Estadístico de Hospitalización (IEH)

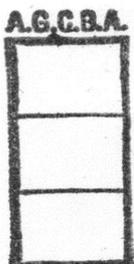
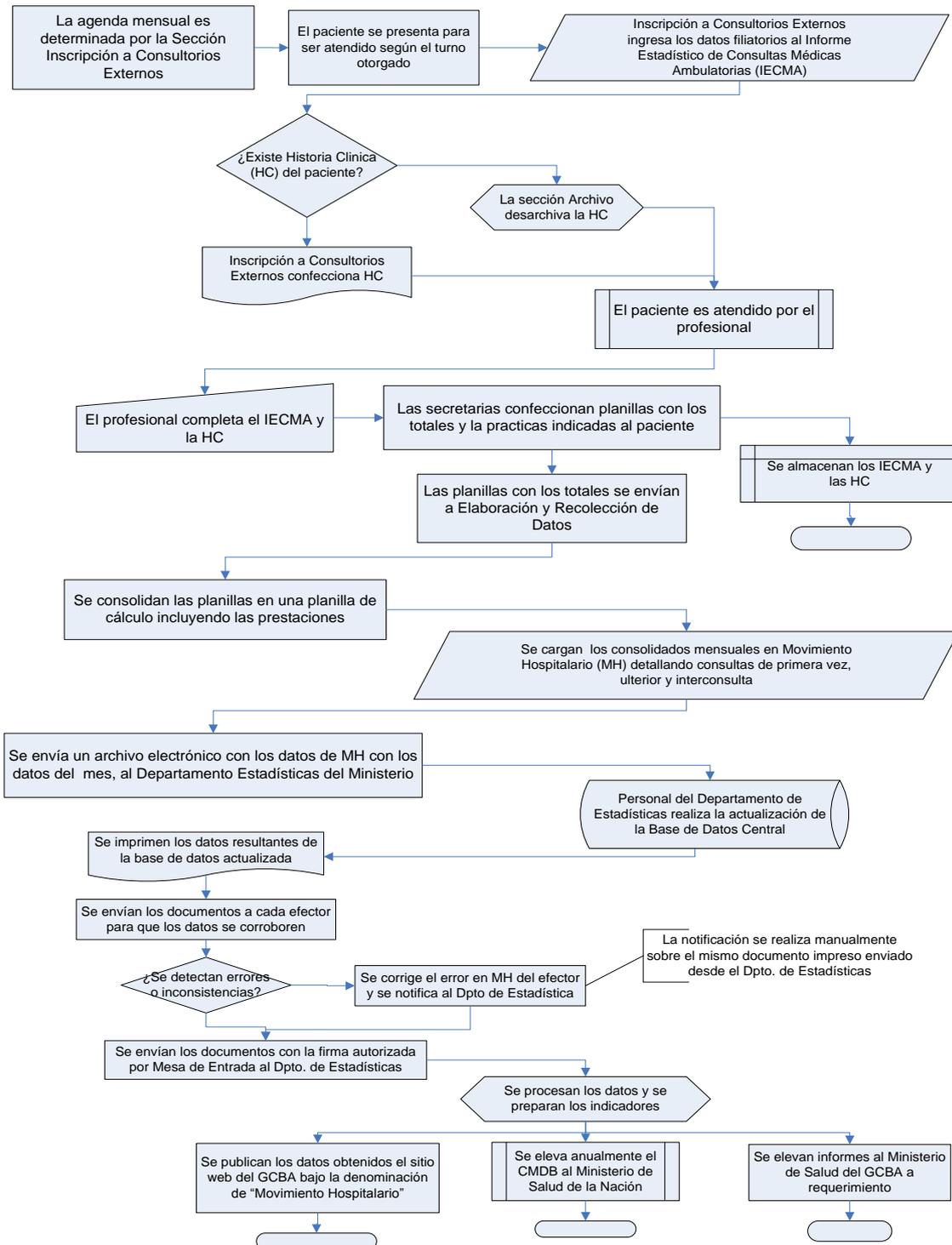


Esquema de controles aplicados en el IEH en nivel central, procesamiento y destino de la información

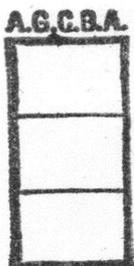
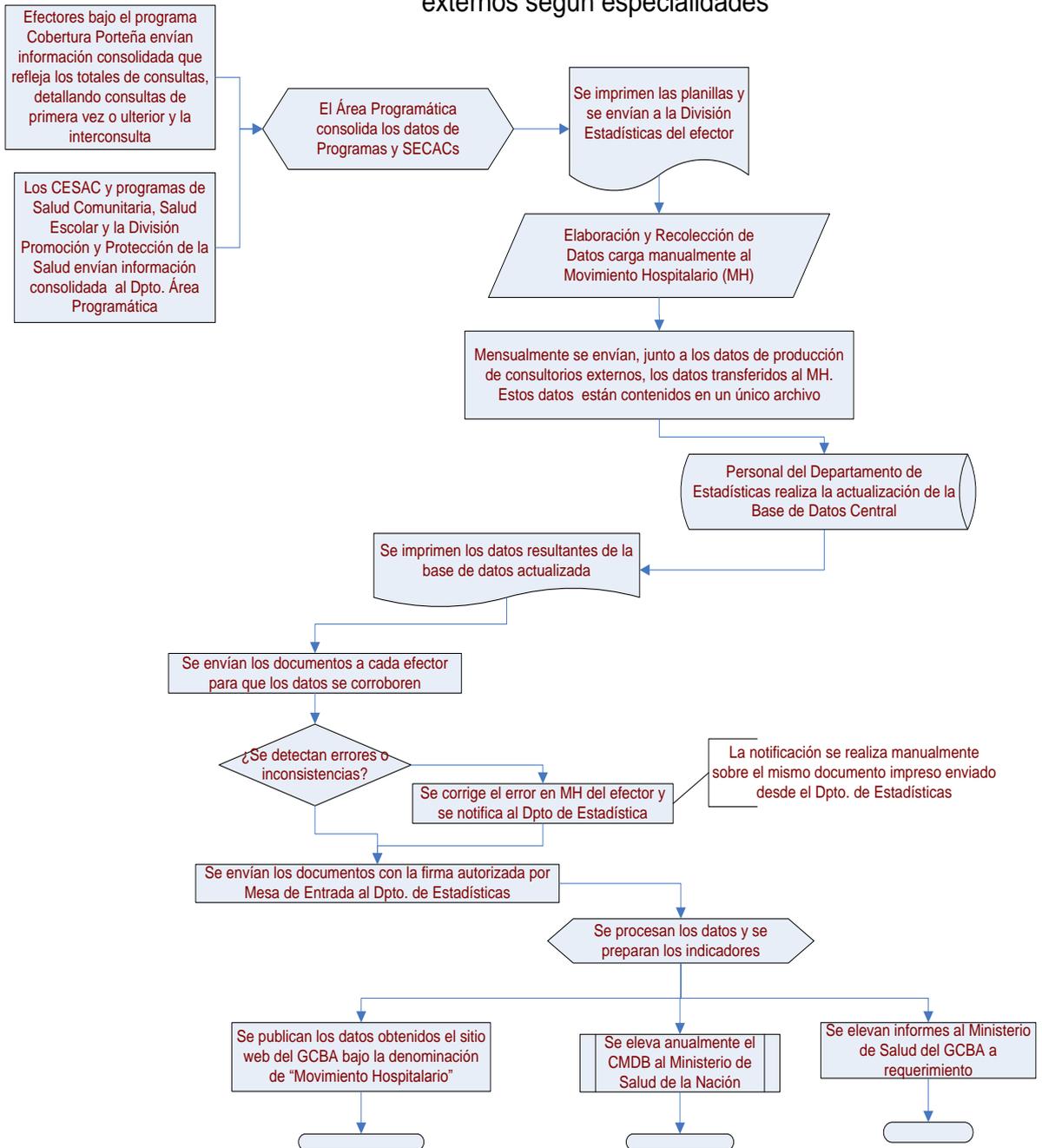




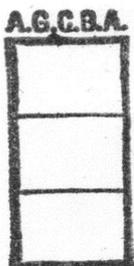
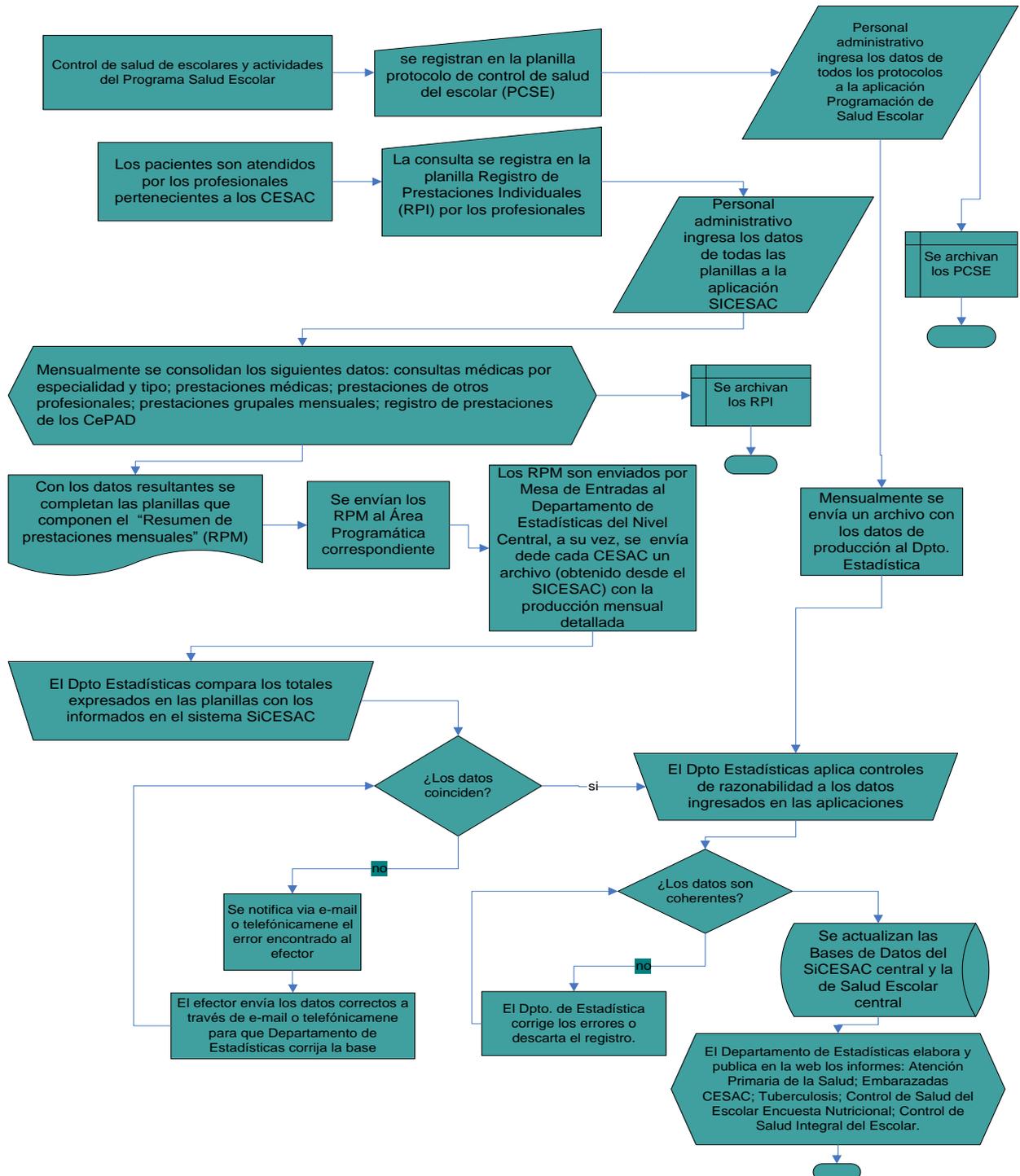
Circuito de consultorios externos



Datos provenientes del Área Programática incorporados al informe de movimiento de consultorios externos según especialidades



Datos provenientes del Área Programática para su incorporación al informe de Atención Primaria de la salud



Esquema de registro de consultas y prácticas de odontología; salud mental; alimentación; servicio social; partos; anestesia; cirugía; obstétricas; fonoaudiología; sectores de diagnóstico y tratamiento; prácticas especializadas

