



INFORME FINAL DE AUDITORIA

Con Informe Ejecutivo

Proyecto N° 3.17.08

EMERGENCIA PARA PREVENCIÓN
VIGILANCIA Y CONTROL DE ENFERMEDADES
TRANSMITIDAS POR VECTORES

Auditoria de Gestión

Período 2016

Buenos Aires, Octubre 2018

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Jean Jaures 216
Ciudad Autónoma De Buenos Aires

Presidenta

Lic. Cecilia Segura Rattagan

Auditores Generales

Cdra. Mariela Coletta

Dr. Facundo Del Gaiso

Dr. Jorge Garayalde

Lic. Raquel Herrero

Cdor. Vicente Rodríguez

Lic. Hugo Vásques

CÓDIGO DEL PROYECTO: 03.17.08

NOMBRE DEL PROYECTO: "Prevención, vigilancia y control de enfermedades emergentes transmitidas por vectores".

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2016

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: mayo de 2018

EQUIPO DESIGNADO:

Director de Proyecto: Dr. Julio Facundo Bello (hasta diciembre de 2017)

Supervisora a c/: Dra. Nora Carmen Solano;
Lic. Elsa Mastronicola, desde Enero 2018

FECHA DE APROBACIÓN : 03 DE OCTUBRE DE 2018

APROBADO POR: UNANIMIDAD

RESOLUCIÓN NRO: 368/18

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Octubre de 2018
Destinatario	Ministerio de Salud
Código del Proyecto	3.17.08
Denominación del Proyecto	Prevención, vigilancia y control de enfermedades emergentes transmitidas por vectores.
Tipo de Auditoría	Gestión
Período examinado	2016
Objetivo de la auditoría	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia, eficiencia y efectividad.
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.
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de auditoría se desarrollaron entre Febrero 2017 a Agosto 2018
Aclaraciones previas	Presupuesto: No existe asignación presupuestaria. Normativa Ley N° 15.465/60: régimen legal de las enfermedades de notificación obligatoria. Ley 153/99 Ley Básica de Salud de la CABA Decreto N° 5334/ 88: Crea el Instituto de Zoonosis Luis Pasteur. Resolución N° 1.727/04: crea el Sistema de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades de la Ciudad de Buenos Aires (SVSCE).

	Decreto N° 315/ 2016: Crea la Gerencia Operativa de Epidemiología Marco de Referencia: Enfermedades transmisibles por vectores. Son aquellas patologías infecciosas transmitidas entre personas, o de animales a personas, a través de vectores, esto es, otros organismos vivos que actúan como participantes necesarios en el ciclo de transmisión de microorganismos patógenos, que ingieren de un portador afectado y luego inoculan o depositan a un nuevo portador que contrae la enfermedad, reproduciendo el ciclo en presencia de otro vector. Intervienen en su distribución y expansión, factores sociales y ambientales. La urbanización no planificada, los cambios en la explotación del suelo, la desaparición de los bosques nativos, las actividades industriales, generan nuevos y complejos problemas medioambientales, entre ellos el cambio climático, que están influyendo considerablemente en la transmisión de enfermedades por vectores, con aumento en la incidencia, aún en países donde no se registraban casos. Por lo tanto, es clave adoptar medidas preventivas, así como una acción directa sobre la reproducción del vector. Los mosquitos son los vectores de enfermedades mejor conocidos. Los principales mosquitos pertenecen a las variedades <i>Aedes</i>, trasmisor del Dengue, Fiebre Amarilla, Chikungunya; Zika, entre otras. Dengue: Sus formas inmaduras (larvas o pupas) evolucionan exclusivamente en un ambiente acuático, mientras que sus formas adultas requieren de azúcares vegetales para su alimentación. Utilizan recipientes con agua (floreros, porta macetas, latas, botellas, tambores, cubiertas usadas, etc.) para depositar sus huevos próximos a la superficie quedando adheridos a la parte interna de los recipientes. Los huevos eclosionan en 2-3 días y salen de ellos larvas acuáticas que se alimentan de microorganismos. El último estadio es una pupa, que no se alimenta. En su interior se produce la metamorfosis a adulto. Los huevos constituyen la fase de resistencia del ciclo dado que pueden mantener vivo el embrión hasta 10-12 meses. Esta forma de propagarse del vector hace suponer que la actividad del Dengue se intensificará en las próximas décadas. El virus del dengue pertenece a la familia <i>Flaviviridae</i> y existen
--	---

	cuatro variantes, los serotipos 1, 2, 3 y 4. La inmunidad es específica para cada serotipo, por lo que la infección con un serotipo determinado confiere inmunidad permanente (inmunidad homóloga) y sólo por unos meses contra el resto de los serotipos (inmunidad heteróloga). El Dengue constituye en la actualidad la enfermedad viral más importante transmitida por artrópodos que afecta a la humanidad. No se dispone en la actualidad de una vacuna ni tratamiento específico. El dengue, en sus diferentes variantes (Fiebre de dengue, dengue hemorrágico y síndrome de shock por dengue) constituyen una importante carga económica para los países afectados. Cada brote o epidemia genera gastos directos, relacionados con la asistencia médica, muchas veces en unidades de terapia intensiva, y los elevados costos que implica el control del vector, e indirectos como el ausentismo laboral, y otros perjuicios a la economía de los países, como la disminución del turismo. La Fiebre Chikungunya, es una enfermedad emergente e impacta en los sistemas de salud debido a la incidencia de los casos y al desarrollo de síntomas incapacitantes. El Zika, puede presentar complicaciones neurológicas o autoinmunes. Se relaciona con malformaciones congénitas como la microcefalia. 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 Resolución 1727/04 incluye, entre otras, acciones ante la detección de casos de Enfermedades Transmitidas por Mosquitos (ETM) que fueron consideradas en los lineamientos generales del plan estratégico-operacional, a nivel individual y comunitario. Desde esa resolución a la actualidad se han elaborado tres modificaciones más, siendo la última el Plan Estratégico Operacional Integrado (PEOI) del año 2016. Las mejoras tienden a profundizar cuatro componentes que se traducirán en objetivos y actividades específicas:
--	--

	A.- Capacitación y participación comunitaria en el ordenamiento ambiental B.- Vigilancia y control epidemiológico integrado del vector, el virus y los casos. C.- Asistencia adecuada de enfermos. D.- Coordinación intersectorial Estos componentes se aplicarán en los distintos escenarios teóricos de riesgo que atraviesa la Ciudad ante esta enfermedad: Escenario 0: Riesgo latente: Presencia de huevos del vector sin actividad larvaria y sin ocurrencia de casos. Tiempo: Julio a mediados de Septiembre. Escenario 1: Riesgo bajo: Presencia del vector sin existencia de casos de dengue o fiebre amarilla. Tiempo: mediados de septiembre a Noviembre Escenario 2: Riesgo medio: Presencia del vector con existencia de casos sospechosos "importados" de dengue o fiebre amarilla (ausencia de circulación viral regional confirmada).Tiempo: Diciembre - Febrero Escenario 3: Riesgo alto: Presencia del vector con existencia de casos confirmados de dengue o fiebre amarilla (con circulación viral regional confirmada) de los criaderos del vector como la única prevención primaria disponible en la actualidad. PEOI: Este plan fue desarrollado en mayo de 2016, luego del brote de ETM, con casi 5000 casos confirmados y comprende la participación de los distintos organismos del gobierno y otras organizaciones de la comunidad, para trabajar en forma integral e intersectorial en los diferentes momentos epidemiológicos priorizando la disminución en la producción y la eliminación de los criaderos del vector como la única prevención primaria disponible en la actualidad. El trabajo integral e intersectorial comprende la participación comunitaria y promoción de la salud, saneamiento y ordenamiento ambiental, monitoreo y evaluación de acciones interministeriales en la prevención de las enfermedades por mosquitos, comunicación y educación
--	---

	para la salud, vigilancia y control epidemiológico de los casos y el virus, asistencia adecuada de los enfermos. El PEOI viene desarrollando actividades tendientes a la prevención y control de enfermedades transmitidas por mosquito, a través del trabajo conjunto de un total de 9 mesas integradas por Jefatura de Gabinete, los Ministerios de Salud, Ambiente y Espacio Público, Desarrollo Humano y Hábitat, Desarrollo Urbano y Transporte, Educación, Justicia y Seguridad, y Modernización, Innovación y Tecnología, Secretaría de Cultura Ciudadana y Función Pública, Secretaría de Descentralización, y Subsecretarías de Comunicación y Contenidos. A su vez, de manera transversal, participan de las mesas las organizaciones de la sociedad civil, clubes, Universidades y la comunidad. De esta manera se comprobó una mejor comunicación y coordinación de los trabajos interjurisdiccionales, con una mayor conciencia de la importancia de la participación ciudadana.
Limitación al alcance	No existen.
Principales Observaciones	Observación N°1: No existe asignación presupuestaria específica para el Plan Estratégico-Operacional Integrado de Prevención, Control y Vigilancia de enfermedades transmitidas por el mosquito Aedes Aegypti (PEOIETM) o metas físicas asociadas al mismo de manera exclusiva. De este modo no solo se dificulta la evaluación en términos de eficiencia sino que además se ve afectada la proyección a largo plazo del plan. Observación N°2: La Subsecretaria de Planificación, no posee un plan de emergencia ante el riesgo de un futuro brote de estas enfermedades, que articule recursos para fortalecer las áreas críticas. En este sentido no fue oportuna la implementación del PEOI, que comenzó a organizarse en mayo 2016. Observación N°3: No se firmó un acuerdo de nivel de servicios con la empresa que provee la plataforma On-line, que evite los daños e interferencias a la información de los pacientes, así como accesos no autorizados a la misma.

	Observación N°4: No se han registrado las bases de datos y archivos asociados al SIC según lo dispone la Ley 1845 de Protección de Datos Personales. Observación N°5: Debido a la magnitud del brote, existen casos del año 2016 cargados después de febrero de 2017, imposibilitando determinar en tiempo oportuno los procedimientos adecuados. Observación N°6: Las planillas del SIC, desarrolladas en planillas de cálculo, presentan debilidades en la migración de datos y no cuentan con mecanismos automáticos de control que permita detectar modificaciones en la base y por quienes fueron realizadas. Observación N°7: No existe un mecanismo que permita establecer en forma independiente a los datos conformados en el SIC, la fecha de pedido de estudio de foco y la fecha de entrega del informe correspondiente. De este modo no se puede establecer si el estudio de foco se realizó según el tiempo determinado en la normativa. Observación N°8: No se han asignado a las Áreas Programáticas, Recursos Humanos para sostener la implementación de las nuevas actividades del PEOI. Observación N°9: No son suficientes los Data Entry capacitados para fortalecer la carga de los datos y no incurrir en subregistros. (Fernández, Zubizarreta, Álvarez, Penna). Observación N°10: No se han implementado medidas de seguridad específica para el personal que realiza actividades extramuros. (Piñero y Fernández, Zubizarreta, Álvarez, Durand.) Observación N°11: No hay convenios formales con otras áreas referidas al objeto del relevamiento, quedando a discrecionalidad de las mismas la participación en las actividades. (Piñero, Álvarez, Penna). Observación N°12: No generan sistemáticamente estadísticas o indicadores.
--	---

	Observación N°13: No resulto suficiente en algunos efectores la provisión de kits de insumos para la prevención del ETM. (Fernández, Álvarez, Penna). Observación N°14: Se dificulta el traslado de las muestras de laboratorio, así como la oportunidad del acceso a los resultados de las mismas. (Zubizarreta, Álvarez, Penna) Observación N°15: Algunos efectores no cuentan con ovitrampas instaladas en el predio del hospital. (Gutiérrez, Fernández). Observación N°16: Hay un bajo conocimiento en la población de la iniciativa vecino multiplicador, aunque más de la mitad de ella, estaría dispuesta a la participación. Observación N°17: La comunicación interjurisdiccional no posee formalidad, dificultando de este modo el control de la gestión de las acciones realizadas. Observación N°18: No resultó suficiente en cuanto al objetivo de Participación Comunitaria y Promoción de la salud, la formación de asesores en sedes Comunales y la formación de capacitadores vecinales. Observación N°19: En cuanto al saneamiento y ordenamiento ambiental, resulto bajo el conocimiento de los efectores en cuanto a la ubicación de ovitrampas, perdiendo la oportunidad de evaluación de la presencia del mosquito en el lugar, que permita ejecutar procesos para la disminución del mismo. Observación N°20: Las acciones de descacharreo no se resolvieron eficientemente en tiempo y forma. Observación N°21: La mayoría de las áreas programáticas no han participado del monitoreo y evaluación de las acciones realizadas. Observación N°22: Hospital Muñiz: No fue utilizado el SNVS módulo clínico C2 durante el periodo de mayor magnitud de brote de ETM (marzo 2016), infiriéndose de este modo un subregistro del dato.
--	---

	Observación N°23: Hospital Piñero: El equipamiento informático funciona correctamente, pero tienen dificultades con el acceso a Internet. Observación N°24: No cuenta con mosquiteros en ciertas salas críticas/prioritarias, siendo éste una de las medidas necesarias para la prevención. (Piñero, Álvarez). (Pág. 71, 98) Observación N°25: Hospital Argerich: El PEOI no tuvo en cuenta la particularidad de la situación sociocultural presente en el área geográfica de influencia. Observación N°26: Hospital Argerich: se sobrestimó la capacidad actores "voluntarios" para acciones de prevención y promoción de la salud, pues si bien es importante su participación no es suficiente. Observación N°27: Hospital Argerich: No cuenta el Área Programática con una computadora en buen estado y tiene problemas con el acceso al SNVS. Observación N°28: Hospital Fernández: No todos los efectores del Área Programática que notifican los casos sospechosos, cargan los datos necesarios para una búsqueda eficaz, afectando la ejecución de procedimientos en terreno. Observación N°29: Hospital Fernández: no cuenta con disponibilidad móvil para el traslado de insumos para la realización de tareas extramuros. Observación N°30: Los insumos informáticos son calificados como obsoletos y están mantenidos por los propios profesionales. (Fernández; Álvarez). Observación N°31: Hospital Álvarez: Detectaron problemas en la resolución de situaciones tales como remoción de autos abandonados u ordenamiento ambiental en terrenos o casas abandonadas de propiedad privada. Observación N°32: Hospital Penna: Durante la epidemia se instaló la unidad sanitaria móvil (tráiler) en la Villa 21, pero no se tuvo en cuenta la provisión de luz eléctrica y las
--	--

	situaciones de inseguridad, con lo cual, se presentaron inconvenientes para el funcionamiento. Observación N°33: Hospital Penna: No se llevó un registro particular de las acciones orientadas al ordenamiento ambiental realizadas junto a los equipos de CeSAC, pues se contabilizan como acciones grupales para la carga en SiCeSAC.) Observación N°34: Hospital Penna: No se desarrollaron actividades por ovitrampas, aunque las lecturas de las mismas hayan sido siempre positivas. Observación N°35: El área de Salud Ambiental no dispone de personal dedicado exclusivamente al desarrollo de actividades relacionadas a la prevención, vigilancia y control de mosquitos. Observación N°36: El área de Salud Ambiental no cuenta con presupuesto propio para adquirir materiales educativos y comunicacionales necesarios para la capacitación y conformación de equipos locales, siendo uno de los objetivos del área. Observación N°37: La Coordinación General de Prensa y Comunicación Institucional no cuenta con asignación presupuestaria asociada al sostenimiento de la campaña de prevención de ETM.
Recomendaciones	Recomendación N°1: Asignar partida presupuestaria específica para garantizar el funcionamiento, mejorar la planificación a corto y largo plazo, estableciendo metas físicas, pasibles de medición y evaluación adjudicando un marco de eficiencia y rendición de cuenta. Recomendación N°2: Teniendo en cuenta que el Dengue es una enfermedad endémica, con ciclos epidémicos significativos, es que se hace necesario contar con un plan de emergencia, para que la respuesta sea efectiva ante el riesgo de un futuro brote. Recomendación N°3: Establecer un mecanismo que contemple la protección de los derechos de los usuarios.

	Recomendación N°4: Cumplir con lo establecido en la Ley 1845 sobre Protección de Datos Personales. Recomendación N°5: Optimizar los mecanismos de registros y notificación para la oportunidad en la toma de decisiones. Recomendación N°6: Implementar un sistema de base de datos que contenga mecanismos de control de las modificaciones en la misma. Recomendación N°7: A fin de optimizar el proceso de seguimiento de los pedidos de estudio de foco, establecer un registro que permita determinar si se cumple en forma eficiente la vigilancia intensificada. Recomendación N°8: Es necesario incrementar la disponibilidad de RRHH, a fin de sostener en forma continua las actividades establecidas en el PEOI, sin afectar otras responsabilidades de las áreas implicadas. Recomendación N°9: Asegurar en todas las áreas de promoción y protección de la salud, personal Data Entry capacitado para realizar eficazmente la carga de los datos epidemiológicos. Recomendación N°10: Se deberá contar con un protocolo que incluya seguridad en el personal que realiza actividades en terreno. Recomendación N°11: Producir convenios formales que den un marco de previsibilidad a los distintos actores del PEOI, tanto para la planificación como para la asignación de recursos. Recomendación N°12: Generar variables que intervienen en el proceso, a fin de permitir verificar o medir la cobertura de las demandas, la calidad y el impacto de las acciones realizadas. Recomendación N°13: Generar mecanismos que aseguren la provisión de insumos necesarios de acuerdo a la demanda. Recomendación N°14: Crear la logística necesaria que garantice la oportunidad en la obtención de resultados,
--	---

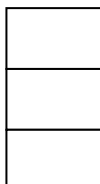
	facilitando las decisiones correspondientes de acuerdo al protocolo. Recomendación N°15: La instalación de ovitrampas en los efectores, permite una detección temprana de criaderos de Aedes Aegypti, previniendo la incrementación la circulación del virus. Recomendación N°16: Profundizar la estrategia de participación ciudadana, que establece la figura del vecino multiplicador para difundir mensajes de prevención en su propia manzana y articular las acciones del plan, en forma amplia y sostenida. Recomendación N°17: Utilizar mecanismos formales para la coordinación y registro de las acciones realizadas. Recomendación N°18: Es esencial a la estrategia de centralidad comunal fortalecer la formación de asesores comunales y capacitadores vecinales, que aporten al sostenimiento de acciones de prevención de ETM en su propia sede comunal. Recomendación N°19: Optimizar el sistema de comunicación entre los diferentes actores del PEOI, para coordinar y ejecutar procesos que permitan una mejor evaluación de la presencia del mosquito. Recomendación N°20: Implementar protocolo de ordenamiento ambiental respecto de ETM, que permita determinar con precisión los tiempos, los recursos y los responsables de las acciones ante una denuncia de posibles criaderos de Aedes Aegypti, con tiempos máximos según escenario de riesgo. Difundir la información a todos los actores intervinientes en el PEOI. Recomendación N°21: El monitoreo y la evaluación debe darse en un marco formal incorporando a los actores de las tareas del PEOI, no sólo de las áreas que trabajan en terreno, sino también a vecinos y organizaciones del tercer sector entre otros.
--	--

	Recomendación N°22: Implementar mecanismos que aseguren la eficacia de los procesos que sirven para la construcción de la información epidemiológica. Recomendación N°23: Establecer procesos que aseguren la provisión y buen funcionamiento de los elementos de soporte de los sistemas de información. Recomendación N°24: Realizar las adecuaciones necesarias según la normativa de bioseguridad para la aislación de los pacientes. Recomendación N°25: Realizar adecuaciones a las estrategias que se adapten a la población destinataria, partiendo de la evaluación de las mediadas realizadas hasta el momento y justificando las decisiones adoptadas a partir de las necesidades de salud detectadas la población destinataria. Recomendación N°26: Sostener las actividades planificadas con recursos humanos capacitados y con responsabilidades formales, de esta manera se asegura la continuidad de los objetivos planteados por el PEOI. Recomendación N°27: Establecer procesos que aseguren la provisión y buen funcionamiento de los elementos de soporte de los sistemas de información. Recomendación N°28: Homologar el proceso de carga de casos sospechosos, especialmente en casos en que los pacientes declaran domicilios en zonas más vulnerables. Recomendación N°29: Generar disponibilidad de recursos que permitan el traslado de insumos a terreno. Recomendación N°30: Establecer procesos que aseguren la provisión y buen funcionamiento de los elementos de soporte de los sistemas de información. Recomendación N°31: Teniendo en cuenta la recomendación a la observación N°19, recibir capacitación que permita a los actores del PEOI, activar procedimientos ante diversos escenarios que requieren ordenamiento ambiental.
--	--

	Recomendación N°32: Establecer mecanismos que permitan mejorar la eficiencia en la planificación de actividades y garantizar la seguridad de los participantes. Recomendación N°33: Establecer procesos y sistemas homogéneos que hagan eficiente tanto la carga como la consulta de la información epidemiológica según tipo de actividad. Recomendación N°34: Fortalecer las estrategias de prevención por eliminación de criaderos de la forma estipulada por el PEOI. Recomendación N°35: Asignar Recursos Humanos para cubrir las necesidades que implican las tareas del Departamento de Salud Ambiental dentro del PEOI respecto de la problemática de las ETM. Recomendación N°36: Las partidas presupuestarias permiten no solo la ejecución, evaluación y seguimiento de las actuaciones de las áreas intervinientes la prevención de las enfermedades, sino que también permite planificación a largo plazo, por lo tanto es necesaria la asignación formal de recursos a esta área. Recomendación N°37: Asignar Recursos Humanos para cubrir las necesidades que implican las tareas del Departamento de Salud Ambiental dentro del PEOI respecto de la problemática de las ETM.
Conclusión	La Gerencia Operativa de Epidemiología dependiente de la Subsecretaría de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, da respuesta al brote de Dengue producido durante el primer semestre del año 2016, con un programa denominado Plan Estratégico Operacional Integrado (PEOI), que tal como dice su nombre es Estratégico, cuenta con 6 lineamientos descriptos en el cuerpo del informe, Operativo, describe acciones específicas e Integral, participan distintos organismos del gobierno y otras organizaciones de la comunidad. Este programa comenzó a organizarse en mayo 2016.

	La GOE centraliza la información epidemiológica para su procesamiento y la determinación de acciones según los resultados obtenidos. La metodología respecto al seguimiento de los casos de las Enfermedades Transmitidas por Mosquitos (ETM), ha sufrido cambios con el objetivo de optimizar la disponibilidad de los datos. De esta manera, se pasó de una utilización de métodos heterogéneos para registrar e informar sobre el seguimiento del paciente a una aplicación de carga de datos única de acceso <i>on-line</i>. La herramienta denominada "SIC" (Sistema de Información Complementaria) que corre a través de un <i>Google docs</i> fue creada ante la contingencia de las ETM y se aprovechó su utilización para el resto de los eventos bajo vigilancia, con el fin de suplir una faltante de sistematización de los datos sobre los estudios de foco y datos de seguimiento de los pacientes notificados. Si bien fue un plan que dio lugar a contener y dar mejor respuesta al brote endémico, particularidades como falta de presupuesto específico, falta de asignación de Recursos Humanos y específicamente data entry, deficiencias de internet en algunos hospitales, la no generación de estadísticas e indicadores por parte de las áreas programáticas, algunas necesidades no contenidas de acuerdo a las problemáticas de cada comuna como por ejemplo el tema de la inseguridad, las ubicaciones de ovitrampas, y las acciones de descacharreo; el programa "Vecinos Multiplicadores" que se sostiene con voluntarios y algunas otras observaciones realizadas en función del informe; nos hacen pensar más en un programa que salió a dar respuesta a la emergencia de la situación, que un plan sistemático y constante que sea parte de la estrategia preventiva que disminuya el riesgo de propagación de futuros brotes. Futuras auditorías determinarán el sostenimiento del plan en el tiempo. Teniendo en cuenta que el dengue constituye en la actualidad la enfermedad viral más importante transmitida por vectores, que no hay vacunas ni tratamientos específicos, que depende de factores climáticos, demográficos, habitacionales y migratorios entre otros, es que la vigilancia del mismo constituye una de las principales herramientas que utiliza la epidemiología para establecer la ocurrencia, distribución y
--	--

	factores condicionantes que evitan, en la medida de lo posible, la intensidad del brote. En este sentido podemos decir que este plan no fue oportuno en su implementación, sobre todo teniendo en cuenta que el Dengue es una enfermedad endémica, con ciclos epidémicos significativos y que en el año 2009 hubo un brote del mismo serotipo. Se sugiere además la incorporación de un plan de contingencia, que permita establecer un procedimiento formal y por escrito alternativo, que indique las acciones a seguir, de manera que se pueda optimizar el uso de los recursos humanos y materiales y de este modo minimizar la morbimortalidad.
--	--



**INFORME FINAL DE AUDITORÍA
EMERGENCIA PARA PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES
PROYECTO 3.17.08**

DESTINATARIO

Señor
Presidente
Legislatura Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Sr. Diego César Santilli
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 siguiente.

I) OBJETO

Dengue, Zika, Chikungunya

II) OBJETIVO

Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia, eficiencia y efectividad

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.

La auditoría se propone en base a un relevamiento y una evaluación de la gestión de las áreas implicadas en las acciones de prevención, vigilancia y control de enfermedades emergentes transmitidas por vectores, durante el período auditado. Las tareas realizadas incluyeron:

1. Entrevistas con los responsables de los programas y efectores seleccionados.
2. Relevamiento normativo, recopilación y análisis de la normativa aplicable.
3. Análisis estadístico y de la situación de salud respecto de las enfermedades objeto del informe.
4. Relevamiento de los recursos disponibles aplicados al objetivo del proyecto.
5. Solicitud de información de las actividades de prevención programadas y desarrolladas en función de los objetivos del proyecto.
6. Relevamiento de los circuitos de notificación, vigilancia y control epidemiológico. Protocolos de emergencia.
7. Solicitud y análisis de información de las notificaciones generadas en el sistema de las enfermedades objeto del proyecto.
8. Solicitud de información a organismos de control del GCBA

Las tareas de campo se realizaron desde febrero a diciembre de 2017.

IV) LIMITACIONES AL ALCANCE

No existen.

V) ACLARACIONES PREVIAS

V. 1 ASPECTOS PESUPUESTARIOS

Según la respuesta de la Subsecretaría de Planificación Sanitaria a la Nota AGCBA754/2017 a la consulta sobre asignación presupuestaria y metas físicas 2016 asociadas a las acciones de Prevención, vigilancia y control de enfermedades emergentes transmitidas por vectores (dengue, Chikungunya y Zika) no existe asignación presupuestaria específica para el Plan Estratégico-operacional integrado de Prevención, control y Vigilancia de enfermedades transmitidas por el mosquito Aedes Aegypti (PEOIETM) o metas físicas asociadas al mismo de manera exclusiva.

Las actividades se financian con líneas presupuestarias de diferentes partidas del Ministerio, como la de la Subsecretaría de Planificación Sanitaria, la de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria, la de Adquisiciones, etc.

En este sentido se ha informado la compra por parte de partidas del Ministerio de Salud de repelentes para proteger a los profesionales y pacientes de la transmisión de enfermedades transmitidas por el vector. Se muestra a continuación detalle de la compra:

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

Tabla 1. Detalle de compra de repelentes. Ministerio de Salud

descripción	documento contractual	total de unidades	monto
repelente en aerosol	554-11497-OC16	1500	\$ 87.000
repelente en aerosol	401-11507-OC16	6000	\$ 348.000
repelente en crema	554-11336-OC16	2040	\$ 104.363
repelente en aerosol	554-10874-OC16	1200	\$ 84.100
repelente en aerosol	554-10873-OC16	1200	\$ 76.900
Total		11940	\$ 700.363

Fuente: datos suministrados por la SSPLSAN

A su vez se solicitó detalle de costos, cantidad y fechas de adquisición de material gráfico utilizado para el soporte de las acciones de comunicación frente al brote de ETM. La adquisición estuvo centralizada en el ámbito de la Jefatura de Gabinete, específicamente la Dirección General de Comunicación Directa, dependiente de la Subsecretaría de Comunicación. Los requerimientos se realizaron a Polygraph S.A. y a la Imprenta de la Ciudad.

Tabla 2. Órdenes de impresión de material gráfico para el año 2016

fecha	cantidad	Proveedor	tipo de producto	monto
11/2/2016	5000	Polygraph S.A.	flyers A5 frente y dorso dengue	\$ 14.450
11/2/2016	10000		cartilla de orientación dengue	\$ 20.790
11/2/2016	100000		flyers dengue	\$ 35.500
13/2/2016	100000		A5 flyers dengue	\$ 36.200
17/10/2016	5000		afichetas A3 Dengue	\$ 26.900
24/10/2016	100000		A5 Dengue	\$ 36.200

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

1/11/2016	400		afichetas dengue	\$ 9.300
1/11/2016	350000	Imprenta de la Ciudad	A5 afichetas dengue	\$ 170.429
Total	670400			\$ 349.769

Fuente: Datos suministrados por la Dirección General de Comunicación Directa

V. 2. ASPECTOS NORMATIVOS

Ley N° 15.465/60: régimen legal de las enfermedades de notificación obligatoria.

Ley 153/99 Ley Básica de Salud de la CABA, en particular son relevantes los siguientes artículos:

Artículo 3º. Definición- La garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios:

- a. La concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.*
- b. El desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorarla calidad de vida de la comunidad.*
- c. La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo.*
- d. La solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud.*
- e. La cobertura universal de la población;*
- f. El gasto público en salud como una inversión social prioritaria;*
- g. La gratuidad de las acciones de salud, entendida como la exención de cualquier forma de pago directo en el área estatal; rigiendo la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades o jurisdicciones*
- h. El acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades.*
- i. La organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel;*
- j. La descentralización en la gestión estatal de salud, la articulación y complementación con las jurisdicciones del área metropolitana, la concertación de políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales;*
- k. El acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual.*

Artículo 12. Autoridad de aplicación. Funciones- La autoridad de aplicación conduce, controla y regula el sistema de salud. Son sus funciones:

- a. La formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de salud de conformidad a los principios y objetivos establecidos en la presente ley y en la Constitución de la Ciudad #;*

- b. El impulso de la jerarquización de los programas y acciones de promoción y prevención en los tres subsectores;
- g. La implementación de una instancia de información, vigilancia epidemiológica y sanitaria y planificación estratégica como elemento de gestión de todos los niveles;
- o. La prevención y control de las zoonosis;
- t. El desarrollo de un sistema de información básica y uniforme de salud para todos los subsectores, incluyendo el establecimiento progresivo de la historia clínica única;
- u. La promoción e impulso de la participación de la comunidad;
- w. El establecimiento de un sistema único frente a emergencias y catástrofes con la participación de todos los recursos de salud de la Ciudad;
- x. La articulación y complementación de las acciones para la salud con los municipios del conurbano bonaerense, orientadas a la constitución de un consejo y una red metropolitana de servicios de salud;
- y. La concertación de políticas sanitarias con el gobierno nacional, con las provincias y municipios.

Artículo 18.- Primer nivel. Definición- El primer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias.

Artículo 19.- Primer nivel. Organización- Son criterios de organización del primer nivel de atención:

- b. Coordinar e implementar en su ámbito el sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;
- c. Garantizar la formación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales;
- e. Promover la participación comunitaria;

Artículo 21.- Segundo nivel. Organización- Son criterios de organización del segundo nivel de atención:

- a. Constituir el escalón de referencia inmediata del primer nivel de atención;
- b. Garantizar la atención a través de equipos multidisciplinarios;
- c. Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;

Artículo 22.- Tercer nivel. Definición- El tercer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica son el último nivel de referencia de la red asistencial.

Artículo 23.- Tercer nivel. Organización- Son criterios de organización del tercer nivel de atención:

- a. Garantizar la óptima capacidad de resolución de las necesidades de alta complejidad a través de equipos profesionales altamente especializados;
- b. Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;

Decreto N° 5334/ 88: Crea el Instituto de Zoonosis Luis Pasteur.

Decreto 363/15: Crea la Estructura de Gobierno y establece misiones y funciones.

Resolución N° 1.727/04: crea el Sistema de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades de la Ciudad de Buenos Aires (SVSCE). En los considerandos se establece 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 de la 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"

Ley N° 2224/06: refiere al procedimiento del sistema educativo ante enfermedades de notificación obligatoria.

Ley CABA N°1845/2006: Protección de Datos Personales

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

Decreto N° 561/GCABA/10: 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.

Decreto N° 593/GCBA/11: 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 N° 260 /12 ANEXO I: Modifica la estructura organizativa del Ministerio de Salud (Decreto N° 660/11), crea la Dirección General de Relaciones Inter-Institucionales, en el ámbito de la Subsecretaría de Planificación Sanitaria.

Decreto N° 315/ 2016: Crea la Gerencia Operativa de Epidemiología.

Resolución 117-E/2017 del Ministerio de Salud de la Nación: Aprueba la guía para la vigilancia integrada de la infección por virus zika y recomendaciones para el equipo de salud.

V.3. MARCO DE REFERENCIA:

ENFERMEDADES TRASMISIBLES POR VECTORES

Definición:

Son aquellas patologías infecciosas transmitidas entre personas, o de animales a personas a través de vectores, esto es, otros organismos vivos que actúan como participantes necesarios en el ciclo de transmisión de microorganismos patógenos, que ingieren de un portador afectado y luego inoculan o depositan a un nuevo portador que contrae la enfermedad, reproduciendo el ciclo en presencia de otro vector.

De acuerdo a la información de la Organización Mundial de la Salud (OMS) *"En todo el mundo se registran cada año más de 1000 millones de casos y más de 1 millón de defunciones como consecuencia de enfermedades transmitidas por vectores, tales como el paludismo, dengue, esquistosomiasis, tripanosomiasis africana humana, leishmaniasis, enfermedad de Chagas, fiebre amarilla, encefalitis japonesa y oncocercosis. Las enfermedades transmitidas por vectores representan más del 17% de todas las enfermedades infecciosas."*

Genera preocupación a nivel mundial la compleja interacción de factores sociales y ambientales que intervienen en su distribución y expansión. La urbanización no planificada, los cambios en la explotación del suelo, la desaparición de los bosques nativos, las actividades industriales, generan nuevos y complejos problemas medioambientales, entre ellos el cambio climático, que están influyendo considerablemente en la transmisión de enfermedades por vectores, con aumento en la incidencia, aún en países donde no se registraban casos.

Uno de los impactos del cambio climático sobre la salud es el aumento de enfermedades transmisibles en las latitudes que antes eran consideradas templadas y hoy están "tropicalizándose". El aumento de la temperatura en el planeta incide sobre la expansión del dengue y otras enfermedades, que expande el hábitat del mosquito Aedes Aegypti (ETMAa). Por lo tanto, es clave adoptar medidas preventivas, así como una acción directa sobre la reproducción del vector.

Los mosquitos son los vectores de enfermedades mejor conocidos. Garrapatas, moscas, flebótomos, pulgas, triatominos y algunos caracoles de agua dulce también son vectores de enfermedades.

Datos y cifras

- Las enfermedades transmitidas por vectores representan más del 17% de todas las enfermedades infecciosas, y provocan cada año más de 1 millón de defunciones.
- Más de 2500 millones de personas, en más de 100 países, corren el riesgo de contraer dengue.
- Cada año, el paludismo provoca más de 400 000 defunciones en todo el mundo, la mayor parte de ellas entre niños menores de cinco años.
- Otras enfermedades, tales como la enfermedad de Chagas, la leishmaniasis y la esquistosomiasis afectan a cientos de millones de personas en todo el mundo.
- Muchas de las enfermedades son prevenibles mediante medidas de protección fundamentadas

Fuente: OMS disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs387/es/>. Febrero 2016

Enfermedades transmitidas por mosquitos (ETM):

Los principales mosquitos pertenecen a las variedades *Aedes*, trasmisor del Dengue, Fiebre Amarilla, Chikungunya; Zika, entre otras. *Anopheles*, trasmisor del Paludismo y la especie más común, el *Culex*, trasmisor de otras patologías que no se han notificado en nuestro medio.

Las distintas especies se desarrollan y se distribuyen en relación a las condiciones ambientales propicias. Sus formas inmaduras (larvas o pupas) evolucionan exclusivamente en un ambiente acuático mientras que sus formas adultas requieren de azúcares vegetales para su alimentación.

Solamente las hembras son hematófagas y depositan sus huevos en forma agrupada o en forma individual y, dependiendo de la especie, lo hacen sobre la superficie del agua o sobre un sustrato cercano a la línea de agua. Las hembras del mosquito común, *Culex pipiens* depositan sus huevos sobre la superficie del agua, agrupados en una estructura flotante conocida como "balsa". En cambio, las hembras de la especie *Aedes Aegypti* utiliza recipientes con agua (floreros, portamacetas, latas, botellas, tambores, cubiertas usadas, etc.) para depositar sus huevos próximos a la superficie quedando adheridos a la parte interna de los recipientes artificiales o naturales que se convierten en criaderos de estas especies. Los huevos eclosionan en 2-3 días y salen de ellos larvas acuáticas que se alimentan de microorganismos. El último estadio es una pupa, que no se alimenta. En su interior se produce la metamorfosis a adulto.

Los huevos constituyen la fase de resistencia del ciclo dado que pueden mantener vivo el embrión hasta 10-12 meses. Esta forma de propagarse del vector hace suponer que la actividad del Dengue se intensificará en las próximas décadas

Tabla 3. Principales factores determinantes de ETM

MACROFACTORES	AMBIENTE	SOCIAL	
	Ubicación geográfica	Densidad de Población	
	Cambio climático	Circulación de personas	
	Temperatura	Educación para la Salud. Comunicación	
	Precipitación	Participación ciudadana	
	MOSQUITO	VIRUS	AT. MÉDICA .VIGILANCIA
	Control Vectorial	Laboratorio	Baja sosp, Clínica
	Monitoreo Vect, estratificado	Susceptibles	No Notificación
	densidad de hembras	Nivel Viremia	Sin trat. Específico
MICROFACTORES		No Vacunación	Trat. Incorrecto

Dengue:

El dengue es una enfermedad causada por un virus que se transmite a través de la picadura de un mosquito perteneciente al género *Aedes*, principalmente el *Aedes Aegypti*, vector de la enfermedad. Este mosquito tiene hábitos domiciliarios, por lo que la transmisión es predominantemente doméstica. En otros continentes, otras especies de mosquitos del genero *Aedes* han sido involucradas en la transmisión del dengue.

El virus del dengue pertenece a la familia *Flaviviridae* y existen cuatro variantes, los serotipos 1, 2, 3 y 4. La inmunidad es específica para cada serotipo, por lo que la infección con un serotipo determinado confiere inmunidad permanente (inmunidad homóloga) y sólo por unos meses contra el resto de los serotipos (inmunidad heteróloga). Cualquier serotipo puede producir formas graves de la enfermedad. Entre los más de 25.000 casos confirmados de dengue ocurridos en la Argentina durante el 2009, se registraron casos de dengue grave por el serotipo 1 (aunque los serotipos 2 y 3 han sido asociados con mayor morbilidad).

El 40% de la población mundial se encuentra en riesgo de enfermar, con la posibilidad de presentar formas graves de la enfermedad. La tasa de incidencia ha aumentado más de 30 veces. Se estiman 390 millones de

infecciones (96 millones de ellas sintomáticas) y 20,000 muertes por dengue al año a nivel mundial

El dengue es un problema creciente debido a varios factores: el cambio climático y la adaptabilidad del vector a temperaturas más bajas que extienden su localización a nuevas zonas hacia el sur, el aumento de la población mundial en áreas urbanas que se produce de modo rápido y sin planificación ni servicios suficientes, entre ellos la falta de provisión de agua potable que obliga a su almacenamiento en recipientes caseros habitualmente descubiertos, los basurales a cielo abierto, la gran producción de recipientes descartables, neumáticos desechados, aljibes, piletas en desuso tachos, tanques, floreros, porta macetas, entre otros que sirven como criaderos de mosquitos. Los viajes, las migraciones desde y hacia zonas endémica, de fallas en el control de los vectores, y la falta de una vacuna eficaz para prevenir la enfermedad, favorecen el desarrollo de la enfermedad.

El Dengue constituye en la actualidad la enfermedad viral más importante transmitida por artrópodos que afecta a la humanidad. No se dispone en la actualidad de una vacuna ni tratamiento específico. El dengue, en sus diferentes variantes (Fiebre de dengue, dengue hemorrágico y síndrome de shock por dengue) constituyen una importante carga económica para los países afectados. Cada brote o epidemia genera gastos directos, relacionados con la asistencia médica, muchas veces en unidades de terapia intensiva, y los elevados costos que implica el control del vector, e indirectos como el ausentismo laboral, y otros perjuicios a la economía de los países, como la disminución del turismo.

Nuestro país fue declarado libre del mosquito *Aedes Aegypti* en la década del 60, pero debido a que otros no lograron la eliminación, se produjo paulatinamente la reinfestación. En los últimos 20 años, ocurrieron varios brotes de Dengue y Dengue Hemorrágico, en la zona de Centro América y el Caribe y en Sudamérica.

El *Aedes Aegypti* fue detectado nuevamente en Argentina a partir del año 1984, y se distribuye actualmente desde el norte del país hasta las provincias de Buenos Aires, La Pampa y Mendoza.

El comportamiento del dengue en Argentina es epidémico, y la ocurrencia de casos es más frecuente en los meses de mayor temperatura (noviembre a mayo), en estrecha relación con la ocurrencia de brotes en los países limítrofes.

Durante el año 2009 se produjo un brote de dengue por el serotipo 1 que afectó a un mayor número de provincias y se registraron casos autóctonos de la enfermedad en las siguientes jurisdicciones adicionales: Provincia de

Buenos Aires, Catamarca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Chaco, Entre Ríos, La Rioja, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán. Para que ocurran casos autóctonos de dengue en una población, se requiere la presencia del virus, del mosquito y de personas susceptibles.

Fiebre Chikungunya

Es una enfermedad emergente de reciente aparición en el continente. Impacta en los sistemas de salud debido a la incidencia de los casos y al desarrollo de síntomas incapacitantes.

Según el Centro de prensa de la OMS, la Fiebre Chikungunya es una enfermedad vírica transmitida al ser humano por mosquitos infectados. Además de fiebre y fuertes dolores articulares, produce otros síntomas, tales como dolores musculares, dolores de cabeza, náuseas, cansancio y erupciones cutáneas.

Los dolores articulares suelen ser debilitantes y su duración puede variar.

Algunos signos clínicos de esta enfermedad son iguales a los del dengue, con el que se puede confundir en zonas donde este es frecuente.

Situación en Argentina: En la semana epidemiológica 8 de 2016 se confirmó por primera vez circulación autóctona del virus, en las provincias de Salta y Jujuy. Desde la semana 20 no se registraron nuevos casos autóctonos en el territorio argentino.

Hasta la semana epidemiológica 35 de 2016 fueron estudiados 3.807 casos para Fiebre Chikungunya en el marco de la vigilancia de Síndrome Febril Agudo Inespecífico. Se notificaron 322 casos confirmados autóctonos y 82 casos confirmados importados.

Se notificaron también casos confirmados y probables importados con antecedente de viaje a otras zonas afectadas.

(Fuente: Ministerio de Salud de la Nación).

Zika

La enfermedad por virus Zika puede presentar complicaciones neurológicas o autoinmunes. Se relaciona con malformaciones congénitas como la microcefalia. Brasil en 2015 diagnosticó los primeros casos en el continente.

El zika, una de las virosis transmitidas por el mosquito Aedes Aegypti, fue incorporado al listado de enfermedades infecciosas que todos los agentes del sistema sanitario nacional tienen la obligación de notificar al Ministerio de Salud de la Nación el 30 de enero de 2017.

La decisión –tomada mediante la resolución 117-E/2017 del Ministerio de Salud de la Nación– responde a la necesidad de realizar un seguimiento epidemiológico del zika, y "permitirá monitorear brotes y contribuir al conocimiento de la enfermedad, sus complicaciones y secuelas, a fin de respaldar la toma de medidas de prevención, asistencia y rehabilitación en sus diferentes manifestaciones".

La enfermedad, que también se transmite por relaciones sexuales, puede causar microcefalia y otras malformaciones congénitas en bebés.

V.4. EPIDEMIOLOGÍA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

V.4.1. 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.

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

La Resolución 1727/04 incluye, entre otras, acciones ante la detección de casos de Dengue que fueron consideradas en los lineamientos generales del plan estratégico-operacional, a nivel individual y comunitario (ver ANEXO II del presente informe).

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

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.

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).

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.

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.

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".

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

PANORAMA EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.

Desde 1995 se detectó en la Ciudad la reintroducción del mosquito vector

Una multiplicidad de factores inciden en su crecimiento y desarrollo: temperatura y humedad adecuada, alta concentración poblacional, y países vecinos con endemias de dengue y elevada migración, ubican a la Ciudad de Buenos Aires y el área Metropolitana en riesgo variable de presentar patologías trasmisible por moquitos

En el primer semestre de 2016 se constató la trasmisión activa y extensa de virus Dengue serotipo 1.

La temporada fría donde cesa la actividad larvaria representa una ventaja y es posible accionar sobre la forma de resistencia (huevos del vector), limpiando o eliminado los recipientes que los alojan que de cumplirse en forma amplia y conjunta; permitiría disminuir los índices vectoriales del próximo ciclo y en consecuencia el impacto de la enfermedad en la región.

Plan Director

Desde el 2004 a la fecha de la auditoría se han elaborado cuatro Planes¹, respecto al objeto de la presente auditoría, introduciendo mejoras al original.

Las mejoras tienden a profundizar cuatro componentes que se traducirán en objetivos y actividades específicas:

A.- Capacitación y participación comunitaria en el ordenamiento ambiental

B.- Vigilancia y control epidemiológico integrado del vector, el virus y los casos.

C.- Asistencia adecuada de enfermos.

D.- Coordinación intersectorial

¹ Cfr.: Resolución 1727/04; Plan para la prevención y control del dengue y la fiebre amarilla en la Ciudad de Buenos Aires, 2009-2010; Normas sintéticas para el control del mosquito *Aedes Aegypti* en Ciudad de Buenos Aires, 2013; Plan estratégico-operacional integrado Prevención, control y vigilancia de enfermedades transmitidas por el mosquito *Aedes Aegypti*, 2016.

Estos componentes se aplicarán en los distintos escenarios teóricos de riesgo que atraviesa la Ciudad ante esta enfermedad:

Escenario 0:

Riesgo latente: Presencia de huevos del vector sin actividad larvaria y sin ocurrencia de casos.

Tiempo: Julio a mediados de Septiembre.

Escenario 1:

Riesgo bajo: Presencia del vector sin existencia de casos de dengue o fiebre amarilla

Tiempo: mediados de septiembre a Noviembre

Escenario 2:

Riesgo medio: Presencia del vector con existencia de casos sospechosos "importados" de dengue o fiebre amarilla (ausencia de circulación viral regional confirmada)

Tiempo: Diciembre - Febrero

Escenario 3:

Riesgo alto: Presencia del vector con existencia de casos confirmados de dengue o fiebre amarilla (con circulación viral regional confirmada) de los criaderos del vector como la única prevención primaria disponible en la actualidad.

Estos escenarios y objetivos fueron tomados como base para la redacción del nuevo Plan Estratégico diseñado para la ciudad a partir de 2016

ESTADÍSTICAS DE LAS ETMAa

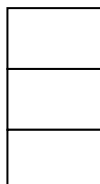
Enfermedades Vectoriales: Dengue, Zika y F. Chikungunya

Tabla 4. Notificaciones según Efecto y Residencia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Hasta semana 40. Año 2015.

Tipo de efecto	Efecto	Casos residentes	Casos no residentes	Total
Públicos	H. Alvarez	3	0	3
	H.Elizalde	0	1	1
	H.Durand	1	0	1
	H. Fernandez	5	2	7
	H. Garrahan	0	1	1
	H. Gutierrez	7	3	10
	H. Muñiz	23	20	43

	OTRO*	0	4	4
	H. Penna	6	3	9
	H. Piñero	0	2	2
	H. Ramos Mejía	5	2	7
	H: Rivadavia	1	0	1
	H. Santojanni	4	2	6
	H. Tornu	4	2	6
	H. Velez Sarsfield	1	0	1
	H. Zubizarreta	2	2	4
	FUERA DE CABA**	0	1	1
	TOTAL	62	45	107

Tipo de Efecto	Efecto	Casos residentes	Casos no residentes	Total
Privados y OOS	C.	4	2	6
	C. de la	1	0	1
	C. DEL SOL	2	0	2
	C. FINOCHIETTO	2	0	2
	C. SAG	2	0	2
	C.ZABALA	2	1	3
	CEMIC	6	2	8
	C. STA ISABEL	0	1	1
	CORP. MEDICA	1	0	1
	FUNCEI	24	11	35
	H. NAVAL	0	1	1
	H. ALEMAN	22	6	28
	H. BRITANICO	6	5	11
	H. CLINICAS	2	0	2
	H. ITALIANO	45	22	67
	HELIOS	1	0	1
	I. DUPUYTREN	1	0	1
	IADT	10	2	12
	MEDICUS	3	1	4
	OSACAC	3	0	3
	OTROS**	2	1	3
	S. FRANCHIN	2	0	2
	S. GUEMES	6	0	6

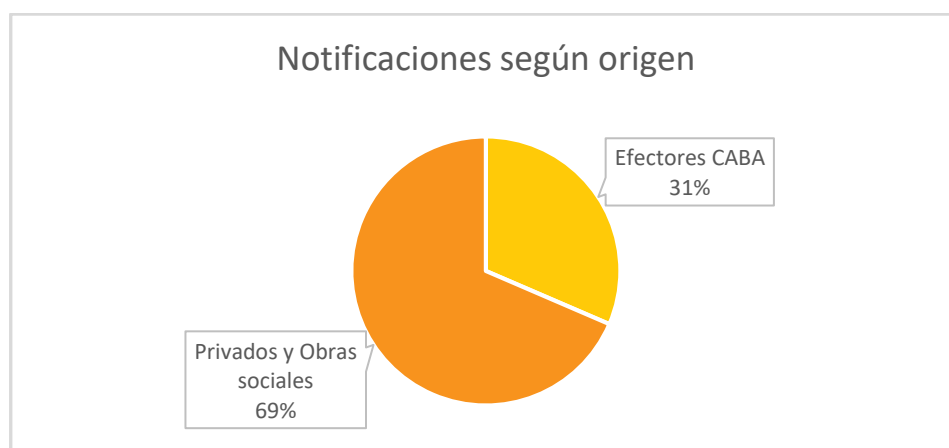


S. MATER DEI	1	0	1
S. MENDEZ	1	0	1
S. OTAMENDI	1	1	2
S. CAN CAMILO	6	0	6
S. TRINIDAD	4	0	4
S. TRINIDAD	2	0	2
S. COLEGIALES	1	0	1
SMG	9	5	14
TOTAL	172	61	233

Fuente: "Epiciudad". Cambios Climáticos y Salud. Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA. 30/10/15

El 68.5% las notificaciones de casos sospechosos de enfermedades vectoriales durante el año 2015 hasta la semana epidemiológica 40 fue realizado por el sector privado y Obras Sociales (OOSS).

Gráfico 1. Porcentaje de notificaciones según su origen. Período 2015



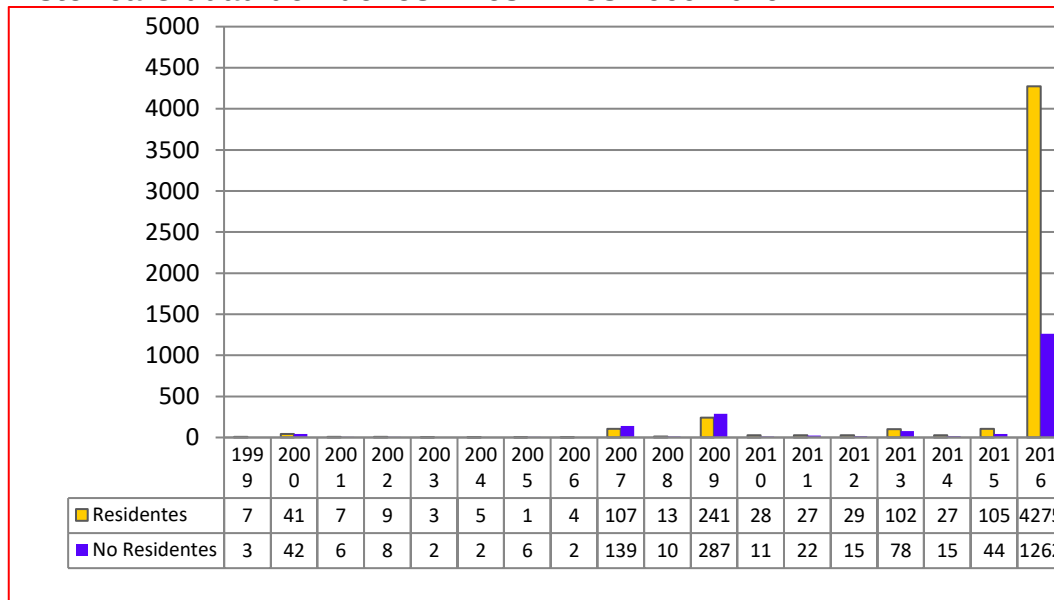
En los hospitales públicos de la Ciudad, el H. Muñiz asistió al 41.3 % de casos sospechosos de Dengue y Fiebre Chikungunya.

Los datos correspondientes a 2016 no han sido aún publicados por el Departamento de Epidemiología en el Epiciudad.

Año 2016

A continuación se exponen datos descriptivos de la situación epidemiológica del período bajo examen. En el apartado de Procedimientos se detallan las estadísticas particulares correspondientes a cada efector relevado en el presente informe y correspondiente al período auditado, según datos centralizados por la Gerencia Operativa de Epidemiología.

Gráfico 2. Dengue. Casos confirmados según residencia. Serie histórica Ciudad de Buenos Aires. Años 1999-2016.



Fuente: Gerencia Operativa de Epidemiología. Sala de situación ETMAa al 25/04/2016

El número de casos probables y confirmados por laboratorio y nexos epidemiológicos (el nexo epidemiológico fue considerado desde el 16/03) en el año 2016 hasta 25/04/2016, en residentes, es casi 20 veces mayor a los casos probables y confirmados notificados durante todo el año 2009.

Tabla 5. Notificaciones por evento según criterio diagnóstico. CABA. S.E. 1-2, 2016-2017

EVENTO	2016				total	2017				total	Dif
	C	P	S	D		C	P	S	D		
DENGUE sospechoso	36	30	46	6	118	0	1	48	1	50	-68
CHIKUNGUNYA	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	-1
ZIKA: Enfermedad	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	-1
ZIKA: Infección en embarazo	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
ZIKA: cong. Sospecha asoc.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	38	30	46	6	120	0	1	49	1	51	-69

Fuente: Gerencia Operativa de Epidemiología: Boletín Epidemiológico Semanal Nro 20.

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

En las S.E. 1-2 de 2017 se notificaron 50 casos de Dengue resultando ser menos que el año anterior, sin confirmación de ninguno de esos casos, en contraste, en esa semana de 2016, ya se habían notificado 118 casos con confirmación de 36 de ellos.

Tabla 6. Total Dengue año 2016 CABA en relación total país. S.E. 1 a 25 de 2016

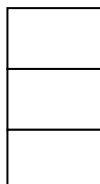
Región	Casos autóctonos				Casos importados			Sospechosos	Descartado	Notificaciones	Tasa notif
	Confirmados	Probables	Tot conf y prob	Tasa C y P	Confirmados	Probables	Tot conf y prob	en estudio		totales	
CABA	4771	0	4771	156	295	279	574	4402	1406	11153	364,6
total país	39927	1280	41207	96	1306	1375	2681	14332	18514	76734	178,8
% CABA	11.9	0.0	11.6	162.5	22.6	20.3	21.4	30.7	7.6	14.5	

Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia | N° 326/ Ministerio Salud Nación.

Tabla 7. Total casos notificados de ETM según clasificación, residentes en la CABA

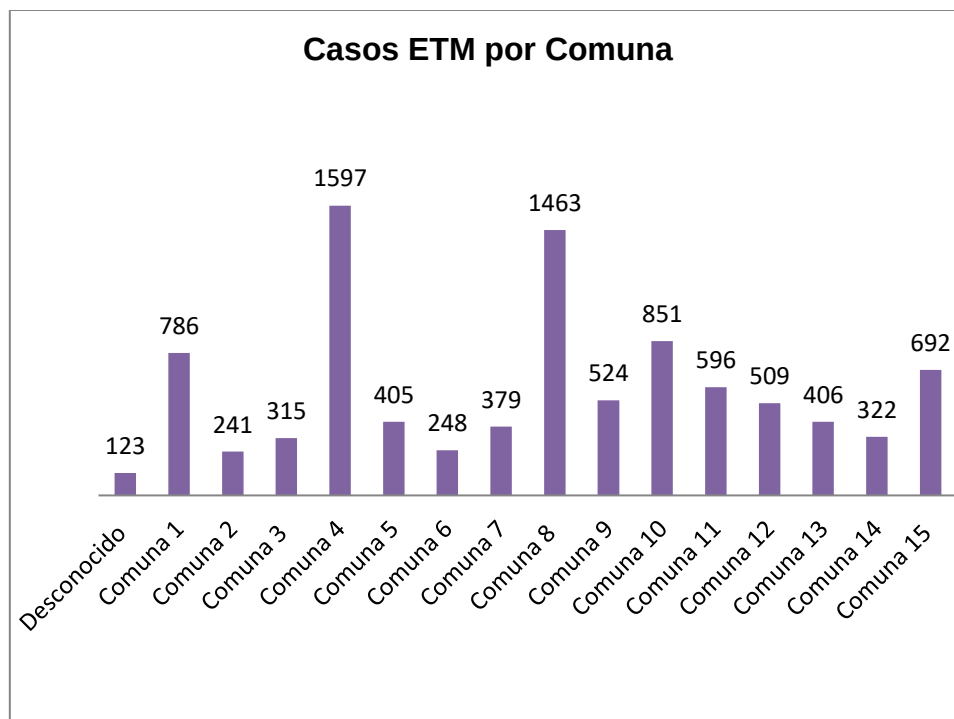
Comunas	confirmado	descartado	no conclusivo	probable	sospechoso	total
1	437	20	98	28	203	786
2	97	13	45	8	78	241
3	132	13	56	12	102	315
4	890	41	142	73	451	1597
5	178	24	60	21	122	405
6	115	14	38	9	72	248
7	163	13	57	19	127	379
8	756	27	99	86	495	1463
9	299	15	45	24	141	524
10	542	21	61	26	201	851
11	324	17	72	26	157	596
12	274	17	73	16	129	509
13	176	16	74	15	125	406
14	133	15	57	16	101	322
15	378	24	99	18	173	692
desconocido	59	5	28	13	18	123
Total	4953	295	1104	410	2695	9457

Fuente: SNVS, SIVILA-C2



Nota: Los casos aquí descriptos son todos los notificados a la Gerencia Operativa de Epidemiología, incluye aquellos que presentan antecedentes de viaje. Se excluyeron los casos atendidos en la Ciudad de Buenos Aires que no presentan residencia en la CABA (los 123 desconocidos que se encuentran en la tabla presentaban residencia en CABA pero no incluía la Comuna o dirección exacta)

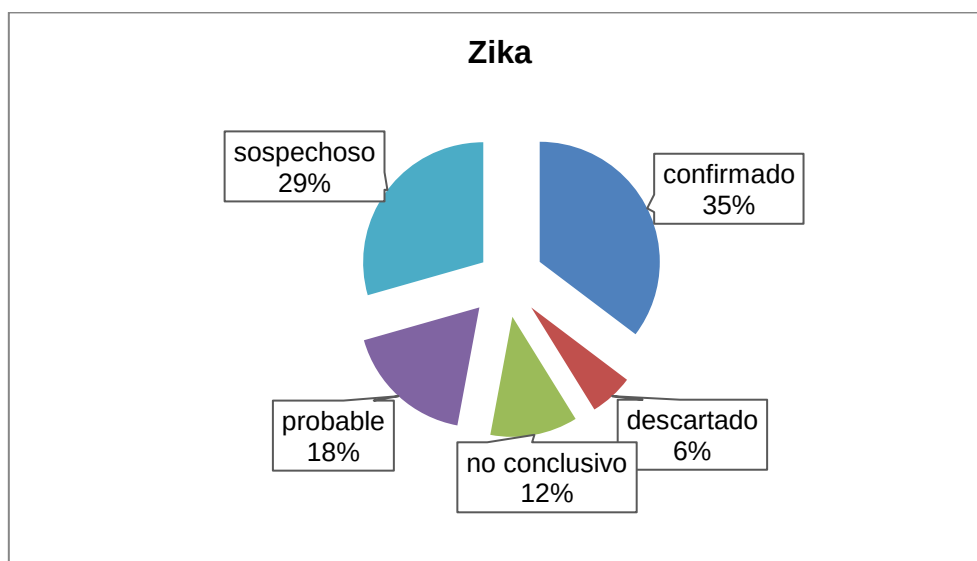
Gráfico 3. Cantidad Total de casos notificados ETM- Año 2016 por Comuna



Fuente: elaboración propia con datos de la Gerencia Operativa de Epidemiología.

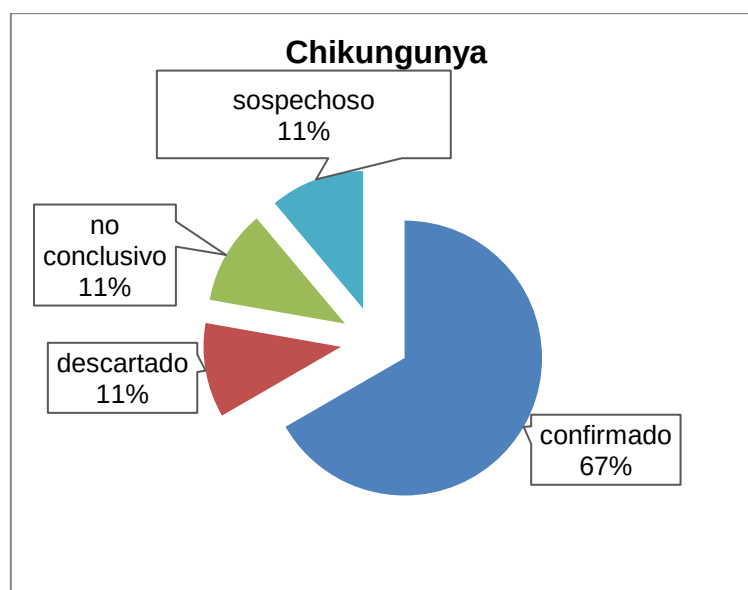
De acuerdo a la información entregada por Gerencia Operativa de Epidemiología, la cantidad de casos de residentes notificados de ETM fue de 9457 durante el año 2016. Las Comunas 4 y 8 presentaron el porcentaje más elevado de casos, 16,9% y 15,5% respectivamente, mientras que las Comunas 2 y 6, en cambio, tuvieron los porcentajes más bajos: 2,5% y 2,6 respectivamente. Hay un 1,3% de casos notificados en los que se desconoce la residencia.

Gráfico 4. Estadística desagregada de los casos del año 2016 de Zika



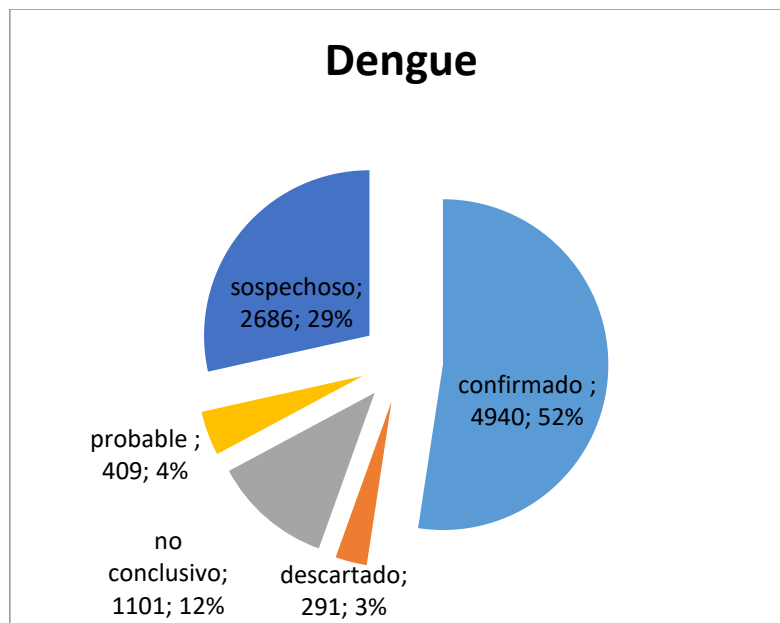
Fuente: elaboración propia, con datos suministrados por la Gerencia Operativa de Epidemiología

Gráfico 5. Estadística desagregada de los casos del año 2016 de Chikungunya



Fuente: elaboración propia, con datos suministrados por la Gerencia Operativa de Epidemiología

Gráfico 6. Estadística desagregada de los casos del año 2016 de Dengue



Fuente: elaboración propia, con datos suministrados por la Gerencia Operativa de Epidemiología

V. 4. 2. Plan estratégico-operacional integrado. Prevención, control y vigilancia de enfermedades transmitidas por el mosquito *Aedes Aegypti* (PEOIETM) 2016

La coordinación del "Plan estratégico-operacional Integrado Prevención, control y vigilancia de enfermedades transmitidas por el mosquito *Aedes Aegypti*" (PEOI) fue asumida por la Gerencia Operativa de Epidemiología en setiembre de 2016.

Este plan fue desarrollado en los meses de abril a julio/agosto 2016, a partir de planes ya existentes y como respuesta a la necesidad de cumplimentar con requerimientos del Programa de Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). En ese período se realizaron dos reuniones interministeriales e intersectoriales con 7 mesas de trabajo para la prevención de las ETM. Es a partir de la implementación del plan donde se comenzó con un seguimiento de las tareas de forma sistemática.

El plan estratégico se estructura en lineamientos. Estos a su vez se expresan en objetivos que se concretan a partir de actividades a cargo de mesas de trabajo, formadas por distintas áreas del GCBA que intentan generar unicidad de criterios para las actividades desarrolladas de manera interministerial e intersectorial.

La relación interjurisdiccional se estructura con trabajo en consonancia con lineamientos Nacionales y con la Provincia de Buenos Aires, aunque se reconoce dificultad para la coordinación con algunos municipios que presentaron alta incidencia de Dengue en el 2009.

A partir de setiembre de 2016 se han elaborado informes semanales de las acciones realizadas en el ámbito del plan estratégico.

Una de las estrategias principales de la prevención es la comunicación y formación, y se ha dinamizado la interrelación con el Grupo de Estudios de la UBA y las áreas de Promoción y Protección de la Salud. El primero aporta datos predictivos respecto a la posibilidad de alta presencia del mosquito en zonas determinadas, esto genera acciones educativas y preventivas en los barrios, con la metodología casa por casa y con la participación de voluntarios que impulsan medidas de eliminación de potenciales lugares de reproducción del mosquito. El área de Promoción y Protección participa de estas acciones, al igual que el Instituto de Zoonosis de la Ciudad.

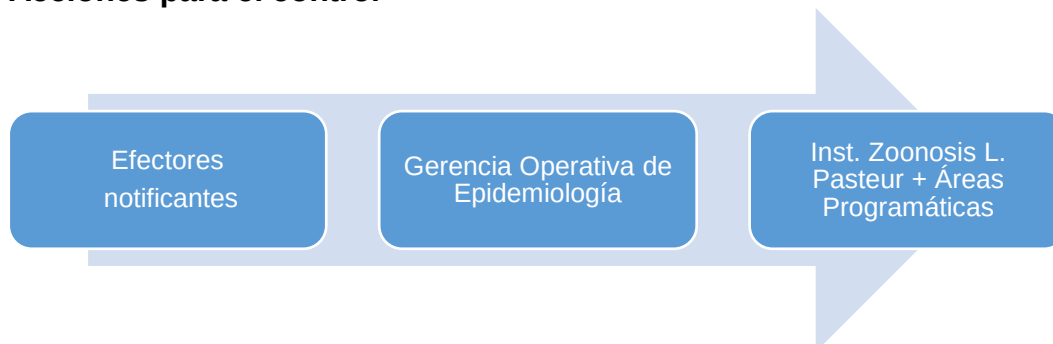
Todas las acciones referidas al manejo de la prevención y acciones ante casos de Dengue están subordinadas a la coordinación del plan estratégico.

Se señalan los aspectos principales del Plan.

Proceso de detección y notificación:



Acciones para el control



Lineamientos estratégicos:

- Participación comunitaria y promoción de la salud.
- Saneamiento y ordenamiento ambiental.
- Monitoreo y evaluación de acciones interministeriales en la prevención de las enfermedades transmitidas por mosquitos.
- Comunicación y educación para la salud.
- Vigilancia y control epidemiológico de los casos y el virus.
- Asistencia adecuada a los enfermos

El Plan comprende la participación de los distintos organismos del gobierno y otras organizaciones de la comunidad, para trabajar en forma integral e intersectorial en los diferentes momentos epidemiológicos priorizando la disminución en la producción y la eliminación de los criaderos del vector como la única prevención primaria disponible en la actualidad.

El trabajo integral e intersectorial comprende la participación comunitaria y promoción de la salud, saneamiento y ordenamiento ambiental, monitoreo y evaluación de acciones interministeriales en la prevención de las enfermedades por mosquitos, comunicación y educación para la salud, vigilancia y control epidemiológico de los casos y el virus, asistencia adecuada de los enfermos.

Los lineamientos se aplicarán según los distintos escenarios teóricos de riesgo que atraviesa la ciudad ante el Dengue:

Tabla 8. Tipos de escenarios según la presencia del mosquito

Escenario 0	Escenario 1 Riesgo Bajo	Escenario 2 Riesgo Medio	Escenario 3 Riesgo Alto
Julio- Septiembre	Septiembre- Noviembre	Diciembre- Febrero	Marzo- Junio
Presencia de huevos del vector sin actividad larvaria y sin ocurrencia de casos.	Presencia del vector sin existencia de casos de Dengue, Fiebre Chikungunya, Fiebre Zika o Fiebre Amarilla.	Presencia del vector con existencia de casos sospechosos "importados" de Dengue, Fiebre Chikungunya, Fiebre Zika o Fiebre Amarilla. (ausencia de circulación viral regional confirmada)	Presencia del vector con existencia de casos confirmados de Dengue, Fiebre Chikungunya, Fiebre Zika o Fiebre Amarilla. (con circulación viral confirmada)

OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN:

1. Desarrollar un conjunto de actividades articuladas para minimizar la morbimortalidad.
2. Disminuir el riesgo de propagación de brotes.
3. Prevenir la endemidad de dengue en la Ciudad de Buenos Aires.

OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL PLAN²:

1. **Promover la participación comunitaria para la prevención de la enfermedad y la promoción de la Salud.**

Responsables: Equipo: Secretaría de Cultura Ciudadana y Función Pública; Secretaría de Descentralización; Instituto Luis Pasteur; DG Identidad, Compromiso Barrial y Voluntariado; CIDIDI; UBA Conicet; DG Salud comunitaria. **Equipo:** Ministerio de Ambiente y Espacio Público; Ministerio de Seguridad de la Nación; Unidad de Gestión e Intervención Social; DG de Salud Comunitaria; G. O. Epidemiología; IVC; **Equipo:** Departamento de Salud Ambiental; UBA; Ministerio de Desarrollo Urbano y Hábitat; Defensa Civil; Instituto Luis Pasteur; Equipos básicos de salud de cada CeSAC

Evaluación e Indicadores: Se evaluará en forma semanal por parte del equipo central de implementación del Plan- la realización de las actividades propuestas.

² Fuente: <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/plan-preventivo-ante-enfermedades-transmitidas-por-mosquitos>

- ✓ Número de actividades realizadas por Comuna/ Número de actividades propuestas.
- ✓ Número de actividades realizadas en manzanas vulnerables/ Numero de actividades planificadas para manzanas vulnerables.

Tabla 9. Esquema de actividades programadas

	2016						2017											
Objetivos y Actividades	Ju l	A g	S e p	O c t	N o v	D i c	E n e	F e b	M a r	A b r	M a y	J u n	J u l	A g	S e p	O c t	N o v	D i c
Objetivo 1																		
Acciones en Manzanas Libres de Aedes en zonas menos vulnerables																		
Formación de Asesores de Sedes Comunales (1x Comuna=15)																		
Formación de capacitadores vecinales (2x Comuna=30) Responsables de Bases de Datos, Monitoreo de sensores en Manzanas.																		
Capacitación de Promotores (vecinos)																		
Plan de Acción																		
Acciones en Manzanas Libres de Aedes en zonas más vulnerables																		
Elaborar una base de referencia con los barrios vulnerables a abarcar																		

	2016						2017											
Objetivos y Actividades	Ju l	A g	S e p	O c t	N o v	D i c	E n e	F e b	M a r	A b r	M a y	J u n	J u l	A g	S e p	O c t	N o v	D i c
Contar con la presencia permanente y capacitada en las zonas vulnerables																		
Listado compromiso de personal que ya presta acciones en terreno, para incorporar a la estrategia																		
Participación de organizaciones locales (no estatales)																		
Mecanismos de comunicación y difusión																		
Premetro para difundir actividades y mensajes																		
Realizar acciones concretas de saneamiento ambiental y diagnóstico en zonas vulnerables																		
diagnostico participativo que involucre ETM como una de las tematicas																		
Revisión del proceso de controles de focos y/o bloqueo en zonas vulnerables																		

Fuente: Gerencia Operativa de Epidemiología

- Desarrollar y sostener el monitoreo permanente y evaluación de acciones interministeriales en la prevención de las ETM a través de saneamiento y ordenamiento ambiental de acuerdo a cada escenario de riesgo.

Responsables: **Equipo:** Subterráneos de Buenos Aires; Instituto Luis Pasteur; Casa de Gobierno; Subsecretaría de Promoción Social MDUH; Ministerio de Salud; Secretaría de Cultura Ciudadana y Función Pública; Hospital Argerich. AUSA; IUC; DGE, T / GCABA; Subsecretaria de demanda ciudadana; UGIS; SBASE; SECDES (JGM)

Evaluación e Indicadores: Se evaluará en forma semanal por parte del equipo central de implementación del Plan- la realización de las actividades propuestas.

✓ Cantidad de instituciones con multiplicadores formados/ Total de instituciones.

✓ Cantidad de recorridas para erradicación realizadas/ Cantidad de recorridas programadas.

✓ Cantidad de autos abandonados retirados/Cantidad de autos abandonados relevados.

Tabla 10. Esquema de actividades programadas

	2016						2017											
Objetivos y Actividades	Ju l	A g	Se p	Oc t	No v	Di c	En e	Fe b	Ma r	Ab r	Ma y	Ju n	Ju l	A g	Se p	Oc t	No v	Di c
Objetivo 2																		
Acciones en instituciones publicas (hospitales, escuelas y edificios publicos)																		
Formación de referentes de cada institución como multiplicadores para la formación de equipos de trabajo																		
Recorridas periódicas de la institución a cargo de sus referentes para la erradicación de criaderos																		
Confección de informes con resultados positivos y negativos																		

Objetivos y Actividades	2016						2017											
	Ju l	A g	Se p	Oc t	No v	Di c	En e	Fe b	Ma r	Ab r	Ma y	Ju n	Ju l	A g	Se p	Oc t	No v	Di c
medidas pendientes a ser tomadas para concretar el plan de acción																		
Acciones para el control de criaderos en la vía pública																		
Línea telefónica 147 para denunciar criaderos en la vía pública																		
Autos abandonados																		
obras públicas en ejecución																		
Basura en la vía pública																		

Fuente: Gerencia Operativa de Epidemiología

3. Generar un circuito de información y difusión de los datos del monitoreo y vigilancia del mosquito vector que guíe las acciones de prevención y control correspondientes a cada escenario epidemiológico.

Equipo: Instituto Luis Pasteur; DGLIM MAYEP; Ministerio de Salud. Salud Comunitaria; UBA – Grupo Estudio Mosquito; Epidemiología Gerencia Operativa; Salud Ambiental; Jefatura de Gabinete; DG Ciencia y Tecnología.

Evaluación e Indicadores: Se evaluará en forma semanal por parte del equipo central de implementación del Plan- la realización de las actividades propuestas

Tabla 11. Esquema de actividades programadas

	2016						2017											
Objetivos y Actividades	Ju l	A g	S e p	O c t	N o v	D i c	E n e	F e b	M a r	A b r	M a y	J u n	J u l	A g	S e p	O c t	N o v	D i c
Objetivo 3																		
Acciones de monitoreo prevención y control																		
Monitoreo entomológico mediante sensores de ovipostura																		
Capacitación																		
Procesamiento																		
Recopilación, Difusión y Seguimiento de información																		
elaborar un protocolo de Acción para los distintos escenarios de riesgo																		
Evaluación de las acciones de control de Mosquitos Adultos																		
LIRa Establecer un sistema de estratificación del riesgo para la planificación de actividades de control de Aedes Aegypti																		

Fuente: Gerencia Operativa de Epidemiología

4. Desarrollar un plan comunicacional diferenciado para los distintos escenarios de riesgo de ETM durante todo el año y adaptado a los diversos interlocutores en cada etapa.

Responsables: Equipo: DG Observatorio, Cultura Ciudadana y Cambio Cultural. Sec de CC y FP; Ministerio de Salud CABA –Prensa/Salud

Comunitaria/Epidemiología; Instituto Pasteur. Educación y Prevención; Secretaria de Contenidos - Jefatura de Gabinete; Comunicación -Jefatura de Gabinete; Ministerio de Gobierno; UBA Ministerio de Educación. Dirección General Escuelas Públicas. Dirección General Escuelas Privadas. Salud Escolar; Ministerio de Salud. Dirección General Salud Comunitaria; Instituto Luis Pasteur.

Evaluación e Indicadores: Se evaluará en forma semanal por parte del equipo central de implementación del Plan- la realización de las actividades propuestas

✓ Número de escuelas capacitadas / total de escuelas propuestas

Tabla 12. Esquema de actividades programadas

Objetivos y Actividades	2016						2017											
	Ju l	A g	S e p	O c t	N o v	D i c	E n e	F e b	M a r	A b r	M a y	J u n	J u l	A g	S e p	O c t	N o v	D i c
Objetivo 4																		
Acciones de Comunicación para la Salud																		
Instalar el concepto de prevención del mosquito transmisor de Dengue y otras enfermedades																		
Preparar contenidos conceptuales																		
Favorecer el accionar individual y asociativo mediante mensajes de comunicación no centrados en el riesgo.																		
Acciones para la difusión de contenidos educativos																		
Brindar información sobre la enfermedad del dengue y el ciclo de																		

Objetivos y Actividades	2016						2017											
	Ju l	A g	Se p	Oc t	No v	Di c	En e	Fe b	Ma r	Ab r	Ma y	Ju n	Ju l	A g	Se p	Oc t	No v	Di c
vida del Aedes y las medidas de prevención																		
Aportar material didáctico de apoyo a la tarea escolar referido a la prevención del dengue e identificación de potenciales criaderos																		
Desarrollar acciones de capacitación en articulación con programas del Ministerio de Educación ya existentes																		
Diagnóstico de situación acerca de las acciones de prevención de Dengue presentes o futuras desarrolladas en las escuelas de CABA																		

Fuente: Gerencia Operativa de Epidemiología

5. Implementar acciones de vigilancia epidemiológica y virológica que permitan analizar e informar sobre la ocurrencia de casos de enfermedad e identificar precozmente el tipo del virus circulante.

Responsables: Equipo: Ministerio de Salud GCBA, Laboratorios públicos y privados. Laboratorios de referencia de la Ciudad de Buenos Aires

Evaluación e Indicadores: Se evaluará en forma semanal por parte del equipo central de implementación del Plan- la realización de las actividades propuestas.

- ✓ Número de casos notificados dentro de las 48hs/ Número total de casos notificados
- ✓ Número de informes semanales durante el brote/semanas totales de duración del brote.
- ✓ Número de casos notificados en C2 por SE / Número total de casos notificados por SE.
- ✓ Número de casos sospechosos cargados a SIVILA por laboratorios nodos de SNVS / Número de casos sospechosos notificados con muestra.
- ✓ Número de resultados informados dentro de las 48 hs. por el laboratorio / Número total de casos sospechosos con muestras.

Tabla 13. Esquema de actividades programadas

	2016						2017											
Objetivos y Actividades	Ju l	A g	S e p	O c t	N o v	D i c	E n e	F e b	M a r	A b r	M a y	J u n	J u l	A g	S e p	O c t	N o v	D i c
Objetivo 5																		
Acciones en vigilancia epidemiológica de los casos																		
Normalizar la modalidad y las herramientas de vigilancia epidemiológica																		
Elaborar y difundir los lineamientos de la vigilancia epidemiológica a los profesionales asistenciales																		
Realizar reuniones de capacitación y actualización en centros asistenciales públicos y privados																		
Sistematizar semanalmente la información sobre los casos sospechosos de ETM asistidos																		

	2016						2017											
Objetivos y Actividades	Ju l	A g	S e p	O c t	N o v	D i c	E n e	F e b	M a r	A b r	M a y	J u n	J u l	A g	S e p	O c t	N o v	D i c
Efectuar acciones de control de contactos y búsqueda activa de casos, articuladas con el control vectorial según escenario epidemiológico.																		
Integrar acciones e información entomológica, control ambiental y de vigilancia epidemiológica y laboratorio virológico																		
Generar y difundir la información para los diferentes actores involucrados																		
Presentar periódicamente la información en sala de situación y/o boletín epidemiológico																		
Acciones en vigilancia virológica																		
Identificar y tipificar oportunamente virus en muestras de casos todos los meses																		
Detectar la circulación viral silenciosa mediante encuestas																		

	2016						2017											
Objetivos y Actividades	Ju l	A g	S e p	O c t	N o v	D i c	E n e	F e b	M a r	A b r	M a y	J u n	J u l	A g	S e p	O c t	N o v	D i c
serológicas en la comunidad																		

Fuente: Gerencia Operativa de Epidemiología

6. Asegurar el diagnóstico clínico precoz y el tratamiento adecuado en los distintos efectores asistenciales de la Ciudad.

Responsables: Equipo: Ministerio de Salud GCBA, Efectores.

Evaluación e Indicadores: Se evaluará en forma semanal por parte del equipo central de implementación del Plan- la realización de las actividades propuestas.

- ✓ Número de establecimientos públicos de salud con consultorio de febriles habilitados en período estival / número de establecimientos públicos de salud.
- ✓ Número de establecimientos públicos de salud con plan de contingencia para dengue/ Número de establecimientos públicos de salud.
- ✓ Número de actividades de capacitación a profesionales de la salud del ámbito público y privado/ Número de actividades de capacitación planificadas.

Tabla 14. Esquema de actividades programadas

	2016						2017											
Objetivos y Actividades	Ju l	A g	S e p	O c t	N o v	D i c	E n e	F e b	M a r	A b r	M a y	J u n	J u l	A g	S e p	O c t	N o v	D i c
Objetivo 6																		
Acciones para la asistencia de los enfermos																		
Definir la red de efectores según niveles con consultorios febriles, salas de internación abreviadas y UTI con circuito de referencia y contra referencia																		

Objetivos y Actividades	2016						2017											
	Ju l	A g	S e p	O c t	N o v	D i c	E n e	F e b	M a r	A b r	M a y	J u n	J u l	A g	S e p	O c t	N o v	D i c
Disponer de consultoría y de apoyo para el manejo y seguimiento de los casos clínicos complejos																		
Organizar la provisión y distribución de insumos y equipamiento para los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios, internación abreviada y UTI con servicio de referencia y contra referencia																		
Acciones de capacitación y actualización del equipo de salud																		
Elaborar y difundir guías de atención de enfermos de dengue y otras ETM para los equipos de salud																		
Organizar y realizar talleres de capacitación y actualización																		

Fuente: Gerencia Operativa de Epidemiología

Marco conceptual y lineamiento aplicado en las Actividades

Las "Manzanas libres de Aedes" es una iniciativa que apunta a la Participación Comunitaria en toda la ciudad, formando Asesores de Sedes Comunales, capacitando Vecinos Multiplicadores, utilizando espacios públicos para promover acciones y actitudes preventivas, incorporando organizaciones locales y haciendo hincapié en las zonas más vulnerables.

Se crea la figura de la "Centralidad Comunal", un espacio de trabajo integrado por diferentes instituciones, organismos de Gobierno y vecinos donde se articulan acciones de trabajo en función de sensores positivos, casos sospechosos, denuncias en la vía pública.

Además, se utilizan canales ya instituidos como el 147 y la SUACI (Sistema de Atención Ciudadana) para denunciar criaderos reales y potenciales (Autos Abandonados, Obras Públicas en Ejecución y Basura en Vía Pública).

El saneamiento y ordenamiento ambiental se trabaja desarrollando acciones destinada al manejo y tratamiento de recipientes útiles, la eliminación de objetos en desuso y la eliminación de criaderos naturales y artificiales, en domicilios, barrios, instituciones gubernamentales, espacios públicos para el retiro de residuos, escombros y vehículos.

Se establecen normativas de acuerdo al momento epidemiológico y se crean herramientas para sistematizar, procesar y analizar la información, Se establecen continuamente normativas de acuerdo al momento epidemiológico y se crean herramientas para sistematizar, procesar y analizar la información; elaborando Guías para equipos de salud, capacitando a efectores (públicos y privados), generando acciones de control de contactos y búsqueda activa de casos, integrando las acciones entomológicas, ambientales, de vigilancia y de laboratorio.

Desde lo asistencial, se brinda y revisan las herramientas e insumos necesarios para la adecuada atención de las personas con sospecha de ETM, definiendo la red de efectores destinados a las mismas según niveles (con consultorios de febriles, salas de internación abreviada y UTI); referencia y contra referencia.

Desde la comunicación, se intenta instalar el concepto de control del desarrollo del mosquito AA para la prevención de enfermedades transmisibles por estos., a través de múltiples contenidos conceptuales, material didáctico de apoyo para escolares, brindando información sobre la enfermedad del Dengue y el ciclo de vida del Aedes y las medidas de prevención a la comunidad, y desarrollando acciones de capacitación en articulación con programas del Ministerio de Educación ya existentes.

Mesas de trabajo y efectores de referencia

Para diseñar e implementar las acciones del Plan, en el mes de junio de 2016 se inició la formación de mesas de trabajo. Al momento de la realización del informe existen un total de 9 mesas integradas por Jefatura de Gabinete, los Ministerios de Salud, Ambiente y Espacio Público, Desarrollo Humano y Hábitat, Desarrollo Urbano y Transporte, Gobierno, Educación, Justicia y Seguridad, y Modernización, Innovación y Tecnología, Secretaría de Cultura Ciudadana y Función Pública, Secretaría de Descentralización, y Subsecretarías de Comunicación y Contenidos. A su vez, de manera transversal, participan de las mesas las organizaciones de la sociedad civil, clubes, Universidades y la comunidad.

Mesa 1, Manzanas libres de Aedes en zonas menos vulnerables: Director General Identidad, Compromiso Barrial y Voluntariado, Participación Ciudadana; Salud comunitaria.,

Mesa 2, Manzanas libres de Aedes en zonas más vulnerables: Pasteur, Salud Comunitaria.

Mesa 3 Instituciones Públicas (hospitales, escuelas y edificios públicos) libres de AA: Pasteur

Mesa 4 Control de Criaderos en la Vía Pública: Pasteur

Mesa 5 Monitoreo, Prevención y Control, mediante el monitoreo entomológico de sensores de ovipositora: Pasteur, MAYEP.

Mesa 6 Comunicación para la Salud: DG Cultura Ciudadana y Función Pública, Ministerio de Salud participación ciudadana.

Mesa 7 Contenidos Educativos: Pasteur, Ministerio de Salud

Mesa 8 Vigilancia Epidemiológica y Viroológica Ministerio de Salud

Mesa 9 Asistencia adecuada a los enfermos: Muñiz, Gutiérrez.

Informes producidos semanalmente por el equipo coordinador del PEOI.

Además la GOE refirió que debido a la magnitud del brote, algunos casos del 2016, se cargaron después de febrero de 2017, imposibilitando determinar en estos casos, la fecha de ejecución del estudio de foco.

El seguimiento sistemático de las actividades del Plan se inició el 16 de septiembre. A partir de ese día, se comenzó a implementar un Panel de control donde se consignan de manera integral todas las actividades realizadas desde el 29 de agosto. El primer informe incorporó estas actividades hasta las realizadas el 25 de septiembre.

Hasta el 2 de abril de 2017, se generaron 28 informes³, que abarcan las actividades realizadas semanalmente, A partir de estas actividades, se

³ Todos los informes están disponibles en <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/informes-semanales-etm>

producen diferentes indicadores que se presentan como informes, que luego se ponen a disposición en el sitio Web del GCBA.

Hasta el 31 de enero de 2017 se publicaron 15 informes, los resultados mostrados son acumulativos y se muestran a continuación:

Tabla 15. **Total de actividades realizadas desde la implementación del PEOI**

Act. Realizadas	406
Act. Programadas	31
Act. en programación	7

Fuente: Gerencia Operativa de Epidemiología.

Tabla 16. Detalle por tipo de actividades realizadas

Tipo de actividades*	
Capacitaciones	105 (Personas capacitadas: 3453)
Reuniones de trabajo	79
Reuniones de planificación	69
Relevamiento ambiental	31
Descacharrado	33
Sensores Ovipostura	39
Difusión	26
Timbreo	14
Centralidad Comunal	23
Otras	25

Fuente: Gerencia Operativa de Epidemiología

* Incluyen actividades programadas y en programación.

Dentro de estas actividades se registraron acciones de sensibilización; eliminación, tratamiento de recipientes y búsqueda de criaderos. Los resultados acumulados son los siguientes.

Tabla 17. Resultados de actividades ejecutadas

Actividades *	cantidad
Lugares timbreados	16571
Lugares accedidos	7210
Búsqueda criaderos	804
Negocios contactados	169
Personas posibles vecinos Multiplicadores	255

Fuente: Gerencia Operativa de Epidemiología.

* **Lugares timbreados:** corresponde a casas, departamentos u otros espacios como clubes, organizaciones barriales, etcétera, donde se tocó el timbre (o símil) para contactar a quien lo habita.

Lugares accedidos: se definen como aquellos donde se mantuvo una conversación con quien atendió.

Lugares donde se buscó criaderos: corresponde a aquellos donde, además de charlar, se pudo hacer la búsqueda de potenciales y reales criaderos.

Negocios contactados: son establecimientos donde se mantuvo una conversación con los dueños y/o se dejaron afiches.

Posibles vecinos multiplicadores: son aquellos con los que se cuentan los datos para contacto

Se muestran a continuación las actividades agrupadas según la mesas de trabajo

Tabla 18. Actividades por mesas de trabajo:

Mesa 1: Áreas no vulnerables	129
Mesa 2: Áreas vulnerables	63
Mesa 3: Criaderos en instituciones	38
Mesa 4: En vía pública	26
Mesa 5: Monitoreo sensores	51
Mesa 6 y 7: Comunicación y educación	14
Mesa 8: Vigilancia	7
Mesa 9: Asistencia	6
Actividades Generales	110

Fuente: Gerencia de Operativa de Epidemiología

Se exponen los resultados de las actividades según los objetivos de trabajo:

Objetivo 1: Participación comunitaria:

En el marco de la construcción de la "Centralidad Comunal" se han realizado 193 actividades de capacitación y vinculación a las Organizaciones de la Sociedad Civil, actores de las comunas, comités de Dengue, entre otros. Además incluye actividades de coordinación de los trabajos de vecinos multiplicadores.

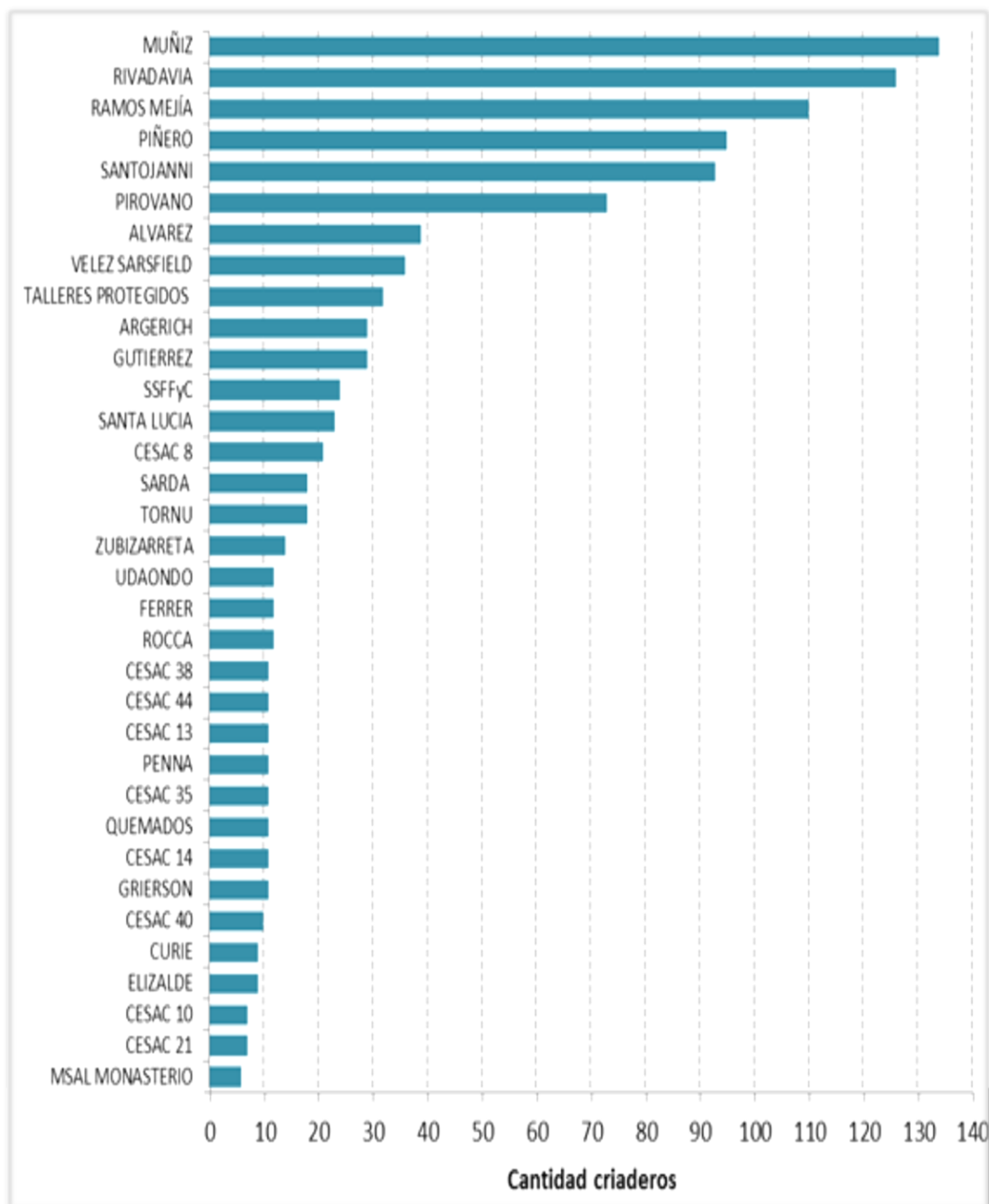
En el ámbito de manzanas libres de Aedes Aegypti en áreas no vulnerables se realizaron desde el 29 de agosto 129 actividades, mientras que en las áreas vulnerables se efectuaron 63 actividades.

Objetivo 2: Saneamiento y ordenamiento ambiental

Resultados de los relevamientos de criaderos realizados en instituciones públicas bajo la coordinación de la Mesa correspondiente.

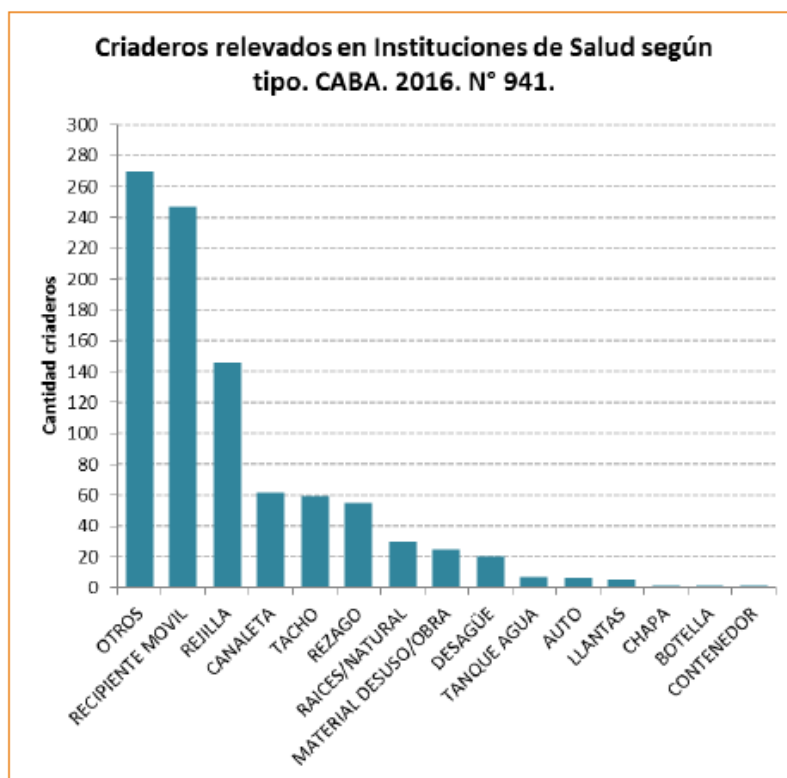
Se relevaron 1169 posibles criaderos en efectores, de los cuales 228 no resultaron ser criaderos. De los 941 criaderos reales el 49% está resuelto.

Gráfico 7. Criaderos detectados según efector



Fuente: Informe PEOI 15

Gráfico 8. Tipo de criaderos relevados



Fuente: Informe PEOI 15

Recipientes móviles y rejillas acumulan el 42% del total.

Las actividades de saneamiento ambiental en vía pública se coordinan por denuncias de los vecinos o solicitudes de instituciones privadas o públicas. Las actividades van de charlas de capacitación, relevamiento y detección de criaderos hasta su eliminación y de las larvas.

Instituciones y lugares intervenidos:

- Por denuncia de vecinos: plaza San Martín; Clínica Privada; Centro Verde Núñez, predio del barrio de Caballito donde se lleva a cabo la construcción de un edificio; una gomería de la Comuna 11, lindera a un Colegio; un edificio de la Comuna 13.
- Coordinación de trabajos y capacitación en las Áreas Programáticas, reunión con representantes de la Dirección General de Espacios Verdes para la integración del MAYEP a través de las capacitaciones de Inspectores de las obras del GCBA, coordinación y capacitación con Desarrollo Urbano y

Tránsito (tiene a su cargo obras como la Villa Olímpica, Pasos bajo nivel, Metrobús, entre otras).

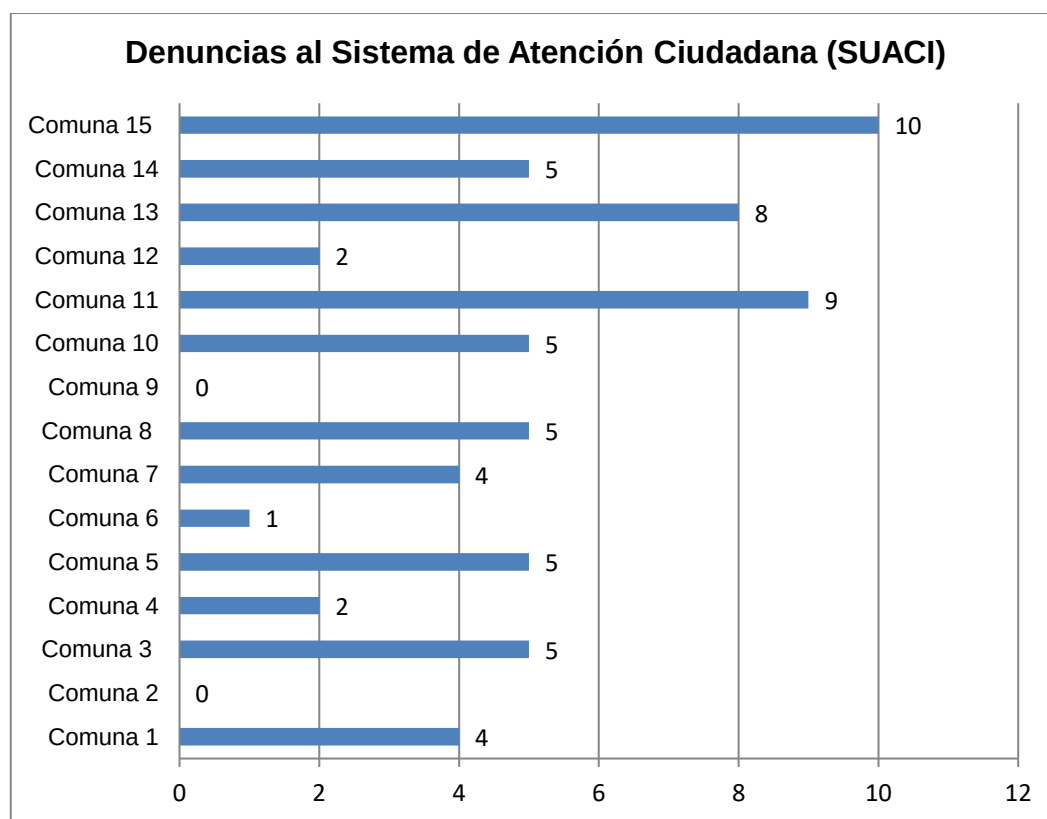
- Reuniones de trabajo en la Jefatura de Gobierno e Instituto Pasteur, con representantes del 147 y de la Subsecretaría de Demanda Ciudadana para desarrollar el flujograma de acción y resolución de las denuncias generadas por los vecinos a través del 147 y del SUACI.

- Reuniones con autoridades de los cementerios de la Chacarita, Alemán y de la Recoleta. Relevamiento ambiental e informes correspondientes.

Listado de denuncias realizadas a través del Sistema de Atención Ciudadana – SUACI - por comuna

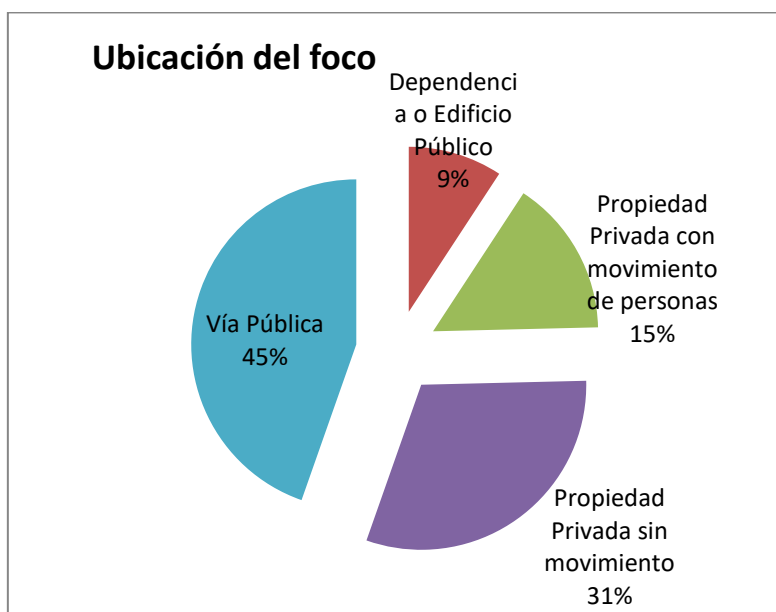
Cantidad de denuncias realizadas al Sistema de Atención Ciudadana (SUACI), por criaderos potenciales y reales (autos abandonados, obras públicas en ejecución, basura en vía pública) desagregadas por Comuna.

Gráfico 9. Denuncias por Comuna al SUACI



Fuente: elaboración propia con datos del Informe PEOI 15. Todas las solicitudes corresponden al mes de diciembre de 2016

Gráfico 10. Ubicación del foco



Fuente: elaboración propia, según datos aportados por la Gerencia Operativa de Epidemiología

Objetivo 3: Monitoreo de los sensores de ovipostura y control vectorial.

Según el protocolo establecido en PEOI a partir de un sensor positivo se deben realizar en el área de influencia, timbreos en instituciones, viviendas y locales, para brindar información. Así mismo se realizará búsqueda de criaderos (autos abandonados, residuos en vía pública, rejillas de plazas o elementos en las veredas).

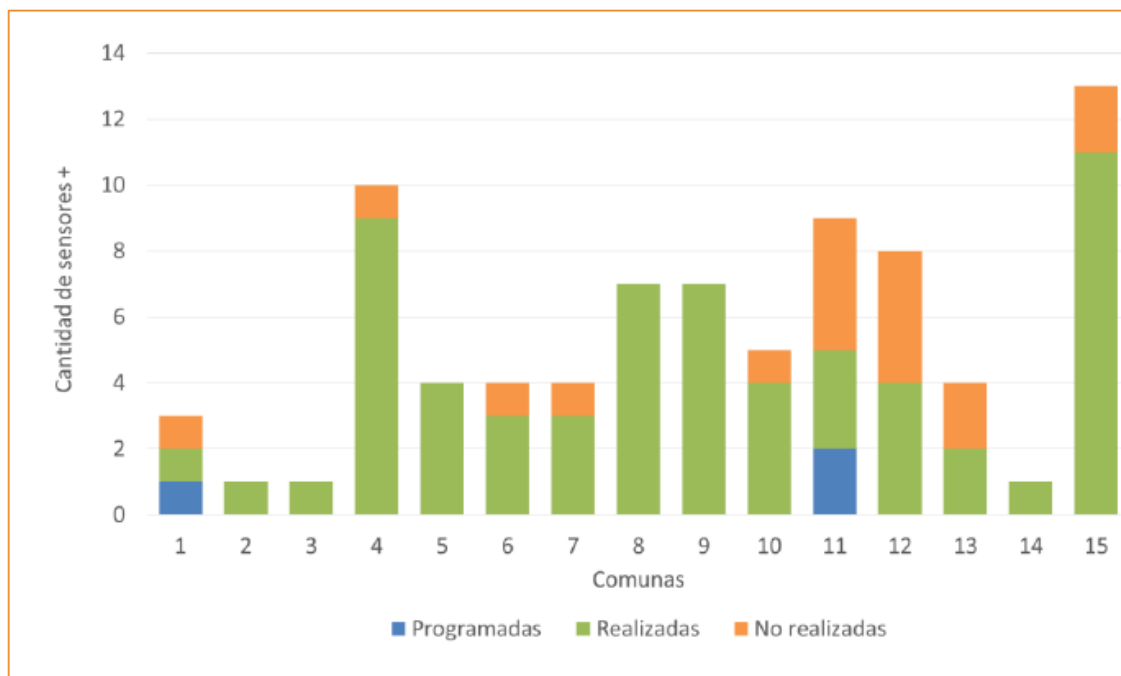
Tabla 19. Sobre un total de 218 sensores, se muestran los resultados para la semana del 4 al 10 de diciembre de 2016 y los acumulados desde el 1 de noviembre de 2016.

Comuna	sensores activos semana 24 al 30 de diciembre	% sensores positivos en la semana 24 al 30 de diciembre	% acumulado de sensores positivos hasta última semana diciembre
1	18	17%	17%
2	5	0%	20%

Comuna	sensores activos semana 24 al 30 de diciembre	% sensores positivos en la semana 24 al 30 de diciembre	% acumulado de sensores positivos hasta última semana diciembre
3	4	0%	25%
4	23	23%	43%
5	10	30%	40%
6	9	11%	44%
7	14	29%	29%
8	21	19%	33%
9	17	18%	39%
10	14	57%	36%
11	17	41%	53%
12	14	60%	53%
13	15	26%	26%
14	17	12%	12%
15	18	61%	72%

Fuente: GOE, Informe semanal actividad de Aedes Aegypti nro. 15.

Gráfico 11. Las acciones realizadas y programadas al 30 de diciembre de 2016 frente a sensores positivos se presentan en el siguiente cuadro.



Fuente: Gerencia Operativa de Epidemiología

Según estos datos, se intervinieron en el 75% de los casos de sensores positivos.

Objetivo 4. Comunicación y educación

Reuniones de planificación entre la Coordinación de plan y los referentes de la mesa de trabajo. Planificación de las capacitaciones a responsables de seguridad e higiene de las escuelas. Coordinación con la Gerencia Operativa de Equipos de Apoyo de la Subsecretaría de Coordinación Pedagógica y Equidad Educativa, del Ministerio de Salud donde se acordaron diferentes lineamientos de trabajo, en especial, una capacitación a los supervisores. Sistematización de la información de prensa y difusión. Se avanzó en diferentes materiales de difusión y en especial en el armado de la página web. Se generaron contenidos y se los publicó en la página web y redes sociales. Se realizaron capacitaciones a 70 supervisores de Gestión Estatal, 500 personas referentes de Seguridad e Higiene de Escuelas Privadas, más de 1000 referentes de Seguridad e Higiene de Escuelas Privadas. Este trabajo se vincula con lo informado en el Objetivo 2 de instituciones libres de Aedes Aegypti.

Se solicitó detalle de costos respecto a la impresión del material gráfico, tal como quedó plasmado en el apartado de presupuesto.

Objetivo 5. Vigilancia epidemiológica y virológica

Se efectuaron reuniones en el Instituto Pasteur y en el Ministerio de Salud con los referentes y responsables de la vigilancia epidemiológica, las acciones de control y la vigilancia de laboratorio.

Elaboración de la comunicación oficial para los equipos de salud de los efectores de toda la ciudad: Normativa actualizada para la Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por el mosquito Aedes Aegypti CCOO ME 2016-26998107-SSPLSAN

Se realizaron reuniones y acciones con la red de laboratorios de virología. Se atendieron consultas sobre la CCOO ME 2016-26998107-SSPLSAN

Desde la Gerencia Operativa de Epidemiología se presenta a través del Boletín Epidemiológico Semanal los datos de las Enfermedades Transmitidas por el mosquito Aedes Aegypti notificados a través del SNVS.

El Ministerio de Salud no contempla un plan específico de emergencia ante el riesgo de un futuro brote de estas enfermedades. En este sentido, las autoridades están programando reuniones con los expertos en la temática y los diferentes actores del plan para elaborar de manera consensuada un plan que determine las acciones a seguir en caso de emergencia.

Objetivo 6. Diagnóstico clínico precoz y tratamiento adecuado.

Se elaboró junto al Comité de Expertos la comunicación oficial para la vigilancia epidemiológica, virológica y la asistencia adecuada a los enfermos en la temporada 2016-2017.

Se organizaron capacitaciones y material de trabajo.

Además se realizaron reuniones de trabajo con la Subsecretaría de Atención Primaria, Dirección General de Hospitales y Dirección de Planificación para articular las acciones y circuitos de vigilancia y atención.

DOCUMENTO REALIZADO DE MANERA INTEGRADA A PARTIR DEL TRABAJO DE LAS DIFERENTES MESAS DEL PLAN DE ETMAA. Versión 2. (GCBA).

Resumen de acciones para el control del Aedes Aegypti. Plan de prevención de enfermedades transmitidas por el Mosquito AA

Durante el periodo diciembre de 2016 se realizó la segunda versión sobre las conclusiones surgidas de manera integrada a partir del trabajo de las diferentes mesas del plan de ETMAA:

1.-Sobre la fumigación.

No se promueve ni promociona la fumigación como método de prevención del desarrollo del mosquito *Aedes Aegypti* basado en:

a.- El conocimiento de la bioecología del vector.

El *Aedes Aegypti*, no se cría en lagunas, charcos, zanjas, etc se cría fundamentalmente en recipientes artificiales, por lo tanto si se realizan rociados en espacios verdes el efecto es prácticamente nulo (ya que sólo actúa sobre una baja proporción de la población de los vectores adultos y no sobre las larvas).

b.- Falta de selectividad.

El rociado espacial no es selectivo, también mata todo tipo de insectos, muchos de ellos muy útiles como los polinizadores.

c.- Impacto ambiental.

El tipo de insecticidas que se utilizan para el rociado, si bien es de baja toxicidad, impacta negativamente en el suelo y agua, produciendo efectos a corto, mediano y largo plazo.

d.- Resistencia al insecticida

La utilización prolongada, produce un corrimiento en la barrera de resistencia en los insectos provocando individuos débil-resistentes, debiendo recurrir entonces a insecticidas de mayor toxicidad.

e. -Falta de eficacia

Para poder reducirla población del *Aedes*, se deben realizar ciclos consecutivos continuados en el tiempo.

f.- Los productos insecticidas utilizados tienen "poder de volteo": la gotita suspendida en el aire debe impactar en el mosquito volando.

2.- Medidas de control según escenarios epidemiológicos

El Plan Operativo estratégico de prevención de Enfermedades Transmitidas por el Mosquito *Aedes* incluye las diferentes acciones y medidas de control según los escenarios epidemiológicos y estacionales de la CABA.

La tendencia mundial del manejo de vectores se basa en:

a.- Fomentar cambios de hábitos en la población a través de la educación comunitaria.

b.- Vigilancia entomológica permanente, que permite realizar un diagnóstico e identificar lugares en situación de riesgo

c.- Ordenamiento del medio ambiente sostenido a lo largo de todo el año.

- d.- Tratamiento de focos, por profesionales especialmente entrenados.
- e.- Bloqueo de transmisión con utilización de tratamientos químicos intra y peri domiciliario

2.1.- Escenario 0:

Presencia de huevos del vector con ciclos interrumpido. (Riesgo latente) Julio a septiembre.

Se deben desarrollar acciones para eliminar los criaderos del vector antes de iniciar la actividad larvaria.

2.2.-Escenario 1:

Inicio de la actividad larvaria. (Bajo riesgo) Setiembre-Noviembre.

Se utilizan sensores de ovipositora.

El tratamiento focal es el procedimiento por el cual se detecta y destruye el vector en su etapa pre-adulta.

Las actividades están dirigidas a la eliminación o neutralización de criaderos (tratamiento físico) y la destrucción de larvas del vector (tratamiento con larvicidas).

2.3.- Escenario 2 y 3

Acciones de control vectorial ante la presencia de casos (riesgo medio y alto) Diciembre- Junio.

La única forma de iniciar las acciones desde salud es a partir de la notificación a través del sistema de vigilancia y el cumplimiento del sistema de notificación y acción en el territorio y asistencia.

2.3.1.- Presencia de pacientes sospechosos o confirmados de ETM:

Ante esta presencia, los mismos deberán ser notificados a través de SNVS (C2/ SIVILA) quien genera un mail de alerta que llega a la Gerencia de Epidemiología y al Instituto Pasteur. Asimismo reenviara al área programática correspondiente al domicilio del paciente.

2.3.2.- Bloqueo de Transmisión

El bloqueo de transmisión se realiza ante la existencia de casos sospechosos y confirmados notificados al SNVS C2 y SIVILA.

2.4.-Acciones a desarrollar en caso de sensores de ovipostura positiva.

El inicio de estas acciones será realizado por la mesa 5, quien enviara un informe a la coordinación del plan y a su vez, ésta re-dirigirá a cada componente del plan.

2.5.-Usos de repelente

Desde el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires se proveerá de repelente a los miembros del equipo de salud a cargo de las acciones de control ante los casos sospechosos de ETMAa, y a los pacientes atendidos en el subsector público de salud, dentro de los cinco días de inicio de los síntomas.

La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (Anmat) emite las recomendaciones para el uso de estas sustancias.

2.6.- Otras acciones en estudio para reducir la abundancia del mosquito

La Universidad de Buenos Aires analiza la eficacia de los métodos que utilizan presión hidráulica (agua fría y caliente) y vapor de agua para la eliminación de huevos de los criaderos de la vía pública.

V. 3. 3. GERENCIA OPERATIVA EPIDEMIOLOGÍA – GOE

Por el Decreto N° 315/2016 se crea la GOE cuyas responsabilidades se detallan a continuación.

- Diseñar, evaluar y controlar un sistema de información de vigilancia epidemiológica y elaborar los indicadores de gestión correspondientes.
- Articular con otras unidades organizativas del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los Ministerios de Salud y Medio Ambiente y Desarrollo Sustentable 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 para la planificación y programación como instrumento base para la gestión.
- Articular con la Dirección General Salud Comunitaria y la Dirección General de Atención Primaria los proyectos de epidemiología comunitaria y las acciones de terreno y de políticas públicas saludables.

- Articular con la Dirección General Hospitales, los proyectos de epidemiología de servicios de salud.
- Participar en el desarrollo de sistemas georreferenciados para el análisis y seguimiento de la situación de salud, en coordinación con la Agencia de Sistemas de Información.
- Coordinar con el Dirección General Sistema de Atención Médica de Emergencia (S.A.M.E.) y otras unidades organizativas del Ministerio, la implementación de los planes de vigilancia epidemiológica.
- Coordinar, evaluar y actualizar el Sistema de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades (SVSCE) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Asesorar a la Dirección General en la organización de intervenciones modifiquen la problemática detectada, coordinando las actividades de respuesta programada o de urgencia epidemiológica, anticipando alertas y facilitando respuestas rápidas.
- Coordinar la interacción y supervisión de los servicios y/o grupos de trabajo en epidemiología de hospitales.
- Intervenir en el estímulo, desarrollo y supervisión de la investigación en epidemiología de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- 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.
- Realizar y consolidar la información de los rendimientos de las unidades ejecutoras y de los perfiles epidemiológicos.

Desde la Gerencia se reforzó y sistematizó la extracción de los datos y conformación de una base de datos única de ETM.

En los laboratorios de los hospitales públicos de la CABA se fortaleció la notificación a través del SNVS módulo SIVILA de los efectores Muñiz y Gutiérrez, con un Data entry para cada efector capacitado para la tarea.

Al inicio de la epidemia en marzo de 2016 se incorporaron al entonces "Departamento de epidemiología" tres (3) Data Entry.

Soporte informático SIC.

Se instauró un Sistema de Información Complementaria (SIC) para la sistematización del registro de los estudios de foco y datos complementarios a los casos notificados por medio del SNVS. El mismo es utilizado por todos los referentes intermedios de epidemiología de todos los efectores públicos, y algunos privados, de la Ciudad de Buenos Aires. La creación del SIC surge

ante la contingencia de las ETMAa y se aprovechó su utilización para el resto de los eventos bajo vigilancia, con el fin de suplir una faltante de sistematización de los datos complementarios de los casos y toda la información de los estudios de foco realizados por el ámbito local (Áreas Programáticas y CESAC). El SIC consta de carpetas compartidas donde cada nodo visualiza los casos que les corresponde. Dicho sistema se realizó con personal de la UPEHCE.

La herramienta SIC corre a través de *Google docs*, y se ingresa con un correo electrónico específico de las áreas de Promoción y Protección y las Áreas Programáticas de todos los efectores de la Ciudad.

La carga de las notificaciones de denuncia obligatoria e inmediata (como en el caso de ETM), se realiza por medio del SNVS módulo C2 y SIVILA y anteriormente también se realizaban a través de otras vías (Telefónica, fax, mail). Estas notificaciones se importan a una planilla de cálculo que constituye la base de notificaciones de la GOE. Luego se copian los datos a otra planilla diferente para indicar si corresponde o no el estudio de foco. En adelante llamaremos a esta planilla, Planilla de Estudio de Foco (PEF).

Las áreas programáticas realizan el estudio de foco y cargan al PEF los datos resultantes, para que la GOE incorpore luego los datos a la Base Centralizada.

Estas planillas no cuentan con un mecanismo automático que permita establecer si se realiza alguna modificación en la base y por quien fue realizada.

Además la GOE refirió que debido a la magnitud del brote, algunos casos del 2016, se cargaron después de febrero de 2017, imposibilitando determinar en estos casos, la fecha de ejecución del estudio de foco.

Como la base de denuncias y el SIC no se relacionan automáticamente, se debe asociar manualmente cada registro de ambas bases por los datos filiatorios del paciente. El procedimiento presenta la debilidad que al construirse manualmente (copiar y pegar) de una planilla a la otra puede darse un desfasaje, solapamiento, cambio de formato de los datos, etc.

Personal de la GOE refirió que la decisión de pedidos de foco se realiza simultáneamente o, como máximo, 24 hs después de la recepción de la notificación de cada caso. No existe un registro independiente a los datos de la base que pueda establecer la fecha del pedido de estudio de foco.

No se puede identificar la fecha de realización efectiva del estudio de foco. Existe un campo llamado "fecha de carga" que manifiesta la última

actualización del registro, que no corresponde necesariamente con la fecha de realización del estudio de foco.

Tanto las bases de Estudios de Foco, como la base de notificaciones se encuentran en Google Docs. La Subsecretaria de Planificación ha manifestado no haber firmado un acuerdo de nivel de servicios con la empresa Google, respecto de la privacidad de los datos alojados en sus servidores.) El objetivo de los acuerdos de servicios, es evitar el acceso no autorizado, los daños e interferencias a la información de la organización.

Según lo dispuesto por la Ley 1845 de Protección de datos personales, específicamente define Datos sensibles como Aquellos que revelan entre otras causas información referente a la salud o cualquier otro dato que pueda producir, por su naturaleza o su contexto, algún trato discriminatorio al titular de los datos. En este sentido No se han registrado las bases de datos y archivos asociados al SIC según lo dispone la Ley.

Los responsables de la GOE manifestaron que a partir de febrero de 2017 se han introducido mejoras al SIC. Además, todos los datos de las acciones, que se enmarcan en la vigilancia y seguimiento de los pacientes con diagnóstico o sospecha de ETMAa, que al día de la fecha se registran en el SIC, serán registrados, con fecha estimada Junio de 2018, en el Software Nacional de Vigilancia denominado SNVS 2.0, que utiliza la Plataforma del SISA (Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino -<https://sisa.msal.gov.ar/sisa/>). Este nuevo sistema cuenta con los campos para colocar los datos epidemiológicos por lo que supliría el SIC creado *ad hoc*.

V. 4. ÁREAS OPERATIVAS

V. 4. 1. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD COMUNITARIA (DGSC)

Responsabilidades

- Coordinar la planificación y ejecución de acciones de articulación entre la APS (Atención Primaria de la Salud), las diferentes iniciativas gubernamentales y Ministerios vinculados a la acción social, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, las entidades de la sociedad civil organizada y la propia comunidad.
- Supervisar la generación y desarrollo de las acciones tendientes a involucrar a la comunidad en la promoción, prevención, recuperación y cuidado de la salud, en coordinación con las áreas competentes.

- Establecer los lineamientos para la correcta articulación de soluciones socio-sanitarias de la población.
- Desarrollar y fomentar programas de promoción y prevención, a los efectos de disminuir la vulnerabilidad y facilitar las oportunidades para evitar la pobreza estructural y otros determinantes sociales de la salud.
- Planificar las acciones de promoción, prevención y detección precoz de problemas de salud de los niños en edad escolar, en coordinación con las áreas competentes.
- Planificar las políticas y programas de Epidemiología Comunitaria y programas de prevención y detección precoz de epidemias y catástrofes sanitarias, en coordinación con las áreas competentes.
- Colaborar en la implementación y facilitar la articulación con las entidades involucradas en el terreno, de estrategias y políticas definidas por la Subsecretaría de Planificación Sanitaria que hacen a la seguridad ambiental, de medicamentos e insumos sanitarios y de alimentos y bebidas.

La Dirección General de Salud Comunitaria depende de la Subsecretaría de Atención Primaria Ambulatoria y Comunitaria. A su vez posee dos gerencias operativas: a) Articulación de actores comunitarios b) Implementación de proyectos.

La dotación de RR.HH. del área está conformada por personal contratado y la participación de becarios.

El primer objetivo de la Dirección fue apuntalar los procesos de campo del entonces Departamento de Epidemiología que desde enero de 2016 recibía notificaciones de posibles casos de Dengue.

Realizó su tarea junto a las Áreas Programáticas y el área de Zoonosis del Instituto Pasteur. En los trabajos de campo se detectó un deficiente ordenamiento ambiental que impulsó a la Dirección a generar medidas de articulación intra e interministerial (Salud Ambiental; Unidad de Gestión de Intervención Social; Subsecretaría de Hábitat e Inclusión; y el Ministerio de Ambiente y Espacio Público, Defensa Civil, entre otras). A su vez se organizaron capacitaciones de voluntarios en Comedores y Juntas Vecinales para la detección y eliminación de posibles criaderos de Aedes Aegypti.

El aumento de las denuncias de casos de dengue exigió al Comité de Crisis a impulsar medidas coordinadas. Se organizaron reuniones entre el Departamento de Epidemiología, Defensa Civil y la DGSC.

En este período la Defensoría del Pueblo solicitó al GCBA informes de las acciones frente a la epidemia.

En mayo de 2016, después del máximo pico de denuncias de posibles casos de ETM, la DGSC organizó la primera jornada interministerial para organizar

la articulación de todos los actores (escuelas, organismos no gubernamentales, CeSAC, Comunas) y capacitarlos en cuanto a las medidas efectivas contra el mosquito.

Además fueron convocados el grupo de expertos en mosquitos de la UBA y del Hospital Muñiz.

La jornada se estructuraba en ejes temáticos que derivó en **mesas de trabajo** en las que intervienen distintos actores. Cada mesa eligió un coordinador que junto con el G. O. de Epidemiología y la DGSC se reunían una vez por semana donde se definieron lineamientos, objetivos y actividades, que constituyeron el primer esbozo del plan estratégico operacional.

En la segunda jornada se presentó el Plan Estratégico Operacional (PEOI) en base al cual debían alinearse todas las acciones de prevención, vigilancia y control de enfermedades emergentes transmitidas por vectores.

El trabajo se basa en: 1) monitoreo y acciones a desarrollar ante la detección de casos de Dengue y 2) Centralidad Comunal:

1.- El monitoreo consta de un sistema de 218 sensores (ovitrampas) distribuidos en la Ciudad por el equipo de expertos de la UBA. El equipo de Zoonosis recibe un informe a partir de los datos de estos sensores. En caso de sensor positivo (presencia del vector) se inicia el proceso de "recorrida perisensor" que incluye a los actores de las mesas de trabajo correspondientes. En el procedimiento se toman muestras que son enviadas al Instituto Pasteur para determinar el tipo de vector encontrado.

Ante la detección de casos de Dengue se utiliza el protocolo mencionado en el Plan Director del año 2004. El seguimiento clínico de los pacientes es realizado por los CESAC del área correspondiente al domicilio del paciente.

2.- En cuanto al criterio de Centralidad Comunal se busca empoderar a las Comunas en el control del desarrollo y multiplicación del vector. Por ello la DGSC generó un vínculo particular con cada Comuna, a través de los integrantes de las Gerencias Operativas a su cargo. Estos se comunican con los responsables de la Comuna, así como de la organización de la captación y capacitación de multiplicadores barriales que normalmente son voluntarios que realizan acciones a partir de la detección de posibles criaderos, como la notificación y educación a los vecinos.

Por último se organizan junto con los vecinos multiplicadores las "jornadas barriales" que son salidas a través del barrio en las que participan Cooperativas, Cuadrilla de Medioambiente y otros actores para ordenamiento ambiental y concientización de los vecinos.

A partir de las jornadas barriales, la DGSC genera informes de resultados.

Tanto los procesos de monitoreo y acciones ante la detección de casos como los implicados en la Centralidad Comunal generan nuevas exigencias de capacitación o actividades programadas como limpieza de terrenos o denuncias por detección de criaderos en propiedad privada.

V. 4. 2. DEPARTAMENTO DE SALUD AMBIENTAL

El Departamento de Salud Ambiental depende de la Gerencia Operativa de Planificación de Redes y Programas, que integra la Dirección General de Planificación Operativa.

Al momento del relevamiento, el Departamento no tiene una estructura formal interna. Funcionalmente la responsable del área tiene designación informal y los profesionales colaboran en las funciones de manera integrada, aunque cada tema tiene un referente específico y los profesionales. Cuentan con personal designado en planta permanente (carrera profesional y escalafón general), y también personal contratado.

El área de Salud Ambiental no dispone de asignación presupuestaria específica. Los insumos como materiales educativos y comunicacionales son provistos por el nivel central siendo uno de los objetivos la capacitación y conformación de equipos locales.

Tampoco cuenta con personal full time asociado al desarrollo de actividades relacionadas a la prevención, vigilancia y control de vectores.

Antes de la implementación del PEOI, en el año 2016, no había protocolo formal en lo concerniente a la problemática de dengue y otras ETM para las intervenciones de Salud Ambiental.

El equipo siempre ha participado, a través de los años, en las acciones y múltiples dispositivos de monitoreo, en las diversas zonas de la Capital Federal respecto al dengue, centralizadas por el ex Departamento de Epidemiología y el Instituto Pasteur.

En el sitio web del Departamento de Salud Ambiental⁴ se describen sus objetivos programáticos. Se mencionan a continuación los relativos a prevención, vigilancia y control de ETM:

- Producir y distribuir materiales comunicacionales y educativos de apoyo a las acciones de salud ambiental en el ámbito de efectores locales de salud.
- Brindar oportunidades de capacitación y profundización en los conceptos generales, metodologías y herramientas para el desarrollo de la salud ambiental.
- Generar información sobre la situación de salud ambiental en la población de la CABA.
- Promover la conformación de equipos locales de salud ambiental (ELSA) en los CeSAC para el desarrollo de proyectos locales.

⁴ <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/programasdesalud/salud-ambiental>

- e. Consolidar y fortalecer los proyectos y acciones de salud ambiental que desarrollan los Equipos locales de Salud Ambiental existentes.
- f. Promover el uso de los materiales comunicacionales y herramientas metodológicas de salud ambiental de la Caja Verde, como apoyo para las acciones de promoción y educación para la salud.
- g. Promover el trabajo intersectorial e interinstitucional que favorezca el abordaje y resolución de las problemáticas de salud ambiental.
- h. Identificar los grupos poblacionales más vulnerables (niños/as y mujeres embarazadas) a los riesgos ambientales y planificar acciones que garanticen la atención en los distintos niveles del Sistema de Salud.
- k. Conocer y describir la potencialidad de adaptación al Cambio climático del sistema público de salud.
- l. Difundir información en respuesta a la requisitoria de diferentes actores.

Estos objetivos, actualmente, se encuentran en revisión y adecuación según el Plan Operativo Anual (POA) 2017 del Ministerio de Salud del GCBA, el Plan Sanitario de Emergencia (PSE), de ACUMAR.

La acción del equipo incluye múltiples tareas en campo e interacción con los miembros de la comunidad y de las mesas de trabajo y otras áreas del Ministerio de Salud

La implementación del PEOI modificó la manera de accionar frente a la problemática del mosquito como vector a partir de impulsar el conocimiento técnico y el desarrollo organizativo orientado básicamente a la prevención, para que todas las acciones generadas por el GCBA tengan el mismo objetivo y nivel de prioridades. Con ello se busca integrar a todas las áreas pertinentes en la resolución de la problemática, evitando superposición de acciones o incluso la confusión en el mensaje que implícita o explícitamente se transmite a los equipos de trabajo y a la sociedad.

El Departamento de Salud Ambiental se inserta en la dinámica de dos mesas:

MESA N° 5: "Estrategias de monitoreo de la actividad del mosquito adulto y políticas de fumigación en los diferentes escenarios".

Incluye: el Sistema de Monitoreo de Aedes Aegypti CABA. La normativa asociada es el Manual de Procedimientos de ovisensores en CABA y los lineamientos de las políticas de fumigación según los distintos escenarios epidemiológicos

.

MESA N° 2: "Manzanas Libres de Aedes en zonas más vulnerables". Se establecieron lineamientos y objetivos en reuniones semanales desde junio a diciembre de 2016 y mensuales a partir de enero de 2017.

En cada actividad realizada por la mesas están implicados al menos 2 profesionales del área.

En este sentido se incorporaron profesionales desafectados de otros programas.

El área no participa de actividades con otras jurisdicciones provinciales, aunque consideran indispensable una tarea, al menos con criterios comunes, para combatir al mosquito.

Toda la información de actividades se eleva al referente de la mesa que a su vez lo envía a la Coordinación del Plan. Se confeccionaron para ello planillas homogéneas para cada equipo.

V. 4. 3. INSTITUTO DE ZONOSIS "LUIS PASTEUR" (IZLP)

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.

La zoonosis, como problema de Salud Pública, no encuentra 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.

El IZLP depende del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Hasta el año 1988 el Instituto era llamado Centro Antirrábico, y por el Decreto N° 5334/88 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 estado de salud de la población humana y animal. Actualmente desarrolla su actividad como centro de investigación, diagnóstico, prevención y control de la zoonosis.

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.

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

Estructura:

- **Departamento Prevención y Control de Zoonosis**, tiene a su cargo la
- **División Acciones Comunitarias para la Salud**, de la cual dependen las diferentes secciones:

Sección Acciones Programadas:

Entre otros programas desarrolla estrategias de gestión integrada para la prevención y el control de mosquitos transmisores de Dengue y otros Flavivirus

Sección Acciones Emergentes

- Actúa en estudios de focos de zoonosis (Rabia, Psitacosis, Leptospirosis).
- Realiza geo-referenciamiento de focos, de casos y de sospecha de Dengue.
- Vigilancia de reservorios y vectores (colocación y lectura de ovitrampas, captura de reservorio de roedores, aplicación del método LIRA – Levantamiento Rápido de Índices Larvarios de Aedes Aegypti).

Protocolos de funcionamiento

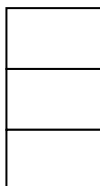
1. Directrices para la prevención y control de Aedes Aegypti. Dirección de Enfermedades Transmisibles por Vectores - Ministerio de Salud de la Nación
2. Plan de prevención de enfermedades transmitidas por el Mosquito AA. Documento realizado de manera integrada a partir del trabajo de las diferentes mesas del plan de ETMAA Versión 2 Diciembre de 2016 Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Convenios

Mediante Resolución N° 550/02 el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Veterinarias de la Universidad de Buenos Aires, declaró al Instituto de Zoonosis Luis Pasteur institución asociada, dentro de este marco se realiza intervenciones conjuntas (pasantías de alumnos, lectura de ovitrampas del sistema Vigilancia entomológica del predio de la Facultad, otras).

Capacitación

Se realiza por el Comité de Docencia e Investigación del Instituto.



Encuentros internacionales de dengue, zika y chikungunya, Cursos de capacitación sobre diagnósticos, salud ambiental, y otros en la ciudad y otras localidades del país.

Actividades

Se incluyen dentro del PEOI, y se desarrollan a través de la participación en las siguientes mesas de trabajo:

Mesa N° 1: Acciones en "Manzanas libres de Aedes Aegypti" en zonas menos vulnerables

Ejes principales

- Formación de Asesores de Sedes Comunales
- Formación de Capacitadores vecinales como responsables de Base de Datos Monitoreo de sensores en Manzana
- Capacitación de Promotores (vecinos)
- Acción en terreno

Las actividades son:

- Colocación de sensores de actividad del mosquito en toda la ciudad para poder monitorizar si la manzana donde vivimos.
- Trabajo articulado desde las comunas, las cuales poseen cada una 2 formadores de multiplicadores por comuna para capacitar vecinos y articular las acciones de responsabilidad estatal.
- Armado de redes de multiplicadores para lograr que cada manzana de nuestra ciudad logre eliminar los criaderos tanto dentro como fuera de las casas.
- Capacitación a los vecinos que deseen ser multiplicadores en las sedes comunales/centros de salud/organizaciones del barrio, tanto en búsqueda y eliminación de criaderos como en las otras maneras de articular las respuestas frente a potenciales criaderos de vía pública, o de vecinos no participativos con criaderos visibles, o baldíos, o instituciones públicas que existan en su cuadra.
- Creación de mesas responsables de dar respuesta a la eliminación de los distintos criaderos.
- Identificación de potenciales criaderos en la vía pública para su eliminación a cargo de Espacio Público. (Autos abandonados con signos de destrucción, etc.)
- Identificación de potenciales criaderos en instituciones públicas para su eliminación según el tipo de criadero.
- Concientización mediante campaña en medios.
- Difusión de contenidos educativos y capacitaciones a organizaciones sociales que así lo soliciten.

- Vigilancia epidemiológica de casos potenciales.

Mesa N° 2: Acciones en "Manzanas libres de Aedes Aegypti" en zonas más vulnerables

- Listado-compromiso de personal que ya presta acciones en terreno, para incorporar a la estrategia. Participación de organizaciones locales (no estatales).
- Realizar acciones de saneamiento ambiental y diagnóstico en zonas vulnerables.
- Diagnóstico participativo que involucre ETM como una de las temáticas de Capacitación de Promotores (vecinos).

Se han articulado las organizaciones dependientes del estado que trabajan en cada barrio, tanto en la programación como en las acciones concretas.

Se establecieron varias líneas de trabajo consideradas prioritarias:

- Unificar la información demográfica y de organizaciones de los barrios,
- Identificar y capacitar promotores de salud para trabajar localmente el tema ETM,
- Capacitar voluntarios por barrio para trabajar en ETM.
- Realizar acciones de bloqueo ante casos sospechosos de ETM.
- Releva la situación en relación a criaderos potenciales y/o reales.
- Programar y ejecutar operativos de ordenamiento ambiental y descacharreo en todos los barrios que tuvieron casos autóctonos durante el verano 2015/2016, junto a organizaciones barriales.
- Participar a los medios de comunicación barriales para difundir los mensajes de ETM.

Mesa N° 3: Acciones en Instituciones Públicas (hospitales, escuelas y edificios públicos)

- Formación de referentes de cada institución como multiplicadores para la formación de equipos de trabajo.
- Recorridos periódicos de la institución a cargo de sus referentes para la erradicación de criaderos.
- Capacitación: instituciones públicas sin mosquitos.

Mesa N° 4: Acciones para el control de Criaderos en la Vía Pública.

- Línea telefónica 147 para denunciar criaderos en vía pública.
- Autos Abandonados: Acortar plazos de remoción, integrar canal de denuncias y comunicación con comunas y áreas programáticas de los hospitales. Tratamiento de autos inmovilizados: tratamiento químico con larvicidas para los automóviles que estén a la espera de una

resolución final y colocación de cobertores individuales para evitar la acumulación de agua.

- Obras Públicas en Ejecución: establecer pautas o normas de prevención de reservorios, capacitación obligatoria a los responsables técnicos de las mismas para que sea transmitido a los trabajadores, realizar verificaciones periódicas en cada obra.
- Basura en Vía Pública: convocar a las empresas de recolección de residuos para llevar a cabo la capacitación de los empleados para que reconozcan potenciales criaderos en la vía pública y actúen en consecuencia; contactar a los supervisores para que los recolectores actúen como denunciante. Acciones para cubiertas, neumáticos y desarrollo de normativa para reglamentar el depósito de cubiertas. Promover convenios con empresas para la reutilización de las mismas. Generar un circuito de tratado y disposición final de los neumáticos.
- Mobiliario urbano y establecimientos estatales municipales: convocar áreas sensibles, ejemplo: trenes, subtes, puertos, Zoológico, Jardín Botánico, Autódromo, Autopista y otros para tratar de realizar un relevamiento y análisis de situación de estas zonas.

Mesa N° 5: Acciones de Monitoreo, Prevención y Control

Monitoreo entomológico mediante sensores de ovipostura:

- Capacitación.
- Procesamiento.
- Recopilación, difusión y seguimiento de información.
- Elaboración de un protocolo de acción para los distintos escenarios de riesgo.
- Evaluación de las acciones de control de mosquitos adultos.
- LIRa. (**Levantamiento Rápido de Índices para Aedes Aegypti**)
Establecimiento de un sistema de estratificación de riesgo para la planificación de actividades de control de Aedes Aegypti.

Localización de sensores para el monitoreo de Aedes Aegypti:

Se lleva a cabo en tres escalas:

a) Monitoreo en la vía pública en toda la ciudad:

Es llevado a cabo por el equipo del Grupo de Estudio de Mosquitos, FCEN-UBA, que tiene convenio con el Ministerio de Ambiente y Espacio Público y consiste en el monitoreo de sensores ubicados en la vía pública, localizados a distancias regulares unos de otros y de acuerdo a criterios establecidos.

b) Monitoreo en instituciones públicas estratégicas como hospitales, escuelas, edificios públicos y cementerios.

El trabajo de campo se llevará a cabo por parte de un responsable de la tarea en cada institución. La colocación de los sensores será acordada con un responsable del área de monitoreo del GCBA, y deberá cumplir con los criterios definidos.

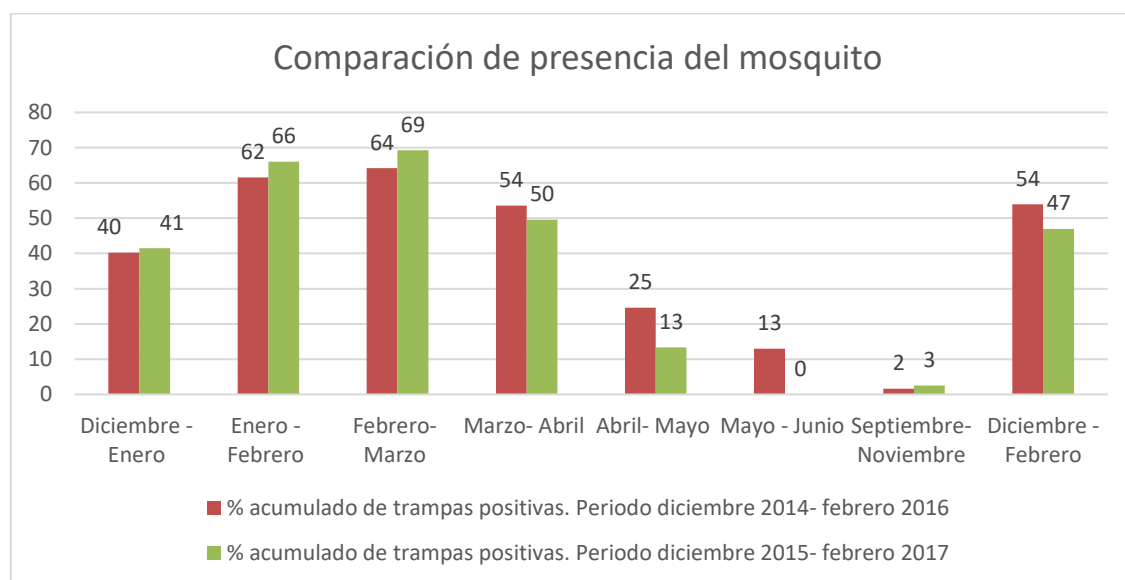
c) Monitoreo en el marco de la iniciativa de manzanas saludables:

El trabajo de campo se llevará a cabo por parte de un responsable de la manzana elegido entre los vecinos, que será capacitado para el uso responsable del instrumento.

La localización del/los sensor/es será elegido de acuerdo a la disponibilidad y criterios similares a los anteriores.

El Ministerio de Ambiente y Espacio Público suministró informes de sensores positivos en los períodos que van de diciembre de 2014 a febrero de 2017.

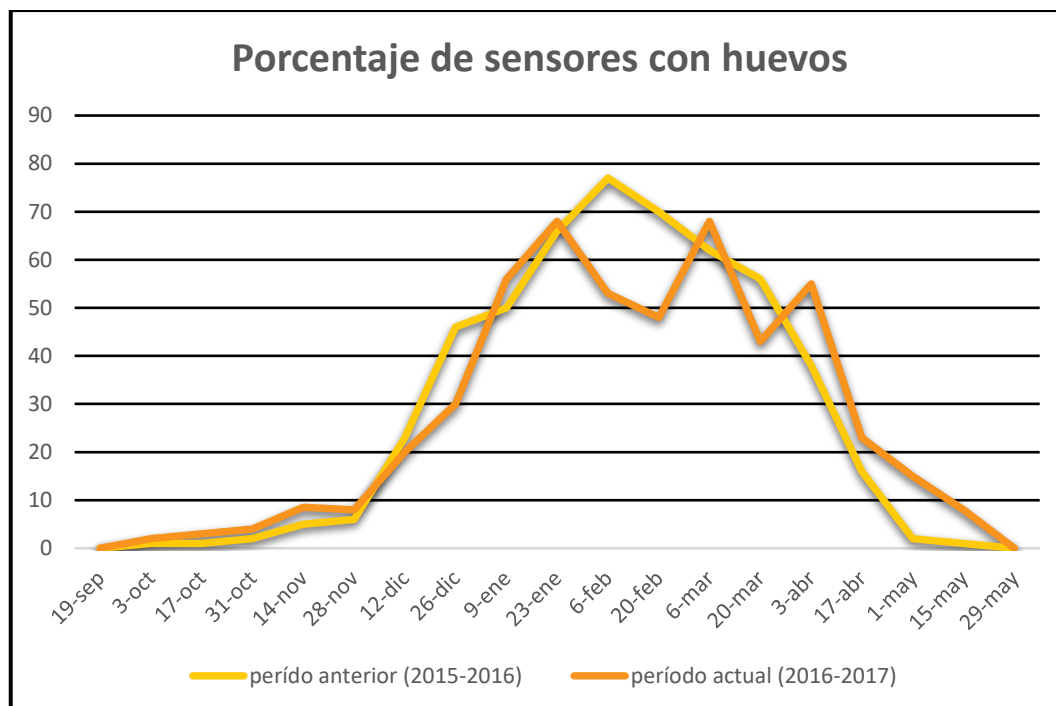
Gráfico 12. Presencia del mosquito Aedes Aegypti, según la cantidad de sensores positivos:



Fuente: elaboración propia con información suministrada por MAYEP

Asimismo, la Subsecretaría de Planificación del Ministerio de Salud suministró un cuadro comparativo de períodos que van de septiembre de 2015 a mayo de 2016 y septiembre de 2016 a mayo de 2017.

Gráfico 13. Comparación de porcentajes de presencia de mosquito por período.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Subsecretaría de Planificación. Ministerio de Salud.

Se observa que si bien las curvas de presencia de mosquito son similares, no hubo brote de la enfermedad. De este modo se infiere que no solo la transmisión de ETM se debe a la presencia de mosquitos sino a otros factores, como la temperatura, la humedad, el grupo migrante de países vecinos y la alta concentración poblacional, que siendo tenidos en cuenta permite disminuir los índices vectoriales del próximo ciclo.

Las causas que pueden desencadenar una epidemia son variables, los ciclos epidemiológicos no son fáciles de controlar debido a que existen factores climáticos, vectoriales etc. que inciden de modo independiente a las acciones de control.

Mesa N° 7: El Área de Educación para la Salud del IZLP ha desarrollado proyectos y acciones puntuales referidas a la prevención de Dengue en articulación con el sector Educación, Ambiente, y distintas áreas programáticas de hospitales generales de agudos, de manera sostenida a partir del año 2000 hasta la actualidad, con el objeto de:

- Brindar información sobre la enfermedad del Dengue y el ciclo de vida del Aedes Aegypti y las medidas de prevención.
- Aportar material didáctico de apoyo a la tarea escolar referido a la prevención del dengue e identificación de potenciales criaderos.
- Desarrollar acciones de capacitación en articulación con programas del Ministerio de Educación ya existentes.
- Diagnóstico de situación acerca de las acciones de prevención de Dengue presentes o futuras desarrolladas en las escuelas de CABA.

En los años 2013, 2014 y 2015 se realizaron actividades a demanda de distintos establecimientos sobre la temática, particularmente escuelas del Distrito Escolar 6.

En el año 2016 en un contexto de aumento de los casos autóctonos en nuestro país y de la presencia del mosquito en toda la ciudad de Buenos Aires, se programó nuevamente un trabajo intersectorial con el Ministerio de Educación del GCBA. Además se incorporan enfermedades emergentes como el Zika y Chikungunya que tienen en común el mosquito transmisor del dengue. En esta oportunidad se trabajó conjuntamente con el Programa de Salud Escolar del Ministerio de Educación y del Ministerio de Salud.

Se propuso la capacitación de todos los supervisores de los distritos escolares de la ciudad de Buenos Aires. Una vez finalizada la capacitación de los supervisores, se realizó la capacitación de los equipos directivos de cada uno de los distritos. El trabajo con los equipos directivos consistió en la identificación de facilitadores y obstaculizadores por parte de los mismos en relación con las posibilidades reales de llevar a cabo dentro de las escuelas, las medidas de control y prevención necesarias para prevenir esta enfermedad. Esta capacitación contó con el apoyo de la cartilla destinada a los docentes, en el que se presentaban material teórico sobre la enfermedad y el mosquito y una serie de propuestas didácticas para llevar a cabo en el aula. Es importante destacar que la cartilla era la misma que se desarrolló por primera vez en el 2000 y que se fue actualizando año tras año, de acuerdo a los cambios en la situación epidemiológica de la enfermedad. También se capacitó a los coordinadores de los auxiliares de portería de las escuelas y luego se realizaron diferentes capacitaciones organizadas por distrito para los auxiliares de portería. Por otro lado se pudo capacitar a los auxiliares con sordera e hipoacusia al contar con una intérprete para ellos.

Todas las acciones que se han descripto anteriormente cuentan con su evaluación correspondiente.

En el marco de la campaña de prevención de zoonosis, entre octubre y diciembre del año 2016, se implementó una encuesta tendiente a relevar conocimientos, actitudes, prácticas y percepción de riesgo en torno a las ETM (enfermedades transmitidas por mosquitos, Dengue, Zika y Chikungunya).

Los resultados preliminares de la misma destacan:

- Solo un 1,6% de las personas encuestadas consideran que no existen riesgos en su manzana pero pese a ello el 91,1% no llevo a cabo medidas para prevenir las ETM.
- Un 78,8% de los encuestados considera tener información suficiente para tomar las medidas preventivas.
- El 82% de los encuestados obtuvo la información de internet, televisión y solo un 3,9% de actividades en su comuna.
- Si bien un 99% de los encuestados reconocen como eficaces en la prevención de las ETM el descarte de cacharros, destapar canaletas y cambiar agua de bebederos, persiste un 87,3 que ve como eficaz la fumigación semanal.
- Finalmente un 88,7 no participo de las jornadas de descacharrización.

Acciones de bloqueo de transmisión ante casos sospechosos de ETV

- Identificación de caso sospechoso.
- Investigación entomológica del domicilio.
- Investigación entomológica de peri-domicilio.
- Acciones de control de estadios juveniles y adultos de Aedes Aegypti.

Tratamiento intradomiciliario y peridomiciliario

El control está indicado a partir de la vivienda del caso sospechoso y las viviendas comprendidas dentro de los 100 m alrededor de la misma.

-LIRAA- (Levantamiento de Índices Rápidos de Aedes Aegypti)

Resultados obtenidos en la aplicación del Método LIRAA, entre el 4 y 7 de enero de 2016, el estrato elegido estuvo constituido por 459 manzanas con 12429 inmuebles del barrio de Liniers, con características socioeconómicas media a media-alta. De este estrato se sortearon 85 manzanas (18,5%) y se inspeccionaron 441 inmuebles.

Los valores encontrados para índices entomológicos fueron:

Índice predial: 8,4 % (inmuebles positivos/inmuebles visitados)

Índice de Breteau: 12,2%. (Recipientes positivos/inmuebles visitados.)

El valor límite para niveles de alto riesgo de transmisión de dengue, establecido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es de **5 %**).⁵

En cuanto la caracterización de los recipientes (criaderos) cabe mencionar que, el total de recipientes positivos fue de **54**, es decir con presencia de formas juveniles –larvas y pupas- del mosquito *Aedes Aegypti*, en el que se destacaron los denominados recipientes móviles (floreros, plantas con agua, portamacetas, baldes) representando el 87 % del total.

Organismo de Ejecución: Instituto de Zoonosis Luis Pasteur.

Tabla 20. Resumen de acciones realizadas durante el año 2016 y hasta el mes de abril 2017.

Acciones.	cantidad
Manzanas libres en zonas menos vulnerables.	191
Manzanas libres en zonas más vulnerables.	106
En Instituciones Públicas.	1443
En Control de Criaderos.	157
En Monitoreo Prevención y Control.	386
En difusión de Contenidos Educativos.	95
Bloqueo de transmisión ante casos sospechosos de ETV	1312

⁵ Los indicadores más usados para la vigilancia de los vectores son los siguientes:

Prospecciones de larvas:

Índice de viviendas (IV)(IM): porcentaje de viviendas infestadas con larvas o pupas.

Índice de recipientes (IR): porcentaje de recipientes de agua infestados con larvas o pupas.

Índice de Breteau (IB): número de recipientes positivos por cada 100 viviendas inspeccionadas.

Prospecciones de pupas:

Índice de pupas (IP): número de pupas por cada 100 viviendas inspeccionadas.

Prospecciones de imagos:

Estimación de la población adulta mediante ovitrampas, trampas adhesivas, capturas de mosquitos que se posan sobre humanos u otras trampas similares. (OMS)

Tabla 21. **Acciones Generales:**

Acciones.	Cantidades
Capacitaciones.	155
Relevamientos Ambientales	35
Reuniones Planificación.	79
Reuniones Trabajo.	105

Publicaciones

- Investigación para el diagnóstico situacional local de la epidemia de ETM. Intervenciones preventivas para su contención⁶
- Acciones de control de foco durante el brote de dengue en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.⁷
- Investigación Acción Participativa: Encuentros comunitarios para la prevención de enfermedades transmitidas por Aedes Aegypti.⁸

V. 4. 4. EFECTORES DE SALUD

I. HGA "Dr. FRANCISCO MUÑIZ"

El Hospital Muñiz es de referencia, de allí salen los planes de contingencia tenidos en cuenta en el PEOI de CABA.

Como hospital especializado no cuenta con área programática; frente a un caso sospechoso se notifica a la División de Promoción y Protección quién a su vez comunica el caso clínico a la Dirección de Epidemiología del GCBA. Integran el **Comité de Expertos** convocado por el Ministerio de Salud, que analiza los planes propuestos y elaboran normativas, protocolos de atención, formularios, para su implementación en el sistema de salud. Analiza el funcionamiento y los resultados de los consultorios de febriles instalados en

⁶ Área programática del Htal Gral de agudos "Juan A. Fernández" 2015-2016, Hering, S¹; Laba, N²; Ruda, A³; Badía, C⁴; Devoto, S⁵; Fairman, A⁶; Amenta, M⁷; Brambati, D⁸; Mezzelani, P⁹; Camera, E¹⁰; Ramos, G¹¹; Haase, G¹².

^{1,3,4,5} Equipo de Epidemiología. AP Fernández. GCBA. ². Jefa CeSAC 26. HGA Fernández. ⁶. Jefa Servicio Programa de Salud Escolar. HGA Fernández. ⁷. Coordinadora Cobertura Porteña de Salud. HGA Fernández. ^{8,9}Depto. AP Instituto de Zoonosis Luis Pasteur. ¹⁰. Jefa de Div. Programas y Centros de Salud. HGA Fernández. ¹¹. Jefe de Div. Promoción y Protección. HGA Fernández. ¹². Jefe Div. Depto. Área Programática. HGA Fernández

⁷ X Jornadas Regionales sobre Mosquitos. 15 y 16 de septiembre de 2016. Mar del Plata. Bruno, A.; Bechara, Y. ; Guido, G. y Faigenbaum, A.

⁸ Catalina Jerez, Sivana Figar, Fernando Siccardi

todos los hospitales, revisa las listas de recursos presentes en cada uno de los efectores, analizan mapas epidemiológicos y se evalúan los resultados para elaborar el panorama actualizado del brote.

Considerando al dengue como un brote dinámico, cuando se produce, el comité se reúne semanalmente para adecuar la planificación y reforzar las acciones donde se considere necesario.

Las causas que pueden desencadenar una epidemia son variables, los ciclos epidemiológicos no son fáciles de controlar debido a que existen factores climáticos, vectoriales etc. que inciden de modo independiente a las acciones de control.

Históricamente el trabajo del hospital es articular con el ministerio y los diferentes actores. Definido el laboratorio como de referencia, recibe muestras internas y externas.

El Hospital no hace el control vectorial, actividad que está a cargo del Instituto Pasteur.

Realizan evaluación del síndrome febril y la vigilancia del caso clínico desde el área asistencial y de laboratorio, este confirma o descarta el caso sospechoso e informa al médico tratante y se notifica al SIVILA.

El consultorio de febriles constituye una guardia extra a la del hospital, el riesgo se establece en función del Escenario Epidemiológico definido. Se realizan informes semanales para observar el riesgo según escenario: Alerta-Circulación Viral- Caso autóctonos o importados.

El hospital cuenta con: consultorio de febriles, área ambulatoria (control a las 24hs-48hs. según evolución), área de rehidratación, evaluación signos de alarma y área de internación (sala general, terapia intensiva).

En los meses críticos la categorización clínica (triage) la realiza el personal que ya fue especialmente entrenado. El paciente llega a la consulta médica con todos los controles ya realizados.

En el año 2016 el hospital se vio desbordado y tuvo que incorporar más áreas de rehidratación para evitar la internación.

Cuentan con dos Comités de trabajo que desarrollan las tareas de planificación y evaluación de la capacidad para la atención de febriles: 1) Comité de Dengue, luego denominado de Enfermedades Transmitidas por Mosquitos –ETM-, y 2) el Grupo de Control de vectores intrahospitalarios. Se conforman grupos y subgrupos que monitorean las distintas áreas del hospital, actividad de la cual participan profesionales y no profesionales de la planta.

Debido a la magnitud de la situación epidemiológica del Dengue durante el año 2016, el SNVS módulo clínico C2 (Sistema Nacional de Vigilancia en Salud), no fue utilizado en la carga de datos (marzo 2016). El motivo fue la dificultad en la carga de la información, y la consecuencia de no poder acceder

rápidamente a los datos procesados, dificultando las funciones de la Vigilancia epidemiológica.

En acuerdo con el Nivel Central, se procesó y tabuló la información de los casos en otra base de datos ágil, de fácil acceso, condición necesaria para permitir una adecuada gestión.

Las actividades de Vigilancia epidemiológica, no solo son la carga de datos sino también la disponibilidad de información para implementar medidas de control, analizando los requerimientos de servicios o programas.

Tabla 22. Registro de Casos de Dengue del Hospital Muñiz

Casos Dengue. SE 1-18. Año 2016. Hospital Muñiz			
Semana epidemiológica	Casos Nuevos Totales	Casos Nuevos Ambulatorios	Casos Nuevos Internados
Semana 1	7	6	1
Semana 2	36	31	5
Semana 3	62	42	20
Semana 4	55	46	9
Semana 5	55	47	8
Semana 6	51	47	4
Semana 7	60	56	4
Semana 8	77	61	16
Semana 9	225	204	21
Semana 10 Trailer	369	353	16
Semana 11	667	644	23
Semana 12	536	516	20
Semana 13 (27-3 al 2-04)	898	883	15
Semana 14	883	858	25
Semana 15	558	539	19
Semana 16	305	289	16
Semana 17	240	235	5
Semana 18 (hasta 4-05-16)	126	116	10
Total	5213	4973	237

Por otro lado, según informe de notificación SNVS 2009-2017 suministrado por el Hospital Muñiz, los casos notificados en el 2016 fueron de **2760**.

La diferencia entre la cantidad de notificaciones entre el SNVS y el informe preliminar Dengue 2016 es de al menos 2453 casos.

Los cambios en la plataforma de notificación como las definiciones de casos de la patología fueron modificándose de acuerdo a la fase de la epidemia. Esto explica y fundamenta las diferencias en el número de casos según la fuente de información consultada.

Por ese motivo hay diferencia en los datos, uno es el proveniente de la actividad diaria (base diaria operativa) y donde se obtuvo la información de los casos que constan en el Informe preliminar Dengue 2016 y por el otro, los datos del SNVS que son datos parciales por esta contingencia de carga de datos al sistema.

Posteriormente se reinició la carga los datos al SNVS en forma retrospectiva, pero parcial. Aun hoy se está procesando y analizando la información de las historias clínicas de los pacientes asistidos para obtener y analizar información complementaria de gran utilidad clínico-epidemiológica.

El informe preliminar de dengue fue elaborado según los datos obtenidos de la base diaria operativa, con la información de los pacientes asistidos en la institución.

II.HGA "Donación F. SANTOJANNI"

El Área Programática tiene a su cargo acciones de control a través de La atención de las consultas en los CESAC y extramuros. Las acciones intrahospitalarias son realizadas y coordinadas por la División Promoción y Protección (P y P), búsqueda activa de criaderos y sumideros, creación de un comité interdisciplinario, consultorios de febriles, capacitación y concientización con los diferentes servicios, ordenamiento ambiental en los servicios y espacios comunes del Hospital.

Las acciones extramuros son remitidas al CESAC correspondiente, consultorios de febriles, estudio de focos según domicilio.

El proceso de notificación de posibles casos de Dengue, Zika o Chikungunya, es iniciado en los efectores que remiten la información a la División de Promoción y Protección encargada de cargarlo al SNVS, que contiene además los datos históricos. Los estudios de foco son remitidos por la

Gerencia Operativa de Epidemiología al Área Programática quien notifica al CESAC correspondiente.

A partir de mayo-junio de 2016 las solicitudes de estudio de foco son subidas a una herramienta informática (Google Docs). Cada Hospital de la Ciudad posee una carpeta particular donde se encuentran las planillas con los datos de los pacientes (dirección, patología y otros datos necesarios). Con anterioridad el estudio era solicitado por medio de Fax, e-mail o vía telefónica. El informe o formulario generado por el equipo que realiza el estudio de foco se sube digitalmente a la aplicación.

Tanto el Área Programática como los Centros de Salud poseen equipamiento informático y conexión a Internet que permite la carga de los datos al SNVS y estar notificados de los estudios de foco asignados.

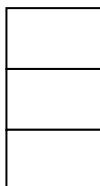
La División de Promoción y Protección conserva un archivo de las fichas de notificación del período 2016, con los informes producidos a raíz del caso. A partir de mediados de 2016 se puede acceder a los pedidos de estudios de foco a través del SIC (sistema información complementaria). Su uso fue impulsado por la Gerencia Operativa de Epidemiología. Antes no se generaba una base de datos con todos los casos en que el AP intervenía.

Participación en el PEOI: fueron convocados los jefes de AP a las jornadas de capacitación organizadas por el Nivel Central. Se conformaron las mesas de trabajo para la prevención y control de Aedes Aegypti y el desarrollo e implementación del PEOI. Se modificó la solicitud para estudio de foco para enfermedades de notificación obligatoria inmediata. Se abandonó el sistema de comunicación por fax o e-mail. Se agilizó la comunicación con las áreas del Ministerio de Salud como también con otros ministerios o jurisdicciones que forman parte del plan, especialmente el Área Programática (AP) acompaña las actividades organizadas por el Instituto Pasteur, Salud Ambiental, Dir. General de Salud Comunitaria. Se observa también la participación de los responsables de las Comunas en las actividades.

Disponen de material informativo para difusión.

No han incorporado al AP más personal para sostener las tareas implicadas en el PEOI.

Hasta mediados de 2016 todos los casos febriles con sospechas de Dengue, Zika o Chicungunya eran derivados al consultorio de febriles del Hospital, donde se realizaba la extracción de una muestra de sangre para confirmar el diagnóstico. A partir del intercambio de las mesas de trabajo y la



implementación del PEOI se gestionó la posibilidad de tomar las muestras en tres CeSAC del área. Refieren haber un mayor compromiso en el proceso de vigilancia de la enfermedad desde el Ministerio de Salud.

Participación del AP en las Mesas de Trabajo.

La conformación de las mesas se realizó con la participación de los jefes de los CESAC 3, 4, 5, 7, 28, 29, 37 y de las responsables de PyP.

Las actividades barriales se organizan de manera intersectorial con equipos del Centro de Salud correspondiente y el apoyo de otros sectores de GCBA, tales como: Salud Ambiental, Comunitario, Comunas, Instituto Pasteur, Cultura Ciudadana

Los registros de dichas actividades son realizados por los Centros con respaldo de la mesa correspondiente: búsqueda activa de vecinos multiplicadores; rastillaje y denuncias de vehículos abandonados en vía pública (que se informa a desarrollo urbano y transporte); monitoreo de criaderos fijos y móviles dentro y fuera de los Centros.

Confección de planilla de registro semanal con detalle de acciones tomadas y su posterior elevación a la Dirección de Hospitales y a la Dirección de Atención Primaria; capacitación en salas de espera y a profesionales.

Articulación con otras áreas.

La articulación con otras áreas y actores de la sociedad se realiza de manera informal. La comunicación es vía telefónica, internet o muchas veces con el contacto de los equipos básicos de salud, dentro del barrio.

Registros

Formulario de denuncia epidemiológica, formularios de estudios de foco, formularios de reporte semanal por criaderos y formularios específicos del PEOI (son completados por los responsables de los CESAC y remitidos al Coordinador de la mesa interviniente. Luego este remite la información consolidada a la Coordinación del PEOI).

Se generan estadísticas e indicadores respecto de las actividades de gestión, desde las denuncias hasta la culminación del caso (vías de notificación, oportunidad de notificación, indicadores del análisis de notificación individual, total según SE y tipo de efecto, datos requeridos, etc.)

III. HGA "Dr. ENRIQUE TORNÚ"

Se realizó relevamiento de las actividades y acciones establecidas por el Plan Estratégico Operacional (PEOI) implementadas por el Área Programática (AP).

La comunicación con la Gerencia Operativa de Epidemiología se realiza a través de comunicaciones oficiales, por email o telefónicamente; con otras jurisdicciones involucradas; las comunicaciones se realizan por vía jerárquica. El área geográfica cubierta por el Área Programática del Hospital Tornú (CESAC 22, CESAC 33 y CMB 36) cuenta con 8 sensores de oviposturas, que son relevados con una frecuencia semanal. Los casos positivos se informan al AP. Dentro del predio del hospital, hay colocados 8 ovisensores, cuyo control se realiza con una frecuencia semanal.

Por cada sensor positivo se realizaron al menos tres visitas para informar a los vecinos, casa por casa, sobre las acciones de prevención del dengue, el zika y la chikungunya, repartiendo folletería y carteles también en los comercios.

Las manzanas están numeradas y tipificadas según la clasificación estipulada (manzanas más vulnerables o menos vulnerables). El Departamento del Área Programática realiza un mapa de georreferenciación interactivo de casos. Para esta tarea hay personal designado.

Ante la aparición de un caso sospechoso, se realizan las acciones extramuros. El caso índice es visitado por un médico resguardando la privacidad y confidencialidad del paciente. La detección de otros casos con síndrome febril en el peridomicilio del caso índice es realizada por el equipo del AP con la colaboración de la Cruz Roja, la Comuna 15, Salud Comunitaria del GCBA, Defensa Civil y el Instituto de Zoonosis Luis Pasteur.

Con anterioridad al año 2016, el relevamiento del perifoco se extendía a un perímetro de nueve manzanas alrededor del foco. En el año 2016, el PEOI redujo el perifoco al perímetro de una manzana alrededor del caso índice y su vereda de enfrente.

Proceso de detección y seguimiento: Los casos sospechosos se registran diariamente en el mapa interactivo y en una planilla de cálculo. Se contacta al paciente telefónicamente o personalmente. Se realiza una planificación para hacer el estudio de foco y se establecen las comunicaciones grupales para el estudio de perifoco. Una vez detectado el foco se procede a realizar las acciones pertinentes para su remoción, tarea que se realiza en conjunto con Defensa Civil, Cruz Roja Filial Villa Crespo e Instituto Pasteur. Si se detectan posibles criaderos y para su resolución requieren la intervención de otros organismos de gobierno, se informa a Medio Ambiente y Espacio Público (autos abandonados, terrenos baldíos, otros). Esta articulación está facilitada

dado que las entidades mencionadas forman parte de las diferentes mesas de trabajo del Plan Estratégico Operacional. Al finalizar cada actividad, se elabora un informe en donde se consignan todas las acciones realizadas respecto de los posibles criaderos y de la captación de vecinos multiplicadores para difundir información y pautas de prevención.

Para el escenario de alto riesgo están designados los días a cada equipo. En el lugar se distribuyen las manzanas a relevar entre los participantes del equipo. La información obtenida del relevamiento se sube a la aplicación google docs, y se pone a disposición de la Gerencia Operativa de Epidemiología; luego se sube el resultado de la serología y se cierra el caso. El área de Promoción y Protección de la Salud cumple con la recolección de las fichas epidemiológicas de los casos registrados tanto en la guardia como en consultorios externos de clínica médica y pediatría y la notificación de los casos en SNVS.

Se ha formado y capacitado, para el control vectorial, también a personal del Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, dependiente de la UBA y ubicado en el predio adyacente.

Una de las dificultades que presenta el equipo de trabajo es el horario de realización de las tareas de campo ya que se realizan en el mismo horario laboral del vecino, dificultando las tareas de relevamiento.

Existe temor también entre los vecinos que impiden el acceso al equipo de trabajo por lo que refieren que se requiere una identificación formal que permita la presentación.

Durante el año 2009 se pagaban suplencias de guardia y entonces se concurría al barrio los días sábados y domingos. En la actualidad no se realiza más.

Actividades de capacitación realizadas por la Área Programática:

- Charlas de formación en la Sede Comunal con especialistas invitados. Entrega de folletería convocando a los vecinos a sumarse a la "Red de Vecinos Multiplicadores de su barrio para ayudar a prevenir el dengue, el zika y la chikungunya"
- Talleres de capacitación en establecimientos educativos. Participación en equipos de salud escolar. Se realizaron durante el periodo marzo agosto /2016, talleres de dengue en: escuela EMEN N°1 DE 14, escuela N°8 DE 15, N°5 DE 14, turno mañana y tarde, escuela N°5 DE 17, escuela especial N°18, escuela de recuperación N°14, escuela N°4, escuela N°16, escuela inicial N°2, JII4, JII3, JIN A todas del Distrito Escolar 14 y la escuela N°27 Distrito Escolar 15. Durante el periodo 2016 se iniciaron tareas de ordenamiento ambiental en 27 establecimientos en distintos niveles: Distrito 14: 18 escuelas, Distrito 15: 2 escuelas, Distrito 17: 2 escuelas. Las

mayores dificultades relevadas consistieron en la demora en el retiro de materiales descartados que quedan al aire libre, obras en refacciones, huertas orgánicas en periodo de receso escolar, plantas en agua, siendo potenciales criadero del mosquito.

- Capacitación al equipo de Salud. II Jornadas de trabajo para la gestión integrada del control del mosquito transmisor de enfermedades.

El impacto de la formación y capacitación se mide teniendo en cuenta que si el sensor ovipostura es positivo y a la semana el mismo sensor es negativo estaría indicando que la capacitación y las tareas de prevención se realizaron de manera satisfactoria.

En espacios tales como el CeSAC 33, que resultan más fáciles de controlar, se ha logrado erradicar los posibles criaderos y se han negativizado los sensores de ovipostura. No obstante, en espacios de mayores dimensiones y que exceden la intervención de los equipos mencionados, (espacios abiertos tales como Facultad de Agronomía, Cementerio de Chacarita, etc.) resultan complejo negativizar los sensores.

Protocolo relevamiento dengue, chikungunya y zika:

Se realiza el relevamiento de las viviendas incluidas en el perifoco. Sólo se ingresa al hogar del caso índice. Un profesional médico del Área realiza el control del caso.

En el perifoco se realizan tareas de prevención: se brinda información sobre dengue, chikungunya y zika (cómo se transmiten, los síntomas que causan, las medidas de prevención). Se acompaña siempre con apoyatura de material informativo, que también se distribuye en aquellos hogares a los que no se logra acceder.

Se indaga la presencia de persona febriles -sin compromiso de vías respiratorias- se consigna el número y si han sido previamente evaluados por el profesional del equipo. Se los deriva a la guardia del hospital, aún en el caso en el que tengan obra social o prepaga. Se registra el teléfono para seguimiento.

Los equipos de salida están conformados por personal de todas las áreas del Departamento Área Programática (Salud Escolar, Consultoría, Enfermería, Residencias). También se suman profesionales de los CESAC cuando el domicilio corresponda a su área de cobertura.

Dada la complejidad de los grandes edificios, se propone, en primera instancia dirigirse al encargado del edificio, se explica el motivo del relevamiento, y se le pregunta por febriles. Asimismo se proporciona una copia de la nota para los vecinos y el material de difusión para que pueda hacer circular. Se

consigna la dirección del edificio en el casillero de "domicilio" y se agrega el número de departamentos en el mismo casillero.

Si esto no es posible, se realiza un timbreo, y cuando uno de los vecinos atiende, se le entrega la información para que comparta con el resto. Se consigna únicamente este domicilio como ingresado.

Organizaciones extra - área: Cruz Roja Filial Villa Crespo e Instituto Pasteur.

Logística: La impresión del material (planillas y nota a vecinos) estará a cargo de la Secretaría del Área Programática.

Información epidemiológica

Se debe completar fecha, número de manzana asignada y miembros del equipo a cargo.

Respecto al domicilio: consignar si es una casa (CA), comercio (CO) o terreno baldío (TB).

Se completa la situación del hogar timbreado con los siguientes items:

- Cerrado (C) corresponde a quien no contesta el timbre
- Renuente (R) corresponde a quien atiende pero no acepta responder consultas
- Ingresado (I) corresponde a quien se le brinda información y responde al respecto de la consulta por febriles.

Laboratorio: desde el año 2015 el hospital Tornú se constituyó en un laboratorio de referencia, anteriormente las muestras debían enviarse al Laboratorio del Hospital Gutiérrez. Este cambio permitió acelerar el diagnóstico.

La patología del dengue no es una patología que requiera salas de internación abreviada, el hospital y sus CESAC cuentan con consultorio de febriles organizados desde que comenzó la epidemia.

Cuentan con disponibilidad de insumos: kits conformados por tules, repelentes, paracetamol.

El hospital Tornú no ha tenido casos sospechosos ni confirmados de chikungunya y zika.

Tabla 23. Casos de Dengue

Año	Casos
2009	21
2010	0
2011	7
2012	40
2013	32
2014	6
2015	1
2016	571

Fuente: Hosp. Tornú

IV. HGA "Dr. P. PIÑERO"

Área Programática Hospital Piñero

Los Hospitales Generales realizan vigilancia general e intensificada con acciones de control.

El Área Programática tiene bajo su responsabilidad 12 Centros de Salud. La vigilancia extramuros se realiza en cada centro de Salud según su zona de cobertura. Las acciones realizadas son las mismas desde el primer Plan Director propuesto por el Departamento de Epidemiología en el 2004 (estudio de foco y perifoco).

Desde el Plan Director del 2010 se implementa el proceso de notificación ante posibles casos de Dengue, Zika o Chikungunya y se realizan trabajos de ordenamiento ambiental intramuros.

Las mayores dificultades residen en la resistencia al cambio de costumbres del personal del Hospital, la basura generada y los rezagos del funcionamiento propio de efector que se acumulan hasta su retiro por parte de la empresa encargada. Se ha notificado a las autoridades de la institución que estos rezagos son focos de proliferación de mosquitos. Respecto a esto, se impulsó y se logró la aprobación de una Disposición del Director del Hospital para su control. No obstante, a partir de la implementación del PEOI, se evidencia una mejor y mayor comunicación e integración de trabajo con el resto de las áreas del Hospital con respecto a acciones de ordenamiento ambiental.

Se implementaron acciones de detección de posibles criaderos. Se informaron los resultados al Nivel Central.

No hubo incorporación de personal con dedicación exclusiva al tema de vectores.

El área de Promoción y Protección desde el año 2010 posee 2 agentes estables, lo que permite sólo realizar las tareas habituales (libreta sanitaria, vacunación, prenupciales).

El AP tuvo contacto con los equipos coordinadores del PEOI, por una convocatoria formal desde el Nivel Central. En la primera jornada se establecen pautas para el abordaje de la epidemia de Dengue de manera transversal a todo el GCBA.

Existe articulación con otras áreas y actores. (Ministerios, Ong, CeSAC, Comuna, etc.). La mejor articulación se da con el Instituto Pasteur y el Ministerio de Salud, pero con otras áreas la situación se reduce a contactos por casos y pedidos concretos del Área Programática y por ello se considera insuficiente.

No hay convenios formales con otras áreas referidas al objeto del relevamiento.

Los criaderos de mosquitos detectados tanto dentro del predio del hospital como en las inmediaciones del CeSAC 40 y CeSAC 31 no se han podido erradicar por falta de intervención de las áreas correspondientes. (Observación N° 20) La notificación de estos casos se realizó de manera informal.

Con respecto a las actividades extramuros, se han registrado hechos de violencia (robos) hacia los integrantes de los equipos, a partir de los cuales, los CESAC que los han padecido, presentan dificultades en la conformación de los equipos para dichas acciones.

Se han realizado actividades con ONG, repartiendo folletería a pacientes y profesionales en general.

Se adjunta en el Anexo V. b) detalles de acciones efectuadas por el AP y material fotográfico.

Notificación y seguimiento de los casos

En el año 2016, existían tres centros con capacidad para realizar las notificaciones epidemiológicas a través del sistema informático SNVS del Ministerio de Salud de la Nación y recibir notificaciones de pedido de estudio de focos a través de la aplicación SIC de la Gerencia Operativa de Epidemiología: estos centros son los CESAC 24, 40 y el Departamento de Área Programática.

El Área Programática posee equipamiento informático que funciona correctamente, pero tienen dificultades con el acceso a Internet.

Asimismo tienen dificultades para la carga y clasificación de las denuncias de epidemiología por no contar con recurso humano dedicado a esta tarea.

El SNVS permite la consulta de su base de datos, pero el Área Programática posee un registro propio en planilla de cálculo con más detalle de los casos. La implementación de la aplicación SICs, desarrollada sobre la plataforma Google, permite consultar on-line los estudios de foco solicitados por la Gerencia Operativa de Epidemiología y los informes respectivos generados por el Área Programática correspondiente. Hasta mediados de 2016 se realizaban por fax, mail o telefónicamente.

El Hospital no cuenta con mosquiteros en ciertas salas críticas/prioritarias. Se instalaron sensores de ovipostura en el predio del hospital pero desde diciembre de 2016 se determinó no realizar su relevamiento. El Área Programática no tiene personal participando en la coordinación de las Mesas de Trabajo del PEOI.

Resultados

Formularios utilizados: Desde el año 2004 reciben formularios para estudios de foco. Desde la implementación del PEOI se requiere la planilla de notificación y registros de nuevos criaderos, a los que se adicionan fotos ilustrativas.

Estadísticas y construcción de indicadores:

Se generó un informe en el 2016 del Hospital con las acciones realizadas, casos denunciados y estado de situación del área referido al tema.

V. HGA "Dr. COSME ARGERICH"

El Área Programática tiene a su cargo acciones de vigilancia epidemiológica a partir de eventos de notificación obligatoria. (Ley N° 15465/60). Por su potencial endémico el Dengue, la Fiebre Zika y la Fiebre chikungunya pertenecen a este grupo de eventos por lo que deben denunciarse a través del SNVS. La vigilancia de estos eventos se realiza en el marco de la vigilancia de Síndrome Febril Agudo Inespecífico que, a partir de la detección de un caso, implica un proceso escalonado de diagnóstico que se adecúa al contexto epidemiológico de donde proviene el paciente y a su presentación clínica. Señalan que a partir de la incorporación de la División de Promoción y Protección (P y P) al Departamento Área Programática, se logró una mejora en la coordinación de trabajos, pero es necesario fortalecer los Recursos Humanos.

Por otro lado es necesario reformular los proyectos de trabajo desde el conocimiento de la situación sociocultural presente en el área geográfica de influencia.

Sostiene que la implementación del Plan Estratégico Operacional Integrado de acciones contra el mosquito Aedes Aegyti, sobrestimo la capacidad actores "voluntarios" para acciones de prevención y promoción de la salud, pues si bien es importante su participación no es suficiente para sostener en el tiempo y en profundidad los objetivos planteados.

Además subestimó la gravedad de la situación compleja de la población más vulnerable.

Las acciones son coordinadas por esta división tanto intramuros como fuera del hospital.

Acciones intramuros: Implicó la creación de un Comité de Dengue (dependiente de la Dirección del Hospital), consultorios de febriles, capacitación y concientización con los diferentes servicios, ordenamiento ambiental (búsqueda y eliminación de criaderos y sumideros en los servicios y espacios comunes del hospital).

Acciones extramuros: son ejecutadas por los equipos de los CeSAC correspondientes. Se organizan consultorios de febriles y estudios de focos según domicilio, y seguimiento de los pacientes.

El proceso de notificación de posibles casos de Dengue, Zika o Chikungunya, comienza en los servicios del hospital que, siguiendo los criterios clínicos estipulados, es el establecido en el PEOI (realizan la notificación a la División de Promoción y Protección que realiza la carga al SNVS). P y P posee además de las fichas de notificación generadas en papel del período 2016, un archivo electrónico en planilla de cálculo donde se registran todas las denuncias. El Área Programática insiste en la necesidad de seguir concientizando a los médicos sobre la importancia de la notificación de los casos.

Los estudios de foco son solicitados por la Gerencia Operativa de Epidemiología y se realiza según lo estipula la normativa, a su vez el área de Promoción y Protección coordina con el CESAC correspondiente al domicilio de la persona afectada. En el momento del brote del año 2016, se optó por programar una visita domiciliaria de todas las manzanas de los barrios de influencia del Área Programática.

Históricamente el registro y seguimiento de los casos de estudio de foco se realizaban en la planilla de cálculo mencionada, aunque desde el nivel central se realizaban los pedidos vía Fax.

A partir de mediados de 2016 se puede acceder a los pedidos de estudios de foco a través del SIC (sistema información complementaria) Google Docs que funciona como un repositorio compartido en el cual cada AP posee una carpeta con acceso restringido a cada área. Su uso fue impulsado por la Gerencia Operativa de Epidemiología.

Los informes de los estudios de foco realizados por los CeSAC son enviados al Servicio de Promoción y Protección del Hospital y a su vez los datos son cargados al Google Docs, SIC.

Con motivo de la implementación del nuevo plan estratégico, se invitó a participar formalmente a todos los jefes de AP a las jornadas de capacitación organizadas desde el Nivel Central. Participaron de reuniones organizadas por la D.G. Atención Primaria con representantes de las Comunas.

Se formalizó el marco de un trabajo que ya se estaba desarrollando. Se implementó una aplicación informática para registrar los estudios de foco e informes. Señalan que se hizo más fluida la comunicación con las áreas del propio Ministerio de Salud como de otros Ministerios o jurisdicciones intervinientes en el PEOI.

No se han incorporado al AP más personal para sostener las tareas implicadas en el PEOI.

Respecto de la participación en las mesas de trabajo, personal del AP intervino en acciones de coordinación de mesas de trabajo, y en las actividades desarrolladas.

No se lleva un registro particular de las actividades organizadas por las mesas de trabajo (formación de multiplicadores vecinales; capacitaciones, acciones para ordenamiento ambiental). Estas acciones se contabilizan como acciones grupales de los centros de salud. Los formularios utilizados para el registro de las acciones están centralizados en el área coordinadora del PEOI.

Personal del área participó de las capacitaciones de vecinos multiplicadores organizadas por la D.G. Salud Comunitaria, de salidas de timbreos conjuntamente con personal del Instituto Pasteur, DG Salud Comunitaria y autoridades comunales.

La articulación con otras áreas y actores se realiza de manera formal e informal

Insumos informáticos disponibles para SNVS.

El Área Programática posee una computadora en mal estado, sin fotocopidora y con problemas con el acceso al SNVS. Asimismo no cuenta con personal capacitado para la carga de datos.

Estadísticas y construcción de indicadores.

No generan sistemáticamente estadísticas o indicadores.

Se elaboró el informe "Diagnóstico Situacional de la Notificación de Enfermedades Transmitidas por mosquitos en el HGACA".

La denuncia de nuevos casos es cardada por PyP en SNVS. Si se pide el estudio de foco se completa la investigación y se sube al SIC, Google DOCs.

Devolución del informe a través de BES (Boletín Epidemiológico semanal y Boletín mensual de gestión de datos).

Los formularios específicos del PEOI son completados por los responsables de los CESACs y remitidos al Coordinador de la mesa interviniente. Luego este remite la información consolidada a la Coordinación del PEOI (Formulario de denuncia epidemiológica, formularios de estudios de foco y Formularios específicos del PEOI (timbreo y Hospitales sin Dengue).

VI. HG de NIÑOS "Dr. R. GUTIÉRREZ"

La División de Promoción y Protección de la Salud depende de la Subdirección Médica del hospital.

Integran la Mesa de trabajo N°9 "Asistencia adecuada a los enfermos".

La frecuencia de las reuniones varía de acuerdo a la época estacional y al escenario de riesgo. El registro en Actas de las actividades realizadas por la Mesa 9 lo efectúa el Nivel Central.

Se constituyó un grupo de trabajo y comunicación denominado **Grupo Dengue**, conformado por la dirección del hospital, enfermeras (control de infecciones), arquitecta, patrimonio, limpieza, mantenimiento y la coordinadora de pediatría ambiental del hospital, para realizar una vigilancia activa diaria intrahospitalaria de probables focos. En el caso de hallarlos, se toma una fotografía y comunica al grupo para que el área responsable lo resuelva en el menor tiempo posible. Se lleva un registro de las actividades realizadas.

El hospital no cuenta con ovitrampas, si bien existieron y eran colocadas por el Instituto Pasteur, ya no se hace. El hospital Fernández, detectó ovitrampas con resultado positivo frente al hospital Gutiérrez, esta situación originó reuniones conjuntas con el hospital Fernández.

El hospital no realiza estudios de foco y perifoco (actividades extramuros).

A pesar de ello y con la implementación del PEOI, refieren que se observó una mejora en cuanto a la participación de la comunidad, centros de salud, líderes barriales en las actividades de prevención.

La dotación de recursos humanos no se amplió con la implementación del PEOI.

A medida que se fueron implementando las acciones de prevención se observó una respuesta positiva de todo el personal perteneciente al hospital.

La carga de los datos lo realiza Promoción y Protección para la Salud y el área de epidemiología. La carga se realiza diariamente (vigilancia activa).

El hospital, al no tener área Programática y no realizar estudio y control de foco, no ve la necesidad de utilizar la aplicación SICs.

El hospital notifica en forma online al Nivel Central y este es el que articula con el Área Programática correspondiente, según lugar de residencia (ciudad o a la Provincia).

El Hospital realiza control intrahospitalario del vector, las actividades realizadas se registran en forma semanal y son enviadas al Gobierno de la Ciudad (ver imágenes ANEXO IV del presente informe).

Notificaciones de casos sospechosos de dengue

El servicio de Promoción y Protección del hospital cuenta con registros en papel de los casos notificados, los cuales son cargados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la salud (SNVS). Dichos datos están disponibles para su consulta tanto del nivel central como del local, con el usuario correspondiente a nuestro hospital.

Tabla 24. Casos sospechosos de dengue notificados entre 2009-2017 (hasta SE 25)

Año	Casos sospechosos notificados (n)
2009	12
2011	7
2012	3
2013	11
2014	2
2015	2
2016	206
2017	5
Total	248

Fuente: Hospital Gutiérrez

El hospital cuenta con los insumos necesarios para la asistencia adecuada a los enfermos. El Kit de repelente, mosquiteros, tules, paracetamol, lo provee el Gobierno de la Ciudad.

Se realiza seguimiento clínico del paciente hasta el momento del alta. Luego es derivado a su pediatra.

El hospital no realiza indicadores.

El Hospital Gutiérrez generó un informe en el 2016 del Hospital con las acciones, casos denunciados y estado de situación del área referido al tema (ver ANEXO IV.b).

VII. HGA "Dr. IGNACIO PIROVANO"

El Área Programática (AP) se encuentra ubicada en la zona Norte y Noreste de la ciudad de Bs. As., abarcando 2756 manzanas de las Comunas 12 y 13, 14 y 15. Tiene bajo su responsabilidad los CeSAC N° 2, 12, 27.

Las acciones realizadas son las mismas desde el primer Plan Director propuesto por el Departamento de Epidemiología.

Se respeta el proceso de notificación ante posibles casos de Dengue, Zika o Chingunya de acuerdo a las normativas vigentes del momento, proveniente del Dpto. Epidemiología, actualmente Gerencia Operativa de Epidemiología.

El paciente llega derivado desde los CeSAC, instituciones privadas o por sus propios medios al Hospital y ante la presencia de caso sospechoso se atienden en el consultorio de febriles y se confecciona la ficha epidemiológica con los datos preestablecidos por el Nivel Central.

Una vez confeccionada la ficha epidemiológica toma conocimiento Promoción y Protección de la Salud (P y P), notificando el caso sospechoso a Epidemiología (por mail o fax – actualmente por el SNVS y SICs). Desde el Departamento Epidemiología, se deriva al AP correspondiente, en base al domicilio del paciente (residencial, escolar, laboral), para las acciones de control y estudio de foco. P y P realiza además **una búsqueda activa en** forma diaria en la guardia, salas de internación y en laboratorio.

El AP cuenta con una médica pediatra coordinadora de Vigilancia Epidemiológica. Cada CESAC tiene a su vez, un referente nombrado por sus propios jefes. La Residencia de Educación para la Salud, y personal de la Sección Salud Escolar son colaboradores en las acciones.

Se realizan visitas en escuelas, centros de jubilados, ONGs, entre otros, brindando charlas informativas, como así entrega de material informativo.

Las particularidades de la población del área programática, favorecen la aparición de casos importados, por los viajes frecuentes al exterior.

En el Barrio Mitre se ha realizado conjuntamente con la Comuna 12, Espacios Públicos y personal de CeSAC, un trabajo de relevamiento en el terreno. En la primera etapa se realizó la búsqueda de posibles criaderos de mosquitos seguido de la colocación de contenedores para el ordenamiento ambiental. Se insiste en la necesidad de un desarrollo constante para la concientización y cambio de costumbres tanto del personal del hospital como de los CESAC, como así también en la comunidad, cuyos logros son lentos.

En el hospital y en los CESAC desde el año 2016 se implementó un Plan de acción específico para Hospitales y CeSAC sin Mosquitos.

En primera instancia se capacitó el Grupo de Control de Vectores, formado por representantes de AP, CeSAC, PyP, encargado de Patrimonio y Representantes de Empresas Privada de Mantenimiento del Hospital.

Luego se realizó relevamiento semanal en el Hospital para la detección de criaderos de mosquitos, dentro de la institución y su perímetro adyacente. Se completaron planillas preestablecidas y registro fotográfico que fueron remitidas vía jerárquica.

El retiro de los bienes en desuso acumulados es informado a Patrimonio y su retiro depende de la disponibilidad del Nivel Central.

El hospital y su área tienen diseminados sensores de ovipostura que son relevados semanalmente. Ésta información es recibida por el Instituto Pasteur, quien comunica los resultados a la Centralidad Comunal, para las acciones de control perisensor.

Refieren que la articulación con otras áreas del Gobierno, a partir de la implementación del PEOI ha mejorado.

Los efectores cuentan con equipos de informática, Internet y Wifi

La carga de la notificación a epidemiología es a través del sistema informático SNVS del Ministerio de la Nación.

Promoción y Protección de la Salud posee sus propios registros, al igual que los CESAC.

La implementación de la aplicación SICs, desarrollada sobre la plataforma Google, permite consultar on-line los estudios de foco solicitados por la Gerencia Operativa de Epidemiología y los informes respectivos generados por el Área Programática correspondiente. Hasta mediados de 2016 se realizaban por fax, mail o telefónicamente. Además el área Programática posee un registro propio en planilla de cálculo.

A partir de la implementación del PEOI y la "Centralidad Comunal" se fortalecieron las vinculaciones con diferentes áreas de gobierno y el trabajo intersectorial a través de reuniones programadas.

Integran la Mesa 3 denominada "mesa Institucionales" cuyo referente es el Instituto Pasteur.

Las actividades organizadas por las mesas de trabajo consistieron en la formación de multiplicadores vecinales; capacitación y acciones para ordenamiento ambiental.

Se definió la realización de reuniones con las escuelas para formar multiplicadores de actividad territorial, visitas personalizadas y reuniones periódicas en el hospital con infectología, enfermería, clínica médica, urgencias, laboratorio con participación de la sub-dirección.

En relación a las acciones de prevención y seguimiento realizadas en el año 2016, el hospital y los centros de salud participaron en el Proyecto "Plan de acción específico para hospitales y CESAC sin mosquitos"

El hospital cuenta con áreas preparadas para la contingencia con mosquiteros en clínica médica y tules en pediatría.

Estadísticas

Tabla 25. Pacientes atendidos en el Hospital Pirovano residentes CABA 2016

Grupo etareo	DENGUE
Total	152
-1	1
1	1
2 a 4	5
5 a 9	3
10 a 14	18
15 a 24	27
25 a 34	39
35 a 44	29
45 a 64	24
65 +	5

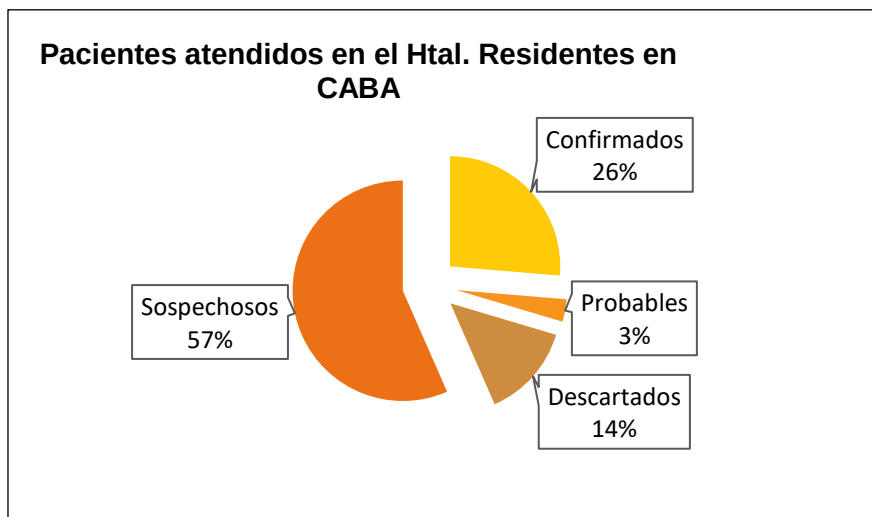
Fuente: Hosp. Pirovano

Tabla 26. Clasificación de los casos residentes

Clasificación de casos	Cantidad
Confirmados	40
Probables	5
Descartados	21
Sospechosos(*)	86

Fuente: Hosp. Pirovano
(*) (muestras sin procesar)

Gráfico 14. Porcentajes según clasificación de los casos para pacientes residentes



Fuente: Elaboración propia con datos del Hosp. Pirovano

Pacientes atendidos en el Hospital Pirovano no residentes CABA 2016

Grupo Etareo	DENGUE
Total	54
1	0
2 a 4	3
5 a 9	1
10 a 14	6
15 a 24	10
25 a 34	19
35 a 44	5
45 a 64	10
65 +	0

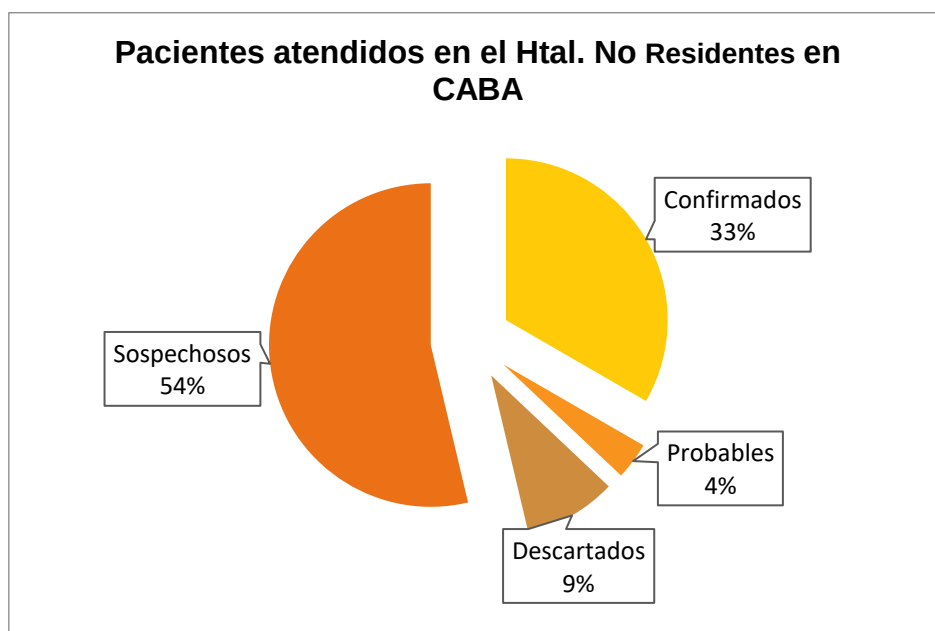
Fuente: Hosp. Pirovano

Tabla 27. Clasificación de los casos para pacientes no residentes

Confirmados	18
Probables	2
Descartados	5
sospechosos (*)	29

Fuente: Hosp. Pirovano
(*)(muestras sin procesar)

Gráfico 15. Clasificación de los casos para pacientes no residentes



Fuente: elaboración propia con datos del Hosp. Pirovano

Se confirmó en 2016, un caso importado de Chikungunya.

Informes a partir de las actividades del PEOI y otras.

Se generó un informe en el 2016 del Hospital con las acciones, casos denunciados y estado de situación del área referido al tema.

Las actividades de capacitación al personal se realizaron en el CESAC N° 12, (enero-febrero 2016). CESAC N° 12 (marzo 2016), Ministerio de Salud-Instituto Vaccarezza.

El Ministerio de Salud y otras Instituciones envía, semanal o quincenalmente, Información sobre ETM (Memos-Fichas-Boletines Epidemiológicos).

VIII. HGA "Dr. Dalmacio Vélez Sarsfield"

El servicio de Promoción y Protección cuenta con un referente epidemiológico y

ante la emergencia del brote epidémico de dengue de 2016, se reorganizó el Comité de Dengue (formado durante la epidemia de 2009), involucrando a todos los Servicios que intervienen en la atención del paciente y en el control vectorial intrahospitalario: Infectología, Departamento de Urgencias, Equipo de Epidemiología, Área Programática, Clínica Médica, Pediatría, Terapia Intensiva, CESAC 36, Laboratorio, Farmacia, Consultorios Externos, Enfermería, Servicio de Mantenimiento y Limpieza, Recursos Físicos. El comité lleva libros de actas.

Se conformaron los Consultorio de Febriles en Guardia donde los pacientes con temperaturas superiores a 38° C concurrían sin aguardar atención en sala de espera. El médico de guardia asignado evaluaba al paciente y realizaba la ficha epidemiológica para la denuncia a Promoción y Protección de la Salud (PyP) y la solicitud de la serología correspondiente, derivada luego a Virología del Htal. Gutiérrez a través de la Red de Laboratorios.

Se realizaron capacitaciones al personal de salud, a cargo de un Infectólogo y una profesional médica del Equipo de Epidemiología. Se concurrió a cada Guardia, de lunes a domingo, a fin de favorecer la mayor asistencia a la misma y con el objetivo de informar sobre medidas preventivas, métodos diagnósticos y terapéuticos, modalidad de notificación y seguimiento de los pacientes hasta el alta. Difusión de Actualizaciones enviadas por Epidemiología.

El Comité de Dengue realizó reuniones semanales para actualización de datos epidemiológicos sobre la situación del Hospital y del Área Programática, en cuanto a cantidad de casos asistidos y confirmados, y de la situación de la CABA en general (efectores públicos o privados).

Vigilancia Epidemiológica:

Círculo de Notificación:

-Búsqueda de Fichas de Denuncia: diariamente se concurría al Dto.de Urgencias a retirar las fichas realizadas y al Laboratorio para cotejar toma y derivación de las muestras correspondientes.

-Escaneo de las fichas y envío por mail a Departamento de Epidemiología.

-Notificación al SNVS (en 2016, una sola computadora y un solo escáner). Contiene base de datos de denuncias epidemiológicas.

- Los pedidos de estudio de foco se recibían y se enviaban los informes por e-mail. Se guardaba los mismos en carpeta electrónica.

-Carga a Base de datos propia de casos ETM: se realizó una base en excell y se subió a dropbox con datos filiatorios completos de todos los pacientes sospechosos asistidos en Guardia y CeSAC 36 con su georreferenciación.

- Resultados de Virología del Htal Gutiérrez: accedía a la base On line para la obtención de los resultados. En el caso de un resultado positivo se contactaba al paciente telefónicamente para notificarlo, verificando que estuviera realizando los controles y se reforzaban los signos de alarma que el paciente debía tener en cuenta para la consulta rápida a guardia (se detectaron 3 pacientes con síntomas que requirieron luego su internación). A partir del 16 de marzo todos los casos sospechosos debían, por nexo epidemiológico, considerarse caso positivo y no se enviaban las muestras al laboratorio.

-Elaboración de informes semanales para el Comité de Dengue con la actualización enviada desde el Depto. de Epidemiología.

-Envío por mail de informe semanal a la Dirección General de Hospitales Dengue de los pacientes internados por Dengue.

-Colaboración con el Consultorio de Febriles confeccionando un listado de pacientes sospechosos cuya serología era positiva (se realizó hasta el 16/03 cuando se declara la situación de brote).

-Realización de estudios de foco, al inicio con salidas a terreno y posteriormente en forma telefónica o entrevista personal cuando el paciente concurría a buscar el resultado dada la falta de recursos humanos disponible para salidas a terreno. Envío de informe por mail.

-Se realizaron recorridas intra y perihospitalarias semanales en búsqueda de potenciales y reales criaderos de Aedes Aegypti, repartiendo material gráfico preventivo entre el Personal de Salud y la población asistente.

-Se realizaron controles de los Aislamientos de pacientes en el Sector designado. Tuvieron dificultades con los insumos (tul, repelente).

Durante los meses de epidemia no se reforzó el recurso humano, por lo que con dos agentes con dedicación, se sobrecargó al personal y detrimento de otras actividades del servicio.

Ante el colapso de la Guardia en el control de los pacientes se requirió la colaboración de todos los servicios del Hospital y CeSAC para el mismo.

Implementación del Plan Estratégico Operacional Integrado

Cuando se vio la necesidad de desarrollar un plan estratégico, fueron convocados a través del Depto. de Epidemiología a participar en las diferentes reuniones que se realizaron al respecto.

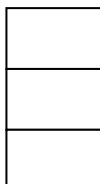
En agosto de 2016 fueron convocados a participar de la II Jornada de Trabajo para la Gestión Integrada del Control del Mosquito Transmisor de Enfermedades integrando la mesa de Manzanas sin mosquitos en áreas menos vulnerables

- a) Cambios a partir de la implementación del PEOI :
- Se contactó al referente de la Comuna 10, con quien se realizaron varias reuniones con los diferentes actores comunales e institucionales para puesta en marcha del PEOI.
 - Intervenciones escolares a través del Programa de Salud Escolar (organizados por AP).
 - Organización de salidas a terreno AP y CESAC 36 en manzanas con sensores positivos.
 - Incorporación en octubre de la plataforma SIC, en Google Drive, para estudio de foco de enfermedades de notificación obligatoria.
- b) Fueron designados tres profesionales médicas como responsables.
- c) En diciembre de 2016, se conformó un grupo de trabajo entre Comuna 10 (Presidente y Coordinador General), Secretaria de Cultura Ciudadana y Función Pública, Dirección de Salud Comunitaria y el Hospital Vélez Sarsfield. La formación de multiplicadores vecinales se inició en enero de 2017, quedó a cargo de la Dirección de Salud Comunitaria y las capacitaciones a cargo de la Comuna.
- d) Articulación con el CESAC, Comuna 10 y 11, Secretaria de Cultura Ciudadana y Función Pública, Dirección de Salud Comunitaria, Instituciones Barriales, Instituto Pasteur.
- e) A partir de la detección de sensores positivos, se realizaron intervenciones en las escuelas a través de Salud Escolar y se recorrieron las manzanas con sensores positivos para Aedes Aegypti hablando con los vecinos y repartiendo folletos en las casas e instituciones aledañas (A partir de noviembre de 2016).

Los formularios utilizados son: ficha epidemiológica de denuncia, a partir de la implementación del PEOI, formularios de estudio de foco, formularios de relevamiento de potenciales y reales criaderos de Aedes Aegypti; formularios de visitas a partir de sensor positivo.

Registros, estadísticas y construcción de indicadores:

Formularios de relevamiento de potenciales y reales criaderos de Aedes Aegypti se elevan a la Dirección del Hospital y luego se envía a nivel central. Formularios de visitas a partir de sensor positivo.



Se generaba en el momento de la epidemia informe semanal al comité de Dengue. Se formuló informe de situación al 27 de abril.

Tabla 28. Total de casos ETM 2016 asistidos en el Hospital Gral. de Agudos D. Vélez Sarsfield:

Total.	913
Confirmados.	799
Descartados.	88
No conclusivo.	26

Fuente: Hosp. Vélez Sarsfield

IX. HGA "Dr. J.M. RAMOS MEJIA"

Acciones y actividades del Área Programática en relación a la Prevención, vigilancia y control de enfermedades emergentes transmitidas por vectores

Equipo Interviniente: el equipo de epidemiología está compuesto por agentes que dependen del Área Programática. Se combinan las tareas de tal manera de cubrir las siguientes responsabilidades:

Intramuros: infectología - consultorio de febriles -. Realiza la compra de mosquitero (tramitada por caja chica del Hospital) y la entrega de repelentes.

Extramuros: estudios de foco y peri foco.

Comité Dengue: participan en las reuniones mensuales del comité de Dengue.

Actividades y acciones previas a la epidemia de 2016:

- Relevamiento de potenciales criaderos de mosquitos 2 veces al año, dentro del efector.
- Instalación de afiches en sitios claves del hospital.
- Entrega de folletos en salas de espera.
- Charlas de educación para la salud en el hall central (sector turnos) con proyección de diapositivas.
- Difusión por correo electrónico: Normas y Memos.
- Recordatorio tipo afiche a los médicos de guardia de definición caso sospechoso.
- Consultorio de febriles: lunes a viernes de 8 a 19hs.

Vigilancia epidemiológica:

En el marco de la vigilancia epidemiológica se realizaban las siguientes actividades:

- Notificación.
- Seguimiento de laboratorio.
- Llamados telefónicos a los pacientes.
- Articulación con Instituto Zoonosis.
- Estudio de foco en terreno: Visita al domicilio del caso, recorrida de 9 manzanas peri foco con:
 - 1) Búsqueda de febriles.
 - 2) Detección potenciales criaderos.
 - 3) Distribución Folletería.
 - 4) Educación para la salud a los vecinos.

Durante la epidemia 2016.

El brote obligó a la realización de las siguientes acciones:

- Incorporación de otras áreas al Comité de Dengue que quedó conformado por: Subdirección Médica Área Programática, Jefatura, equipo de epidemiología, Consultorios Externos (consultorio de febriles), Laboratorio, Farmacia y Departamento de Medicina. Las reuniones se realizaban en forma semanal.
- Compra de mosquiteros extras y confección con pieza de tul provista por el Nivel Central.
- Gestión de Traslado de muestras.
- Supervisión diaria de fichas epidemiológicas.
- Entrega de repelentes con mayor intensidad.
- Para el estudio de foco en terreno, se requirió la participación de todos los equipos del Área Programática, coordinados por el equipo de Epidemiología.

2do. SEMESTRE 2016: Plan Estratégico Operacional Integrado

La adecuación de las actividades al PEOI, se realizaron teniendo en cuenta sus objetivos:

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Promover la participación comunitaria para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Actividades: Acciones en "Manzanas libres de Aedes" en zonas menos vulnerables.

Se organizó la tarea dividiendo el territorio y las competencias:

Área Programática Central (APC)

- Dividido en 9 subáreas
- Manzanas relevadas 75% (222 manzanas)
- Número de Instituciones relevadas: 130

CESAC 45

- Dividido en 8 subáreas
- Manzanas relevadas: 80 % (116 manzanas)
- Número de Instituciones relevadas: 57

CESAC 11

- Dividido en 20 subáreas
- Manzanas relevadas: 100% (240 manzanas)
- Número de terrenos baldíos notificados. 27

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Desarrollar y sostener el monitoreo permanente y evaluación de acciones interministeriales en la prevención de las ETM a través del saneamiento ambiental de acuerdo con cada escenario de riesgo. Se realizaron acciones en el ámbito del saneamiento de Instituciones Públicas:

- Relevamiento de potenciales criaderos en las veredas del Hospital.
- Relevamientos semanales de potenciales criaderos dentro del hospital.
- Participantes: Enfermeros en control de infecciones. Equipo de Epidemiología.

Dificultades:

- Articular los relevamientos con personal de mantenimiento.
- Retirar de los espacios abiertos potenciales criaderos por falta de personal de "Patrimonio"

Acciones de control de Criaderos en la Vía Pública.

- Número de terrenos baldíos notificados: 27
- Se realizaron 12 relevamientos por sensores positivos, articulados con salud Comunitaria; Comunas 3 y 5, MAYEP, Instituto de Zoonosis, Equipo de Epidemiología.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4: Desarrollar un plan comunicacional diferenciado para los distintos escenarios de riesgo de ETM durante todo el año y adaptado a los diversos interlocutores en cada etapa.

Las Acciones de Comunicación para la Salud y difusión de contenidos educativos fueron realizadas a través de los relevamientos de manzanas, instituciones y relevamientos de sensores positivos.

OBJETIVO ESPECÍFICO 5: Implementar acciones de vigilancia epidemiológica y virológica que permitan analizar e informar sobre la ocurrencia de casos de enfermedad e identificar precozmente el tipo del virus circulante.

Las acciones tuvieron continuidad con lo desarrollado antes de la implementación del PEOI:

- Vigilancia Epidemiológica.
- Difusión de normas/memos.
- Notificación operativa.
- Gestionar el traslado de muestras.
- Seguimiento de laboratorios.
- Seguimiento de los casos.
- Vigilancia y estudio foco en terreno.

Además se adecuó el circuito de estudio de foco a la implementación del SIC (Google Docs).

OBJETIVO ESPECÍFICO 6: Asegurar el diagnóstico clínico precoz y el tratamiento adecuado en los distintos efectores asistenciales de la Ciudad.

Acciones desarrolladas:

- Difusión de Normas/Memos.
- Consultorio de febriles.
- Gestión de aislamiento.
- Gestión de mosquiteros.
- Distribución de repelentes.
- Control de stock paracetamol.

Estadísticas

Los casos notificados por AP - HGARM de ETM fueron 331; 270 casos confirmados de Dengue (49 por nexos), 2 casos Chikungunya, 1 caso Zika.

Tasa de notificaciones:

AP	40.7/100.000 hab.
CABA	120/100.000 hab.
PAIS	132/100.000 hab.

X. HGA "Dr. Juan A. FERNÁNDEZ"

El Departamento Área Programática de Salud (AP) depende de la Dirección del Hospital. Tiene bajo su dependencia a la División Promoción y Protección para la Salud y a la División Programas y Centros de Salud. Esta última tiene

a su cargo los CeSACs 21 y 25 de Retiro, 17 y 26 de Palermo, además del Programa Cobertura Porteña de Salud (COPS) y del Programa Salud Escolar. Existe en el área de Retiro otro centro de salud perteneciente a Nación (CIC) en proceso de transferencia a Ciudad, futuro CeSAC 47. El Área Programática tiene a su cargo acciones de vigilancia general epidemiológica a partir de eventos de notificación obligatoria.

El AP está en conocimiento de la implementación del Plan Estratégico Operacional (PEOI). Fue convocada por la Gerencia Operativa de Epidemiología (GOE) para la participación en reuniones donde se fue gestando el mismo. La presentación formal del PEOI se realizó por medio de CC.OO y de forma *on line*.

La implementación del PEOI tuvo un fuerte impacto en el trabajo en general ya que fortaleció las salidas a terreno en tanto se optimizó la articulación con los actores intervinientes, colaboró en la sistematización de las tareas; mejoró la carga de datos con el domicilio específico, esto resulta eficaz para la salida al terreno en las tareas de búsqueda activa de nuevos febriles en perifoco. Sin embargo, no todos los efectores que notifican los casos sospechosos cargan los datos necesarios para la búsqueda eficaz, esta falla afecta la salida al terreno.

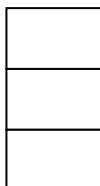
Depende de la GOE fortalecer e instar a los efectores una correcta carga de datos (especialmente en relación con el domicilio completo, con piso y depto.; teléfono y/o celular, y DNI)

La implementación del PEOI tuvo un efecto positivo pero también redundó en la sobrecarga de actividades para el personal lo que lo vuelve insostenible en el tiempo.

La División P y P está compuesta por el Jefe de División, el Jefe de Sección y dos médicas de planta (a la brevedad la dotación estará reducida por la jubilación de un agente).

Entre las tareas propias de la división se encuentra además de la entrega de Libretas sanitarias, la carga de eventos de notificación obligatoria, para ello se recolectan las fichas epidemiológicas de todas las áreas del hospital, pero mayoritariamente de las áreas de Infectología y Guardia. Luego, del relevamiento, se cargarán en el SNVS por el personal de la división.

No hay personal abocado específicamente a la carga de datos epidemiológicos. La resistencia de los médicos a la carga de notificaciones obligatorias origina un subregistro de los datos. Es necesario incorporar al



menos un *data entry* especialista en el tema y renovar el equipamiento informático que ya es obsoleto.

El AP participa en las Mesas de trabajo "Hospitales sin Mosquitos" y "Manzanas Vulnerables" como asistentes. En las reuniones se presentan los casos clínicos para su estudio, detectar los problemas y resolverlos. Los organizadores de las mesas de trabajo realizan una minuta de los temas tratados.

Circuito de notificación

El médico detecta un caso sospechoso (hospital o CESAC) y lo notifica a la División Promoción y Protección, donde se registra y carga al SNVS, se comunica a Epidemiología, quien requerirá al Dpto. del Área Programática correspondiente (División Programas y Centros de Salud) el Estudio de foco. (Los efectores privados informan directamente a Epidemiología y se sigue el mismo proceso).

Se realiza una toma de muestra en el Laboratorio del Hospital, carga el caso al SIVILA y deriva la muestra al Laboratorio de Referencia, Gutiérrez/Muñiz.

La denuncia del caso es de forma inmediata y obligatoria con la ficha correspondiente. En la Ficha de Denuncia de Caso Sospechoso deben constar los datos completos del paciente, datos del notificador, datos clínicos, antecedentes epidemiológicos, DENGUE, Laboratorio Viroológico, evolución y clasificación final.

Se cita al paciente para una segunda muestra.

La consulta puede realizarse por el Hospital, CeSAC o Efecto Privado.

Centralidad comunal

La Centralidad Comunal favoreció la mejor comunicación entre las Comunas 1, 14 y 2, las escuelas, los hospitales y toda institución que se encuentre en el área de influencia, por ejemplo el Cementerio de la Recoleta, Museos, Ministerios y Espacios Públicos. Se organizan para realizar las tareas de rastillaje de criaderos potenciales a partir de los peri-sensores colocados por el Pasteur, talleres de promoción con los vecinos y encargados de edificios, con entrega de folletería.

A través de la Comuna se acordó con el Sindicato Suterh contactar a los encargados de edificios para su capacitación en la detección de casos febriles y descacharreo. Se los proveyó de folletos informativos para entregar a los

vecinos y planillas donde se consignan los casos febriles por edificio. Luego se comunican telefónicamente.

Toda la folletería y publicidad es provista desde el Nivel Central.

La notificación entre los diferentes actores es eficiente aunque hay errores u omisiones en la carga de datos (amenaza), el PEOI debe fortalecer esta debilidad con personal idóneo y que comprenda la importancia de cargar correctamente la información.

En las tareas de rastrillaje se necesita un móvil para el traslado de toda la folletería que se entrega en las diferentes actividades que se realizan con los vecinos.

En la época de receso escolar, los equipos interdisciplinarios de Salud Escolar, colaboraron en la tarea de rastrillaje y promoción de la salud, para hacer frente a la epidemia 2016.

Para un rastrillaje efectivo se necesitan al menos diez personas. Un solo rastrillaje puede durar una semana porque los recursos son escasos, dado que el área está densamente poblada, tanto en la Villa 31 y 31 bis como zonas de grandes edificios con muchas unidades funcionales cada uno.

En la actualidad cada profesional lleva por sus propios medios el material que le es posible soportar. En el caso de la Comuna 2, el material ha sido transportado por ellos.

También sería necesario que se realicen llamados telefónicos anticipativos de la actividad a realizar, con un mensaje claro y conciso. Esto facilitaría la confianza y participación de la población, que demanda la identificación de los actores.

Acciones Intramuros

Se realizaron reiteradas y periódicas reuniones de equipo sobre control de ETM con el Subdirector médico del HGA Fernández, del que formaron parte la Fiscal de Recursos Físicos del Ministerio de Salud del GCBA, El equipo de Epidemiología de AP; el Servicio de Infectología; Farmacia; y Supervisora de Limpieza y enfermero del comité de control de infecciones. En consecuencia se elaboró un diagnóstico de situación local que fue publicado oportunamente en el BES 30 de la GOE con las intervenciones preventivas realizadas.

Durante el año 2016 la colocación de tules y mosquiteros, muchas veces fueron confeccionados y costeados por el propio personal ya que los kits de

Dengue (un tul, un repelente en aerosol, diez tabletas, un aparato de tabletas) provistos por el Ministerio de Salud no resultaron suficientes.

En el periodo 2016 se realizaron charlas y Ateneos de capacitación conjuntos con Infectología, AP y PyP.

Se realizó una campaña contra el Dengue, fecha 4 de febrero 2016: El comité en control de infecciones solicita a todos los jefes de diferentes secciones del hospital, retirar los reservorios de agua, incluyendo plantas, macetas que se encuentren en los sectores de internación y asistencia.

El relevamiento para el diagnóstico de situación ETM intrahospitalario se realiza en forma conjunta desde cada Servicio por un informe que se eleva a la mesa de Hospitales sin Dengue, y que se entrega también al Comité de Control de Infecciones que está a cargo de una sola persona, lo que origina la necesidad de crear un equipo ya que en el hospital Fernández no hay quien cubra la ausencia del mencionado profesional.

El Hospital Fernández no cuenta con ovitrampas.

Las acciones destinadas a la búsqueda de criaderos potenciales se realizan en forma periódica en operativos conjuntos entre el Área Programática y el Equipo del Instituto de Zoonosis Luis Pasteur (IZLP) del GCBA, que cuentan con la colaboración del Comité de Infecciosas, Mantenimiento y la Fiscal de Recursos Físicos.

Acciones extramuros

Las tareas extramuros son: Estudio de foco, perifoco, rastrillaje de Síndromes febriles inespecíficos de posibles nuevos casos en área urbanas y en villa 31 y 31 Bis, y talleres comunitarios de educación con los vecinos, centralidad comunal y capacitación en las escuelas a cargo del Ministerio de Educación con el refuerzo de los equipos de Salud Escolar del AP.

En 2016 en la Villa 31 del barrio de Retiro se relevaron durante la Epidemia de ETM: 22 manzanas y 402 domicilios. Se contactaron a 945 personas y a dos con SFI, en concordancia con la estadística internacional reportada de su eficacia.

Insumos informáticos disponibles para SNVS.

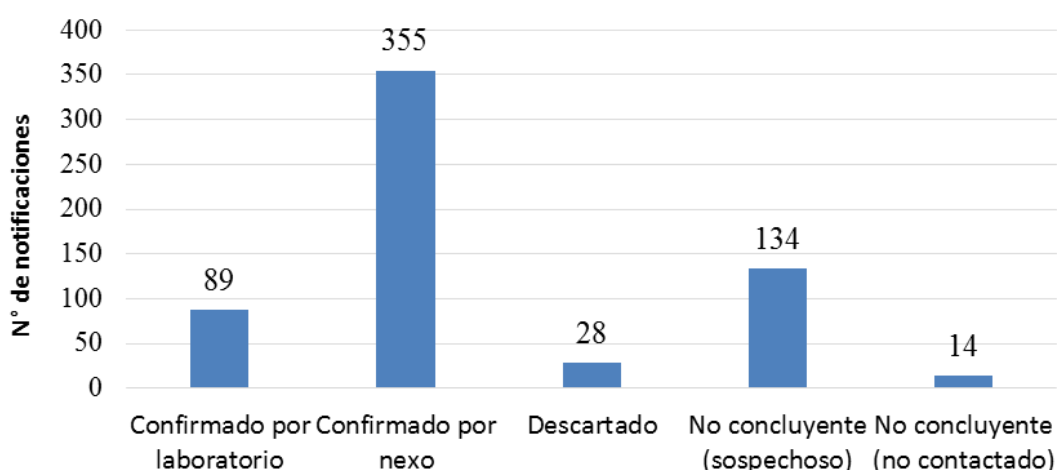
Los insumos informáticos son calificados como obsoletos y están mantenidos por los propios profesionales.

Se comunican las notificaciones de casos sospechosos atendidos en el hospital a través de teléfonos, celulares de los profesionales, correo electrónico o *whatsApp*.

La implementación de la aplicación **SIC**, desarrollada sobre la plataforma Google les resulta eficaz para la realización de los estudios de foco solicitados por la Gerencia Operativa de Epidemiología. Llega al AP una alerta en la casilla de correo electrónico avisando del caso sospechoso, su lugar de origen, domicilio, área del evento y datos personales. En el SIC se consolidan los casos denunciados que corresponden al AP.

Estadísticas:

Gráfico 16. Número de casos de ETM estudiados en el AP Fernández según diagnóstico final del estudio de foco. AP Htal. Gral. De Agudos "Juan A. Fernández". 2015-2016 n=620



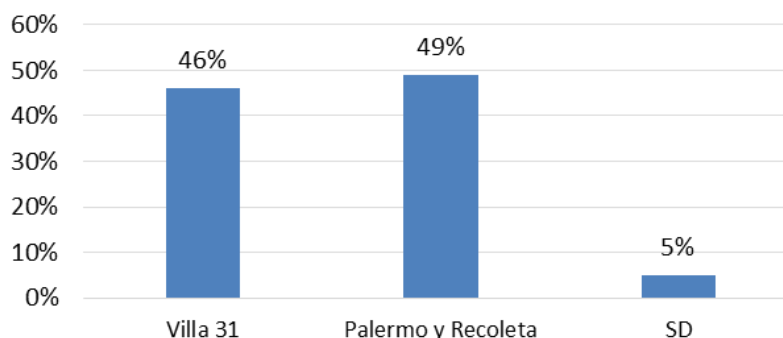
Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de estudios de foco.

El análisis realizado determinó que el 72% de los casos resultaron confirmados (n=444); el 4% fueron descartados (n=28) y el 24% obtuvo resultado no concluyente (n=148).

Los casos confirmados se distinguieron entre: confirmados por laboratorio 20 % (n=89) y confirmado por nexo epidemiológico, 80 % (n=355) según correspondiere a la etapa epidémica según confirmación de circulación viral local. En el gráfico 2 se presentan los casos de ETM según resultados de laboratorio.

Distribución geográfica de las notificaciones realizadas por ETM en el AP del Htal. Gral de Agudos "Juan A. Fernández".

Gráfico 17. Distribución en % de los 620 casos de ETM estudiados en el AP del Htal. Gral. de Agudos "Juan A. Fernández" según área domiciliaria



Fuente: Elaboración propia a partir de estudios de foco realizados

En el 49 % de los casos se constató domicilio en Palermo y Recoleta, mientras que el 46 % pertenecieron al barrio de Retiro, Villa 31. El 5 % de las notificaciones carecieron de datos de domicilio.

Se adjunta el último informe elevado a Dirección del HGA Fernández, del 27-7-17 con motivo de esta actividad permanente. (Ver Anexo IV.D).

XI. HGA "Dr. Bernardino Rivadavia"

El hospital Bernardino Rivadavia no tiene asignada Área Programática (hospital transferido a la ciudad en 1992), y no realiza vigilancia y acciones de control de enfermedades transmitidas por mosquitos fuera del hospital.

Fueron notificados del Plan Estratégico Operacional, al igual que otros efectores, por la Gerencia Operativa de Epidemiología. Se realizaron reuniones previas con todos los jefes de P y P, se notificaron algunos cambios puntuales en la ficha epidemiológica de carga para el SNVS.

Refieren como un logro la implementación de la plataforma informática Google Docs y del Boletín Epidemiológico Semanal (BES).

Desde el año 2015 el Instituto Pasteur realiza las acciones de vigilancia y control de enfermedades transmitidas por el mosquito dentro del hospital.

Acciones intramuros

Se realizan charlas, aprovechando la asistencia del público que concurre para la obtención de un turno, en la sala del mesón.

Obstetricia brinda charlas de prevención con pacientes embarazadas.

Profesionales de la Residencia de Epidemiología organizan charlas informativas.

Se conformó un grupo de whatsapp denominado "Rivadavia sin Mosquitos" donde participan profesionales y agentes de infectología, residuos patológicos, rezagos, de Mantenimiento del Gobierno de la Ciudad, del sector de limpieza, de Promoción y Protección y el Director del Hospital. Realizan en forma semanal una recorrida en búsqueda de posibles criaderos de mosquitos y de la identificación de residuos acumulados para su retiro.

Dentro del predio del hospital funciona el CEMIC y si bien no forma parte del hospital coloca sus desperdicios en volquetes teniendo que intervenir el Director del Hospital para que sean retirados.

Toda esta tarea de rastrillaje es registrada en planillas donde consta la fecha de detección de lugares posibles de criaderos, los actores intervinientes y la fecha de resolución.

El servicio de P y P elaboró en forma de informe una guía "Pre operativa de Dengue" 2016 y otra "Enfermedades Transmitidas por mosquitos" 2016. Las mismas fueron enviadas a todo el personal profesional y no profesional del hospital.

Insumos

Durante el periodo 2016 el Hospital contó con los insumos necesarios

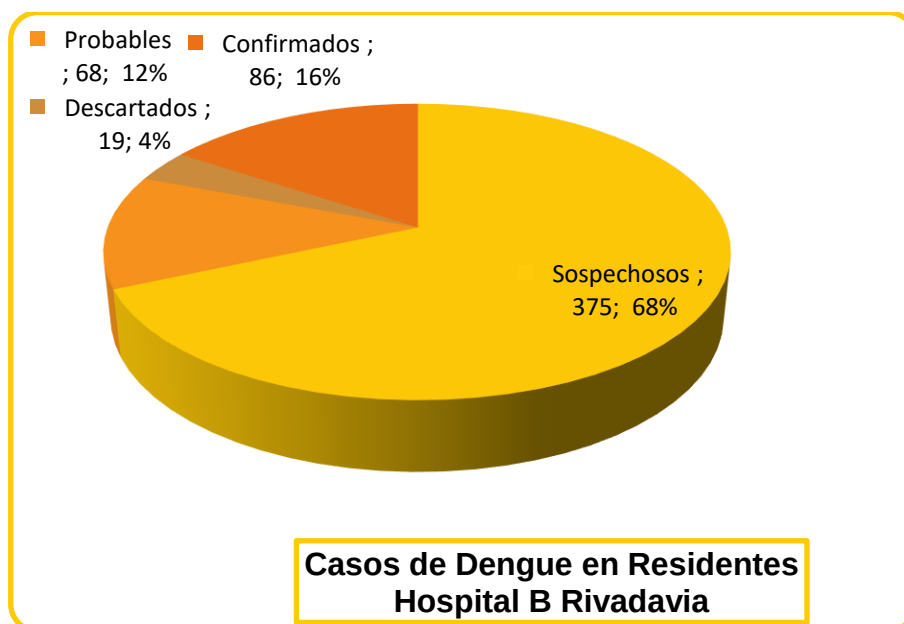
Estadísticas

Tabla 29. Casos de Dengue, pacientes residentes

Probables	68
Descartados	19
Confirmados	86
Sospechosos	375
Totales	548

Fuente: Hosp. Rivadavia

Gráfico 18. Clasificación casos de Dengue de pacientes residentes



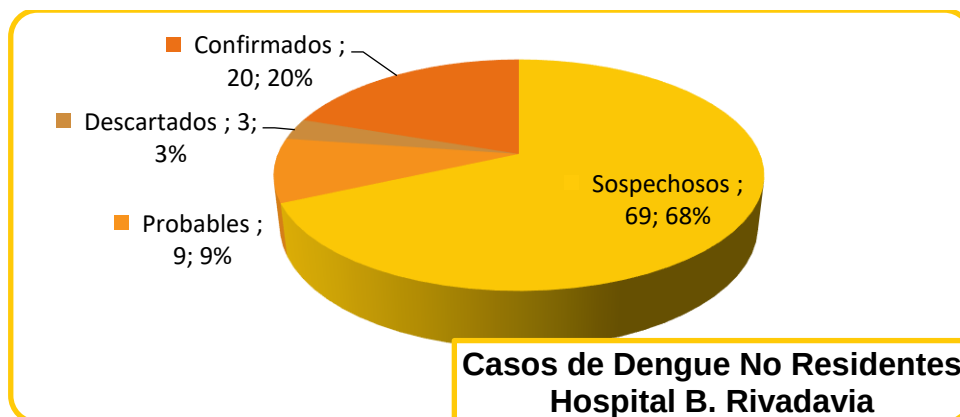
Fuente: Hosp. Rivadavia

Tabla 30. Casos de Dengue, pacientes no residentes

Sospechosos	69
Probables	9
Descartados	3
Confirmados	20
Totales	101

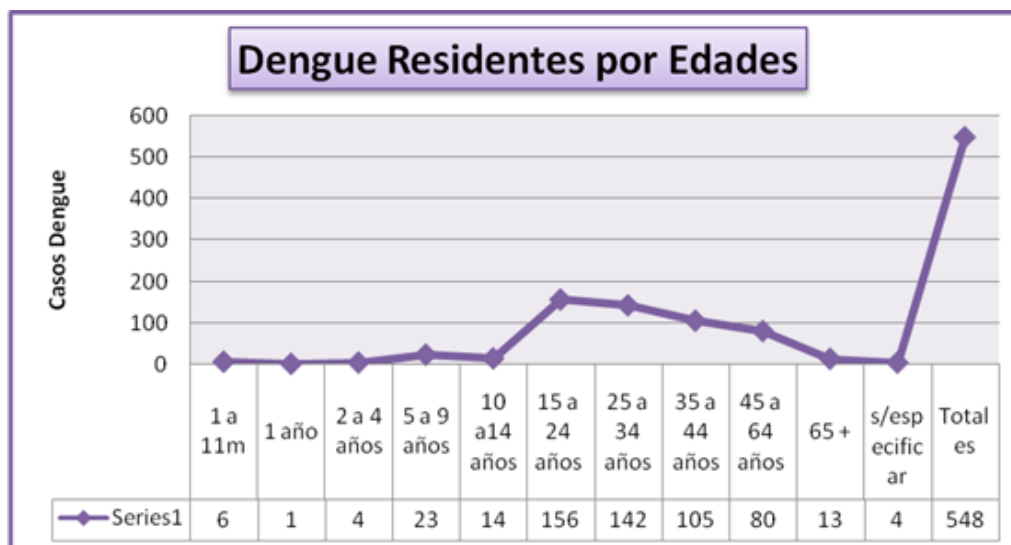
Fuente: Hosp. Rivadavia

Gráfico 19. Casos de Dengue, pacientes no residentes



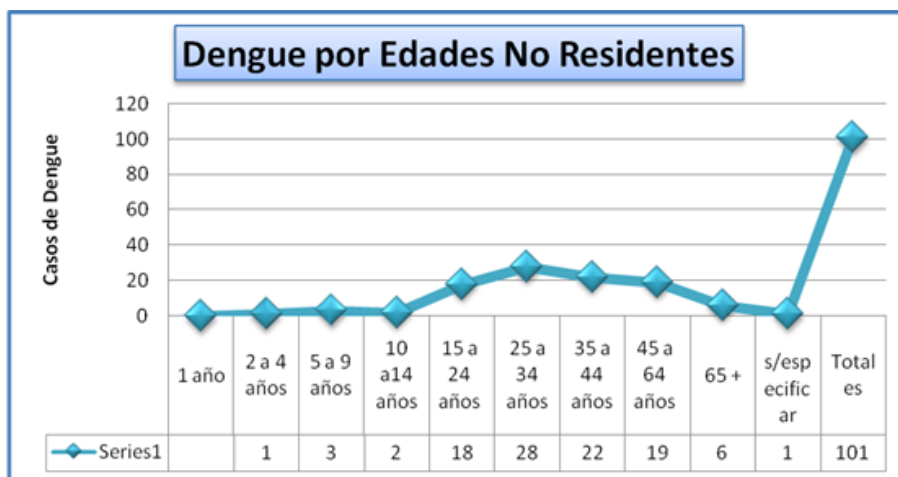
Fuente: Hosp. Rivadavia

Gráfico 20. CASOS DE DENGUE POR GRUPO DE EDAD Y LUGAR DE RESIDENCIA



Fuente: Hosp. Rivadavia

El grupo de 15 a 24 años fue el de mayor cantidad de casos residentes.



Fuente: Hosp. Rivadavia

El grupo de 25 a 64 años fue el de mayor cantidad de casos no residentes.

En el año 2016 se asistió a un solo caso de Chikungunya residente de la CABA. y un solo de Chikungunya, no residente de la CABA.

Por otro lado el personal auditado sostiene que si bien el PEOI generó cambios positivos, como la mayor participación de diferentes actores y mayor concientización sobre la necesidad de realizar relevamiento y control del vector, también es importante para que esto se sostenga en el tiempo la incorporación de personal administrativo para la carga de datos y para los registros de las diferentes acciones realizadas.

También el sector necesita un profesional especialista en epidemiología.

En la actualidad Los mismos profesionales de P y P son los que se ocupan de cargar las fichas de notificación y registrar las diferentes acciones realizadas, actividad que le resta o sobrecarga tiempo al trabajo asistencial.

Promoción y Protección para la Salud del Rivadavia realiza libretas sanitarias y exámenes prenupciales.

XII. HGA "Dr. Abel Zubizarreta"

El Área Programática tiene a su cargo acciones de vigilancia epidemiológica a partir de eventos de notificación obligatoria. Desde mayo de 2016, donde se produjo un cambio en la organización del área de Epidemiología del Ministerio de Salud, el proceso de notificación de posibles casos de Dengue, Zika o

Chikungunya, comienza en los servicios del hospital que, siguiendo los criterios clínicos estipulados, registran los casos en libros y fichas que luego son relevados por la División de Promoción y Protección que realiza el agrupamiento de los casos y las denuncias correspondiente al SNVS.

Hasta mayo del año 2016 las denuncias se realizaban de manera heterogénea ya sea por fax, mail o telefónicamente y el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud se encargaba de realizar la denuncia en el SNVS.

El cambio de gestión impulsó también la informatización del proceso de estudios de foco, implementando una aplicación informática sobre Google Docs que centraliza toda la información generada en este proceso.

El Hospital Zubizarreta posee sólo una profesional médica en la ejecución de acciones extramuros. Además colabora con acciones intramuros como la organización de consultorios de febriles, capacitación y concientización en los diferentes servicios, ordenamiento ambiental (búsqueda y eliminación de criaderos y sumideros en los servicios y espacios comunes del Hospital) que son realizadas y coordinadas por el Jefe de Departamento. No posee otros recursos humanos disponibles para realizar estas tareas.

El estudio de foco, según lo estipula la normativa, debe efectuarse en las 9 manzanas alrededor del domicilio. En el momento del brote del año 2016, se optó por limitar el estudio de foco solo a los hogares de las personas con sospecha de infección.

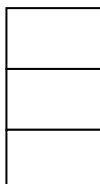
En 2016 se realizaron 376 estudios de foco, de los cuales todos corresponden a Dengue

Los insumos informáticos son adecuados para la carga. Falta personal técnico para la misma.

Se cargan las denuncias en el SNVS, el cual permite visualizar los datos históricos.

La División de Promoción y Protección posee además las fichas de notificación generadas en papel del período anterior a mayo de 2016.

Históricamente el pedido de estudios de foco se realizaba vía fax, mail o teléfono. A partir de mediados de 2016 se puede acceder a los pedidos de estudios de foco a través del SIC (sistema información complementaria) Google Docs que funciona como un repositorio compartido en el cual cada AP posee una carpeta con acceso restringido a cada área. Su uso fue impulsado por la Gerencia Operativa de Epidemiología.



Influencia del PEOI

Se formalizó el marco del trabajo que se venía realizando. Se implementó una aplicación informática para registrar los estudios de foco e informes y se responsabilizó a cada nodo en la carga de las denuncias en el SNVS.

Se hizo más fluida la comunicación con las áreas del propio Ministerio de Salud como de otros Ministerios o jurisdicciones intervinientes en el PEOI.

No se han incorporado al AP personal profesional, técnico o administrativo para sostener las tareas implicadas en el PEOI, generando acumulación de responsabilidades sobre el personal del AP.

La problemática social de la inseguridad no facilita a los agentes una adecuada recepción por parte de los vecinos, lo cual presenta límites a la estrategia por detección de sensores positivos. (Observación N° 10) Se suma a esto el horario en que se realizan los relevamientos en el cual la mayoría de las viviendas no cuentan con la presencia de sus habitantes.

Además se observan dificultades para el traslado de las muestras de laboratorio, así como la oportunidad del acceso a los resultados de las mismas.

Se registran salidas de timbreos conjuntamente con personal del Instituto Pasteur, DG Salud Comunitaria, MAyEP; y autoridades de las Comunas 11, 12 y 15, a partir de sensores de ovispostura positivos y estudios de foco.

Los formularios utilizados para el registro de las acciones están centralizados en el área coordinadora del PEOI. No se lleva un registro local de estas acciones.

La articulación con otras áreas y actores se realiza de manera informal y formal a través de mail. La comunicación informal es por vía telefónica o redes sociales.

La articulación se dio con los siguientes actores: Comunas 11, 12 y 15; D. G. Salud Comunitaria; Instituto Pasteur; Gerencia Operativa de Epidemiología.

Registros. Formulario de denuncia epidemiológica, formularios de estudios de foco y Formularios específicos del PEOI: planilla de relevamiento por sensores positivos y formularios de instituciones libres de Aedes.

No generan sistemáticamente indicadores.

Se lleva un registro de las denuncias y estudios de foco.

Tabla 31. Resumen de acciones realizadas 2016

CASOS DENUNCIADOS	DOMICILIOS RELEVADOS	PERSONAS RELEVADAS	FEBRILES ENCONTRADOS
376	376	476	0

Fuente: Hosp. Zubizarreta

Cabe aclarar que si bien coincide las cantidades denunciadas con domicilios relevados no es una asociación directa sino una coincidencia estadística.

XIII. HGA. “Dr. Teodoro Álvarez”

El Área Programática tiene a su cargo acciones de vigilancia epidemiológica a partir de eventos de notificación obligatoria que se realizan de acuerdo a la normativa, que genera el estudio de foco y perifoco (domicilio del paciente y alrededores).

Los estudios de foco son realizados por personal de Salud Escolar, asimismo algunas zonas son cubiertas por personal del CeSAC 34.

La denuncia de los casos en el sistema SNVS es realizada por personal de P y P (incluyendo los detectados en el CeSAC 34). Dentro del hospital, personal de P y P releva los libros de los servicios, sistematiza los casos y realiza las acciones según lo estipula la normativa.

Los pedidos de estudio de foco eran remitidos al AP a través de Fax, pero a partir de octubre-noviembre de 2016 se realizan a través de una aplicación informática desarrollada sobre Google Drive.

A partir de la implementación del Plan Estratégico Operacional Integrado de acciones contra el mosquito Aedes Aegypti, se realizan acciones intramuros (ordenamiento ambiental) que son realizadas y coordinadas por la División de Promoción y Protección.

Además el AP realiza acciones de promoción a partir de información proveniente de los “sensores” de ovipositoras en las manzanas de influencia del mismo.

En el momento del brote de Dengue del año 2016, los pedidos de estudios de foco exigieron un sobre-esfuerzo del personal del área con el que se consiguió cubrir todos los casos denunciados.

El Área Programática, posee 2 computadoras, las cuales tienen más de 5 años, por lo que no hay una pc disponible para las tareas de epidemiología. Poseen inconvenientes esporádicos con el funcionamiento del SNVS porque

el servidor del Ministerio de Salud de la Nación tiene problemas que impide la carga.

Asimismo no se cuenta con personal técnico capacitado para la carga de datos y sistematización de los mismos. La carga es efectuada por los mismos Profesionales que han actuado.

Se cargan las denuncias en el SNVS, el cual permite visualizar los datos históricos.

El AP posee un archivo electrónico en planilla de cálculo de uso interno, donde se registran todas las denuncias.

Históricamente el registro y seguimiento de los casos de estudio de foco se realiza en la planilla de cálculo mencionada, aunque desde el nivel central se realizaban los pedidos vía Fax. Los informes se enviaban vía fax o mail. Por lo que estos registros se encuentran repartidos en formato digital y físico.

A partir de mediados de 2016 se puede acceder a los pedidos de estudios de foco a través del SIC (sistema información complementaria) Google Docs que funciona como un repositorio compartido en el cual cada AP posee una carpeta con acceso restringido a cada área. Su uso fue impulsado por la Gerencia Operativa de Epidemiología.

Los informes de los estudios de foco realizados son cargados por el médico responsable del caso en el Google Docs, en el AP o CeSAC según corresponda.

A raíz de la implementación del PEOI se hicieron más eficientes los circuitos de comunicación, con medidas como la implementación de aplicación informática para registrar los estudios de foco e informes.

Se mejoró la articulación con las áreas del propio Ministerio de Salud (Gerencia de Epidemiología, DG Salud Comunitaria e Inst. Pasteur) como de otros Ministerios o jurisdicciones intervinientes en el PEOI (Comunas, MAYEP, etc.).

A su vez se concentró en el AP más responsabilidades y no se han incorporado personal profesional, técnico o administrativo para sostener las tareas implicadas en el PEOI.

Desde la Dirección se estableció un sistema de referencia y contrareferencia para el tratamiento de los pacientes.

Personal del área realizó estudios de foco; salidas de timbreos a partir de sensores positivos conjuntamente con autoridades comunales. Se encuentra dificultad en las visitas a domicilio, por el horario en que se realizan las actividades, para establecer contacto con las personas a cargo de los hogares. Además, se optó por no ingresar a los domicilios para proteger a los ciudadanos de oportunistas.

Los estudio de foco y procedimientos por sensores positivos en zonas vulnerables, son realizados por personal del CESAC 34 y AP.

La clasificación de zonas vulnerables fue realizada por el Área Programática. En el momento más alto del brote se presentaron problemas con el acceso a los resultados de las muestras enviadas. Esta situación no se dio en los casos en que los pacientes eran niños.

Detectaron problemas para la resolución de casos como remoción de autos abandonados u ordenamiento ambiental en terrenos o casas abandonadas de propiedad privada.

Hubo suficiente disponibilidad de folletería para las campañas (aunque a veces se demoraba la entrega).

Se organizaron talleres de prevención en las instituciones educativas y colonias de verano.

Se realizaron acciones de ordenamiento ambiental intrahospitalario. No se pudo resolver adecuadamente la aislación con mosquiteros en las salas de internación.

Participaron de manera periódica en los siguientes espacios radiales: FM Flores, "Buena Salud. Un espacio para vivir mejor"; FM de la Escuela de Profesionales, "¿Que parte no entendiste?".

Se redactaron artículos sobre la temática de prevención de Dengue publicados en los periódicos Adán y Boletines de las Agentes de Salud que luego se repartieron en las salas de espera del Hospital.

La articulación con otras áreas y actores se realiza de manera informal y formal a través de mail. La comunicación informal es por vía telefónica, Internet, tanto al área como con la persona referente de los equipos de salud dentro del barrio.

La articulación se dio con los siguientes actores: Comunas; D. G. Salud Comunitaria; Instituto Pasteur; Gerencia Operativa de Epidemiología, MMayEP; Ministerio de Educación, Programa de Salud Escolar para paciente con sospecha de dengue que se encuentren dentro de establecimientos comprendidos por el AP. Existe colaboración por parte de una Comisión Vecinal que se reúne en el hospital Álvarez para colaborar con distintas tareas.

No poseen convenios.

Registros

Formulario de denuncia epidemiológica, formularios de estudios de foco y Formularios específicos del PEOI (timbreo y Hospitales sin Dengue).

Se realizan registros sobre los casos presentados. No se generan indicadores.

Se generó informes semanales desde la implementación del plan hasta diciembre de 2016.

Se redactó un informe anual sobre las acciones relacionadas al objeto del relevamiento.

Circuitos

La denuncia de nuevos casos es cargada por PyP en SNVS. Si se pide el estudio de foco se completa la investigación y se sube al SIC, Google DOCs. Devolución del informe a través de BES (Boletín Epidemiológico Semanal).

Los formularios de otras actividades específicas del PEOI son completados por los responsables del AP y se remite informe a la Dirección del Hospital. Luego se remite la información a la Coordinación del PEOI.

Tabla 32. Estadísticas del Hospital Álvarez

Balance Dengue Enero a Diciembre 2016 Hptal. Álvarez												
	En	Fe	Mar	Abr	Ma	Ju	Ju	Ag	Se	Oc	Nov	Dic
Sospechosos Totales	12	60	105	162	46	41	-	-	-	-	-	7
Positivos totales	4	20	24	161	46	40	-	-	-	-	-	0
Serología +	4	20	23	27	-	-	-	-	-	-	-	0
Por Nexo Epidem.	0	0	1	134	46	40	-	-	-	-	-	0
Negativos	8	40	81	1	0	1	-	-	-	-	-	7
Focos Realizados	8	60	105	162	46	41	-	-	-	-	-	7
Total manzanas recorridas	64	360	712	588	70	86	-	-	-	-	-	63
Total búsqueda de febriles	1445	3827	6777	7889	4531	2967	-	-	-	-	-	1332
Febriles/caso sosp. Hallados	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	0

Fuente: Hosp. Álvarez

TOTAL CASOS ENERO - DIC. 2016: **433**

Casos Positivos	295
Por Serologia	74
Por Nexo	221
Casos Negativos	138
Total de Casos.	433

Fuente: Hosp. Álvarez

Acciones realizadas durante el año 2016

- 1 - Enero: se transmitieron acciones de Prevención general en la comunidad a través de la población que concurrió a la Colonia de verano en la escuela 4 distrito 12 del nivel inicial y primario (se entregó folletería el 21/1/16)
- 2 - A partir del mes de marzo se realiza Prevención con los alumnos y padres concurrentes a los screening de Salud Escolar.
- 3 - Se realizó Charla informativa con los Directivos de todas las escuelas primarias del distrito 7 (10 de marzo 2016) y del distrito 12 (14 de marzo del 2016). En dicha reunión se repartió folletería.
- 4 - Se realizó Charla informativa con los padres concurrentes a los Talleres de Crianza de:
Escuela 4 distrito 12 (3 de Marzo del 2016)
Escuela 14 distrito 12
Jardín A distrito 12
Escuela 12 distrito 12 (12 de marzo)
Escuela 13 distrito 7 (17 de marzo)
Escuela 17 distrito 12 (22 de marzo)
Escuela 8 distrito 7 (29 de marzo)
- 5- Se envió mail informativo a los 4 distritos del Área Programática (7 – 11 - 12 y 14) y a las escuelas 11 y 23 del distrito 18.

XIV. HGA. "Dr. Carlos Durand"

Estructura del área y dependencia

Como en el resto de los hospitales generales de agudos, el Departamento Área Programática depende de la Dirección del Hospital y de la Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria. Tiene bajo su dependencia a la División Promoción y Protección para la Salud y a los CESAC (22, 38). La estructura no se amplió con la implementación del PEOI. Periódicamente la GOE convoca a una reunión con los referentes intermedios de Epidemiología de todos los hospitales de la ciudad en el Ministerio de Salud, lo que permite una mejor comunicación entre todos los actores involucrados produciéndose un cambio favorable con mayor participación.

Integraron la mesa de "Manzanas para la salud en zonas menos vulnerables", las reuniones se realizaron de acuerdo al escenario de riesgo.

Desde la Gerencia Operativa de Epidemiología se convocó a una reunión en el Ministerio de Salud para evaluar el Plan desde el punto de vista de los distintos actores y programar nuevas estrategias.

Los pacientes notificados dentro del área programática, en su mayoría provienen desde efectores privados.

La arquitectura del área geográfica de influencia, incluye numerosas estructuras en altura y debido a ello se decidió convocar a los encargados de edificios considerando que son actores importantes para la prevención porque constituyen un nexo multiplicador de la información en este sector de la comunidad.

La dificultad más común de los diferentes actores intervinientes en el control de foco y perifoco, es la resistencia que presentan los habitantes para permitir el ingreso a los domicilios.

La colocación y relevamiento de los sensores en toda la ciudad están a cargo del Instituto Pasteur y la Facultad de Ciencias Exactas.

En los lugares donde se detecta el mosquito a través de los sensores de ovipostura se activa un dispositivo donde se convocan a los actores involucrados en la manzana correspondiente, entre ellos, el Área Programática, Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de CABA, la Cruz Roja, vecino multiplicador que participan del PEOI, comuneros y representantes sociales. Se realiza un recorrido buscando potenciales criaderos para implementar una estrategia para su resolución.

Proceso de notificación de posibles casos de Dengue, Zika o Chikungunya:

Frente a un posible caso, cada efector debe realizar la denuncia a la Gerencia de Epidemiología del Ministerio a través del SNVS. Esta acción, en los Hospitales Públicos, está a cargo de Promoción y Protección de la Salud. Una vez que llega al Ministerio, la GOE lo carga en un base de datos en *google docs* que comparte con los distintos Hospitales Públicos de la ciudad y distribuye los pacientes notificados según su domicilio al área programática que le corresponde para realizar el control de foco.

Una vez realizado el control de foco se informan los resultados a través de la misma base de datos que comparte con el Ministerio y se cierra el caso.

En el año 2016 en el Área Programática hubo dos casos de Zika y tres de Chikungunya, ninguno fue autóctono. Durante la epidemia, luego de los tres primeros meses de iniciada y debido a la gran cantidad de casos, se debió suspender la confirmación por laboratorio y todo caso sospechoso fue abordado como confirmado tanto para el tratamiento del paciente como para los estudios de foco.

El laboratorio de referencia es el hospital Ricardo Gutiérrez.

Actividades

a. Intramuros:

- Control del vector intrahospitalario: El IZLP coloca y controla las ovitrampas en el predio del hospital.

El departamento de AP convocó a las empresas de mantenimiento y otros sectores para realizar reuniones informativas, y poder implementar conjuntamente la erradicación de potenciales criaderos. Dichas reuniones no tuvieron la repercusión esperada.

- Controles de foco: La implementación del SIC resultó una plataforma eficaz ya que permite una fluida comunicación con el nivel central.

El AP cuenta con una base de datos de las notificaciones para estudio de foco enviados desde la GOE.

b. Extramuros: (Se adjunta como Anexo 4 ejemplo actividad en comuna 15)

- Talleres en escuelas públicas y privadas a través del programa de Salud Escolar.
- Control de foco de todos los casos notificados.(tanto de la GEO como de las escuelas del área)
- Prevención y búsqueda activa de criaderos en manzanas con sensores de ovipostura positivos.

Se comunican con los actores de la Comuna 15, 6, y 5 (parte de las 3 comunas forman parte del área) a través de un grupo de whatsapp o correo electrónico.

Insumos: durante el periodo 2016 los insumos fueron insuficientes (tul para aislamiento, repelente). En el 2017 han notado una mejoría en el suministro.

Estadísticas 2016

Tabla 33. **Casos notificados de dengue durante la epidemia en el año 2016 en el Área Programática del Hospital Durand.**

Notificación	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Sospechosos	44	65	124	143	17	11	3
Confirmados	10	20	76	116	17	11	3

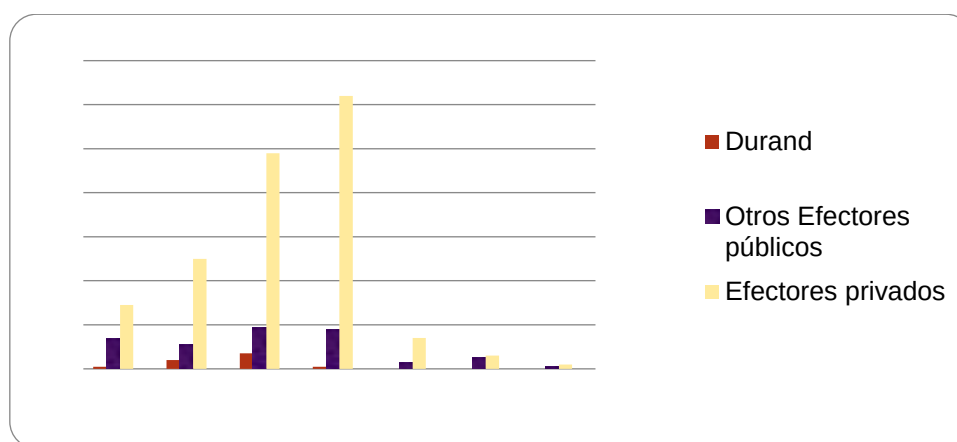
Fuente: Hosp. Durand

Tabla 34. Casos notificados de dengue durante la epidemia en el año 2016 en el Área Programática del Hospital Durand según efector. Detalle del origen de las notificaciones de los casos sospechosos.

Efector	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Durand	1	4	7	1	0	0	0
Otros Efectores públicos	14	11	19	18	3	5	1
Efectores privados	29	50	98	124	14	6	2

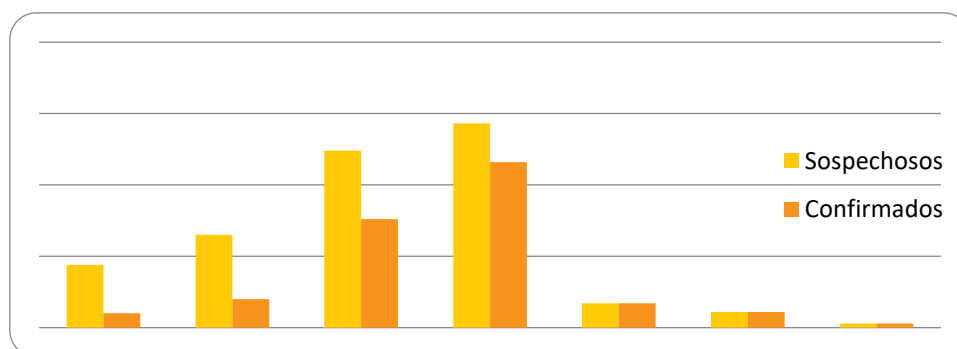
Fuente: Hosp. Durand

Gráfico 21. Gráfico de Casos notificados de dengue durante la epidemia en el año 2016 en el Área Programática del Hospital Durand



Fuente: Hosp. Durand

Gráfico 22. Gráfico de Casos notificados de dengue durante la epidemia en el año 2016 en el Área Programática del Hospital Durand según efector



Fuente: Hosp. Durand. En estos meses también hubo **dos** casos de **Zika** y **tres** de **Chikungunya** que vivían en el área pero fueron todos importados de Colombia y Brasil.

XV. Hospital General de Agudos "Dr. J.M. PENNA"

El Área Programática tiene a su cargo acciones de vigilancia epidemiológica a partir de eventos de notificación obligatoria. La vigilancia de los eventos Dengue, Zika o Chikungunya se realizan en el marco de la normativa de la vigilancia de Síndrome Febril Agudo Inespecífico.

Las acciones realizadas en el Hospital J. M. Penna, desde el inicio del 2016 fueron: la creación de un Comité de Dengue (dependiente de la Dirección del Hospital), consultorios de febriles, capacitación y concientización con los diferentes servicios, ordenamiento ambiental (búsqueda y eliminación de criaderos y sumideros en los servicios y espacios comunes del Hospital).

Las acciones extramuros de estudio de foco, son ejecutadas por diferentes equipos formados por personal de los CeSAC o del AP dependiendo del domicilio del paciente. El área Salud Escolar desarrolla los estudios de foco en los establecimientos educativos pertenecientes al área bajo su responsabilidad.

Hasta la implementación del Plan Estratégico Operacional Integrado de prevención, vigilancia y control de enfermedades transmitidas por mosquito (PEOI), el proceso de notificación de posibles casos de Dengue, Zika o Chikungunya, comenzaba en los servicios y centros de salud del hospital que, siguiendo los criterios estipulados, realizaban el llenado de la ficha epidemiológica correspondiente y la notificación al Área Programática. Esta a su vez notificaba al Departamento de Epidemiología del Nivel Central. La solicitud de estudio de foco se realizaba desde esta área a través de mails, fax o telefónicamente.

El estudio de foco, según lo estipulaba la normativa, debía efectuarse en las 9 manzanas alrededor del domicilio. En el momento del brote del año 2016 la situación superó ampliamente la disponibilidad de recursos humanos del área Programática y de los CeSAC.

Una situación especial se vivió en la Villa 21 y zonas aledañas, con una concentración de más de 400 casos confirmados. Los responsables de los CeSAC 1, 8, 30 y 35 resolvieron formar una mesa de trabajo junto a organizaciones del barrio: junta vecinal, comedores, cooperativas, parroquias. Esta mesa de trabajo colaboró ampliamente con las acciones implementadas por la Mesa 2: Manzanas libres de Aedes Aegyti en manzanas vulnerables del PEOI.

Durante la epidemia el AP consiguió el traslado de enfermeras a los CeSAC para realizar las extracciones in situ, pero tuvieron dificultades con el traslado de las muestras y el acceso a los resultados.

En el primer semestre del 2016 el Área Programática poseía computadoras con problemas con el servicio de Internet y la alimentación eléctrica. Los CeSAC 35, 8 y 30 no poseían medios disponibles o tenían dificultades para realizar la notificación de los casos al AP.

Se contaba con una persona que cargaba los datos al SNVS, pero su dedicación horaria era *Part Time* con otras tareas del área. En estos momentos ya no se cuenta con dicho recurso.

Los casos denunciados, a su vez, son registrados en una planilla de cálculo. De esta manera, además de las fichas de notificación generadas en papel del período 2016 (4 biblioratos de informes de 2016), se ha realizado un archivo electrónico en planilla de cálculo donde se registran todas las denuncias y el seguimiento de los casos de estudio de foco.

A partir de mediados de 2016 se puede acceder a los pedidos de estudios de foco a través del SIC (sistema información complementaria) desarrollado en Google Docs., que funciona como un repositorio compartido en el cual cada AP posee una carpeta con acceso restringido a cada área. Su uso fue impulsado por la Gerencia Operativa de Epidemiología. La aplicación informática hizo más eficiente el proceso de comunicación.

La implementación del PEOI formalizó el trabajo que ya se venía realizando. Se hizo más fluida la comunicación con las áreas del propio Ministerio de Salud como con otros Ministerios o jurisdicciones interviniente: MArEP; SECHI; UGIS; Instituto de Zoonosis; D. Gral. Salud Comunitaria.

No se han incorporado al AP, ni en los CeSAC personal para sostener las tareas implicadas en el PEOI.

Los insumos como botiquín para dengue, repelentes, folletería, tul para mosquiteros, fueron escasos durante los primeros 6 meses del 2016, luego de la epidemia se normalizó su provisión.

Durante la epidemia se instaló la unidad sanitaria móvil (tráiler) en la Villa 21, pero no se tuvo en cuenta la provisión de luz eléctrica y las situaciones de inseguridad, con lo cual, se presentaron inconvenientes para el funcionamiento. Muchas personas se acercaban de otros barrios, con lo cual colapsaron los CeSAC 8 y 35 en varias oportunidades.

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

No hubo personas del AP en la coordinación de mesas de trabajo del PEOI.

Se realizaron acciones con la mesa de instituciones libres de Aedes, con lo cual se informaban los progresos semanalmente y a partir de noviembre de 2016 mensualmente.

Con la mesa de trabajo de manzanas libres de Aedes en zonas vulnerables, se contó con la colaboración de MAYEP; Instituto Pasteur; D.G. Salud Comunitaria y Salud Ambiental. Las acciones se orientaron principalmente al ordenamiento ambiental junto a los equipos de los CeSAC. No se llevó un registro particular de estas acciones, pues se contabilizan como acciones grupales para la carga SiCeSAC.

Con respecto a la mesa "acciones de manzanas en zonas menos vulnerables" se invitó al AP a reuniones de formación con vecinos multiplicadores.

No se desarrollaron actividades por ovitrampas, aunque las lecturas de las mismas hayan sido siempre positivas.

Los formularios utilizados para el registro de las acciones están centralizados en el área coordinadora del PEOI. Se utilizaron formulario de denuncia epidemiológica, formularios de estudios de foco y formularios específicos del PEOI (timbreo y Hospitales sin Dengue).

La articulación con otras áreas y actores se realiza de manera informal y formal a través de mail. La comunicación informal es por vía telefónica e Internet, tanto al área como con la persona referente de los equipos de salud dentro del barrio.

La articulación se dio con los siguientes actores: D. G. Salud Comunitaria; Departamento de Salud Ambiental; Instituto Pasteur; Gerencia Operativa de Epidemiología; junta vecinal, cooperativas, instituciones educativas, parroquias, comedores. No poseen convenios firmados con estas instituciones.

Estadísticas

No generan sistemáticamente estadísticas o indicadores.

Los formularios específicos del PEOI son completados por agentes del Instituto Pasteur o Salud Comunitaria, luego son remitidos a la coordinación del PEOI.

Se envía por Comunicación oficial el formulario de relevamiento de Hospitales sin Dengue a la mesa coordinadora.

Los casos notificados de ETM en el 2016 fueron 1200 notificaciones, con 588 casos positivos de dengue, 3 casos de ZIKA y 2 de Chikungunya.

V. 4. 5. COORDINACIÓN GENERAL DE PRENSA Y COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL

La Coordinación General de Prensa y Comunicación Institucional integró la Mesa 6 de Comunicación Social y Educación para la salud en el marco del PEOI, cuyo objetivo fue desarrollar un plan comunicacional diferenciado para los distintos escenarios de riesgo de ETM durante todo el año y adaptado a los diversos interlocutores en cada etapa.

La necesidad de articular un Plan Integrado, que incorpore a diversas áreas de gobierno, e Integral, que aborde la problemática de manera multidimensional, cobra mayor significancia a la luz de los efectos del brote epidemiológico de principios de 2016.

De este modo, el Plan implementado a partir de Septiembre de 2016, apeló a la participación de los distintos organismos del Gobierno y de otras organizaciones de la comunidad, para trabajar en forma integral e intersectorial en los diferentes momentos epidemiológicos.

Articulación interministerial en la ciudad

Haciendo especial énfasis en la prevención y en la participación ciudadana, se eligieron diversos canales de comunicación: capacitaciones, acciones territoriales, prensa, difusión de piezas comunicacionales en vía pública y redes sociales. La Coordinación de Prensa y Comunicación Institucional no cuenta con asignación presupuestaria.

Desafíos de comunicación

Los objetivos formulados para la Mesa 6, apuntaron a transformar la creencia desde un enfoque de "enfermedad" hacia otro de "prevención", y para ello la solución es empoderar al vecino con adecuada y suficiente información sobre el cuidado y prevención de las ETM.

Dos ejes fundamentales: la prevención y el involucramiento ciudadano.

Objetivos específicos:

1. Instalar el concepto de programa de prevención. Concientizar al ciudadano acerca del ciclo de vida del mosquito Aedes Aegypti, transmisor del dengue y otras enfermedades, para promover hábitos y conductas saludables y adecuadas a cada época del año y/o de las distintas etapas por las que pasa el mosquito transmisor.

2. Proponer acciones de comunicación y formación específicas para cada una de las etapas de desarrollo de la enfermedad.
3. Favorecer el accionar individual y asociativo mediante mensajes de comunicación no centrados en el riesgo. Asegurar que los distintos actores clave que actúan como facilitadores de cambio transmitan información en forma responsable e inviten a la sociedad a la acción preventiva y colaborativa.

La elaboración de un plan de comunicación efectivo que propicie el cambio cultural deseado debe atenerse a ciertos pasos ineludibles.

- Identificar las conductas que impactan negativamente en la implementación de estrategias de prevención.
- Describir las creencias sobre las que se apoyan tales conductas.
- Colaborar en el diseño de los contenidos de comunicación que coadyuven a derribar dichas creencias y conductas.

a. La estrategia de comunicación

Los mensajes creados durante las campañas de comunicación se agruparon en tres grandes categorías:

- Descripción del mosquito y las enfermedades asociadas.
- Recomendaciones para la acción preventiva.
- Erradicación de mitos y creencias erróneas.

El plan de comunicación se organizó en cuatro (4) etapas, en correspondencia con las etapas de desarrollo de la epidemia. A lo largo de cada una de las etapas del plan de comunicación, se decidió enfatizar en diferentes mensajes. Esto responde a la necesidad de consolidar nociones específicas para cada etapa de desarrollo de la epidemia.

De esta manera, cada etapa cuenta con una consigna que la distingue y con mensajes clave que la acompañan.

Etapas 0: Recomendaciones para eliminar los huevos de mosquito (Septiembre – Octubre – Noviembre 2016)

Mensajes Clave

- Sin huevos no hay mosquitos que puedan ser potenciales transmisores de enfermedades.
- Los huevos quedan adheridos en las paredes de los recipientes y sobreviven al frío.
- Antes de que llegue el calor, es necesario eliminar los huevos que quedaron remanentes, tanto en la casa, como en la manzana (Consejos sobre cómo eliminar los criaderos).

Acciones de Comunicación y Resultados

- Diseño e impresión de Afichetas para comercios. 5.800 entregadas en Sedes Comunes, 1.950 en Capacitaciones y 1.000 en timbreos.
- Diseño e Impresión de Flyers. 37.000 entregados en Sedes Comunes, 9750 en Capacitaciones y 10.000 en timbreos.
- Diseño y producción de Imanes, Ecobolsas y Pins: 20.000 entregados en Capacitaciones.
- Prensa. Lanzamiento del Plan de Prevención de ETM con el Jefe de Gobierno y la Ministra de Salud de la Ciudad como voceros. Se lograron 36 notas en medios gráficos, TV y on line. Además se realizaron acciones específicas de prensa en Radio Ciudad.
- En la web de GCBA, el Display de la campaña impactó a 1.290.820 usuarios únicos, a una frecuencia promedio de 1,5 veces. Por su parte el video con consejos de eliminación de criaderos logró llegar a 1.136.045 usuarios únicos, a una frecuencia promedio de 1,4 veces.
- En Gráfica, la campaña impactó a 85.000 personas aproximadamente.
- Se creó una página web con información específica del Plan Estratégico integrado de prevención, control y vigilancia del GCBA. La misma se desprende la web del Ministerio de Salud y contiene información general sobre ETM, información para la red de Vecinos Multiplicadores (videos explicativos y el manual), materiales de comunicación para descargar (folletería, videos), informes semanales de monitoreo del Plan y Boletines Epidemiológicos.
- En las redes sociales del Ministerio de Salud se realizaron diferentes posteos, que en total logaron un alcance aproximado de 43.673 personas.
- Se posteó la información también en las redes sociales del Jefe de Gobierno y del GCBA. El video de Consejos alcanzó aproximadamente 14.500 reproducciones.

Etapas 1: Promover el trabajo en red y colaborativo entre vecinos. Continúan las recomendaciones para eliminar criaderos de mosquito (Diciembre 2016 – Enero 2017).

Mensajes clave

- Juntos podemos prevenir el dengue, el zika y la chikungunya.
- Hay que seguir eliminando los criaderos de mosquitos en casas y manzanas, para evitar la eclosión de los huevos y el crecimiento de las larvas (Consejos sobre cómo eliminar los criaderos).

Acciones de Comunicación y Resultados

- Diseño e impresión de 350 carteles de Vía Pública (150 en Subtes y 200 en cara pantallas municipales). Se alcanzó un estimado del 21% de la población total en AMBA, lo que representaría a un total de 1.901.961 personas (Público objetivo calculado en AMBA +16 años: 9.056.978).
- Se pusieron al aire spots radiales y PNTs en los principales programas, alcanzando un 32% de la población AMBA, lo que significa 2.615.272 personas, sobre un total población AMBA de 8.237.078 personas.
- Se publicaron 9 avisos en medios gráficos.
- Diseño e impresión de 6350 Afichetas y 86.500 flyers entregados en Sedes Comunes, Timbreos y Capacitaciones.
- Además se entregaron 8.000 bolsas e imanes en Capacitaciones y en Parques y Plazas.
- Comunicación Interna. Se publicó una nota con Consejos de Prevención y eliminación de criaderos de mosquitos en MiBuenosairesweb, la web para empleados del GCBA. Se envió la noticia en un newsletter destinado a 47.425 empleados. La tasa de apertura del news fue del 29% (13.861 aperturas).
- Comunicación Interna. Se envió un GIF con Consejos de Prevención destinado a 58.236 correos electrónicos, con una tasa de apertura de 18,86% (10.983 correos abiertos).
- Prensa. Se realizó una presentación a la prensa por parte del Vicejefe de Gobierno junto a una vecina multiplicadora. Además, se presentó un plan conjunto entre Ciudad y Provincia de Buenos Aires, con la presencia del Jefe de Gobierno de la Ciudad y la Gobernadora de la Provincia. Esto dio como resultado un total de 19 notas en TV, medios gráficos y on line.
- En Redes Sociales del Ministerio de Salud se realizaron diferentes posteos, que en total lograron un alcance aproximado de 11.091 personas.

- Y en las Redes Sociales del Jefe de Gobierno se posteo el anuncio del trabajo conjunto con la Gobernadora de la Provincia de Buenos Aires, logrando un alcance de 620.905 personas en facebook y 1345 en Instagram.
- Por otro lado, en las redes de GCBA, se subieron dos posts relacionados con Consejos de Prevención y Mitos. Ambos lograron un alcance de 938.811 personas en facebook.
- Se enviaron videos con Consejos de Prevención y Mitos por whatsapp a las redes del Ministerio de Salud.
- Se involucró al sector privado, logrando realizar charlas informativas en las empresas Edesur y La Caja. Además, se distribuyeron flyers en las redes internas de Coca-Cola, Securitas y Banco Patagonia, logrando un alcance total de 30.000 empleados contactados.
- Se realizó un acuerdo con la cadena Farmacity, entregando 250.000 folletos con Consejos de Prevención en 40 sucursales de la cadena, en barrios con mayor prevalencia de mosquitos.
- Por otro lado, del 7 de diciembre al 2 de enero, se grabó el mensaje con Consejos de Prevención en el pre atendedor del 147 de la Ciudad, alcanzando 318.815 llamadas entrantes.
- Se realizaron dos fechas de Call Center en donde el tema de Prevención de ETM fue transmitido en las charlas telefónicas con vecinos.

Etapas 2: Recomendaciones sobre qué hacer ante la presencia de síntomas y continúan las recomendaciones para eliminar criaderos de mosquitos (Febrero – Marzo – Abril 2017).

Mensajes Clave

- Ante cualquier síntoma (dolor de cabeza, fiebre alta, dolores musculares, articulares, fatiga, erupciones, náuseas, vómitos), es preciso acudir enseguida al médico o centro de salud más cercano.
- Sigamos eliminando los criaderos de mosquitos en casa y en la manzana, para evitar la eclosión de los huevos y el crecimiento de las larvas (Consejos sobre cómo eliminar los criaderos).

Acciones de Comunicación y Resultados

- Diseño y colocación de 370 carteles de Vía Pública. Se alcanzó un 22% de la población total AMBA estimada, lo que representaría a un total de 1.992.535 personas. (Público objetivo calculado en AMBA +16 años: 9.056.978)

- Se pusieron al aire spots radiales en los principales programas, logrando una penetración de audiencia que alcanza a casi 3.871.427 personas, el equivalente a un 47% de la población total AMBA estimada (Público objetivo calculado en AMBA +16 años: 8.237.078).
- Se publicaron 12 avisos en medios gráficos, logrando un impacto sobre 1.300.000 lectores.
- Diseño e impresión de 15.500 Afichetas y 40.000 flyers entregados en Sedes Comunales, Timbreos y Capacitaciones.
- Además se entregaron 1.100 bolsas e imanes en Capacitaciones y en Parques y Plazas.
- Comunicación Interna. Se publicó una nota invitando a los empleados de GCBA a sumarse a la red de vecinos multiplicadores. La nota se subió a MiBuenosAiresweb y fue enviada a 58.373 empleados. La tasa de apertura fue de 22,37% (13.054 correos abiertos).
- Prensa: A principios del mes de Febrero, se dio a conocer el primer caso confirmado de Dengue en la Ciudad. La comunicación a los medios fue contenida e hizo especial hincapié en la cantidad de casos registrados en la misma fecha del año anterior. Se buscó posicionarse el tema sin generar paranoia en la población.
- En Redes Sociales del Ministerio de Salud se realizaron diferentes posteos, que en total logaron un alcance aproximado de 25.343 personas.
- Y en las Redes Sociales del Jefe de Gobierno y del GCBA se realizaron posteos, logrando un alcance de 2.548.637 personas.
- Se enviaron videos con Consejos de Prevención y prestar atención ante los Síntomas, por whatsapp a las redes del Ministerio de Salud y de la SSCCyFP.
- Como parte de la estrategia de relaciones institucionales con empresas, se acordó con IRSA la intervención de un equipo de cuatro promotores comunitarios en los puntos de acceso del público en los principales shoppings de la Ciudad. La campaña se extendió entre el 15 de febrero y el 30 de marzo en los Shoppings D.O.T., Abasto y Alto Palermo, logrando un alcance de 13.630 visitantes.
- Los días miércoles 12 y jueves 13 de abril, se realizó una actividad de concientización en la estación terminal de ómnibus de Retiro, dirigida a aquellas personas que viajaban a zonas vulnerables en relación a las enfermedades transmitidas por el mosquito. Se entregaron más de 10.000 folletos diseñados especialmente con consejos de prevención para viajeros.

Etapas 3: Recomendaciones sobre qué hacer ante la presencia de cualquier síntoma y continuar eliminando criaderos (Marzo a Mayo 2017).

Mensajes Clave

- Ante cualquier síntoma (dolor de cabeza, fiebre alta, dolores musculares, articulares, fatiga, erupciones, náuseas, vómitos), es preciso acudir enseguida al médico o centro de salud más cercano.
- Es importante continuar eliminando los criaderos de mosquitos en la casa y la manzana, para evitar la eclosión de los huevos y el crecimiento de las larvas (Consejos sobre cómo eliminar los criaderos).

Mitos

Otro de los ejes fundamentales de la estrategia comunicacional apunta a desterrar mitos vigentes acerca del mosquito transmisor y las enfermedades asociadas, creencias que obstaculizan la eficaz prevención, que inducen a conductas equivocadas.

Acciones con los vecinos

La mesa interministerial número 1, tiene como objetivo llevar a cabo acciones para lograr "manzanas libres de Aedes Aegypti" en zonas menos vulnerables.

Entre las principales iniciativas de esta mesa, se destaca la capacitación de vecinos sobre formas de prevenir la proliferación de ETM. Mediante acciones de cercanía se busca instalar la temática y generar conciencia en la ciudadanía. Las técnicas usadas varían, pero todas ponen foco en la comunicación eficaz. En este sentido, la mesa 6 pudo proveer el material de comunicación necesario para llevar adelante el objetivo de difusión en los barrios.

Para aumentar el alcance de las acciones de difusión se establecieron vínculos con distintos espacios, tales como las colonias y espacios verdes de la Ciudad, acercándoles información preventiva a los vecinos que asisten y/o desarrollan actividades en el lugar. Pues éstos, tienen un rol central en los meses de verano. Lo propio se hizo con las Comunas de la Ciudad.

Asimismo, una de las más destacadas iniciativas fue la creación de la red de "Vecinos Multiplicadores". Inicialmente, entendemos por dicha figura a un vecino empoderado con información, que difunde mensajes de prevención en su propia manzana y articula las acciones del plan con sus vecinos. Para ello, son dotados de un kit con materiales de comunicación y prevención para repartir en su edificio y/o manzana. Esta propuesta está cimentada en el concepto de cercanía, promoviendo el trabajo en cada manzana, como así

también, el de participación ciudadana, brindando protagonismo a los vecinos en la construcción de un barrio y una ciudad más saludable.

Los vecinos multiplicadores son invitados a participar de actividades de difusión y/o prevención, como también, de recorridos por su manzana para que sean identificados como referentes por los vecinos.

Comparación de la estrategia de comunicación del PEOI con lo propuesto por la OPS (Organización Panamericana de la Salud):

Organización Panamericana de la Salud. Sistematización de lecciones aprendidas en proyectos de comunicación para impactar en conductas (COMBI) en dengue en la Región de las Américas. - Costa Rica: OPS/OMS, © 2011.

Se han detectado en el informe de la Coordinación de Prensa y Comunicación puntos de contacto de su estrategia con lo propuesto por la OPS, específicamente se aborda el componente de comunicación y movilización social con una metodología para impactar en conductas:

1. Objetivos conductuales precisos (no sólo el cambio de conocimientos).
2. La integración de acciones de comunicación.
3. El monitoreo constante del progreso hacia el logro de estos objetivos conductuales.

En cuanto a la aplicación de la metodología se ha corroborado que la medición de los resultados se centra en la contabilización de las actividades y posibles receptores.

Con el fin de llevar adelante una medición de impacto de las campañas realizadas, se propone realizar indicadores que permitan distinguir la efectividad de los mensajes comunicados a la sociedad.

Del 23 de febrero al 6 de Marzo de 2017, se ha realizado un estudio cuantitativo On line a través de un cuestionario semiestructurado de 15 minutos de duración, dirigido a hombres y mujeres mayores de 18 años. La muestra consistió en 1.000 casos efectivos realizada por DG Observatorio de Cultura Ciudadana y Cambio Cultural. Secretaría de Cultura Ciudadana y Función Pública. Jefatura de Gabinete de Ministros.

Tabla 35. Resultados del estudio cuantitativo Observatorio de Cultura Ciudadana y Cambio Cultural

INDICADOR	RESULTADOS
1. GRADO DE ADHESIÓN AL ENFOQUE PREVENTIVO SOSTENIBLE	• Más de un 90% adhiere a la prevención como eje principal para combatir el dengue, zika y chikunguya. Un 94% coincide en que la prevención debe ser sostenida durante todo el año. (detecta creencia adopción del enfoque de prevención)
2. INVOLUCRAMIENTO CIUDADANO	• 70,3% se siente mejor informado para combatir al mosquito • 76,9% considera que el combate del dengue es una acción conjunta entre GCBA y los vecinos • 68,5% cree que se ha tenido un mayor involucramiento en la prevención del dengue • 38% considera que más vecinos se han sumado a acciones de prevención
3. APRENDIZAJE CIUDADANO	• Nivel de conocimiento casi absoluto sobre las acciones relacionadas a la prevención: evitar agua acumulada (98,9%), recambio de agua de floreros y recipientes (90,5%), limpieza de portamacetas (82,6%). Disminuye el conocimiento de volcado de agua hirviendo en canaletas (43,1%) • 61,6% ya conoce el nombre de la especie del mosquito transmisor. • 90,1% entiende que el mosquito puede estar en espacios domésticos (destierra la creencia mosquito solo estaría en espacios abiertos) • 75,2% reconoce que la mera fumigación alcanza para la prevención y un 43,4% reconoce que la fumigación en espacios verdes y en exceso puede ser tóxica. (destierra la creencia de que la fumigación es lo único efectivo). • 74,4% cree que el mosquito se debe combatir todo el año (destierra la creencia de que el mosquito solo «aparece» en verano). • 64,9% entiende que la limpieza de la casa no supone la ausencia de mosquito transmisor. 49,8% reconoce que es posible que el mosquito se críe en agua limpia. 38,7% ya comprendió que mosquito es doméstico. (destierra la creencia que el mosquito solo se cría en zonas con suciedad)

4. GRADO DE ACTIVACIÓN CIUDADANA CON FOCO EN LA PREVENCIÓN	• Entre un 73,5% y un 93,9% declararon haber realizado alguna acción relacionada a la prevención. • Entre un 70% y un 85% declara estar dispuesto a sumarse o seguir sumándose a realizar acciones de prevención en su hogar (refuerza la creencia de prevención doméstica) • Aproximadamente un 60% estaría dispuesto a denunciar criaderos al 147 y un 65% contactarse con sus vecinos para eliminar criaderos. (refuerza la creencia de acción colectiva para la prevención).
5. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA INICIATIVA "VECINO MULTIPLICADOR"	• Sólo 1 de cada 10 vecinos conoce la iniciativa vecino multiplicador, no obstante más de la mitad (54,5%) estaría dispuesto a sumarse. Y. un 82% hace una evaluación positiva de la Iniciativa al conocerla y, en general se sumarían para colaborar y ayudar a la prevención.
6. RECORDACIÓN Y EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD DE CAMPAÑA	• Casi un 80% recuerda haber visto/escuchado campañas de prevención, la mayor asociación se da para el GCBA (51,3%) • Alto nivel de recordación de afichetas en comercios (65,8%), y más moderado de flyers (43,1%) y video (36,2%). En todos los casos la evaluación y aportación es altamente positiva (por encima del 70%). Resultan claras, atractivas y efectivas.

Si bien la evaluación fue positiva, tal como la caracterizan, el trabajo por delante es seguir involucrando a la comunidad en el plan preventivo y reforzar el compromiso de los vecinos en las diferentes etapas.

Se observa además el bajo conocimiento de la iniciativa vecino multiplicador, aunque más de la mitad estaría dispuesto a la participación.

Respecto de las acciones previas al PEOI, no se ha manifestado, ni detectado en la documentación suministrada por la Coordinación de Prensa, intervención en el momento del brote epidémico del 2016 (período enero-mayo de 2016).

V. 5. PROGRAMAS Y VINCULACIONES INTERMINISTERIALES.

En el marco del trabajo interministerial se menciona el Programa dependiente del Ministerio de Medio Ambiente y Espacio Público del GCABA, si bien no está dentro del alcance de esta auditoría.

Objeto del programa:

- El programa para la prevención de enfermedades derivadas de vectores y otras plagas urbanas, busca minimizar los efectos nocivos que producen sobre la salud y el medio ambiente el uso de plaguicidas.
- Se contemplan además aspectos esenciales, como la identificación de especies, abundancias relativas, evaluación de la magnitud de las poblaciones, detección de reservorios, control de eficacia de los métodos de desinsectación, desratización, estudios de quimio resistencia de las plagas a los distintos principios activos utilizados en los productos domisanitarios.

Objetivo del programa:

- Entre las especies de mosquitos presentes actualmente en la Ciudad de Buenos Aires, que son potenciales vectores de enfermedades merecen destacarse *Culex pipiens* (vector potencial de la Encefalitis de San Luis y de la Encefalitis del Nilo Occidental), *Psorophora ferox* (vector potencial de la Encefalitis de San Luis), *Ochlerotatus albifasciatus* (posible transmisor de la Encefalitis Equina del Oeste), y *Aedes Aegypti* (vector del Dengue y la Fiebre Amarilla urbana).
- El conocimiento de los ciclos de vida, los tipos de criaderos utilizados (silvestres o domiciliarios), el conocimiento del período del año en que se encuentran presentes las distintas especies de mosquitos y los factores ambientales que afectan dicha presencia constituyen una herramienta fundamental para el control de los mismos y la prevención de la transmisión de estas enfermedades.

Metodología de trabajo:

- Las distintas actividades operativas se realizan a través de dos grupos de trabajo, uno dedicado a los mosquitos presentes en los espacios verdes de la Ciudad y el otro enfocado en los mosquitos de hábitos domiciliarios, particularmente *Aedes Aegypti*.
- El primero de los grupos trabaja principalmente en la detección de cambios en la abundancia y diversidad de mosquitos en parques y plazas, con una periodicidad semanal. El estudio se desarrolla en un conjunto de parques, del total de los espacios verdes existentes en la Ciudad, elegidos por poseer características que propician la reproducción de estos insectos.

- Una vez por semana, los pasantes recorren los parques y registran el número de charcos presentes, la superficie anegada, y colectan muestras de larvas de mosquitos mediante pequeñas redes de mano. Los mosquitos adultos son atrapados usando un método conocido como "cebo humano". Este consiste en capturar ejemplares adultos con un succionador cuando se acercan a las personas. Tanto las larvas como los mosquitos adultos colectados son identificados luego en el laboratorio mediante su observación en un microscopio estereoscópico.
- El propósito de esta tarea de vigilancia es anticipar la generación de elevadas abundancias de mosquitos, en cuyo caso se da el aviso correspondiente para que se proceda a la fumigación de los espacios verdes afectados. Además, se emiten permanentemente recomendaciones a Dirección General de Espacios Verdes acerca de las mejoras a realizar en los diferentes parques y plazas para reducir las condiciones que facilitan la reproducción de los mosquitos.
- El segundo de los equipos monitorea la presencia de la especie *Aedes Aegypti* a través de la colocación de ovitrampas en el espacio público, cementerios e instituciones de la salud. La ovitrampa es un frasco con agua en su interior y una pequeña tablita sostenida al borde por un clip. Dado que las hembras de esta especie prefieren recipientes con agua limpia para colocar sus huevos, las ovitrampas han resultado excelentes herramientas para conocer el patrón de distribución espacial y temporal de este mosquito en la Ciudad. Esta actividad se realiza en colaboración con el Instituto de Zoonosis "Luis Pasteur" y la Dirección General de Atención Primaria de la Salud del Ministerio de Salud.
- Ambos grupos de trabajo informan sus resultados de manera semanal. Enlaces con dependencias dentro del gobierno de la ciudad:
 - a) Instituto de Zoonosis "Luis Pasteur"
 - b) Dirección General de Atención Primaria de la Salud (Ministerio de Salud).

V. 6. INFORMES DE OTROS ORGANISMOS DE CONTROL

V. 6.1. Defensoría del Pueblo

Informe de la Defensoría del Pueblo: Desde el año 2009 el organismo está trabajando sobre esta problemática y, en lo que respecta al último brote, a fines del año 2015, se tomó conocimiento de la existencia de los primeros casos de dengue en esta Ciudad, lo que dio lugar a la apertura de los Trámites Nros. 904/16, 3798/15 y 5460/16.

Se inició un proceso de concientización en diferentes barrios de la Ciudad



Autónoma de Buenos Aires, sobre la prevención del dengue. Se trabajó con los vecinos en la comunicación y capacitación puerta a puerta, finalizando con charlas informativas en las que participaron también referentes barriales y promotores de salud. Con este modelo de trabajo se visitaron múltiples barrios de esta Ciudad, y se acompañaron operativos promovidos por el Gobierno local (fs. 4/6, 13, 18 y 22 del trámite nº 3798/16). Se diseñaron folletos de difusión para ser entregados en mano y documentos informativos para la población general respecto de la sintomatología y las medidas de prevención (<http://www.defensoria.org.ar>)

Participación en reuniones interministeriales: convocadas por la Subsecretaría de Acción Primaria, Ambulatoria y Comunitaria del Ministerio de Salud de la C.A.B.A., en las que se plantearon acciones conjuntas con el Ministerio de Ambiente y Espacio Público; reunión con el director del Instituto de Zoonosis "Luis Pasteur" a fin de conocer sobre la implementación del protocolo ambiental ante la detección de los casos positivos; audiencia convocada por la Legislatura porteña en la cual un equipo técnico del Ministerio local informó sobre la situación.

Con la información recabada y los reclamos presentados ante la Defensoría por vecinos/as y organizaciones sociales, fue emitida la Resolución Nro. 290/16 por la que se efectuó una recomendación a la Ministra de Salud y al Ministro de Ambiente y Espacio Público de los siguientes puntos:

1. la creación de un comité de emergencia intersectorial con participación de las áreas específicas de esos ministerios para prevenir, controlar y mitigar el dengue;
2. Implementación de una política comunicacional de alta intensidad dirigida a la población para la adopción de medidas preventivas;
3. Inicio de una temprana campaña de prevención del posible brote 2016-2017, con el objeto de limitarlo y evitar las posibles re-exposiciones de quienes resultaron afectados;
4. Preparación y dotación a los equipos de trabajo territorial de ambos ministerios, de los recursos e insumos necesarios para prevenir y controlar este tipo de brotes;
5. Disposición de un sistema de información que cuente con datos completos acerca de los casos detectados en nuestra ciudad, con categorización geográfica garantizando la publicación de dicha información;
6. Ejecución de acciones para eliminar los espacios propicios para la reproducción del mosquito transmisor de la enfermedad; y la comunicación a esta Defensoría del Pueblo de un plan de trabajo detallado para el ciclo comprendido entre los años 2016 y 2017.

La Subsecretaría de Derechos Sociales de la Defensoría del Pueblo, organizó, en noviembre de 2016 por la Jornada "Dengue, Zika y Chikungunya. Responsabilidad del Estado".

V. 7. PROCEDIMIENTOS

V. 7. 1. Adhesión de los efectores de salud a los objetivos del PEOI

Como procedimiento se efectuó un relevamiento en los 14 efectores de la muestra, abarcando los aspectos formales y funcionales del PEOI. Los principales actores del Ministerio de Salud, respecto de acciones de prevención, vigilancia y control de enfermedades son los Departamentos de Áreas Programáticas. Por ello, se consideró a los efectores que cuentan en su estructura con tal área. En el caso particular de los Hospitales Muñiz, Gutiérrez y Rivadavia, se los seleccionó por ser efectores de referencia en enfermedades infectocontagiosas el primero, de niños y Laboratorio de referencia el segundo y por la relevancia dentro del sistema el último.

Es necesario aclarar que se consideraron positivas las respuestas con al menos una actividad realizada, más allá que su ejecución sea posterior a la implementación del PEOI o sea producto de planes anteriores. Para más detalle del nivel de adhesión remitimos al apartado de cada efector.

Tabla 36. Resultados del procedimientos sobre Áreas Programáticas

Aspecto relevado	Porcentaje adhesión en efectores
A. PLAN ESTRATÉGICO OPERACIONAL (PEOI)	
A.1. Están en conocimiento de la existencia del PEOI	100%
A. 2. Comunicación formal con el Ministerio de Salud sobre las actividades del PEOI	94%
A.3 Comunicación interjurisdiccional	69%
B. Participación comunitaria y promoción de la Salud:	
B.1. Alianzas estratégicas entre el sector público, privado u organizaciones de la sociedad civil	75%
B.2. Conocimiento sobre acciones destinadas al manejo y tratamiento de recipientes, eliminación objetos en desuso y criaderos	100%
B.3. Formación de asesores en sedes comunales	38%
B.4. Cursos de formación de capacitadores vecinales por la coordinación del PEOI.	63%
C. Saneamiento y ordenamiento ambiental	
C.1. Acciones en "Manzanas Libres de A E en zonas menos vulnerables"	88%

C.2. Acciones en "Manzanas Libres de A E en zonas más vulnerables"	69%
C.3. Existencia de georreferencia de zonas vulnerables a abarcar	69%
C.4. Participación en el Monitoreo y Evaluación de acciones interministeriales en la Prevención de las ETM según escenario de riesgo	50%
C.5. Acciones en instituciones públicas (hospitales, escuelas y edificios públicos)	88%
C.5.1. Formación de referentes de cada institución.	75%
C.6. Conocimiento de unidades entomológicas instaladas (ovitrapas) en el efector	44%
C.7. Efectividad de acciones de saneamiento ambiental (descacharreo realización en tiempo y forma)	56%
C.8 Registro del inicio y fin del caso	56%
D. Vigilancia y control epidemiológico de los casos y el virus	
D.1. Existencia Normativa	100%
D.2. Procesamiento y análisis de la información. Guías y protocolos	94%
D.3. Acciones de control de contactos y búsqueda activa de casos	100%
D.4. Detección de la circulación viral serológica, identificación y tipificación de virus circulantes	81%
D.5. Sistematización semanal de la información sobre los casos sospechosos de ETM asistidos	100%
D.6. Generación de informes	75%
D.7. Circuito de información y difusión de los datos del monitoreo y vigilancia del mosquito vector	88%
D.8. Insumos necesarios para la asistencia adecuada de enfermos con sospecha de ETM	75%
D.9. Conocimiento de red de efectores según niveles de complejidad	88%
D.10. Sistema de Referencia y Contra Referencia.	88%
D.11. Capacitación a los equipos de salud para la asistencia de casos	100%
D.12. Distribución de guías de atención	94%

Los ítems que solo aplican a Hospitales con Áreas Programáticas, se calcularon sobre ese grupo de efectores.

A) Según el procedimiento se puede observar homogeneidad en las respuestas frente a los aspectos formales de comunicación de acciones del PEOI desde la Coordinación Central y acciones de vigilancia y control epidemiológico. Se observa sin embargo que la comunicación interjurisdiccional posee informalidad en un 31% de las áreas.

B) Los aspectos a profundizar se centran en primer lugar en lo referido a la participación ciudadana en cuanto a la formación de asesores y capacitadores que luego se desenvuelvan en terreno.

Asimismo un 25 % de las áreas manifestaron no haber desarrollado alianzas con el sector privado y organizaciones de la sociedad civil.

C) Por otro lado, existen aspectos a mejorar en la tarea realizada para el monitoreo de las acciones y el saneamiento ambiental, principalmente en los tiempos para ejecutar procesos que permitan la disminución de la presencia del mosquito que tienen como base la instalación de ovitrampas en los efectores. Se observa bajo conocimiento de ubicación de ovitrampas.

No se hicieron efectivas en tiempo y forma las acciones de descacharreo solicitadas ante la detección de posibles criaderos.

En cuanto al monitoreo y evaluación de acciones interministeriales, solo la mitad de las áreas han producido algún informe.

D) Con respecto a la vigilancia y al control de los casos y el virus se observa un alto acatamiento a las acciones, protocolo y normativas. En cambio disminuye el acceso a la información sobre la identificación y tipificación del virus circulante. En tanto los insumos no fueron satisfechos de acuerdo a la demanda en un 25 %.

V. 7. 2. Estado de situación de ETM en la CABA a partir de los datos de la GOE

Tanto la carga de pedidos de estudios de foco, como el resultado de los mismos se guardan en un repositorio único de manera digital. Pero esto sólo ocurrió a partir de mayo del período auditado. Es decir que durante la epidemia, el proceso de estudios de foco, transcurrió bajo el sistema de comunicación vía fax, mail y en algunos casos de forma telefónica. Este sistema tiene la ventaja de generar documentación física de respaldo para cada caso. Pero la inusitada magnitud del brote hizo que el procesamiento de la información sea poco sistematizada.

El análisis de la documentación física del proceso de solicitud y seguimiento de los casos existentes en la GOE, muestra que sólo cuenta con planillas de pedidos de estudios de foco ordenadas por el Área Programática correspondiente al domicilio del paciente. Los archivos contenían solamente los formularios de pedido de estudio de foco a las AP, es decir, no se encontró copia de la denuncia del caso ni el informe producido por el AP (salvo 10 casos que no correspondían a la muestra).

Después de la epidemia, a partir de los datos cargados en el SNVS, se pudo normalizar la carga de los datos, que fueron procesados en una planilla de cálculo. A su vez se generaron planillas anexas para procesar los casos que requerían estudios de foco.

El análisis de la información contenida en estas planillas arrojó los siguientes resultados.

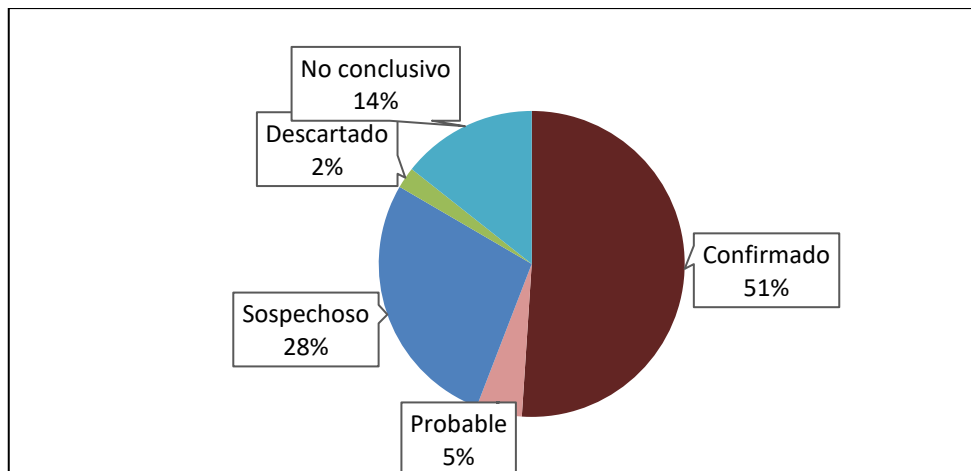
Si se tienen en cuenta los casos notificados con jurisdicción de residencia en CABA y de residencia desconocida del paciente los casos de ETM son los que se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 37. **Casos ETM según clasificación**

Definición del caso	cantidad
CONFIRMADO	6128
DESCARTADO	269
NO CONCLUSIVO	1724
PROBABLE	580
SOSPECHOSO	3307
Total general	12008

Fuente: elaboración propia con datos suministrados por la GOE

Gráfico 23. Porcentajes según la definición del caso de ETM se muestran en el siguiente gráfico:

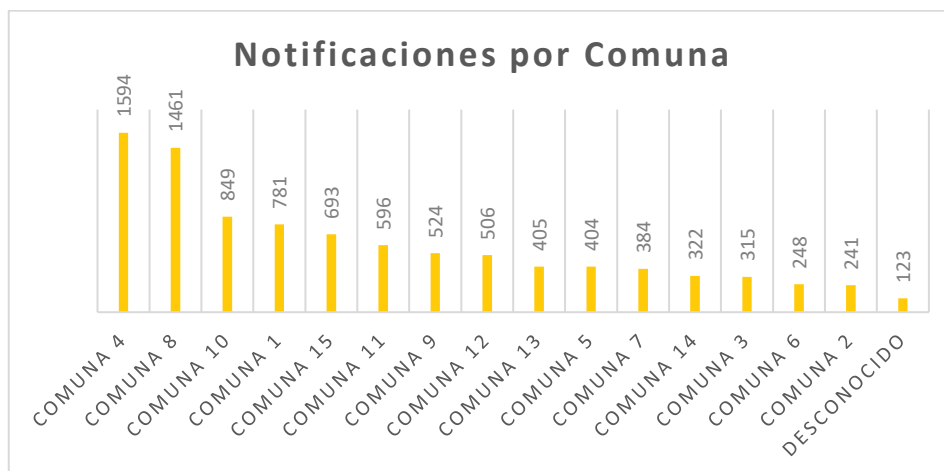


Fuente: elaboración propia con datos suministrados por la GOE

El siguiente análisis se realizó tomando en cuenta solo los casos de pacientes con residencia declarada en CABA, priorizando de esta manera la visualización de acciones del estudio de foco requeridas a las áreas programáticas.

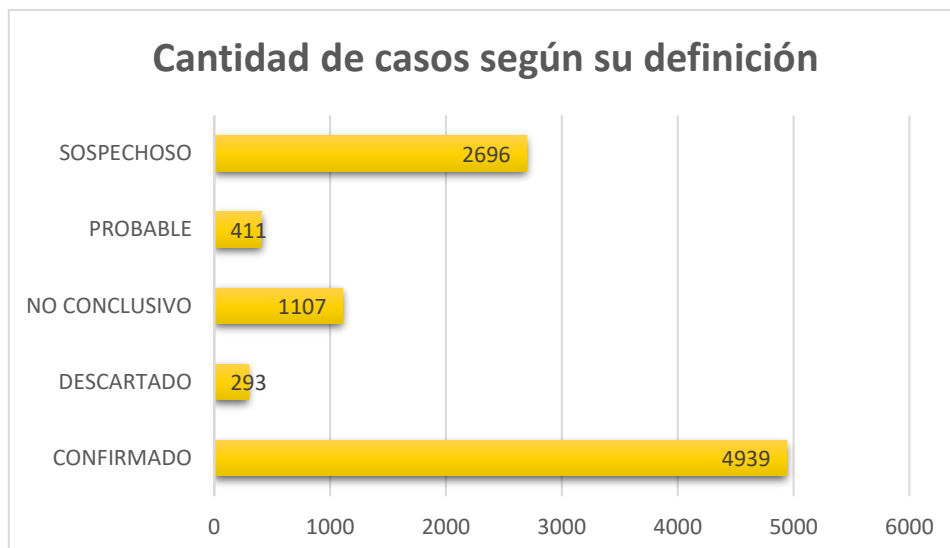
Según la base de notificaciones, la cantidad de notificaciones de casos de ETM residentes en CABA llega a 9446. La distribución de los casos por diversas variables es la siguiente:

Gráfico 24. Casos notificados de ETM por Comuna



Fuente: elaboración propia con datos suministrados por la GOE

Gráfico 25. Clasificación según la definición del caso

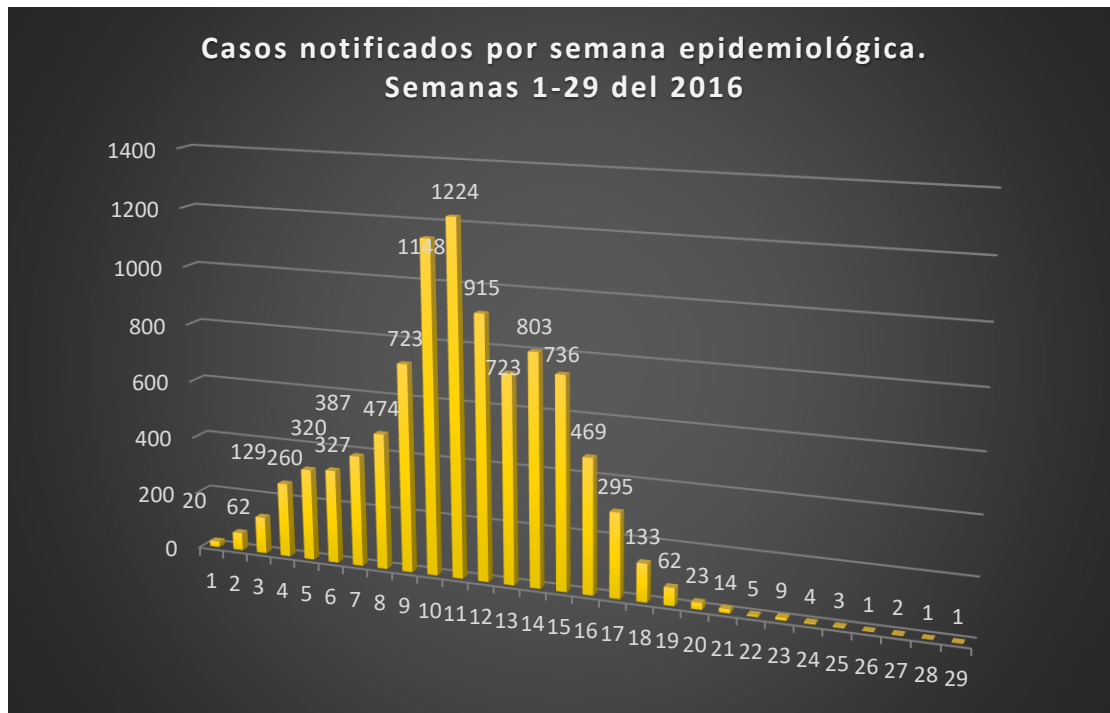


Fuente: elaboración propia con datos suministrados por la GOE

La base de notificaciones suministrada por la GOE muestra que sólo un 19% de los casos poseen algún registro de test de laboratorio, esto no significa la no ejecución del estudio sino que no se ha generado registro para su seguimiento.

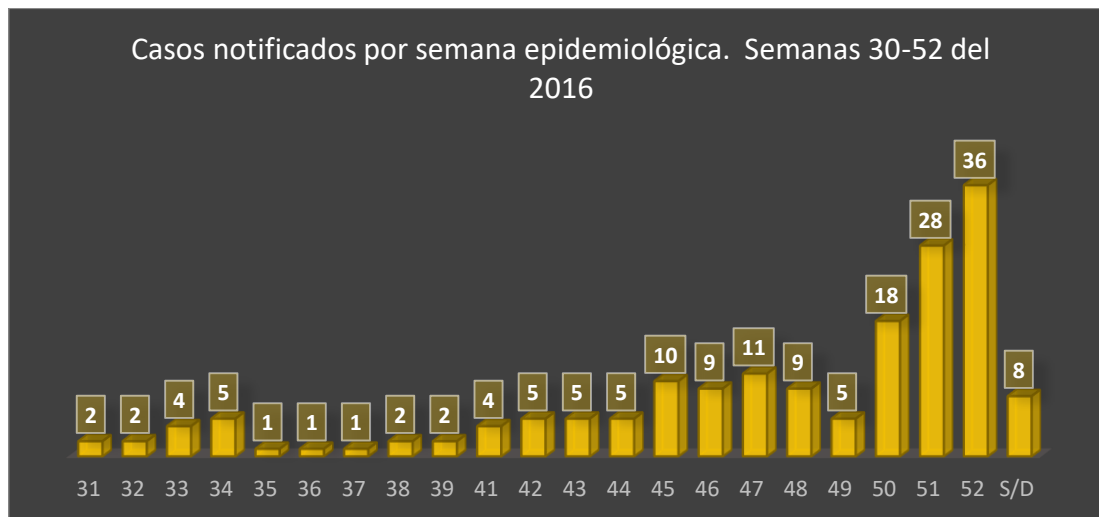
De los casos confirmados, excluyendo los 194 casos notificados como positivos por nexo epidemiológico, sólo un 9,4% tiene algún registro para la identificación en el campo Serotipo.

Gráfico 26. Caso de ETM notificados según semana epidemiológica



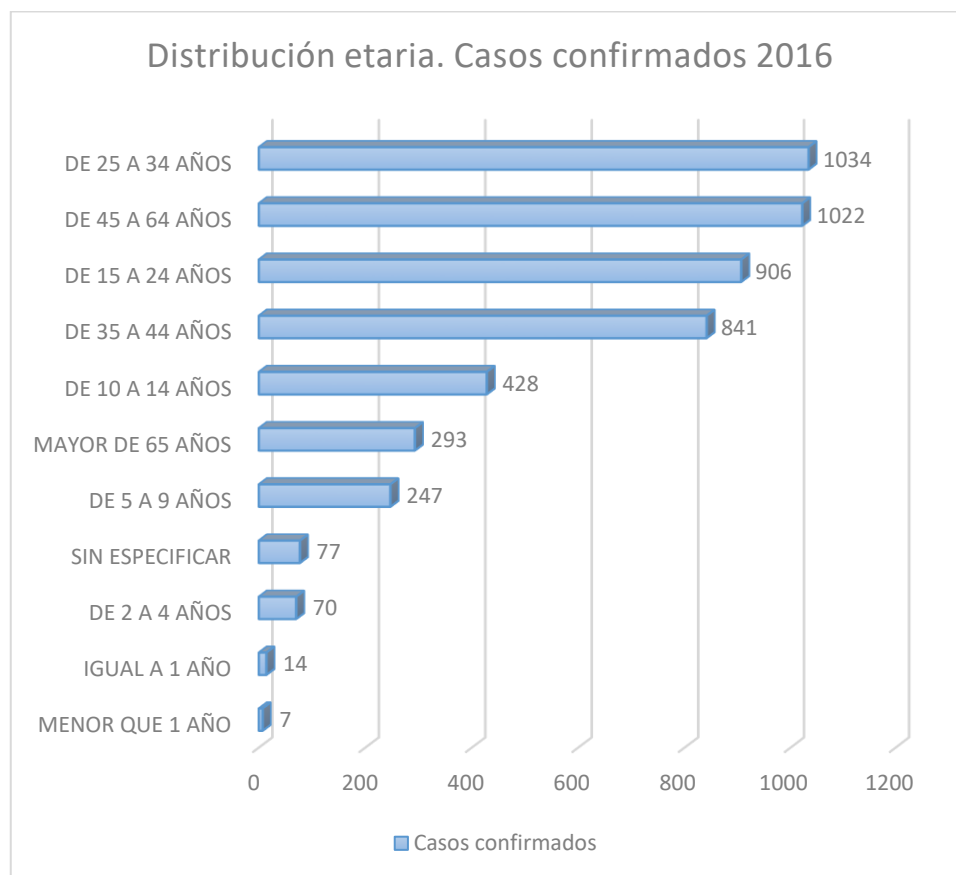
Fuente: elaboración propia con datos suministrados por la GOE

Gráfico 27.



Fuente: elaboración propia con datos suministrados por la GOE

Gráfico 28. Distribución etaria de casos confirmados

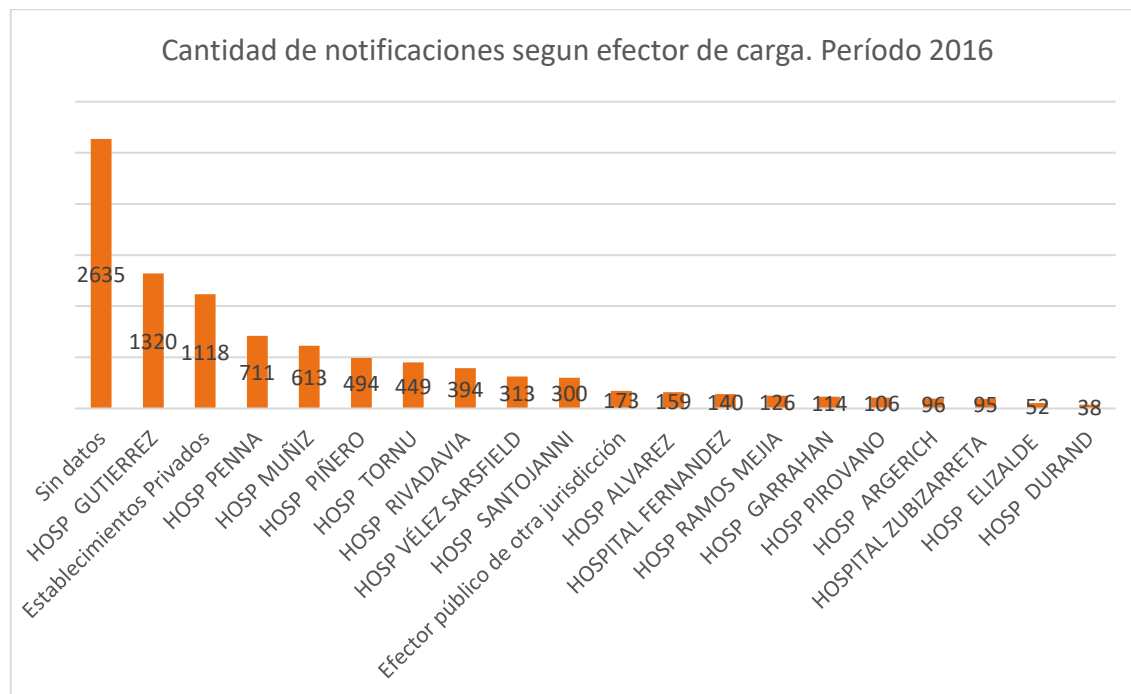


Fuente: elaboración propia con datos suministrados por la GOE

Los mayores casos se ubicaron en el rango etario de 25 a 34 años representando el 21% del total.

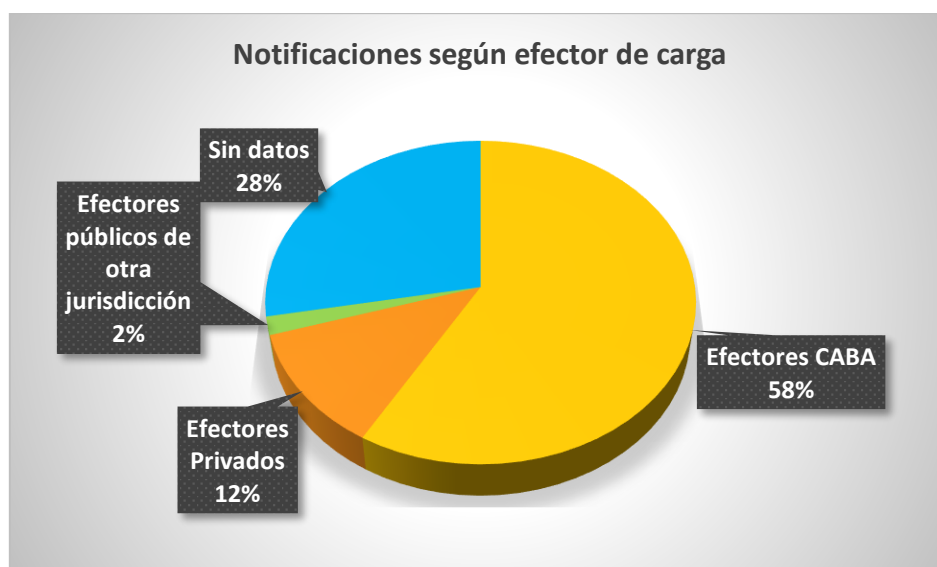
Se concentra el 77% de los casos en el rango etario de 15 a 64 años.

Gráfico 29. Notificaciones según efector de carga



Fuente: elaboración propia con datos suministrados por la GOE

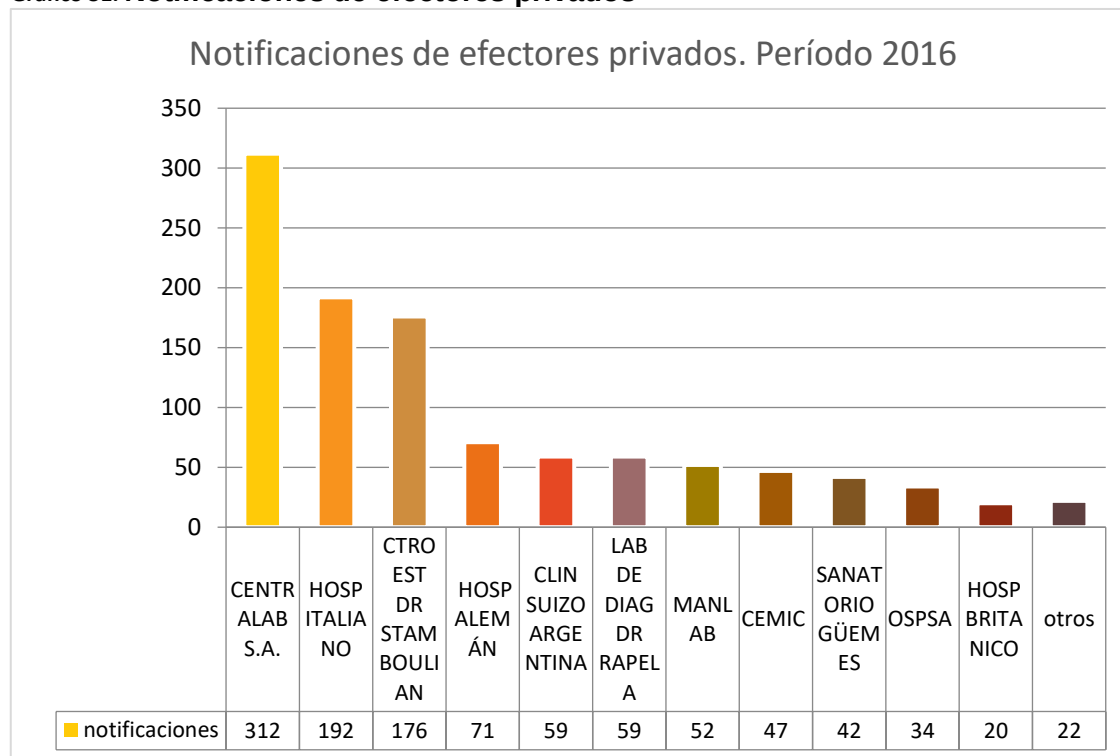
Gráfico 30. Representatividad de sectores de notificación



Fuente: elaboración propia con datos suministrados por la GOE

El establecimiento de carga de las notificaciones obligatorias se distribuyen de la siguiente manera: la carga del 60% de los casos se realizó en una institución pública (provincial o nacional), el 12% de las notificaciones se realizó en instituciones privadas (incluye obras sociales) y para el 28% restante no hay datos resultando alta la cantidad de notificaciones sin detalle de efector de carga.

Gráfico 31. Notificaciones de efectores privados



V. 7. 3. Sobre los estudios de foco

Dado que la situación de vigilancia epidemiológica se normalizó en el segundo semestre de 2016, se efectuó un análisis de la información contenida en las planillas suministradas por la GOE específicamente para detectar la gestión de los estudios de foco solicitados a la Áreas Programáticas.

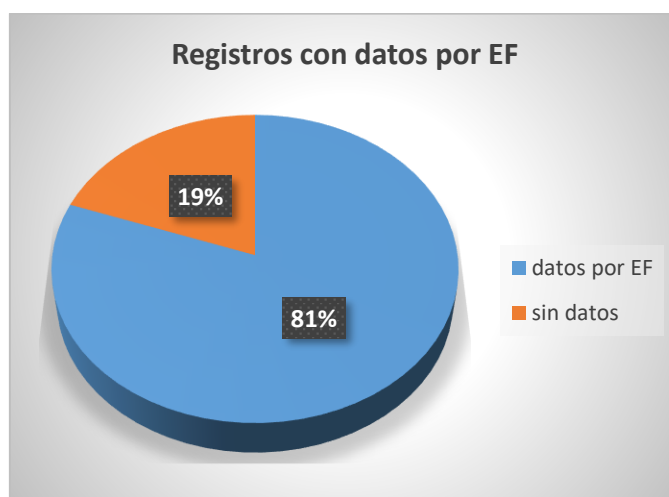
Según lo establecido en PEOI la notificación del caso es inmediata respecto a la fecha de consulta, la solicitud de Estudio de Foco se decide en 24hs y la ejecución del Estudio de Foco se debe realizar antes de las 72hs desde la notificación del caso.

El período bajo análisis incluye las semanas epidemiológicas 31 a 52, para el año 2016. Se encontraron 165 notificaciones de ETM.

Los estudios de foco indicados al Área Programática correspondiente al domicilio del paciente se procesan en una planilla distinta a la de notificaciones. En la planilla de estudios de foco se encontraron 133 registros. Resultando 32 casos menos que la de notificaciones. De los 133 casos, 15 casos (11%) se decidieron desestimados por la GEO por resultado negativo de laboratorio.

De los 118 casos indicados efectivamente para EF, 95 casos (81%) posee al menos un campo correspondiente al registro del estudio. Por lo tanto, un 19% de los EF solicitados efectivamente no tuvo carga de datos por parte del AP.

Gráfico 32. Porcentajes de registros con datos EF.



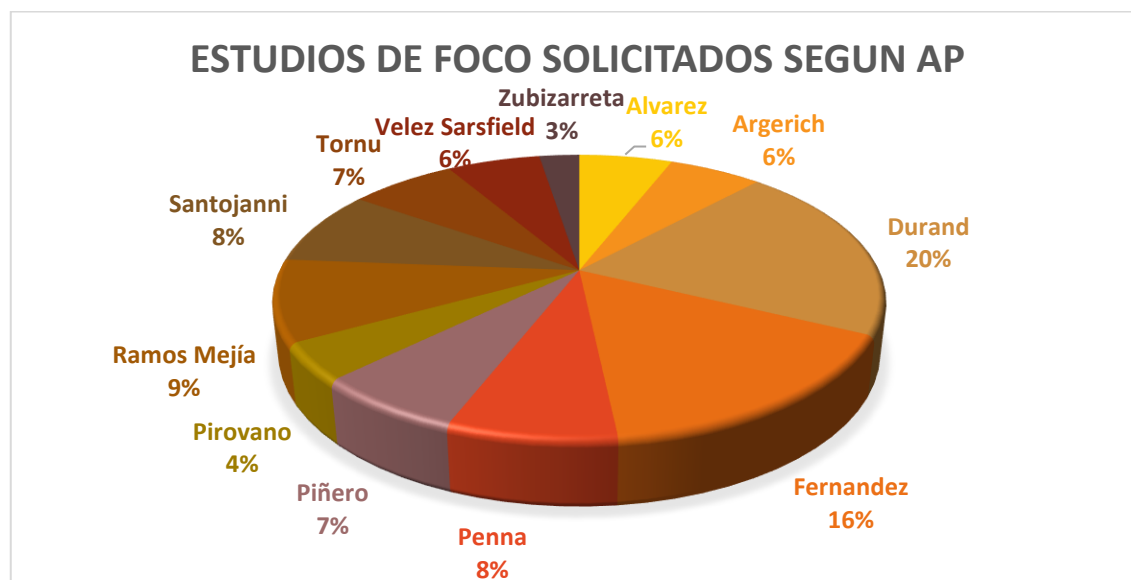
Fuente: elaboración propia con datos suministrados por la GOE

No puede probarse desde la base de datos el seguimiento en terreno del 33% de las 165 notificaciones.

De los 118, 62 casos poseen fecha de actualización de datos correspondientes a Estudios de Focos, 64 han consignado responsable de la carga de los datos y 77 casos poseen Observaciones (comentarios sobre el caso).

Según la distribución de responsabilidades se sumaron los casos notificados en SIC para cada AP perteneciente al GCBA:

Gráfico 33. Significatividad de estudios de foco por Área Programática



Fuente: elaboración propia con datos suministrados por la GOE

Se realizó el cálculo entre las diferencias de las distintas fechas críticas: fecha de consulta o toma de primera muestra, pedido de estudio de foco y última actualización de seguimiento realizada por el Área Programática a partir del trabajo de campo. Como ya se aclaró, el periodo esperable entre la primera consulta y pedido de EF es de 48 hs. y 72 hs. posteriores a éste para el informe del caso.

Se realizó una muestra que corresponde al período agosto-diciembre de 2016, donde ya se había implementado, al menos en forma parcial, tanto un sistema de registro más eficaz, como el trabajo conjunto del PEOI. La muestra realizada se tomó en un período de relativa normalidad en cuanto a la carga de trabajo de las Áreas Programáticas pues la presencia del mosquito tiende a cero en los meses de frío y comienza a crecer con el aumento de las temperaturas.

Se seleccionaron 4 semanas epidemiológicas: 39; 43; 50 y 51, que contaban con 53 casos. Se realizó un análisis de coherencia de datos y formato, sin incorporar los campos con errores. Los resultados obtenidos son:

	diferencia entre primera consulta/toma de Primera muestra y fecha de notificación	Diferencia entre notificación y pedido de EF	Diferencia entre pedido EF y fecha de carga de seguimiento
Promedio	5,5 días	2,3 días	5,8 días
Valor máximo	20	9	32
Desvío estándar	5,6	3,1	7,5

Fuente: elaboración propia con datos suministrados por la GOE

Según los datos de la muestra puede inferirse que el pedido de EF se realiza con mayor eficacia y de una manera más homogénea (desvío estándar). Asimismo, se observa una extensión mayor de tiempo para la notificación respecto a la fecha de consulta.

La diferencia entre el pedido de EF y la fecha de seguimiento puede deberse al retardo en la generación del informe escrito, pues no se puede afirmar fehacientemente en qué fecha se realiza el Estudio de Foco. Se observa la inexistencia de un mecanismo que registre la fecha de ejecución del mismo, más allá de la fecha de comunicación formal de los resultados.

OBSERVACIONES:

Observación N°1: No existe asignación presupuestaria específica para el Plan Estratégico-Operacional Integrado de Prevención, Control y Vigilancia de enfermedades transmitidas por el mosquito Aedes Aegypti (PEOIETM) o metas físicas asociadas al mismo de manera exclusiva. De este modo no solo se dificulta la evaluación en términos de eficiencia sino que además se ve afectada la proyección a largo plazo del plan.

Observación N°2: La Subsecretaria de Planificación, no posee un plan de emergencia ante el riesgo de un futuro brote de estas enfermedades, que articule recursos para fortalecer las áreas críticas. En este sentido no fue oportuna la implementación del PEOI, que comenzó a organizarse en mayo 2016.

Observación N° 3: No se firmó un acuerdo de nivel de servicios con la empresa que provee la plataforma On-line, que evite los daños e interferencias a la información de los pacientes, así como accesos no autorizados a la misma.

Observación N°4: No se han registrado las bases de datos y archivos asociados al SIC según lo dispone la Ley 1845 de Protección de Datos Personales.

Observación N°5: Debido a la magnitud del brote, existen casos del 2016 cargados después de febrero de 2017, imposibilitando determinar en tiempo oportuno los procedimientos adecuados.

Observación N°6: Las planillas del SIC, desarrolladas en planillas de cálculo, presentan debilidades en la migración de datos y no cuentan con mecanismos automáticos de control que permita detectar modificaciones en la base y por quienes fueron realizadas.

Observación N°8: No existe un mecanismo que permita establecer en forma independiente a los datos conformados en el SIC, la fecha de pedido de estudio de foco y la fecha de entrega del informe correspondiente. De este modo no se puede establecer si el estudio de foco se realizó según el tiempo determinado en la normativa.

Observación N°9: No se han asignado a las Áreas Programáticas, Recursos Humanos para sostener la implementación de las nuevas actividades del PEOI.

Observación N°10: No son suficientes los Data Entry capacitados para fortalecer la carga de los datos y no incurrir en subregistros. (Fernández, Zubizarreta, Álvarez, Penna).

Observación N°11: No se han implementado medidas de seguridad específica para el personal que realiza actividades extramuros. (Piñero y Fernández, Zubizarreta, Álvarez, Durand.)

Observación N°12: No hay convenios formales con otras áreas referidas al objeto del relevamiento, quedando a discrecionalidad de las mismas la participación en las actividades. (Piñero, Álvarez, Penna).

Observación N°13: No generan sistemáticamente estadísticas o indicadores.

Observación N°14: No resultado suficiente en algunos efectores la provisión de kits de insumos para la prevención del ETM. (Fernández, Álvarez, Penna).

Observación N°15: Se dificulta el traslado de las muestras de laboratorio, así como la oportunidad del acceso a los resultados de las mismas. (Zubizarreta, Álvarez, Penna)

Observación N°16: Algunos efectores no cuentan con ovitrampas instaladas en el predio del hospital.

Observación N°17: Hay un bajo conocimiento en la población de la iniciativa vecino multiplicador, aunque más de la mitad de ella, estaría dispuesta a la participación.

Observación N°18: La comunicación interjurisdiccional no posee formalidad, dificultando de este modo el control de la gestión de las acciones realizadas.

Observación N°19: No resultó suficiente en cuanto al objetivo de Participación Comunitaria y Promoción de la salud, la formación de asesores en sedes Comunales y la formación de capacitadores vecinales.

Observación N°20: En cuanto al saneamiento y ordenamiento ambiental, resultado bajo el conocimiento de los efectores en cuanto a la ubicación de ovitrampas, perdiendo la oportunidad de evaluación de la presencia del mosquito en el lugar, que permita ejecutar procesos para la disminución del mismo.

Observación N°21: Las acciones de descacharreo no se resolvieron eficientemente en tiempo y forma.

Observación N°22: La mayoría de las áreas programáticas no han participado del monitoreo y evaluación de las acciones realizadas. (Pág. 118). Hospital Muñiz: No fue utilizado el SNVS módulo clínico C2 durante el periodo de mayor magnitud de brote de ETM (marzo 2016), infiriéndose de este modo un subregistro del dato.

Observación N°23: Hospital Piñero: El equipamiento informático funciona correctamente, pero tienen dificultades con el acceso a Internet.

Observación N°24: No cuenta con mosquiteros en ciertas salas críticas/prioritarias, siendo éste una de las medidas necesarias para la prevención. (Piñero, Álvarez).

Observación N°25: Hospital Argerich: El PEOI no tuvo en cuenta la particularidad de la situación sociocultural presente en el área geográfica de influencia.

Observación N°26: Hospital Argerich: se sobrestimó la capacidad actores "voluntarios" para acciones de prevención y promoción de la salud, pues si bien es importante su participación no es suficiente.

Observación N°27: Hospital Argerich: No cuenta el Área Programática con una computadora en buen estado y tiene problemas con el acceso al SNVS.

Observación N°28: Hospital Fernández: No todos los efectores del Área Programática que notifican los casos sospechosos, cargan los datos necesarios para una búsqueda eficaz, afectando la ejecución de procedimientos en terreno.

Observación N°29: Hospital Fernández: no cuenta con disponibilidad móvil para el traslado de insumos para la realización de tareas extramuros.

Observación N°30: Los insumos informáticos son calificados como obsoletos y están mantenidos por los propios profesionales. (Fernández; Álvarez).

Observación N°31: Hospital Álvarez: Detectaron problemas en la resolución de situaciones tales como remoción de autos abandonados u ordenamiento ambiental en terrenos o casas abandonadas de propiedad privada.

Observación N°32: Hospital Penna: Durante la epidemia se instaló la unidad sanitaria móvil (tráiler) en la Villa 21, pero no se tuvo en cuenta la provisión de luz eléctrica y las situaciones de inseguridad, con lo cual, se presentaron inconvenientes para el funcionamiento.

Observación N°33: Hospital Penna: No se llevó un registro particular de las acciones orientadas al ordenamiento ambiental realizadas junto a los equipos de CeSAC, pues se contabilizan como acciones grupales para la carga en SiCeSAC. (

Observación N°34: Hospital Penna: No se desarrollaron actividades por ovitrampas, aunque las lecturas de las mismas hayan sido siempre positivas.

Observación N°35: El área de Salud Ambiental no dispone de personal dedicado exclusivamente al desarrollo de actividades relacionadas a la prevención, vigilancia y control de mosquitos.

Observación N°36: El área de Salud Ambiental no cuenta con presupuesto propio para adquirir materiales educativos y comunicacionales necesarios para la capacitación y conformación de equipos locales, siendo uno de los objetivos del área.

Observación N°37: La Coordinación General de Prensa y Comunicación Institucional no cuenta con asignación presupuestaria asociada al sostenimiento de la campaña de prevención de ETM.

RECOMENDACIONES:

Recomendación N°1: Asignar partida presupuestaria específica para garantizar el funcionamiento, mejorar la planificación a corto y largo plazo, estableciendo metas físicas, pasibles de medición y evaluación adjudicando un marco de eficiencia y rendición de cuenta.

Recomendación N°2: Teniendo en cuenta que el Dengue es una enfermedad endémica, con ciclos epidémicos significativos, es que se hace necesario contar con un plan de emergencia, para que la respuesta sea efectiva ante el riesgo de un futuro brote.

Recomendación N°3: Establecer un mecanismo que contemple la protección de los derechos de los usuarios.

Recomendación N°4: Cumplir con lo establecido en la Ley 1845 sobre Protección de Datos Personales.

Recomendación N°5: Optimizar los mecanismos de registros y notificación para la oportunidad en la toma de decisiones.

Recomendación N°6: Implementar un sistema de base de datos que contenga mecanismos de control de las modificaciones en la misma.

Recomendación N°7: A fin de optimizar el proceso de seguimiento de los pedidos de estudio de foco, establecer un registro que permita determinar si se cumple en forma eficiente la vigilancia intensificada.

Recomendación N°8: Es necesario incrementar la disponibilidad de RRHH, a fin de sostener en forma continua las actividades establecidas en el PEOI, sin afectar otras responsabilidades de las áreas implicadas.

Recomendación N°9: Asegurar en todas las áreas de promoción y protección de la salud, personal Data Entry capacitado para realizar eficazmente la carga de los datos epidemiológicos.

Recomendación N°10: Se deberá contar con un protocolo que incluya seguridad en el personal que realiza actividades en terreno.

Recomendación N°11: Producir convenios formales que den un marco de previsibilidad a los distintos actores del PEOI, tanto para la planificación como para la asignación de recursos.

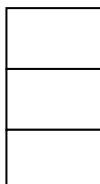
Recomendación N°12: Generar variables que intervienen en el proceso, a fin de permitir verificar o medir la cobertura de las demandas, la calidad y el impacto de las acciones realizadas.

Recomendación N°13: Generar mecanismos que aseguren la provisión de insumos necesarios de acuerdo a la demanda.

Recomendación N°14: Crear la logística necesaria que garantice la oportunidad en la obtención de resultados, facilitando las decisiones correspondientes de acuerdo al protocolo.

Recomendación N°15: La instalación de ovitrampas en los efectores, permite una detección temprana de criaderos de Aedes Aegypti, previniendo la incrementación la circulación del virus.

Recomendación N°16: Profundizar la estrategia de participación ciudadana, que establece la figura del vecino multiplicador para difundir



mensajes de prevención en su propia manzana y articular las acciones del plan, en forma amplia y sostenida.

Recomendación N°17: Utilizar mecanismos formales para la coordinación y registro de las acciones realizadas.

Recomendación N°18: Es esencial a la estrategia de centralidad comunal fortalecer la formación de asesores comunales y capacitadores vecinales, que aporten al sostenimiento de acciones de prevención de ETM en su propia sede comunal.

Recomendación N°19: Optimizar el sistema de comunicación entre los diferentes actores del PEOI, para coordinar y ejecutar procesos que permitan una mejor evaluación de la presencia del mosquito.

Recomendación N°20: Implementar protocolo de ordenamiento ambiental respecto de ETM, que permita determinar con precisión los tiempos, los recursos y los responsables de las acciones ante una denuncia de posibles criaderos de *Aedes Aegypti*, con tiempos máximos según escenario de riesgo. Difundir la información a todos los actores intervinientes en el PEOI.

Recomendación N°21: El monitoreo y la evaluación debe darse en un marco formal incorporando a los actores de las tareas del PEOI, no sólo de las áreas que trabajan en terreno, sino también a vecinos y organizaciones del tercer sector entre otros.

Recomendación N°22: Implementar mecanismos que aseguren la eficacia de los procesos que sirven para la construcción de la información epidemiológica.

Recomendación N°23: Establecer procesos que aseguren la provisión y buen funcionamiento de los elementos de soporte de los sistemas de información.

Recomendación N°24: Realizar las adecuaciones necesarias según la normativa de bioseguridad para la aislación de los pacientes.

Recomendación N°25: Realizar adecuaciones a las estrategias que se adapten a la población destinataria, partiendo de la evaluación de las mediadas realizadas hasta el momento y justificando las decisiones adoptadas a partir de las necesidades de salud detectadas la población destinataria.

Recomendación N°26: Sostener las actividades planificadas con recursos humanos capacitados y con responsabilidades formales, de esta manera se asegura la continuidad de los objetivos planteados por el PEOI.

Recomendación N°27: Establecer procesos que aseguren la provisión y buen funcionamiento de los elementos de soporte de los sistemas de información.

Recomendación N°28: Homologar el proceso de carga de casos sospechosos, especialmente en casos en que los pacientes declaran domicilios en zonas más vulnerables.

Recomendación N°29: Generar disponibilidad de recursos que permitan el traslado de insumos a terreno.

Recomendación N°30: Establecer procesos que aseguren la provisión y buen funcionamiento de los elementos de soporte de los sistemas de información.

Recomendación N°31: Teniendo en cuenta la recomendación a la observación N°19, recibir capacitación que permita a los actores del PEOI, activar procedimientos ante diversos escenarios que requieren ordenamiento ambiental.

Recomendación N°32: Establecer mecanismos que permitan mejorar la eficiencia en la planificación de actividades y garantizar la seguridad de los participantes.

Recomendación N°33: Establecer procesos y sistemas homogéneos que hagan eficiente tanto la carga como la consulta de la información epidemiológica según tipo de actividad.

Recomendación N°34: Fortalecer las estrategias de prevención por eliminación de criaderos de la forma estipulada por el PEOI.

Recomendación N°35: Asignar Recursos Humanos para cubrir las necesidades que implican las tareas del Departamento de Salud Ambiental dentro del PEOI respecto de la problemática de las ETM.

Recomendación N°36: Las partidas presupuestarias permiten no solo la ejecución, evaluación y seguimiento de las actuaciones de las áreas intervinientes la prevención de las enfermedades, sino que también permite planificación a largo plazo, por lo tanto es necesaria la asignación formal de recursos a esta área.

Recomendación N°37: Asignar Recursos Humanos para cubrir las necesidades que implican las tareas del Departamento de Salud Ambiental dentro del PEOI respecto de la problemática de las ETM.

CONCLUSION:

La Gerencia Operativa de Epidemiología dependiente de la Subsecretaría de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, da respuesta al brote de Dengue producido durante el primer semestre del año 2016, con un programa denominado Plan Estratégico Operacional Integrado (PEOI), que tal como dice su nombre es **Estratégico**, cuenta con 6 lineamientos descriptos en el cuerpo del informe, **Operativo**, describe acciones específicas e **Integral**, participan distintos organismos del gobierno y otras organizaciones de la comunidad. Este programa comenzó a organizarse en mayo 2016.

La GOE centraliza la información epidemiológica para su procesamiento y la determinación de acciones según los resultados obtenidos. La metodología respecto al seguimiento de los casos de las Enfermedades Transmitidas por Mosquitos (ETM), ha sufrido cambios con el objetivo de optimizar la disponibilidad de los datos. De esta manera, se pasó de una utilización de métodos heterogéneos para registrar e informar sobre el seguimiento del paciente a una aplicación de carga de datos única de acceso *on-line*. La herramienta denominada "SIC" (Sistema de Información Complementaria) que corre a través de un *Google docs* fue creada ante la contingencia de las ETM y se aprovechó su utilización para el resto de los eventos bajo vigilancia, con el fin de suplir una faltante de sistematización de los datos sobre los estudios de foco y datos de seguimiento de los pacientes notificados.

Si bien fue un plan que dio lugar a contener y dar mejor respuesta al brote endémico, particularidades como falta de presupuesto específico, falta de asignación de Recursos Humanos y específicamente data entry, deficiencias de internet en algunos hospitales, la no generación de estadísticas e indicadores por parte de las áreas programáticas, algunas necesidades no contenidas de acuerdo a las problemáticas de cada comuna como por ejemplo el tema de la inseguridad, las ubicaciones de ovitrampas, y las acciones de descacharreo; el programa "Vecinos Multiplicadores" que se sostiene con voluntarios y algunas otras observaciones realizadas en función del informe; nos hacen pensar más en un programa que salió a dar respuesta a la emergencia de la situación, que un plan sistemático y constante que sea parte de la estrategia preventiva que disminuya el riesgo de propagación de futuros brotes. Futuras auditorías determinarían el sostenimiento del plan en el tiempo.

Teniendo en cuenta que el dengue constituye en la actualidad la enfermedad viral más importante transmitida por vectores, que no hay

vacunas ni tratamientos específicos, que depende de factores climáticos, demográficos, habitacionales y migratorios entre otros, es que la vigilancia del mismo constituye una de las principales herramientas que utiliza la epidemiología para establecer la ocurrencia, distribución y factores condicionantes que evitan, en la medida de lo posible, la intensidad del brote. En este sentido podemos decir que este plan no fue oportuno en su implementación, sobre todo teniendo en cuenta que el Dengue es una enfermedad endémica, con ciclos epidémicos significativos y que en el año 2009 hubo un brote del mismo serotipo.

Se sugiere además la incorporación de un plan de contingencia, que permita establecer un procedimiento formal y por escrito alternativo, que indique las acciones a seguir, de manera que se pueda optimizar el uso de los recursos humanos y materiales y de este modo minimizar la morbilidad.

