



# GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

## ANEXO i

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

Departamento de Epidemiología.  
Dirección Salud Comunitaria.

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

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

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

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

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

#### **Las actividades incluidas son:**

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

7. Proponer líneas de acción para la gestión sanitaria
8. Monitorear el resultado de las intervenciones sanitarias a corto y mediano plazo.

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

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

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

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

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

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

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

- descubrir y evaluar causas y factores de los procesos y enfermedades específicas
- detectar grupos de población con mayor riesgo
- implementar programas específicos de prevención evaluables y sustentables
- reorientar la asignación de recursos de una manera costo-efectiva en otras áreas “productoras de salud”



## GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

- evaluar y colaborar en el rediseño de los servicios de diagnóstico y tratamiento clínico-quirúrgico según necesidades locales y regionales
- comprender las relaciones existentes entre los factores físico-químicos-biológicos, ambientales y socioculturales en que se desarrollan los diferentes grupos poblacionales
- discutir con una base en salud pública racional y basada en evidencias la incorporación y la utilidad de nuevas tecnologías a los servicios de salud
- lograr un financiamiento más costo-efectivo en los servicios de salud
- mejorar y mantener la salud de la población

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

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

#### **1. Subnotificación y Subregistro:**

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

- Insuficiente apoyo al desarrollo de la epidemiología dentro del sistema de salud evidenciado en estructuras locales y centrales inadecuadas.
- Desconocimiento de la obligación legal (ley 15465) y de la importancia sanitaria de la notificación de patologías de denuncia obligatoria por los distintos integrantes del equipo de salud.
- Escasa motivación de los profesionales de la salud para participar en el Sistema de Vigilancia.
- Notificación basada en servicios de salud estatales, muchos de los cuales comunican en forma irregular.
- Diagnósticos erróneos y falta de actualización en las normas de vigilancia.
- Casos que no ingresan al sistema de salud por el carácter leve de los síntomas o la existencia de barreras culturales, sociales y económicas en la población.
- Dificultades de coordinación intrasectorial relacionado con una deficiencia administrativa y superposición entre servicios y programas de prevención.

- Fallas en la coordinación extrasectorial por la multiplicidad de prestadores y superposición jurisdiccional.
- Escasa o nula integración con la información generada por la red de laboratorios.

En consecuencia, de los enunciados detallados anteriormente se produce una **subnotificación y un subregistro que genera una distorsión en la interpretación de la situación epidemiológica de la Ciudad.**

## **2. Falta de Proceso y Análisis Local de la Información**

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

## **3. Deficientes Controles de Focos y Estudios de Brotes**

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

## **4. Insuficiente devolución de información Central y Local**

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

### **Acciones realizadas para mejorar el Sistema de Vigilancia de la Salud**

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

- Evaluación del proceso y resultados del sistema de vigilancia epidemiológica del año 2000, comparando con evaluaciones previas
- Talleres de actualización en hospitales y CESAC



## GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

- Equipamiento informático en los servicios de Promoción y Protección
- Herramientas conceptuales e informáticas: distribución de manual de normas, CD VIGIA, diskettes, etc.
- Capacitación en epidemiología básica y EPI INFO
- Instalación de la base de datos en 9 de 18 hospitales, para la carga, procesamiento local de los datos y envío de los mismos al nivel central vía correo electrónico.
- Actualización de normas y registro local
- Taller de acciones de control
- Difusión: Boletín Epidemiológico. Lista de correo (Alertas; epinoticias; PED)
- Acciones de integración intrasectorial con otros programas (SIDA, Chagas, TBC)
- Acciones de integración extrasectorial (Privados, Obras Sociales)
- Autoevaluación de futuros nodos del SVSCE

### **Autoevaluación de las unidades notificadoras de la Ciudad**

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

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

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

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

### **III OBJETIVO GENERAL**

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

### **IV OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

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

### **V.- METODOLOGÍA**

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

#### **A.- COMPONENTES Y ESTRATEGIAS DE VIGILANCIA**

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



# GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

## 1.- Vigilancia De Eventos De Salud

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

### 1.1.- Vigilancia de enfermedades transmisibles

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

Incluyen:

1.1.1. Vigilancia general

1.1.2. Vigilancia intensificada

1.1.3. Unidades y/o sitios centinelas para la vigilancia de diarrea, influenza, meningitis, neumonías, accidentes y otras.

1.1.4. Red de Laboratorios

1.1.5. Acciones de control de focos y brotes

1.1.6. Búsqueda Activa de casos.

1.1.7. Vigilancia en Escuelas.

1.1.8. Vigilancia en Salud Animal

### 1.2.-Vigilancia de enfermedades no transmisibles

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

1.2.1. Vigilancia de factores de riesgo cardiovascular

1.2.2. Vigilancia de enfermedades cardiovasculares

1.2.3. Vigilancia de accidentes y lesiones

1.2.4. Vigilancia de tumores

1.2.5. Vigilancia de discapacidad

1.2.6. Vigilancia en Salud mental

1.2.7. Otras

### 1.3.Vigilancia de mortalidad

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

1.3.1. Vigilancia de mortalidad general y específica por edad y causa

1.3.2. Vigilancia de años de vida potencial perdidos (AVPP)

1.3.3. Vigilancia de brechas de mortalidad

## **2.- Vigilancia Ambiental**

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

2.1. Vigilancia de daños de salud específicos

2.2. Vigilancia de fuentes de contaminación fijas

2.3. Vigilancia de fuentes de contaminación móviles

2.4. Vigilancia de factores de riesgo ambiental

## **3.- Análisis de Situación de Salud (ASIS)**

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

### 3.1. Vigilancia de las pérdidas de salud:

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

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

### 3.3. Vigilancia del sistema de salud

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



## GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

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

### 3.5. Vigilancia Demográfica

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

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

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

### 4.- Investigación Epidemiológica,

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

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

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

## B.- PROCESO DE LA INFORMACIÓN

### 1.-Tecnología Informática

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Total 13 nodos**

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



## GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

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

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

**Otras fuentes y unidades de vigilancia se incorporaran para el desarrollo de los distintos componentes**

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

#### 1.- Referentes locales

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

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

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

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

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

#### 2.- Coordinación Central

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

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

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

### 3.- Productos

- 3.1.- Lista semanal, cuatrimestral y anual de enfermedades con notificación definida según tipo (numéricas agrupadas, detalladas con datos básicos y detallada con ficha de notificación).
- 3.2.- Informes periódicos de análisis de Vigilancia intensificada, Unidades Centinela y laboratorios.
- 3.3.- Alertas epidemiológicas de brotes
- 3.4.- Informes periódicos de análisis de cada uno de los componentes vigilados
- 3.5.- Informes periódicos de ASIS.
- 3.6.- Boletines epidemiológicos.
- 3.7.- Informes de investigaciones epidemiológicas

### 4.- Difusión de la Información

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

### 5.- Capacitación en Servicio

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

### 6.- Evaluación y Actualización del Sistema

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

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

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

#### Etapas 1

Primer semestre: Nodos de los grupos 1 –2

#### Etapas 2

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



## GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

### VI.- RECURSOS

1.- Equipamiento informático: ver punto B.- Proceso de la información Tecnología Informática.

2.- Espacio físico, amoblamiento y papelería, serán gestionado ante los Directores de cada hospital.

3.- Personal: será necesario un equipo mínimo de administrativos (2) y profesionales capacitados (3) para el proceso de recolección, carga, procesamiento y análisis de la información por cada nodo y equipo de profesionales en cada nodo o subnodo con responsabilidad en la acciones de control. Se requiere además ,integrar a profesionales de otras áreas para los trabajos comunes

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

**TABLA 1.- SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES  
CIUDAD DE BUENOS AIRES. UNIDADES DE NOTIFICACION**

<b>NODOS CENTRALES</b>	<b>SUBNODOS PUBLICOS</b>		<b>SUBNODOS PRIVADOS</b>
	<b>AP (MC/CMB)</b>	<b>CESAC</b>	<b>CLINICAS Y SANATORIOS</b>
1. Alvarez	Centros de Salud, MC y CMB actuales y a crearse en el futuro		Efectores privados y de OOSS actuales o futuros
2. Argerich			
3. Durand			
4. Fernández			
5. Penna			
6. Piñero			
7. Pirovano			
8. Ramos Mejía			
9. Santojanni			
10. Tornú			
11. Velez Sarsfield			
12. Zubizarreta			
19. Inst. de Zoonosis L. Pasteur	Veterinarias Privadas actuales o futuras		

<b>NODOS CENTRALES</b>
<b>HOSPITALES SIN A.P.</b>
13. Rivadavia
14. Elizalde
15. Gutiérrez
17. Sardá
18. Muñiz
16. Garrahan (SAMIC)

<b>NODOS COMPLEMENTARIOS</b>
20. ROCCA (rehabilitación)
21. INST. REHABILITACION Psicof.
22. B. UDAONDO (gastroenterología)
23. MARIA FERRER(respiratorias)
24. MARIA CURIE (oncología)
25. QUEMADOS
26. LAGLEYZE (oftalmología)
27. SANTA LUCIA (oftalmología)
28. ALVEAR. Emergencias (Psiquiátricas )
29. BORDA (Psiquiatría)
30. MOYANO (Psiquiatría)
31. TOBAR GARCIA (Psiqu. Infanto-juvenil)
32. ODONTOLOGIA "Jose Dueñas"
33. ODONTOLOGIA INFANTIL
34. ODONTOLOGIA ex-Nacional

### INDICADORES DE EVALUACION SEGÚN OBJETIVOS

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

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