

Ministerio de Salud de la Nación
Dirección de Epidemiología - Área de Vigilancia

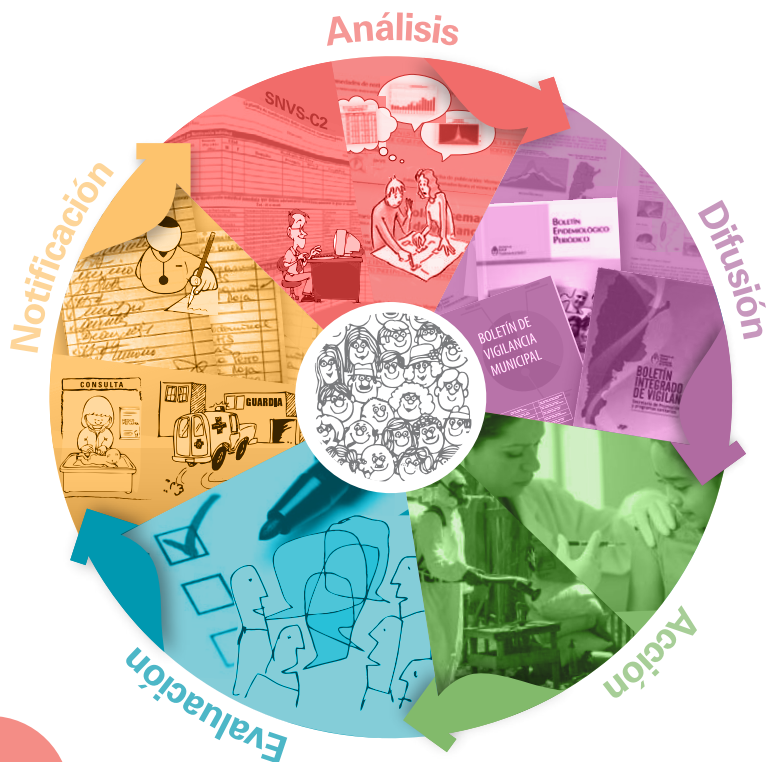
República Argentina 

www.msal.gov.ar

Avenida 9 de Julio 1925 · Buenos Aires · Argentina

Material de apoyo para la mejora de la calidad de la información de los Eventos de Notificación Obligatoria a través del Módulo C2 del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

Guía para el fortalecimiento de la Vigilancia de la Salud en el nivel local



Guía para el fortalecimiento de la Vigilancia de la Salud en el nivel local

Material de apoyo para la mejora de la calidad de la información de los Eventos de Notificación Obligatoria a través del módulo C2 del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

Guía para el fortalecimiento de la Vigilancia de la Salud en el nivel local

Ministerio de Salud de la Nación - Dirección de Epidemiología - Área de Vigilancia
Av. 9 de Julio 1925 (C1073ABA), Cdad. Autónoma de Bs. As., República Argentina
Teléfono: (54-11) 4379-9000 / Web: www.msal.gov.ar

Impresión: Marzo/2013
Distribución gratuita

Autoridades

Presidenta de la Nación
Dra. Cristina E. FERNÁNDEZ DE KIRCHNER

Ministro de Salud
Dr. Juan Luis MANZUR

Secretario de Programas Sanitarios
Dr. Máximo Andrés DIOSQUE

Subsecretaria de Prevención y Control de Riesgos
Dra. Marina KOSACOFF

Director de Epidemiología
Dr. Horacio ECHENIQUE

Introducción

7

I. ¿Qué es la vigilancia?

9

| | |
|--|----|
| I.1. Presentación | 9 |
| I.2. La salud pública y el desarrollo de la vigilancia | 10 |
| I.3. Perspectivas sobre la vigilancia | 12 |
| I.3.i. Vigilancia epidemiológica | 13 |
| I.3.ii. Vigilancia de la salud | 14 |
| I.3.iii. Vigilancia sanitaria | 15 |
| I.3.iv. A modo de síntesis | 15 |
| I.4. Los sistemas de vigilancia | 16 |
| I.4.i. Etapas de la implementación de los sistemas de vigilancia | 17 |
| I.4.ii. Etapas del funcionamiento de los sistemas de vigilancia | 18 |
| I.5. Subsistemas de Alerta Temprana y estrategias de vigilancia de Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) | 19 |

II. La vigilancia de los “ENO” en la Argentina a través de la vigilancia clínica

21

| | |
|--|----|
| II.1. Marco legal | 22 |
| II.1.i. Antecedentes | 22 |
| II.1.ii. Los obligados a notificar y comunicar | 23 |
| II.2. Implementación del sistema de vigilancia en la Argentina | 26 |
| II.2.i. Sobre los últimos 15 años | 26 |
| II.2.ii. Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) | 28 |

III. Fortalecimiento de la Vigilancia Clínica

31

| | |
|---|----|
| III.1. Introducción | 31 |
| III.2. El circuito de la vigilancia clínica | 31 |
| III.2.i.1. Primer paso: Recolección de la información y notificación | 33 |
| III.2.i.2. Segundo paso: Sistematización y análisis de la información | 35 |
| III.2.i.3. Tercer paso: Difusión | 35 |
| III.2.i.4. Cuarto paso: Implementación de Acciones | 36 |
| III.2.i.5. Quinto paso: Evaluación | 37 |
| III.3. Armado del consolidado C2 | 37 |

IV.

| | |
|---|-----------|
| IV. Criterios o sinónimos diagnósticos para la confección del consolidado C2 | 39 |
| IV.1. Introducción | 39 |
| IV.2. GASTROENTÉRICAS | 41 |
| IV.2.i. DIARREAS AGUDAS | 41 |
| Criterios de inclusión armado de C2 | |
| IV.2.ii. DIARREAS SANGUINOLENTAS | 41 |
| Criterios de inclusión armado de C2 | |
| IV.3. HEPATITIS VIRALES | 41 |
| IV.3.i. HEPATITIS VIRAL TIPO A/B/C | 41 |
| IV.4. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (I.T.S.) | 42 |
| IV.4.i. SUPURACIÓN GENITAL GONOCOCCICA | 42 |
| Criterios de inclusión armado de C2 | |
| IV.4.ii. SUPURACIÓN GENITAL NO GONOCOCCICA Y SIN ESPECIFICAR | 42 |
| Criterios de inclusión armado de C2 | |
| IV.4.iii. SIFILIS TEMPRANA | 42 |
| IV.5. INTOXICACIÓN AGUDAS POR AGENTE QUÍMICO | 43 |
| IV.5.i. INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO | 43 |
| IV.5.ii. INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS | 43 |
| IV.5.iii. INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA | 43 |
| IV.6. INMUNOPREVENIBLES | 44 |
| IV.6.i. SARAMPIÓN Y RUBÉOLA | 44 |
| IV.6.ii. PAROTIDITIS INFECCIOSA | 44 |
| IV.7. RESPIRATORIAS | 44 |
| IV.7.i. INFLUENZA | 44 |
| IV.7.ii. NEUMONIA ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD | 44 |
| IV.7.iii. BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS | 45 |
| IV.7.iv. COQUELUCE | 45 |
| IV.8. ENVENENAMIENTO POR ANIMALES PONZOÑOSOS | 46 |
| IV.8.i. OFIDISMO | 46 |
| IV.8.ii. ALACRANISMO | 46 |
| IV.8.iii. ARACNOIDISMO | 46 |

| | |
|--|-----------|
| Para finalizar | 47 |
| Bibliografía | 49 |
| Anexo | 51 |
| Listado de eventos actualizados 2012 y sus características de notificación | 51 |
| Infografía del circuito de la vigilancia clínica | 55 |
| Ley 15.465 | 56 |

Introducción

La epidemiología y la vigilancia son dos aspectos esenciales de la salud pública que se han desarrollado de manera considerable en los últimos 10 años. El fortalecimiento de estas áreas en nuestro país se ve reflejado, entre otros aspectos en: el desarrollo e implementación de un sistema de información de base on line y de características horizontales en el acceso a los datos; la posibilidad de integrar información de diferentes estrategias de vigilancia; el aumento en el número de las notificaciones; la mejora en la oportunidad y calidad de los datos disponibles; el incremento en la cobertura, la representatividad e integralidad de la información y la capacitación del personal de salud.

No obstante lo anterior, el desafío para la vigilancia clínica -entendida como el monitoreo de eventos de salud a partir de la información suministrada por el personal médico-, es grande y queda aún mucho camino por recorrer y cosas por mejorar. La vigilancia clínica constituye una de las principales herramientas de la epidemiología y forma parte de las actividades cotidianas de los servicios de salud. Por ello es que ponemos a disposición de los médicos, los gestores del consolidado de la información (personal responsable del armado del **consolidado C2**) y todo el equipo de salud que se encuentra trabajando en el nivel local y los servicios de salud en general, el siguiente material, esperando que el mismo constituya una herramienta que oriente y colabore con la práctica diaria de cada uno.

En esta guía se brinda información básica acerca de aspectos conceptuales y prácticos que hacen a la vigilancia clínica, resaltando los aportes y actividades a través de las cuales cada uno de los miembros del equipo de salud, desde su espacio de trabajo, participa. El propósito es ofrecer un contenido que permita contribuir a la comprensión de **por qué** se recolectan datos (en planillas, fichas, registros, etc.); y describir **cómo** es que se lleva a cabo la vigilancia clínica en nuestro país y **cuál** es su importancia. Por último, se hace especial énfasis en los aspectos relacionados al armado del consolidado C2, a fin de mejorar la información de la que se dispone y la sensibilidad de la notificación de los eventos de notificación obligatoria.

La guía es también acompañada por una infografía sobre el “Circuito de la Vigilancia Clínica” que resume los pasos necesarios para la notificación de los casos sospechosos de los eventos bajo vigilancia, desde el momento en que las personas concurren para ser atendidas en los establecimientos de salud, hasta la evaluación de las acciones realizadas, detallando a los actores involucrados y sus tareas correspondientes.



Capítulo I.

¿Qué es la Vigilancia?

I.1. PRESENTACIÓN

La palabra “vigilancia” (del latín *vigilantia*), tiene un origen vinculado a la actividad de ver, de atender cuidadosamente a un área o población, con la finalidad de supervisar o fiscalizar. El ejercicio de la vigilancia supone una actitud de cuidado y atención, en relación con aquello que se tiene a cargo.

Desde una perspectiva individual y clínica, vigilancia, alude a una actitud responsable sobre el estado de salud de un individuo por parte de los agentes de salud. Esta actitud requiere de observaciones sistemáticas orientadas a la toma de decisiones sobre las medidas concretas que se deben implementar, en cada caso en particular, para la prevención, atención y mejoramiento del estado de salud.

En cambio, **para aludir al interés por vigilar el estado de salud de la población, y no el de un individuo en particular, se utiliza el término Vigilancia Epidemiológica.**

La Vigilancia Epidemiológica es un proceso que produce información para la acción.

La vigilancia epidemiológica implica un conjunto de actividades que permiten reunir información indispensable sobre el comportamiento de eventos de salud-enfermedad de la población y los factores que los condicionan, detectar o prever cualquier cambio que pueda ocurrir con el fin de orientar oportunamente el proceso de toma de decisiones sobre las medidas dirigidas a la prevención y el control de la enfermedad y a mejorar la calidad de la salud de la población.

En síntesis, la vigilancia *“es el análisis, interpretación y difusión sistemática de datos colectados, generalmente usando métodos que se distinguen por ser prácticos, uniformes y rápidos, más que por su exactitud o totalidad, que sirven para observar las tendencias en tiempo, lugar y persona, con lo que pueden observarse o anticiparse cambios para realizar las acciones oportunas, incluyendo la investigación y/o la aplicación de medidas de control”*. (OPS, 2002).

I.2. LA SALUD PÚBLICA Y EL DESARROLLO DE LA VIGILANCIA

La salud pública surgió en Europa en el siglo XIX, en el contexto de la revolución industrial, como un campo de conocimiento para la aplicación de medidas de prevención y control de las enfermedades transmisibles. Su objetivo principal estaba orientado a mantener la salud y bienestar de las poblaciones que habían migrado a las ciudades. Específicamente en relación con la vigilancia, existen antecedentes históricos que vinculan las acciones de “vigilar” con la preocupación por el proceso salud/enfermedad en diferentes épocas y culturas.

XIV: La República de Venecia asignó a tres guardianes de la salud pública para detectar casos de peste y detener por cuarenta días a los barcos con personas infectadas a bordo, con el fin de evitar la diseminación de la epidemia: se establece el concepto de “cuarentena”.

XVI: Primeros registros de estadísticas de mortalidad, con uso exclusivamente censal.

XVII: Recuento y reporte sistemático de inhumaciones y causas de muerte, con el fin de obtener información periódica sobre la frecuencia y distribución de la peste en Londres, la cual se publicaba en un “Boletín de Mortalidad” semanal que era utilizado para realizar acciones de control. Este primer sistema ilustra los principios básicos de la vigilancia reconocidos actualmente: recolección de datos, análisis e interpretación y diseminación de información para la acción.

XVIII: Se reconoció la vigilancia como parte integral de la provisión de salud a la población. Johann Peter Frank (1766) propuso en Alemania la creación de una “policía médica” para hacer cumplir legalmente la política de salud, dentro de la cual la vigilancia era parte integral; esta propuesta tuvo gran impacto en los países vecinos.

XIX: Se incorporan nuevas condiciones de salud para la vigilancia; en Inglaterra se estableció la certificación médica universal de defunciones y William Farr (1838) fundó las bases para un sistema moderno de vigilancia. En EUA, Lemuel Shattuck (1850) recomendó la ejecución de un censo decenal, la estandarización de la nomenclatura de enfermedades y causas de muerte y la recolección de datos de salud por edad, sexo, ocupación, localidad y nivel socioeconómico.

XX: Alexander Langmuir (1963) promovió el concepto moderno de vigilancia, con énfasis en el monitoreo de las condiciones de salud en la población. Karel Raska (1965) lo desarrolló en Checoslovaquia e internacionalmente. La Organización Mundial de la Salud estableció en Ginebra la primera unidad de vigilancia epidemiológica (1965). Se utilizó la vigilancia como guía para los programas de erradicación de la viruela (1980). Al final del siglo se reconoce a la vigilancia en salud pública como una de las funciones esenciales de la salud pública.

Modificado de OPS, 2002 en base a Declich y Carter, 1994.

Al plantear la perspectiva poblacional como la esencia de la salud pública, su campo específico de acción corresponde lógicamente a la población en la cual se encuentran las condiciones de vida, analizadas como las determinantes, y la distribución y frecuencia de los procesos de salud

y enfermedad poblacionales de ellas resultantes, que requieren una respuesta social organizada a las mismas. La salud pública como campo de prácticas y de conocimientos, encuentra en las condiciones de vida, el ambiente biopsicosocial, la frecuencia y distribución de eventos de salud/enfermedad, la accesibilidad al sistema de salud y las medidas específicas adoptadas para la prevención y control de enfermedades, los principales objetos de la vigilancia de la salud como disciplina.

Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, actúan como los determinantes de la salud. Los determinantes sociales de la salud son el resultado de la distribución del poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, y explican la mayor parte de las inequidades en salud.

Desde esta perspectiva, la revolución industrial significó un nuevo modo de producción social y de acumulación del capital que resulta relevante desde el punto de vista de la salud pública. El modo particular de combinarse el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción dio origen a un particular patrón social de desgaste y de reproducción biológico que determina el marco dentro del cual la enfermedad se genera. Este modo de abordar el proceso de Salud Enfermedad Atención Cuidado (PSEAC) permite describir las condiciones de salud de las poblaciones articuladas con las condiciones sociales de éstas.

Al considerar la salud pública como el análisis y transformación de las condiciones de salud mediante respuestas poblacionales, la vigilancia de la salud procura obtener información actualizada y oportuna relacionada con el PSEAC.

Vigilancia y Salud Pública:
La información sobre el estado de salud de las poblaciones permite implementar medidas de prevención y promoción de la salud.

La vigilancia epidemiológica en salud pública fue utilizada en sus comienzos para la observación y el control de las enfermedades transmisibles. Se empleaban para ello técnicas y métodos como el aislamiento de las personas enfermas o el control de los puertos a fin de evitar la introducción de enfermedades. A comienzos de siglo XX se comenzó a utilizar el concepto de “*erradicación*” como el proceso por el cual se interrumpía la transmisión de las enfermedades; y se incorporó también el término “*vigilancia*” para referirse a los signos de persistencia en la transmisión, determinación de sus causas y eliminación de focos.

Más tarde el desarrollo de la investigación biológica y química, permitió incorporar a los laboratorios como un importante actor en la vigilancia epidemiológica que contribuye a la práctica interdisciplinaria de describir y analizar la salud de la población incluyendo estudios que permiten determinar con mayor exactitud la presencia de determinados agentes, así como asumir un compromiso con la información acerca de la sospecha y confirmación de eventos de importancia sanitaria.

Desde 1950, el término vigilancia se utiliza para referirse a ciertas medidas relacionadas con el control de enfermedades infecciosas. En 1955 el Centro de Control de Enfermedades de los

Estados Unidos (CDC), propuso la creación de un sistema orientado a la recolección sistemática de información sobre enfermedades específicas, el análisis e interpretación de los mismos y la distribución de esta información a las personas responsables de las intervenciones.

En 1968, en la XXI asamblea mundial de salud se enfatizó en la vigilancia nacional y mundial de enfermedades transmisibles y se establecieron como características de la vigilancia: recopilación sistemática de datos, agrupación y evaluación de los mismos y difusión de los resultados a quienes deben conocerlos para la toma de decisiones respectivas. La importancia de esta definición consistió en incorporar como función de la vigilancia la evaluación, a partir del establecimiento de mecanismos para medir el impacto de las intervenciones.

Unos años más tarde se discutió la necesidad de aplicar la vigilancia a otros problemas y situaciones de salud pública y se propuso incorporar también, como parte de la vigilancia epidemiológica, una cuarta característica relacionada con el seguimiento para verificar que se hayan tomado medidas eficaces.

Desde comienzos de la década de los setenta cobra mayor fuerza la necesidad de desarrollar y contar con sistemas de vigilancia epidemiológica en Latinoamérica, fundamentalmente, en la vigilancia referida a las enfermedades transmisibles y las zoonosis. Los alcances posteriores fueron desiguales en cada uno de los países dependiendo del desarrollo de la salud pública en cada uno de ellos.

I.3. PERSPECTIVAS SOBRE LA VIGILANCIA

Generalmente se entiende por vigilancia el análisis, interpretación y difusión sistemática de datos colectados, generalmente usando métodos que se distinguen por ser prácticos, uniformes y rápidos, más que por su exactitud o totalidad, que sirven para observar las tendencias en tiempo, lugar y persona, con lo que pueden observarse o anticiparse cambios para realizar las acciones oportunas, incluyendo la investigación y/o la aplicación de medidas de control. La vigilancia resulta esencial para las actividades de prevención y control de enfermedades y es una herramienta en la asignación de recursos del sistema de salud, así como en la evaluación del impacto de programas y servicios de salud.

A medida que la vigilancia se fue desarrollando como una disciplina básica de la salud pública, se formularon y emplearon diferentes conceptos de vigilancia dependiendo de los tiempos y de los desarrollos alcanzados. Entre ellos se distinguen términos como "vigilancia epidemiológica", "vigilancia sanitaria" o "vigilancia de la salud". Cada uno de ellos tiene diferentes implicancias, que conviene distinguir, para comprender mejor las características de la vigilancia en nuestro país, tema que se desarrollará en el capítulo 3.

I.3.i. Vigilancia epidemiológica

Este término surge como resultado del avance científico en el campo de la bacteriología y del descubrimiento de los ciclos epidemiológicos de algunas enfermedades infecciosas y parasitarias. La expresión vigilancia epidemiológica comenzó a ser utilizada en la década del '50 para designar una serie de actividades orientadas al control de las enfermedades transmisibles. Sus acciones incluían la observación sistemática y activa de casos sospechosos o confirmados de enfermedades transmisibles y de sus contactos. Se trataba de una vigilancia de personas con implementación de medidas de cuarentena y aislamiento.

El CDC definió la vigilancia epidemiológica como "información para la acción" definición complementada luego por la OPS, como "información epidemiológica para la acción". En 1970, se la define como el "continuo escrutinio de todos los aspectos involucrados en la ocurrencia y diseminación de una enfermedad que son pertinentes para su control efectivo".



Pandemia influenza, 1918.

A partir de lo anterior, podemos definir a la vigilancia epidemiológica como la observación continua de la distribución y tendencias de la incidencia de las enfermedades mediante la recolección sistemática, la consolidación del estado de morbilidad y mortalidad, así como de otros datos relevantes, y la diseminación regular de esas informaciones a todos quienes necesitan conocerlas para la implementación de acciones.

La característica esencial de la actividad de vigilancia epidemiológica es por lo tanto, la exis-

tencia de una observación continua y una recolección sistemática de datos sobre las enfermedades consideradas más relevantes en un momento determinado. Es su función que los datos recolectados y analizados se constituyan en un insumo útil para la toma de decisiones.

I.3.ii. Vigilancia de la salud

Los avances en el conocimiento de los problemas de salud y la modificación del perfil epidemiológico a partir de la aparición de las enfermedades crónicas contribuyeron a ampliar el campo de acción de la epidemiología. Los nuevos desafíos para la salud pública enfatizaron la necesidad de implementar acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Esto originó que en algunos documentos se comenzara a diferenciar entre vigilancia epidemiológica y vigilancia de la salud, limitando la primera al estudio de enfermedades y la segunda a todo el complejo campo de los determinantes de la salud.

A pesar de que ninguna definición restringía el objeto de la vigilancia a las enfermedades infecciosas así funcionó durante mucho tiempo en la práctica, hasta que el desarrollo de metodologías y técnicas permitieron extender el estudio de otros problemas sanitarios tales como el deterioro del medio por la contaminación ambiental, las radiaciones ionizantes, las adicciones, los accidentes de tránsito y las enfermedades no transmisibles (cáncer, enfermedades crónicas degenerativas, obesidad, etcétera).

Debido a que la vigilancia epidemiológica se realiza con la finalidad de actuar o intervenir para evitar la aparición de nuevos casos o disminuir los riesgos de las complicaciones de las personas ya afectadas por la enfermedad objeto de la vigilancia, implica la necesidad de estudiar, además de su comportamiento, los factores que influyen, de manera negativa y positiva, en la determinación o evolución y desarrollo de las mismas.

La comprensión de la salud y la enfermedad como parte de un mismo proceso plantea que la vigilancia solamente de las enfermedades y eventos resulta insuficiente, siendo necesario incluir, dentro del sistema de vigilancia, los aspectos relacionados con las condiciones de vida y los factores determinantes, tanto de las enfermedades como de la salud.

En este caso el objetivo de la vigilancia no está centrado en conocer cada caso individual para adoptar medidas que eviten la propagación de las enfermedades transmisibles, sino monito-

La vigilancia epidemiológica:
Conjunto de actividades y procedimientos sobre eventos definidos de notificación obligatoria, que generan información sobre el comportamiento y la tendencia de los mismos, para la implementación de intervenciones en forma oportuna, a fin de lograr el control rápido de dichos eventos.

La vigilancia de la salud:
Unifica los criterios ambientales, epidemiológicos, sociales, de factores de riesgo y de la prestación de los servicios de salud para, que a través del análisis e interpretación de los datos sobre eventos de salud o condiciones relacionadas, puedan ser utilizados en la planificación, implementación y evaluación de programas, incluyendo la disseminación de dicha información a todos los que necesitan conocerla, logrando una acción de prevención y control más efectiva y dinámica en los diferentes niveles de control.

rear el comportamiento de la prevalencia, incidencia y de sus factores determinantes para propiciar la adopción de medidas de promoción de la salud. Algunos autores proponen utilizar el concepto de vigilancia en salud pública como forma de indicar la ampliación del objeto de la vigilancia. Así, bajo el actual modelo de determinantes de la salud, se considera que el término "vigilancia de la salud" refleja más apropiadamente la visión integral de la salud en la que las enfermedades transmisibles son apenas uno de sus componentes.

I.3.iii. Vigilancia sanitaria

Esta denominación, menos difundida que las anteriores, se utiliza en algunos países para referirse al conjunto de acciones capaces de eliminar, reducir, disminuir o prevenir riesgos de salud e intervenir en los problemas sanitarios resultantes del medio ambiente, de la producción y circulación de bienes y de la prestación de servicios, comprendiendo todas las etapas y procesos, de producción y consumo que, directa o indirectamente, puedan tener un impacto en la salud.

La vigilancia sanitaria es uno de los aspectos más antiguos de la salud pública ya que involucraba cuestiones relativas al control de las impurezas de las aguas, la salubridad de las ciudades, la circulación de mercaderías, de personas y otras acciones que tenían todas ellas como finalidad la protección de la salud de la población. En ese conjunto de reglas que disciplinaban comportamientos y relaciones, y en la fiscalización de su cumplimiento, se puede reconocer el origen de lo que hoy se denomina vigilancia sanitaria.

La vigilancia sanitaria:
Su función esencial está asociada a la responsabilidad estatal de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de inspección, vigilancia y control del cumplimiento de normas y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana.

Este subsector específico se encarga hoy en día, por un lado, de vigilar los productos y servicios que son consumidos diariamente, teniendo como función reconocer las interacciones que se establecen entre éstos y sus implicaciones para la salud, en términos de evaluación de riesgos. Por otro lado, hace referencia a una dimensión ambiental que incluye aspectos tales como la salubridad del agua, del aire, los residuos sólidos y líquidos y su tratamiento, ambientes especiales (hospitales), salud laboral, etc.

I.3.iv. A modo de síntesis

La evolución del concepto de salud desde un enfoque de enfermedad a uno más amplio de determinantes de salud y los cambios en las condiciones de salud y enfermedad a través del tiempo, han llevado a los sistemas de salud a ampliar la aplicación de la vigilancia a las enfermedades, no transmisibles, crónicas, factores de riesgo y de condiciones de salud positivas. Las diferencias entre las distintas nociones de vigilancia reflejan estos cambios. Sin embargo, se

puede señalar como elemento común, que en todas ellas se plantean elementos que hacen referencia a su relación con la salud pública, y la implementación de métodos y estrategias para la aplicación de la vigilancia a fin de **contar con la mejor información posible** sobre el entorno en que los individuos desarrollan cotidianamente su vida y su relación con la salud.

Vigilancia Epidemiológica:
Consiste en Monitorear los procesos de Salud/enfermedad en la población para prevención y mejora de la calidad de vida.

En términos prácticos, la vigilancia se entiende como la observación sistemática y continua de la frecuencia, la distribución y los determinantes de los eventos de salud y sus tendencias en la población. Todo sistema de vigilancia debe estar amparado por un marco legal propio del Estado que garantice la operación eficiente de dicho sistema.

Este concepto tiene dos componentes básicos:

- La medición sistemática de problemas prioritarios de salud en la población, el registro y la transmisión de datos.
- La comparación e interpretación de datos con el fin de detectar posibles cambios en el estado de salud de la población y su ambiente.

Esta definición destaca tres características de la vigilancia: i) es un proceso continuo y sistemático, es decir, no es una actividad aislada en el tiempo, ni se puede ejecutar sin métodos; ii) es un proceso de observación de tendencias; y, iii) es un proceso de comparación, entre lo que se observa y lo que se espera, para detectar o anticipar cambios en la frecuencia, distribución o determinantes de la enfermedad en la población e incluye las expectativas y la ideología del actor que tiene a cargo tanto la vigilancia como las acciones para la prevención y el control.

I.4. LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA

Los sistemas de vigilancia se establecen dependiendo de la cobertura que se necesite alcanzar, de los objetivos que se quieran cumplir, de las posibilidades presupuestarias, humanas y del interés de organismos (gubernamentales o no).

Los sistemas de vigilancia pueden ser de distinto tipo:

- **De carácter universal:** toma en cuenta todos los casos; ejemplo de este tipo de Sistemas son, aunque con características distintivas, los de alerta temprana como la Vigilancia Clínica y Laboratorial.
- **Basado en muestras de casos:** obtiene información de una parte del total de casos.
- **Basado en revisión de registros institucionales:** se identifican y analizan variables de interés.
- **Basado en encuestas:** cuestionarios enfocados a temáticas específicas.
- **De carácter centinela:** una o más instituciones se escogen para determinar la tendencia y focalizar actividades de vigilancia.
- **De laboratorio:** Se usa para confirmar diagnósticos o para evidenciar factores de riesgo adicionales.

A su vez, los sistemas de vigilancia deben reunir ciertos atributos:

- **Simplicidad:** facilidad con que funciona un sistema de vigilancia.
- **Flexibilidad:** capacidad del sistema de adaptarse a nuevos requerimientos.
- **Sensibilidad:** capacidad del sistema para detectar brotes y epidemias.
- **Representatividad:** posibilidad de aplicar a la población las observaciones obtenidas.
- **Oportunidad de la información:** está en relación con los tiempos requeridos para realizar intervenciones.
- **Difusión de la información por él generada:** fundamental para la prevención y control; estimula a mejorar la recolección de datos en los niveles locales (retroalimentación) y sirve de fuente de datos de otras investigaciones.
- **Aceptabilidad:** hace referencia a la actitud que los trabajadores de salud y las organizaciones para participar de las tareas de vigilancia.
- **Predicción positiva:** capacidad del sistema de captar verdaderos casos positivos entre los casos notificados. Refleja la sensibilidad del sistema y especificidad del diagnóstico del caso definido y depende de su prevalencia.

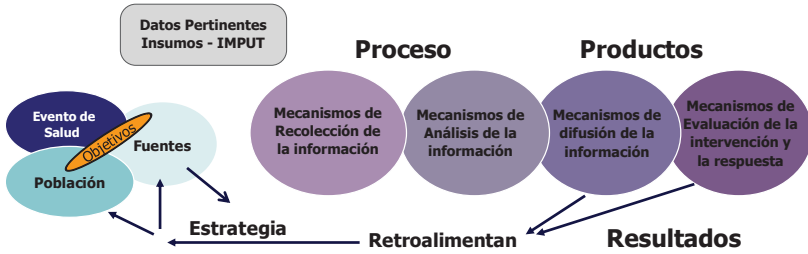
I.4.i. Etapas de la implementación de los sistemas de vigilancia:

La organización e implementación de un sistema de vigilancia, en una población determinada, implica la concreción de una serie de etapas:

- **Determinación de prioridades:** consiste en seleccionar los eventos de mayor relevancia en salud pública considerando diferentes criterios (magnitud, potencialidad del problema, gravedad del daño, posibilidad de intervención, impacto económico, impacto social).
- **Formulación de objetivos:** el objetivo general de todo sistema de vigilancia es actualizar el conocimiento del comportamiento de los eventos priorizados en una zona geográfica determinada con el fin último de controlar y prevenir enfermedades. Al estar formado el sistema de vigilancia por subsistemas que vigilan y controlan uno o varios eventos o patologías, estos subsistemas generalmente definen objetivos adicionales propios.
- **Necesidades de Información para el logro de los objetivos:** de acuerdo con los objetivos del sistema de vigilancia, éste tendrá requerimientos de información específicos.
- **Determinación de las estrategias:** implica definir de dónde se obtendrá la información (fuentes de información) y cómo se recolectará y analizará la información de los casos que presentan el evento (procedimientos) para poder cumplir con los objetivos planteados.
- **Análisis e interpretación de los datos:** implica prever el tipo de análisis que se hará de los datos y, por lo tanto, los recursos necesarios para este propósito.
- **Difusión de la información:** este punto se refiere al modo en que se presenta el análisis de la información y las recomendaciones derivadas. En este punto es importante la oportunidad ya que la vigilancia es un proceso que se caracteriza por suministrar información para la acción.
- **Evaluación del sistema de vigilancia:** la supervisión y evaluación como mecanismos de control permiten establecer el grado de cumplimiento de los objetivos y las desviaciones en los procedimientos que limitan estos logros, dando lugar a la aplicación de correcciones. La evalua-

ción puede ser directa, a través de visitas, o indirecta, a través de la información proporcionada por los informes de actividades e indicadores.

Esquema de las etapas para la implementación de los sistemas de vigilancia



I.4.ii. Etapas del funcionamiento de los sistemas de vigilancia:

Un sistema es un conjunto de partes o elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí para lograr un objetivo. En un sistema de vigilancia de la salud es importante que se definan claramente los flujos de información, en un circuito que incluye tres etapas básicas cada una con actividades y responsables específicos definidos por la autoridad nacional, de acuerdo a la normativa vigente y las condiciones particulares de la zona geográfica y el evento de salud sujeto a vigilancia.

Los sistemas de vigilancia suponen las siguientes etapas:

- **Entrada:** está conformado por la recolección de los datos que se introducen y es el componente más costoso y difícil de un sistema de vigilancia. Los datos crudos constituyen el alimento del sistema y de su calidad dependerá la calidad de la información epidemiológica que se obtendrá. Las actividades de recolección de datos son la detección, la notificación y la confirmación de los datos del evento de salud bajo vigilancia.
- **Proceso:** implica el análisis de la información, principalmente un proceso de descripción y comparación de datos con relación a características y atributos de tiempo, lugar y persona, así como entre los diferentes niveles organizativos del sistema de salud, y tiene el propósito de: establecer las tendencias de los eventos a fin de detectar y anticipar cambios en su comportamiento; sugerir los factores asociados con el posible incremento o descenso de casos e identificar los grupos sujetos a mayor riesgo e identificar las áreas geográficas que requieren



medidas de control.

- **Salida:** la difusión periódica de la información que resulta del análisis e interpretación de los datos recolectados y de las medidas de control tomadas constituye una de las etapas cruciales, ya que incluye la difusión a actores responsables de tomar medidas, pero también la retroalimentación a las instancias locales, que es donde se generan los datos. El propósito final de la difusión de información es la **implementación de las acciones y la evaluación** de los cambios de la situación de salud.

Es preciso puntualizar que el enfoque sistémico ha tenido importantes críticas desde hace muchos años. En la práctica, esta mirada debe ser enriquecida con una lectura estratégica del campo de la salud y de los actores que participan en el mismo, es por esto que un enfoque de procesos de cooperación en red, si bien es más complejo y laborioso, complementa y fortalece la mirada sistémica.

I.5. ESTRATEGIAS DE VIGILANCIA DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA (ENO)

La comprensión más integral del PSEA impone que sea necesario recurrir a múltiples fuentes de datos para la vigilancia en salud pública. En general, los datos pueden ser obtenidos a partir de reportes de registro rutinario, por esfuerzos especiales de investigación o a partir de bases de datos recolectados con otro propósito. De todos ellos, el modelo más aplicado es el de la notificación de casos, que se basa en la notificación rutinaria de aquellos casos atendidos en la consulta de todos los servicios de salud de una jurisdicción sanitaria.

Los métodos para la recolección de datos mencionados se aplican universalmente para la vigilancia en salud pública. Sin embargo, las distintas necesidades, enfermedades y fuentes de datos requieren diferentes procedimientos generales de recolección. La información para la vigilancia en las instituciones de salud se recolecta básicamente de dos formas:

- **PASIVA:** se recolectan los datos con base en casos que las instituciones rutinariamente registran. La mayoría de los sistemas de vigilancia son de carácter Pasivo.
- **ACTIVA:** es aquella en la cual el equipo de salud acude a la fuente de información para realizar una búsqueda intencional de casos del evento sujeto de vigilancia.

Como ha sido mencionado, la **notificación** de casos representa la columna vertebral de los sistemas rutinarios de vigilancia en salud. Es un proceso sistemático y continuo de comunicación de información que involucra a todo el equipo de salud. En general, es de carácter **obligatorio** y está respaldado por la ley. La notificación consiste, básicamente, en la declaración oficial de la ocurrencia de cada caso de un evento bajo vigilancia, que se detecta en la población según la definición de caso vigente y la transmisión de los datos relacionados a cada caso.

Según cuál sea el evento, la modalidad de notificación puede ser: **numérica** (cantidad de casos en forma agrupada) o con identificación **nominal** de cada caso y con datos relevantes para la comprensión del evento y para la realización de acciones de control, diagnóstico, investigación

y/o seguimiento de los mismos. Asimismo, puede ser necesario la notificación negativa (esto es informar que no hubo casos de enfermedad luego de buscarla). La aplicación de estas modalidades, según el evento, están dictadas por las prioridades establecidas y las necesidades de información para la toma de decisiones y acciones en salud pública.

Las estrategias de los sistemas de vigilancia son muy variadas, aunque básicamente pueden agruparse de acuerdo a su principal propósito: simplificar procedimientos y aumentar la eficiencia del sistema, aumentar la cobertura del sistema o investigar en profundidad un evento en la población. En nuestro país para la vigilancia de eventos de notificación obligatoria es la vigilancia clínica a través del módulo C2 del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Esta estrategia consiste en establecer un conjunto de eventos cuya notificación a las autoridades competentes es obligatoria, jerarquizando sólo la información más relevante de cada evento en particular. A su vez, se encuentra en el marco de los llamados *sistemas de alerta temprana*, cuya función básica es detectar en forma oportuna situaciones que puedan representar riesgo para la salud pública. Este sistema prioriza ante todo el aumento de la sensibilidad, es decir, obtener información no necesariamente confirmada pero rápida y ágil (incluye la obtenida por entrevistas informales o por monitoreo de noticias).

Eventos de Notificación Obligatoria: Desde el año 1960 existe en nuestro país una Ley que establece la obligatoriedad, para los profesionales de la salud, de notificar aquellos eventos considerados prioritarios para la Salud Pública.

La Vigilancia de los ENO's a través de la vigilancia clínica es la estrategia más utilizada en todo el mundo ya que es una estrategia simple, poco costosa y eficiente. Posee carácter histórico en cada país, ya que permite observar el comportamiento de los eventos a lo largo del tiempo. La información suministrada es de carácter universal por cuanto incluye a todas aquellas personas que consultan. En cuanto a la forma en que se recolecta la información, es una estrategia pasiva ya que para la obtención de los datos no se realizan búsquedas especiales de casos sino que se emplean las fuentes secundarias de la información como los registros de la consulta externa, los registros de los servicios de urgencias, guardia, egresos, internación, entre otros.



Capítulo II.

La vigilancia de los “ENO” en la Argentina

El desarrollo de un sistema organizado en gran escala para la vigilancia solo fue posible a partir de ciertas condiciones previas que debieron cumplirse. Entre ellas, una de las principales fue la existencia de un sistema de atención de salud organizado. Hecho que ocurrió simultáneamente a la concreción de políticas de salud, que en la mayoría de los países de Latinoamérica, no se implementaron antes de los años '50.

Hasta los años 40 la preocupación por la salud desde la óptica del Estado se centraba en el control de las epidemias y de la propagación de las consecuencias negativas de la enfermedad. Era un modelo higienista de intervención en el cual los servicios de atención médica eran prestados como forma de caridad por sociedades de beneficencia y, no configuraban una función del gobierno.

A partir de la década del 40 se conforma un nuevo escenario. Emerge el Estado como “responsable-garante” del derecho a la salud, y las organizaciones sindicales que más tarde darán origen al sistema de obras sociales. Durante años de la gestión del Dr. Ramón Carrillo al mando de la cartera sanitaria se sancionan las leyes de construcción, habilitación y funcionamiento de servicios de salud. A través de las mismas se garantiza la financiación y sostenibilidad de los servicios públicos para ofrecer asistencia médica, completa, y gratuita para la población.

Las actividades de vigilancia epidemiológica, comienzan en la década del sesenta con el registro de patologías transmisibles en forma regular; en el año 1963 se sanciona la Ley 15.465 de Notificaciones Medicas Obligatorias. Luego de diferentes reglamentaciones y actualizaciones entre el '60 y los '80, a mediados de los '90 se normatiza el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), estableciéndose los objetivos y funciones de cada uno de los niveles que lo componen: local, provincial (intermedio y central) y nacional.

Desde ese momento hasta la fecha se introdujeron numerosas modificaciones relativas a la

actualización de la nómina de enfermedades de notificación obligatoria, su agrupamiento, periodicidad, estrategias, herramientas a utilizar en la recolección de los datos, y el flujo de la información del sistema.

Los cambios realizados son el resultado de la necesidad de contar con una visión más integral que responda a la idea de una vigilancia de la salud, dejando atrás la vigilancia únicamente de las enfermedades infecto-contagiosas, para incluir también los accidentes, las intoxicaciones, las enfermedades crónicas, las lesiones, aspectos relacionados con el ambiente y otros eventos sociales de preocupación colectiva.

Manual de Normas:
Este documento establece la nómina de eventos de notificación obligatoria y sus estrategias de vigilancia.

A su vez, el cambio se corresponde con una importante decisión institucional de integrar todas las acciones de vigilancia, prevención y control de enfermedades, consolidando el proceso de enriquecimiento de la información disponible y de retroalimentación del sistema.

Para el mayor conocimiento y comprensión sobre cómo es realizada actualmente la vigilancia en nuestro país se explicará en los apartados siguiente su marco legal, las estrategias actuales, las características del sistema de información y el circuito de la notificación de eventos.

II.1. MARCO LEGAL

II.1.i. Antecedentes

Hitos en evolución de la normativa sobre vigilancia en la Argentina:

1960 Ley 15465 “Régimen Legal de las Enfermedades de Notificación Obligatoria”. Reglamentada en 1964.

1979 Decreto 2771 Faculta al Ministerio a la actualización de las normas de vigilancia.

1994 Se aprueban las Normas del Sistema Nacional de Vigilancia (42 enfermedades).

2001 Actualización del MNyP, “Libro bordeaux” (70 enfermedades).

Resolución Ministerial 1715/2007: Aprueba la actualización de las Normas de Vigilancia y Control de las Enfermedades o eventos de Notificación Obligatoria (95 eventos).

Elaboradas por consenso con las jurisdicciones del país.

En la Argentina, la vigilancia de la salud se viene desarrollando desde 1960. Ese año, se promulgó la Ley 15.465 “De Notificaciones Médicas Obligatorias” a través del Decreto del Poder

Ejecutivo N°12.833 del 31/10/60 para promover la notificación de eventos bajo vigilancia. En 1966, se modificó esta ley y su reglamento, realizándose en 1979 el último cambio a través del Decreto N° 2.771, referente a un nuevo agrupamiento de enfermedades, no interfiriendo en el espíritu de la ley.

En 1993, se establecen acuerdos sobre conceptos generales e instrumentos de la vigilancia, dando lugar a la Resolución Ministerial N° 394 que incorpora las “Normas del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica” al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS): Desde el año 2006 se encuentra implementado en todo el país un sistema unificado de vigilancia on-line.

En mayo de 1995, mediante la Resolución del Secretario de Salud N° 88, se constituye la “Comisión Asesora sobre Vigilancia Epidemiológica”, la que debe orientar acerca de los aspectos operativos y de procedimiento. A fines de ese mismo año, se publica la primera edición del Manual de Normas y Procedimientos para la Vigilancia Epidemiológica, que se revisa y actualiza en 1999 y en 2007.

Entre el 2007 y el 2010 se afianza la notificación a través del SNVS y se legitima el uso de la resolución 1715/2007 utilizando en un sistema de información particular los eventos normatizados.

Durante el 2010 comienza un proceso de revisión del mismo que incluye a las direcciones de epidemiología, los programas y distintos actores involucrados. La propuesta consiste en actualizar la nómina de enfermedades de notificación obligatoria, su agrupamiento, periodicidad, estrategias, herramientas a utilizar en la recolección de los datos, y el flujo de la información del sistema a la luz de los objetivos de prevención y control con equidad.

II.1.ii. Quiénes están obligados a notificar y comunicar

Los artículos 4 y 5 de ley 15.465¹ son los que explicitan quiénes están alcanzados por algún tipo de obligación frente a la declaración de Eventos de Notificación Obligatoria. En estos artículos se hace una clara diferencia entre “notificación” y “comunicación”:

ARTÍCULO 4º - Están obligados a la **notificación**:

- a) El médico que asista o haya asistido al enfermo o portador o hubiere practicado su reconocimiento o el de su cadáver;
- b) El médico veterinario, cuando se trate, en los mismos supuestos, de animales;
- c) El laboratorista y el anatomopatólogo que haya realizado exámenes que comprueben o permitan sospechar la enfermedad.

.....
1. En el anexo se encuentra el texto completo de la ley.

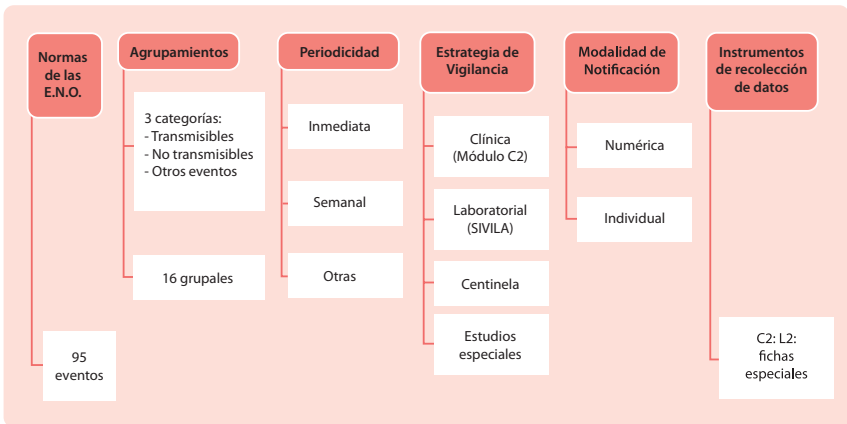
ARTÍCULO 5º - Están obligados a **comunicar** la existencia de casos sospechosos de enfermedad comprendida en el artículo 2 [todos los eventos], en la persona humana y en los animales, el odontólogo, la obstétrica, el kinesiólogo y los que ejercen alguna de las ramas auxiliares de las ciencias médicas.

De la lectura de los artículos, se entiende que los profesionales comprendidos en el n° 4 son los que participan directamente del sistema de vigilancia y sus notificaciones representan la fuente de información de éste. El resto del equipo de salud, está obligado a “comunicar” o informar a su inmediato superior cuando sospeche de algún evento en su práctica cotidiana.

Tanto para uno como para otro grupo de trabajadores de la salud, la ley estipula, en sus artículos 16 y 17, penas en “Pesos moneda nacional”; adicionalmente los obligados a notificar pueden, “en caso de reiterado incumplimiento [ser pasibles], de suspensión temporal en el ejercicio profesional”.

Por otra parte, esta legislación y sus actualizaciones, han establecido los eventos a vigilar (ENO), las distintas estrategias de vigilancia, la modalidad y la periodicidad de la notificación.

Características para la notificación de los ENO



Fuente: Manual de Normas y procedimientos, resolución ministerial 1715/2007.

La manera de realizar la notificación está determinada por las especificidades y el comportamiento epidemiológico de los eventos, la gravedad, la transmisibilidad y el probable impacto sobre la salud de la población.

En el manual de normas y procedimientos (actualmente en revisión y ampliación) se establecen

las siguientes modalidades de notificación para la vigilancia clínica de los ENO: inmediata e individual, individual semanal y semanal por grupo de edad:

Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)

Resolución 1715/07 y modificaciones

Individual inmediata ante caso sospechoso

Envenenamiento por animal ponzoñoso

- Aracnoidismo
- Alacranismo
- Ofidismo

Gastroentéricas

- Botulismo¹
- Botulismo del lactante¹
- Cólera¹
- Diarreas agudas sanguinolentas²
- Fiebre tifoidea y paratifoidea¹
- Intoxicación por moluscos
- Síndrome urémico hemolítico²
- Triquinosis¹

Hepatitis virales²

Inmunoprevenibles

- Coqueluche¹
- Difteria¹
- Poliomielitis; parálisis fláccida aguda <15 años¹
- Rubéola¹
- Rubéola congénita¹
- Sarampión¹
- Tétanos neonatal
- Tétanos otras edades

Meningoencefalitis²

Respiratorias

- Gripe humana por un nuevo subtipo de virus¹
- Síndrome Respiratorio Agudo Severo² (SARS)

Vectoriales

- Chagas agudo vectorial¹
- Dengue¹
- Dengue grave¹
- Encefalitis de San Luis¹
- Fiebre amarilla¹
- Fiebre del Nilo Occidental¹
- Fiebre recurrente¹
- Leishmaniasis visceral¹
- Paludismo¹
- Peste¹
- Tifus epidémico

Individual semanal ante caso sospechoso

Enfermedades de transmisión sexual

- Infección por VIH¹
- Sida
- Sífilis congénita¹
- Sífilis temprana¹

Inmunoprevenibles

- Parotiditis

Intoxicación aguda por agentes químicos

- Hidrocarburos¹
- Medicamentosa¹
- Metahemoglobinemia del lactante¹
- Metales pesados¹
- Monóxido de carbono¹
- Plaguicidas¹

Vectoriales

- Chagas agudo congénito¹
- Leishmaniasis cutánea¹
- Leishmaniasis mucosa¹

Zoonóticas

- Brucelosis¹
- Hidatidosis¹

Otros eventos

- Lepra¹
- Tuberculosis¹

Zoonóticas

- Carbunco cutáneo¹
- Carbunco extra cutáneo¹ (Ántrax)
- Fiebre hemorrágica argentina¹
- Hantavirus¹
- Leptospirosis¹
- Psitacosis¹
- Rabia humana¹

Otros eventos

- Brote de cualquier etiología
- Encefalopatía espongiiforme
- Otros eventos con riesgo para la salud pública
- Viruela

Semanal por grupo de edad

Vectoriales

- Dengue agrupado. Casos confirmados por nexo o laboratorio en áreas con circulación viral autóctona

Inmunoprevenibles

- Varicela

Lesiones por causas externas

- Accidentes del hogar
- Accidentes sin especificar
- Accidentes viales

Respiratorias

- Bronquiolitis en < 2 años³
- Enfermedad tipo influenza³ (ETI)
- IRA internada³ (IRAG)
- Neumonía³

Gastroentéricas

- Diarreas³

Enfermedades de transmisión sexual

- Supuración genital gonocócica³
- Supuración genital no gonocócica y sin especificar³

(1) Estos eventos requieren confirmarse por pruebas diagnósticas o por nexo epidemiológico. Además de la notificación del caso sospechoso por el SNVS-C2, la notificación de las muestras debe realizarse a través del módulo de Vigilancia por Laboratorio (SIVILA) del SNVS.

(2) Estos eventos requieren de la identificación del agente causal mediante pruebas de laboratorio y deben por tanto ser, además, notificados a través del SIVILA.

(3) Los casos con sospecha clínica que son derivados al laboratorio para su diagnóstico deben ser notificados, además, a través del SIVILA.

Las modificaciones a la resolución fueron consensuadas con los diferentes programas y se incluirán en la próxima actualización. Los eventos aquí incluidos son de carácter nacional, existen ENO provinciales que deben ser consultados con el nivel superior correspondiente.

II.2. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN LA ARGENTINA

II.2.i. Sobre los últimos 15 años.

A fines de los años '90, el Ministerio de Salud de la Nación estableció entre sus objetivos modernizar y fortalecer la estructura y funcionamiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica, con el fin de lograr información que permita una adecuada formulación de políticas y sus ajustes coyunturales.

Durante el año 2000, se realizó una evaluación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), y luego de un intenso proceso en el cual participaron profesionales de diferentes sectores de todo el país se detectaron las fortalezas y debilidades, así como las necesidades para mejorar su funcionamiento.

El Programa VIGI+A² inició durante el año 2001 un proceso de fortalecimiento institucional, en el ámbito nacional y provincial, de los diferentes subsistemas de vigilancia. Durante esta fase se diseñó con los representantes de los Ministerios de Salud de la Nación y de las provincias la estructura del sistema, se seleccionan los eventos bajo vigilancia, se desarrollan las normas y procedimientos por consenso, se definen los instrumentos de notificación, las estrategias de vigilancia a utilizar, el flujo de información y estándares de calidad del sistema, incluyendo las necesidades para el análisis de datos para cada uno de los niveles.

La primera estrategia que se comenzó a fortalecer fue la clínica, a través de la implementación del módulo C2 del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS-C2). En el siguiente cuadro se observan diferentes momentos de importancia de dicha implementación.

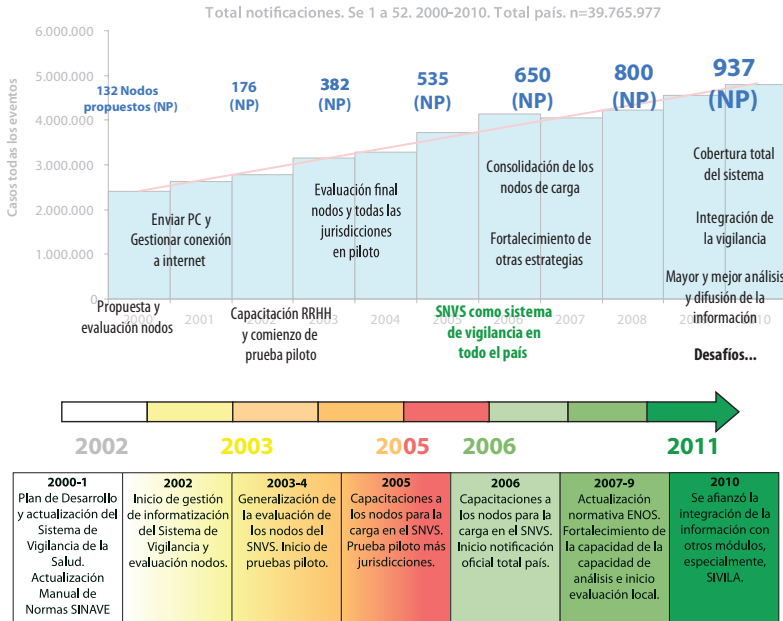
Los nodos propuestos fueron incrementándose, al mismo tiempo que se comenzó la evaluación de su actividad, su cobertura, oportunidad y regularidad. Asimismo se desarrollaron diferentes metodologías para evaluar la implementación del Sistema.

En este marco, el fortalecimiento del sistema de vigilancia se fundamentó en la necesidad de incorporar la operación horizontal de la red y el desarrollo de herramientas de análisis en línea y fuera de línea, lo cual exigía la modernización de las tecnologías. La iniciativa integraba la adquisición de nuevos equipos de computación, la incorporación de recursos humanos, capacitación y el desarrollo de un sistema informático de carácter modular con ingreso de la información on-line.

Entre el año 2002 y el 2006 se inicia un proceso gradual de cambio para desarrollar e implementar un Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud que respondiera a las características de sistematicidad y unicidad de la propuesta de vigilancia; así, se crea un sistema informático en

2. El Proyecto VIGI+A fue una iniciativa del Ministerio de Salud de la Nación, con financiamiento internacional, destinada a reforzar la vigilancia y el control de las enfermedades así como la promoción de la salud. Sus acciones se centran en el refuerzo del sistema de vigilancia en salud respecto de un grupo de enfermedades transmisibles y no transmisibles, excluidas de otros programas; y en el fortalecimiento de las Direcciones de Epidemiología Provinciales y de la Nación.

línea que constituyó la herramienta tecnológica utilizada actualmente para la notificación de eventos de notificación obligatoria.



Con la incorporación final en 2009 de la provincia de Buenos Aires, luego de tres años de implementación oficial del resto de las provincias, todo el país comparte un mismo formato para la comunicación de las enfermedades de notificación obligatoria. Este hecho posibilitó que se puedan unificar bases de datos de vigilancia recogidas a través del modulo de vigilancia clínica, suministrando la información a un sistema unificado que a su vez se constituye en una fuente de información común.

Acceso a la información:
El SNVS posee una lógica de funcionamiento horizontal que permite a los usuarios del sistema de vigilancia acceder a los datos disponibles facilitando su análisis y difusión.

Durante el año 2010, se afianzó la posibilidad de integrar la información de las bases disponibles en otros módulos, especialmente la correspondiente al módulo de vigilancia laboratorial (SIVILA).

En el tiempo que lleva la implementación del SNVS se ha mejorado la oportunidad, sistematicidad, regularidad y sobre todo se ha posibilitado un mayor y mejor análisis y difusión de la información de las ENO's tanto a nivel país como provincial y local.

El SNVS está concebido de manera modular, a fin de permitir el desarrollo independiente y compatible entre sí de los distintos sistemas de vigilancia: módulo de Vigilancia Clínica ("C2"), de Vigilancia Laboratorial (SIVILA), de Vigilancia Centinela, de Programas Nacionales de TBC, Inmunizaciones, etc. Cada sistema, y su estrategia, se desarrollaron en paralelo y cuentan con distintos grados de avance.

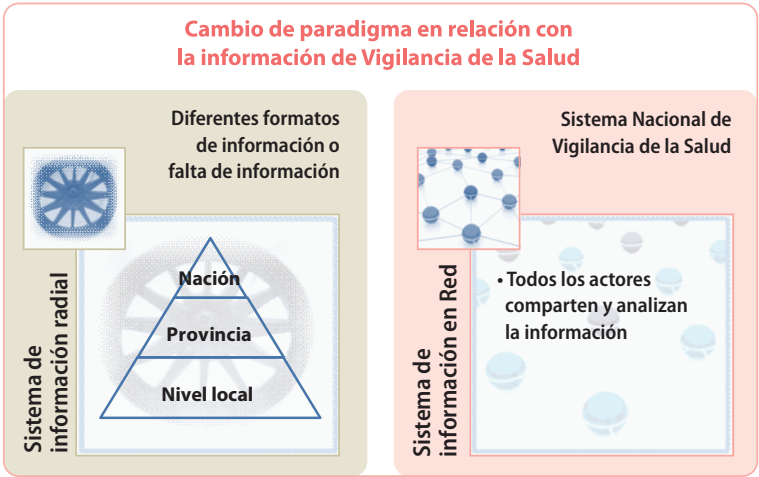
Respecto de los datos notificados al sistema, cada nivel cumple una función diferenciada:

- **Nivel local:** generación de datos. Las tareas son recolección, depuración, clasificación y notificación de los datos. Realiza el primer nivel de análisis, consistente en una valoración sintética en tiempo, espacio y persona e inicia de acuerdo a la disponibilidad de recursos las acciones de control y prevención.
- **Nivel Jurisdiccional:** realiza el análisis de la información e integra la información procedente de los distintos componentes del subsistema general. Esta empieza con el procesamiento estándar de la información en tiempo, espacio y persona para la identificación de las situaciones epidémicas y otras características.
- **Nivel nacional:** realiza el análisis de la información, como síntesis del país. Identifica los problemas de ámbito general y de mayor impacto, cambios de tendencia y se orienta hacia la planificación, ejecución y evaluación de programas.

Los sistemas de información para la vigilancia operan básicamente con dos modelos: de operación vertical o de operación horizontal.

- **Operación vertical:** El tradicional donde la "red" de instituciones que participan en la vigilancia operan en realidad como una "pirámide" donde la información "sube" al menos pasando por tres niveles: 1º desde los centros de salud más periféricos hasta el nivel local, 2º desde el nivel local al nivel intermedio (departamento o provincial, 3º de este nivel intermedio al nivel central nacional.
- **Operación Horizontal:** Sustentada en el desarrollo de la tecnología informática y de las comunicaciones, permite crear una red real, donde los diferentes niveles del sistema incluso desde un centro de salud u hospital, no importa el lugar del país en que estén, pueden mediante su conexión a Internet notificar y "acceder" a la información que está disponible en una única base de datos ubicados en un servidor central. Estos sistemas permiten que la información sea utilizada en cada uno de los niveles del sistema, no es necesario esperar la "retroalimentación" para estar informados, de lo que pasa en una zona, departamento o en todo el país.

De acuerdo a lo anterior, una de las características principales del SNVS es contar con una lógica de funcionamiento horizontal, ya que todos los nodos que participan del proceso de carga de los datos cuentan con la posibilidad de visualizar y de realizar comparaciones con otras jurisdicciones, favoreciendo la implementación de las acciones correspondientes. Sin embargo, aunque los distintos niveles que componen el sistema, local, zonal, provincial y nacional, tienen aspectos comunes, cada uno tiene distintas responsabilidades y funciones en relación a la generación y análisis de los datos.



Desde el año 2012, el Área de Vigilancia de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de salud de la Nación, se encuentra trabajando en el desarrollo de una nueva herramienta informática que permita materializar la integración de la información y de los actores que intervienen en todo el proceso de Vigilancia, prevención, investigación y control de enfermedades y riesgos para la Salud Pública.



Capítulo III.

Fortalecimiento de la Vigilancia Clínica

III.1. INTRODUCCIÓN

La estrategia de vigilancia clínica implica la recolección sistemática de los casos que fueron atendidos y registrados por los médicos en los distintos efectores de salud. Los casos que corresponden a un ENO son consolidados por personal capacitado en una planilla (resumen de casos) conocida como "La C2", que incluye también los datos de los libros de guardia, la información de los pacientes internados y egresos, entre otros ámbitos de recolección. En esta C2 se registran los eventos de dos maneras diferentes, por un lado, agrupados por edades (eventos que requieren acciones colectivas de control y que tienen alta incidencia como diarrea, gripe, accidentes), y por el otro se registran eventos de manera individual con datos mínimos (edad, sexo, lugar de residencia, entre otros). Estos últimos requieren acciones individuales de control y generalmente se presentan en un número muy inferior de casos, a su vez, la mayoría de ellos cuentan con la posibilidad de completar una PIEC (Planilla de Investigación Epidemiológica Complementaria), tal como se detallará más adelante.

Consolidado Hoja C2:
Es el agrupamiento semanal de casos correspondientes a eventos de notificación obligatoria que son luego ingresados en el SNVS.

La información de la hoja o consolidado "C2" es incorporada al sistema en los distintos nodos del **módulo C2 del SNVS**. Esto permite al nivel local, provincial y nacional conocer la magnitud de los problemas que han sido registrados y notificados por los diferentes efectores. Este sistema ha logrado diferente grado de desarrollo respecto de su sensibilidad, oportunidad y cobertura.

III.2. EL CIRCUITO DE LA VIGILANCIA CLÍNICA

El contexto en el que funciona un sistema de vigilancia, en términos prácticos, está formado por

tres ámbitos: la población, la red de servicios de atención de salud y la autoridad de salud pública. El proceso se inicia en la población donde ocurre la enfermedad y termina en la población donde se ejecutan las medidas de control de la enfermedad.

Es de importancia visualizar el papel que juega la red de servicios de salud en este contexto: es la red de servicios de salud la que detecta, notifica y confirma los eventos de salud bajo vigilancia y es a través de ella que los programas de control ejecutan muchas de sus acciones. En consecuencia, la operación eficiente del sistema de vigilancia depende en gran medida del nivel de organización, infraestructura, capacitación y compromiso de las redes de atención de salud locales.



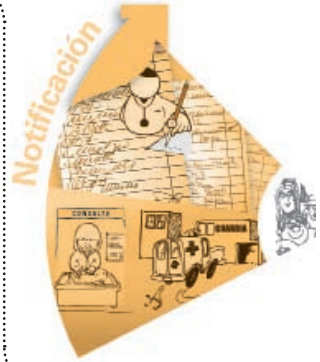
A continuación se presenta la secuencia de pasos del sistema de información para la realización de la vigilancia clínica, de tal manera que se comprenda el funcionamiento general del mismo, visualizando a la notificación como una de las acciones fundamentales para el desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica.

Es importante destacar que esta secuencia se presenta en forma esquemática, dependiendo del evento, la sola notificación debe disparar acciones de control.

III.2.i.1. Primer paso: Recolección de la información y notificación

Sobre toda población actúan diferentes determinantes (biológicos, sociales, políticos, históricos, organización del sistema de salud, etc.) que inciden para que los miembros de una comunidad enfermen de distinta manera.

Una vez que ocurre la enfermedad, las personas asisten a los centros de salud y hospitales de los distintos subsectores. Allí son atendidos por los profesionales médicos, quienes registran las consultas en diversos documentos (libros de guardia, de internación y planillas de consulta). En ese momento se inicia el proceso de notificación, ya que muchas de las patologías o consultas que se atienden son de **notificación obligatoria**.



La notificación es una de la etapa del sistema de información por medio del cual se ingresa la información específica de los eventos objeto de vigilancia dentro del sistema. Consiste en la comunicación a la instancia inmediata superior de la identificación y captación de casos y el almacenamiento de la información para ser analizados y utilizados en la determinación de intervenciones frente a los problemas identificados.

La notificación se constituye en una voz de alerta tanto para las autoridades sanitarias como para las instituciones de salud y la comunidad sobre la ocurrencia de eventos que pueden modificar el estado de salud poblacional y ante el cual hay que responder con intervenciones oportunas de prevención y de control según el caso.

La notificación se realiza ante la **sospecha clínica** y en la **1º consulta de cada caso**, ya que esto permite implementar las medidas de control de manera oportuna.

Quando los médicos realizan los registros...

Las anotaciones sobre los casos se deben realizar con letra clara ya que muchas veces su ilegibilidad provoca errores en la notificación.

En los eventos que son de notificación individual es importante también que el médico consigné los datos mínimos del paciente en los registros (nombre, DNI, dirección, teléfono, fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta). Esto permite localizar a los pacientes para realizar las acciones de control correspondientes.

Otro aspecto es consignar la denominación exacta de los eventos que se encuentran bajo vigilancia, facilitando su identificación para la notificación. Es necesario para ello que los profesionales conozcan cuales son los ENO.

Los datos de la semana consignados por los médicos en los libros de guardia, de internación y hojas de consulta, constituyen la fuente de datos para la notificación de casos. Los gestores

del consolidado de información (GeCol), son el personal capacitado de los efectores que revisa esos documentos e identifica los casos atendidos que corresponden a eventos de notificación obligatoria. Una vez identificados, los datos de los casos son resumidos y transferidos en lo que se denomina **Consolidado C2**.

Sinónimos diagnósticos

Los gestores del consolidado de la información, deben tener en cuenta durante la búsqueda en los registros completados por los médicos, que algunos de los eventos que se encuentran bajo vigilancia pueden llegar a tener más de una denominación en las hojas de consulta (Por. Ej, para el evento diarreas, a veces los profesionales colocan gastroenteritis, gastroenterocolitis, G.E.C., entre otros). Para evitar omisiones en la notificación de casos se recomienda tener en cuenta los sinónimos diagnósticos.

IMPORTANTE:

Los eventos de notificación inmediata que son sospechados en los efectores nodos del snvs, deben ser notificados en forma urgente, apenas ocurren, para que se dispare oportunamente el mail de alerta a las autoridades encargadas del control e investigación!!!



La información del consolidado C2 será cargada luego al **módulo C2** de Vigilancia Clínica del SNVS dando así lugar a la comunicación oportuna al resto de las instancias de salud que participen de la red, posibilitando que se puedan realizar las acciones pertinentes.

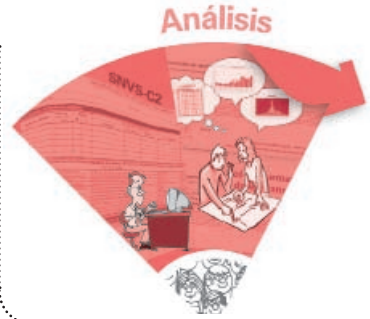
Como parte del proceso de notificación, algunos de los eventos que se encuentran bajo vigilancia requieren se complete la ficha de investigación epidemiológica correspondiente. Estas fichas pueden ser de rutina (son aquellas que se usan en un servicio en la investigación sistemática individual de todo caso infeccioso o no infeccioso), o especiales (empleadas en situaciones de brote). Las fichas persiguen como propósito contar con información para: investigar la posible fuente de infección, investigar la existencia de otros casos, confirmados o sospechosos, entre los contactos, adoptar medidas de control en el grupo afectado y realizar acciones de educación sanitaria.

El SNVS cuenta con la posibilidad de transferir y completar los datos de las fichas a través de la herramienta **Planilla Complementaria de Investigación Epidemiológica (PIEC)**. Su utilización tiene como objetivo brindar información detallada de los casos, permitiendo su seguimiento y la implementación de medidas.

La carga de las **PIEC** en el sistema simplifica el trabajo relativo a los casos: envío de faxes, llamados telefónicos u otras vías de comunicación con las direcciones de epidemiología, el acceso a la información sobre la realización de medidas de control realizadas, clasificación final de los casos y el análisis de la información.

III.2.i.2 Segundo paso: Sistematización y análisis de la información

Una vez que los datos de la C2 fueron cargados al software del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS-Módulo C2 de vigilancia clínica), los diferentes niveles (local, municipal, provincial) se encuentran en condiciones de poder integrarlos y analizarlos. El análisis de los datos obtenidos depende de los objetivos del sistema de vigilancia, y las estrategias que se utilizan.



El análisis involucra principalmente un proceso de descripción y comparación de datos con relación a características y atributos de tiempo, lugar y persona, así como entre los diferentes niveles organizativos del sistema de salud y zonas geográficas. Algunas de las técnicas empleadas para ello son:

- Patrón de variación o comportamiento general por largos periodos de tiempo de un evento.
- Patrón regular de variación en periodos mayores a un año (cíclica).
- Patrón regular con estaciones del año (estacional).
- Identificación de un aparente exceso en la ocurrencia o el riesgo de ciertas exposiciones, enfermedades o muerte con relación a un grupo de personas, un periodo en el tiempo o un área geográfica específica.
- La frecuencia precedente de la enfermedad (curva epidémica).

Otro elemento central, del análisis de los datos de Vigilancia es **comparar lo observado con los datos históricos de ocurrencia del evento (esperado)**. Esto se realiza utilizando herramientas estadísticas sencillas:

- Corredor endémico (distribución de frecuencias de la enfermedad para el periodo de un año, basado en el comportamiento observado en los años previos).
- Índice epidémico que relaciona lo observado con la mediana de los años anteriores.

III.2.i.3 Tercer paso: Difusión

Dado que el análisis de datos debe realizarse en todos los niveles del sistema, la retroalimentación del sistema debe también llegar a esos mismos niveles. Los datos de la vigilancia tienen una jerarquía de flujo; ellos fluyen desde el nivel local, que es donde se generan (médico, personal de enfermería, personal auxiliar, servicios de urgencias, laboratorio, comunidad) hacia el nivel regional. Cada nivel debe generar informes periódicos con los datos de vigi-



lancia dirigidos al nivel anterior y las organizaciones, instituciones, autoridades políticas, al igual que a la población general.

Si bien no cabe duda de la importancia de la difusión de la información en los diferentes niveles, es en el ámbito local donde ésta adquiere un valor mayor. Sucede que en el nivel local, el análisis y la difusión de los datos no solo son utilizados para la toma de medidas relacionadas con el control y prevención de los eventos; si no que, al dar a conocer los resultados de los análisis de los datos de los ENO, sin un análisis riguroso, o simplemente difundir la información, posibilita una sustancial mejora de las bases de los sistemas de vigilancia a partir de generar la retroalimentación de éstos.

El producto obtenido es llamado información epidemiológica, la cual está representada por: Informes, Propuestas de investigación, Recomendaciones, etc. Como pueden ser:

- Historia natural de las enfermedades.
- Características epidemiológicas y tendencias de las enfermedades.
- Definición de brotes.
- Descubrimientos de cambios ecológicos que afectan o pueden afectar la Salud.
- Formulación y comprobación de las hipótesis.
- Predicción.
- Diseminación de la enfermedad.
- Establecimiento de Problemas.
- Previsión y control de enfermedades.
- Planificación e implementación de programas.
- Evaluación de programas (eficacia).
- Evaluación de medidas específicas implementadas

Este proceso de retorno de información constituye la retroalimentación del sistema de vigilancia. Los instrumentos de difusión de información son muy variados, pudiendo abarcar boletines periódicos, revistas, publicaciones científicas, informes, partes de prensa, alertas, etc.

III.2.i.4 Cuarto paso: Implementación de Acciones

La difusión y el análisis permiten identificar prioridades y justificar la realización de medidas de prevención o de control más eficaces y eficientes en el nivel local, para mejorar las condiciones de salud de la población. La información generada en el nivel local vuelve así a ese nivel permitiendo:

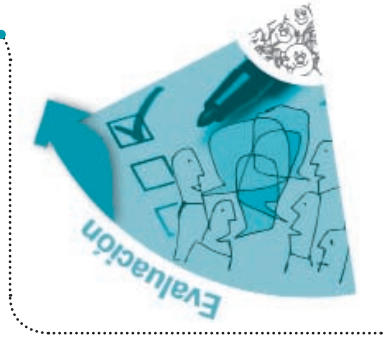
- Investigar y controlar la transmisión de enfermedades.
- Identificar las causas del problema.
- Proteger los contactos o expuestos con vacunas o quimioprofilaxis.



- Realizar el diagnóstico precoz de los nuevos casos.
- Adoptar medidas de prevención y control.

III.2.i.5 Quinto paso: Evaluación

La evaluación de los sistemas de vigilancia promueve el mejor uso de los recursos de la salud pública para el control de enfermedades y daños a la salud en la población, asegurando que los problemas importantes estén bajo vigilancia y que los sistemas de vigilancia y de prevención y control funcionen eficientemente. La evaluación del cumplimiento de un sistema de vigilancia está en relación con todos los componentes de éste y, en particular, con los objetivos propuestos a partir de las prioridades definidas.



En general, se pueden considerar como aspectos clave de la evaluación los siguientes aspectos:

- 1) La importancia del evento sometido a vigilancia para la salud pública
- 2) La pertinencia de los objetivos y componentes de la vigilancia para la salud pública.
- 3) La utilidad de la información procesada.
- 4) El costo del sistema.
- 5) La calidad del sistema, es decir, sus atributos de calidad.

Otro aspecto que es objeto de evaluación es la eficiencia y efectividad de las acciones implementadas. Mediante estas evaluaciones se busca determinar si se cumplió o no con los objetivos planteados, posibilitando que se puedan introducir modificaciones en caso de ser necesario.

III.3. ARMADO DEL CONSOLIDADO C2

La estrategia de vigilancia clínica tiene como fuente la identificación y recolección de los casos que fueron registrados en los libros de guardia y la información de los pacientes internados. Estos datos son traspasados a la planilla conocida como "consolidado C2".

En la C2 se registran los eventos de dos maneras diferentes: los agrupados por edades (eventos que requieren acciones colectivas de control y que en tienen una alta incidencia), y los individuales (con datos mínimos de edad, sexo, lugar de residencia) de los eventos que requieren acciones individuales de control y que generalmente se presentan en un número muy inferior de casos.

La información de la hoja o consolidado C2 es incorporada al sistema en los distintos nodos del



Capítulo IV.

Criterios o sinónimos diagnósticos para la confección del Consolidado C2

IV.1. INTRODUCCIÓN

Como ya se explicó, un sistema de vigilancia funcional, es primordial ya que es a través del sistema que se aporta la información necesaria para la acción sobre los eventos objeto de vigilancia, permitiendo la priorización y facilitando la toma de decisiones en relación a las políticas, la planificación y ejecución de intervenciones, la asignación y redistribución de recursos.

La estructura básica de los sistema de vigilancia de la salud está dada por la interacción de las unidades notificadoras que incluye a los centros de salud, los hospitales, las secretarías de salud municipales o provinciales, los ministerios de salud y todas las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público o privado, quienes se responsabilizan por la captación de casos durante el desarrollo de su actividad.

De la detección y la consecuente notificación de los casos y eventos, depende la intervención oportuna, integral y eficaz y, por lo tanto, el logro del propósito de la vigilancia epidemiológica que consiste en contribuir a la reducción de los riesgos de enfermar y morir, para mejorar la situación de salud de las comunidades.

Sinónimos Diagnósticos:
Hace referencia a las denominaciones posibles de un mismo diagnóstico correspondiente a eventos de notificación obligatoria.

Con el objeto de contribuir al funcionamiento del sistema de información es fundamental que los trabajadores de la salud conozcan el papel que les corresponde y puedan cumplir con sus responsabilidades específicas.

El mecanismo principal o fuente de información que se utiliza para obtener los datos que se necesitan para realizar la vigilancia epidemiológica es la detección y **notificación de casos y**

eventos de declaración obligatoria.

La responsabilidad principal en esta tarea es de los **médicos**, del **médico veterinario**, el **anatómo-patólogo** y también de los **profesionales de laboratorios** que realizan exámenes diagnósticos (bioquímicos, químicos), que son quienes se encuentran obligados por la ley. No obstante, la obligación legal, lo significativo es visualizar la importancia de la notificación para la vigilancia epidemiológica, ya que es el punto de partida de una serie de actividades, con los contactos y con la población general, que pretenden disminuir los riesgos. Desde la perspectiva de la salud pública ello es de gran trascendencia e implica la efectividad en las acciones que se desarrollen.

La adecuada consignación de la información por parte del médico en los registros de consulta, permite posteriormente que los **gestores del consolidado de la información (GeCol)**, personal encargado de transferir los registros de las consultas efectuadas, incorporar aquellos casos que corresponden a eventos de notificación obligatoria a la hoja C2 (consolidado de la información).

Muchas veces sucede que la confección de la hoja C2 se ve dificultada ya que en las hojas de consulta, en los registros de guardia, de consultorios externos o de internación no se encuentran los casos con la denominación exacta del evento.

Con el propósito de disminuir la omisión de casos se confeccionó un listado de los **sinónimos diagnósticos** utilizados por los profesionales médicos. Los sinónimos diagnósticos hacen referencia a distintas denominaciones que pueden llegar a tener algunos eventos bajo vigilancia.

Se recuerda que algunos de los eventos del listado que se presenta a continuación se encuentran en el reverso de la infografía "Círculo de la Vigilancia Clínica". El resto de los eventos de la lista, no presenta mayores dificultades para su "traducción", ya que son patologías con poca posibilidad de equívoco, sin embargo, es necesario revisar permanentemente las posibles modificaciones del listado y/o la inclusión de otros sinónimos.

IV.2. GASTROENTÉRICAS

IV.2.i. **DIARREAS AGUDAS** (CIE 10: A02.0, A03, A04, A06.0, A06.2, A08, A09)

Contienen todos los códigos con cuarto carácter inclusive

Criterios de inclusión armado de C2

Gastroenteritis con o sin deshidratación
Enterocolitis
GEA - Gastroenteritis aguda
GEC - Gastroenterocolitis
EDA - Enfermedad diarreica aguda
Diarrea aguda
Diarrea acuosa
Colitis
Síndrome diarreico
Diarrea viral
Diarrea por agente etiológico específico

IV.2.ii. **DIARREAS SANGUINOLentas** (CIE-10 A02.0, A03, A04, A04.0, A04.1, A04.2, A04.3, A04.4, A04.5, A04.6, A04.7, A04.8, A04.9)

Criterios de inclusión armado de C2

Diarrea con sangre
Disentería
Diarrea sanguinolenta
Diarrea bacteriana

IV.3. HEPATITIS VIRALES

IV.3.i. **HEPATITIS VIRAL TIPO A/B/C** (CIE-10 B15, B16, B17)

Contienen todos los códigos con cuarto carácter inclusive

Criterios de inclusión armado de C2

Hepatitis infecciosa
Hepatitis
Hepatitis viral

IV.4. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (I.T.S.)

IV.4.i. SUPURACIÓN GENITAL GONOCOCCICA (GONORREA, BLENORRAGIA) (CIE-10 A54, A54.0 al A54.2)

Criterios de inclusión armado de C2

Endocervicitis
Uretritis gonocócica
Cervicitis purulenta
Uretritis purulenta
Uretritis gonococcica
EPI. Enfermedad Pélvica Inflamatoria

IV.4.ii. SUPURACIÓN GENITAL NO GONOCOCCICA Y SIN ESPECIFICAR (CIE-10: N34, N341 al N343, N771)

Criterios de inclusión armado de C2

Flujo vaginal patológico
Flujo vaginal purulento
Cervicitis no purulenta
Vulvovaginitis
Vaginosis bacteriana
Uretritis no gonocócica
Secreción uretral
Úlceras genitales
Edema escrotal infeccioso
Dolor perineal ETS
Orquiepididimitis

IV.4.iii. SÍFILIS TEMPRANA (CIE-10 A510, A511 al A515, A519)

Criterios de inclusión armado de C2

Sífilis
Lues
Lues genital
Sífilis primaria/secundaria/sin especificar
Secundarismo Sífilis
Chancro sífilítico, chancro genital, chancro luetico.
Erupción sífilítica

IV.5. INTOXICACIÓN AGUDAS POR AGENTE QUÍMICO

IV.5.i. INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO (CIE10 T58)

Criterios de inclusión armado de C2

Intoxicación por CO / Intoxicación por monóxido de carbono

IV.5.ii. INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS (CIE 10: T570, T60, T600 al T604, T606, T608, T609, X48, X480 al X489, X68, X680 al X689, X87, X870 al X879, Y18, Y180 al Y189, T605)

Criterios de inclusión armado de C2

Agroquímicos/ Herbicidas/ Acaricidas/ Fumigantes/ Fosfuros/ Fungicidas/ Cofa/ Curasemillas/ Insecticidas/ Antipolillas/ Raticidas/ Rodenticidas/ Dicumarínicos/ Insecticida con Piretrinas/ Piretroides/ Líquidos o tabletas termoevaporables/ Naftalina/ Repelentes de insectos, mosquitos/ Matababosas/ Hormiguicidas/ Arsénico y productos que contienen arsénico/ Fosfuro de aluminio y fosfuro de cinc/ Glifosato/ Herbicidas de clorofenoxiacetato/ Organoclorados: Aldrin, dieldrin, heptacloro, lindano, clordano, endosulfán, hexaclorobenceno, metoxicloro, DDT, endrin, hexaclorociclohexano, canfeclor, clorobencilato, endrin, HCB, HCH, Organofosforados y carbamatos: OF: azinfós, metilo clorpirifos dimetoato metamidofós bromofós diazinón fenitrotión monocrotofós clorfenvinfós diclorvos (DDVP) malatión paratión, metilo y etilo C: carbarilo metiocarb pirimicarb bendiocarb carbofurán metomil propoxur Prohibidos: Aldicarb, Azinfos, metilo y etilo Carbofurán Etión Monocrotofós Paratión/ Paraquat

IV.5.iii. INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA (CIE 10: T371, T375, T378, T379, T39, T390 al T394, T398, T399, T44, T440 al T449, T45, T450 al T459, T46, T460 al T469, T47, T470 al T479, T48, T480 al T487, T49, T490 al T499, T50, T500 AL T509, X44, X440 al X449, X64, X640 al X649, X85, X850 al X859, Y10, Y100 al Y109, Y11, Y11 al Y119, Y12, Y120 al 129, Y13, Y130 al 139, Y14, Y140 al Y149)

Criterios de inclusión armado de C2

Medicamentos/ Fármacos/ Psicofármacos/ Anticonvulsivantes/ Antidepresivos/ Antihipertensivos/ AINE/ Antipsicóticos, Neurolépticos/ Corticoides/ Aspirina/ Barbitúricos/ Benzodiacepinas/ Opiáceos/ Sales de Hierro/ Antiarrítmicos/ Antibióticos/ Diuréticos/ Antiespasmódicos/ Polivitamínicos (vit. A, vit D, hierro)/ Drogas de reemplazo hormonal, anticonceptivos/ Drogas oncológicas Antiinflamatorios, Analgésicos. Anti-histamínicos, Antialérgicos

IV.6. INMUNOPREVENIBLES

IV.6.i. **SARAMPIÓN** (CIE 10 B05) **Y RUBÉOLA** (CIE 10 B06)

Criterios de inclusión armado de C2

EFE - Enfermedad febril eruptiva
Fiebre con erupción
Exantema febril
Sarampión
Sarampión complicado
Rubeola

IV.6.ii. **PAROTIDITIS INFECCIOSA** (CIE10 B26, B260 al B269)

Criterios de inclusión armado de C2

Parotiditis
Parotiditis infecciosa
Paperas
Fiebre urleana

IV.7. RESPIRATORIAS

IV.7.i. **INFLUENZA** (CIE10 J10, J100, J101, J108, J110, J11, J111, J118)

Criterios de inclusión armado de C2

ETI - Enfermedad tipo influenza
SG - Síndrome gripal
Influenza
Gripe
Síndrome pseudogripal
Angina gripal
Cuadro grupal

IV.7.ii. **NEUMONIA ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD** (CIE 10 J12, J120, J121, J122, J128, J129, J13, J14, J15, J150 al J159, J16, J160, J168, J17, J170 al J173, J178, J18, J181, J182, J188, J189, P230 al P239)

Criterios de inclusión armado de C2

Neumonía

NAC – Neumonía adquirida en la comunidad
Neumonía bacteriana
Neumonía Lobar
Neumonía viral
Neumonía atípica
Neumopatía aguda
Neumonitis
Pulmonía
Bronconeumonía
Síndrome neumónico

IV.7.iii. **BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS** (CIE-10 J21)

Criterios de inclusión armado de C2

BQL - Bronquiolitis
BQ - Bronquiolitis
Síndrome bronquiolítico – Síndrome bronquiolítico
Síndrome bronquiolar

IV.7.iv. **COQUELUCHE** (CIE-10 A37, A370, A371, A378, A379)

Criterios de inclusión armado de C2

Coqueluche
Síndrome coqueluchoide
Tos convulsa
Tos paroxística
Tos ferina
Tos quintosa

Menores de 6 meses:

Inf. Resp. Aguda (IRA) y cianosis o apnea o estridor

De 6 a 11 meses:

Tos con estridor o vómitos

IV.8. ENVENENAMIENTO POR ANIMALES PONZOÑOSOS

IV.8.i. **OFIDISMO** CIE 10 T 63.0

Criterios de inclusión armado de C2

Envenenamiento Ofídico

Ofidismo

Mordedura de: Víbora, Serpiente, Yarárá, Bothrops, Víbora de la Cruz, Víbora Cascabel, Crothalus, Víbora de Coral, Micrurus

IV.8.ii. **ALACRANISMO** CIE 10 T 63.2

Criterios de inclusión armado de C2

Mordedura/ picadura de: alacrán, escorpión

IV.8.iii. **ARACNOIDISMO** CIE-10 T63.3

Criterios de inclusión armado de C2

Mordedura/ picadura de:

Loxocelos, loxocelismo cutáneo, loxocelismo cutáneo - visceral

Latrodectus, Viuda Negra

Polybetes, Araña del Monte

Lycosa, Araña de Jardín

Phoneutria, Araña Armadeira, Araña Bananera.

Picadura de arácnidos, araña

Para finalizar

Actualmente la salud pública incluye todas aquellas acciones e intervenciones tendientes a promover la salud, prevenir la enfermedad y estimular el desarrollo pleno de las capacidades mediante la responsabilidad del Estado y de la población para intervenir sobre las condiciones y los factores determinantes de la salud.

Lo anterior da una idea de la necesidad de contar con una multiplicidad de fuentes de información, en el área de la salud pública, a fin de conocer la situación de salud de la población y sus factores causales. En consonancia con esta perspectiva, la salud pública requiere por lo tanto una vigilancia que aporte información cuya meta final sea mejorar la salud de la población mediante la implementación esencialmente de acciones preventivas y de promoción de la salud.

A modo de síntesis vale recordar que un aspecto indispensable de la vigilancia es la información, que constituye el insumo de todo sistema de vigilancia, y, por lo tanto, no existe una buena práctica de salud pública sin información o con datos ineficaces o insuficientes. Es decir, que no alcanza con contar con datos sino que, además, es necesario que éstos sean de calidad.

Como mecanismo para la mejora de la vigilancia es importante que aquellos que forman parte del proceso de la vigilancia tengan en claro los siguientes interrogantes: ***¿para qué se notifica?, ¿por qué se notifica?, ¿qué se notifica?, ¿a quién se notifica?, ¿cómo se notifica?, ¿cuándo se notifica? y ¿quién notifica?***

La respuesta a cada uno de estos interrogantes facilita: el conocimiento de salud de una comunidad; la participación de los diferentes niveles involucrados en el sistema; la utilización de los canales de la información (partiendo del nivel local hasta llegar al nivel central); respetando las modalidades de notificación (la cual depende del tipo de evento y de las estrategias de vigilancia); y la oportunidad en la notificación a las instancias responsables de la toma de decisiones. En última instancia, el fortalecimiento de la vigilancia permite que el sector salud pueda utilizar los datos provenientes de la vigilancia como la base para orientar respuestas sociales de prevención, promoción y control mucho más eficaces y eficientes.

Bibliografía

- CDC. Taller de fundamentos de la vigilancia de la influenza en humanos. Modulo 1, lección 8.
- CDD. Vigilancia en el Portafolio. Atlanta. EE. UU.
- Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS). Vigilancia epidemiológica. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. Modulo 10. Costa Rica. Año 2004.
- Consejo Nacional de Secretarios de Salud. Vigilancia en Salud. Colección para entender la gestión del SUS. Volumen 5. Brasilia, Año 2011.
- Laurell, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. Cuadernos Médico Sociales Nº 19. Año 1982.
- López-Moreno, S.; Garrido-Latorre, F. y Hernández-Avila, M. Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. En "Salud Pública de México, Vol. 42(2). Año 2000.
- Ministerio de Salud de Brasil. Guía de vigilancia epidemiológica. 7ma. Edición. Brasilia, Año 2010.
- Ministerio de Salud. Epidemiología básica y vigilancia de la salud. Módulo 5. Programa VIGI+A. Año 2004.
- Ministerio de Salud. Manual de Normas y procedimientos. Revisión Nacional. Año 2007.
- Organización Panamericana de la Salud. Módulos de Principios de Epidemiología para el Con-

trol de Enfermedades, segunda edición. Washington D.C.: OPS, © 2002, 49 p. –(Serie PALTEX N° para Técnicos Medios y Auxiliares N° 24.

- Teutsch, S y Churchill, E. Principios y Práctica de la Vigilancia de Salud Pública. Borrador de Traducción. Editores. Oxford. Año 2000.

- Tobar, F. Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina. Año 2001.

Anexo

Listado de eventos actualizados 2012 y sus características de notificación¹

| CATEGORÍAS | GRUPOS | EVENTOS | ESTRATEGIAS DE VIGILANCIA | MODALIDAD DE NOTIFICACIÓN | PERIODICIDAD DE NOTIFICACIÓN |
|---------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Transmisibles | Vectoriales/ Bajo programa | Chagas Agudo Congénito | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | SEMANAL |
| Transmisibles | Vectoriales/ Bajo programa | Chagas Agudo Vectorial | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | SEMANAL |
| Transmisibles | Vectoriales/ Bajo RSI | Dengue | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Vectoriales/ Bajo RSI | Dengue Grave | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Vectoriales/ Bajo RSI | Fiebre Amarilla | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Vectoriales/ Bajo RSI | Fiebre del Nilo Occidental | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Vectoriales | Encefalitis de San Luis | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Vectoriales/ Bajo RSI | Peste | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Vectoriales/ Bajo RSI | Tifus Epidémico | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Vectoriales/ Bajo RSI | Fiebre Recurrente | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Vectoriales | Leishmaniasis cutánea | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | SEMANAL |
| Transmisibles | Vectoriales | Leishmaniasis mucosa | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | SEMANAL |
| Transmisibles | Vectoriales | Leishmaniasis visceral | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Vectoriales | Paludismo | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Zoonóticas | Brucelosis | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | SEMANAL |
| Transmisibles | Zoonóticas | Carbunco cutáneo | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |

1. En el presente listado están contempladas las propuestas de cambio a la versión 2007. Las propuestas fueron consensuadas con los diferentes programas y se incluirán oficialmente en la próxima actualización.

| CATEGORÍAS | GRUPOS | EVENTOS | ESTRATEGIAS DE VIGILANCIA | MODALIDAD DE NOTIFICACIÓN | PERIODICIDAD DE NOTIFICACIÓN |
|---------------|------------------------------|--|---|---------------------------|------------------------------|
| Transmisibles | Zoonóticas | Carbunco extracutáneo (ANTRAX) | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Zoonóticas | Encefalopatía espongiiforme | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Zoonóticas | Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Zoonóticas | Hantavirusosis | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Zoonóticas | Hidatidosis | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | SEMANAL |
| Transmisibles | Zoonóticas | Leptospirosis | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Zoonóticas | Psitacosis | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Zoonóticas | Rabia Animal | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Zoonóticas | Rabia Humana | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Gastroentéricas | Botulismo | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Gastroentéricas | Botulismo del lactante | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Gastroentéricas/ Bajo RSI | Cólera | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Gastroentéricas | Diarreas Agudas Sanguinolentas | Clínica - Laboratorio - Unidad Centinela | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Gastroentéricas | Diarreas Agudas | Clínica - Laboratorio - Unidad Centinela | NUMERICA | SEMANAL |
| Transmisibles | Gastroentéricas | Fiebre Tifoidea y Paratifoidea | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Gastroentéricas | Intoxicación por Moluscos | Clínica | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Gastroentéricas | Síndrome urémico hemolítico | Clínica - Laboratorio - Unidad Centinela | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Gastroentéricas | Triquinosis | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Hepatitis virales | Hepatitis virales | Clínica - Laboratorio - Unidad Centinela | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | I.T.S. | Sífilis temprana | Clínica | NUMERICA | SEMANAL |
| Transmisibles | I.T.S. | Sífilis en la embarazada | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | I.T.S. | Sífilis congénita | Clínica | INDIVIDUAL | SEMANAL |
| Transmisibles | I.T.S. | Supuración genital gonocócica | Clínica | NUMERICA | SEMANAL |
| Transmisibles | I.T.S. | Supuración genital no gonocócica y sin especificar | Clínica | NUMERICA | SEMANAL |
| Transmisibles | I.T.S./Bajo programa | SIDA | Clínica | INDIVIDUAL codificada | SEMANAL |
| Transmisibles | I.T.S./Bajo programa | Infección por VIH | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL codificada | SEMANAL |

| CATEGORÍAS | GRUPOS | EVENTOS | ESTRATEGIAS DE VIGILANCIA | MODALIDAD DE NOTIFICACIÓN | PERIODICIDAD DE NOTIFICACIÓN |
|---------------|-----------------------------|---|--|---------------------------|------------------------------|
| Transmisibles | Inmunoprevenibles | Coqueluche | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Inmunoprevenibles | Difteria | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Inmunoprevenibles | Poliomielitits: Parálisis fláccida aguda < 15 AÑOS | Clínica - Laboratorio - Búsqueda activa | INDIVIDUAL/NEGATIVA | INMEDIATA/ NEGATIVA SEMANAL |
| Transmisibles | Inmunoprevenibles | Parotiditis | Clínica | INDIVIDUAL | SEMANAL |
| Transmisibles | Inmunoprevenibles | Rubeola | Clínica - Laboratorio - Búsqueda activa | INDIVIDUAL/NEGATIVA | INMEDIATA/ NEGATIVA SEMANAL |
| Transmisibles | Inmunoprevenibles | Rubéola Congénita | Clínica - Laboratorio - Búsqueda activa | INDIVIDUAL/NEGATIVA | INMEDIATA/ NEGATIVA SEMANAL |
| Transmisibles | Inmunoprevenibles | Sarampión | Clínica - Laboratorio - Búsqueda activa | INDIVIDUAL/NEGATIVA | INMEDIATA/ NEGATIVA SEMANAL |
| Transmisibles | Inmunoprevenibles | Tétanos Neonatal | Clínica - Búsqueda activa | INDIVIDUAL/NEGATIVA | INMEDIATA/ NEGATIVA SEMANAL |
| Transmisibles | Inmunoprevenibles | Tétanos Otras Edades | Clínica | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Inmunoprevenibles | Varicela | Clínica | NUMERICA | SEMANAL |
| Transmisibles | Respiratorias | Bronquiolitis < 2 años | Clínica - Laboratorio | NUMERICA | SEMANAL |
| Transmisibles | Respiratorias | Enfermedades tipo influenza | Clínica - Laboratorio - Unidad Centinela | NUMERICA | SEMANAL |
| Transmisibles | Respiratorias | Neumonía | Clínica - Laboratorio - Unidad Centinela | NUMERICA | SEMANAL |
| Transmisibles | Respiratorias | IRA internada | Clínica | AGRUPADA | SEMANAL |
| Transmisibles | Respiratorias/ Bajo RSI | Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Respiratorias/ Bajo RSI | Gripe humana por un nuevo subtipo de virus | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Respiratorias bajo programa | Tuberculosis | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | SEMANAL |
| Transmisibles | Meningoencefalitis | Meningoencefalitis por <i>Haemophilus influenzae</i> | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Meningoencefalitis | Meningoencefalitis y otras formas invasivas por <i>Neisseria meningitidis</i> | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Meningoencefalitis | Meningoencefalitis por <i>Streptococcus pneumoniae</i> | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Meningoencefalitis | Meningoencefalitis bacteriana por otros agentes | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Meningoencefalitis | Meningoencefalitis bacteriana sin especificar agente | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |

| CATEGORÍAS | GRUPOS | EVENTOS | ESTRATEGIAS DE VIGILANCIA | MODALIDAD DE NOTIFICACIÓN | PERIODICIDAD DE NOTIFICACIÓN |
|------------------|---|---|---------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Transmisibles | Meningoencefalitis | Meningoencefalitis virales urleanas | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Meningoencefalitis | Meningoencefalitis virales por enterovirus | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Meningoencefalitis | Meningoencefalitis por otros virus | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Meningoencefalitis | Meningoencefalitis virales sin especificar agente | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Meningoencefalitis | Meningoencefalitis tuberculosa < 5 AÑOS | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Meningoencefalitis | Meningoencefalitis micóticas y parasitarias | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Meningoencefalitis | Meningoencefalitis por sin especificar etiología | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| Transmisibles | Dermatológicas | Lepra | Clínica - Laboratorio | INDIVIDUAL | SEMANAL |
| No transmisibles | Intoxicación aguda por agentes químicos | Medicamentosa | Clínica- Unidad Centinela | INDIVIDUAL | SEMANAL |
| No transmisibles | Intoxicación aguda por agentes químicos | Plaguicidas | Clínica- Unidad centinela | INDIVIDUAL | SEMANAL |
| No transmisibles | Intoxicación aguda por agentes químicos | Monóxido de carbono | Clínica- Unidad Centinela | INDIVIDUAL | SEMANAL |
| No transmisibles | Intoxicación aguda por agentes químicos | Intoxicación por exposición a metales pesados | Clínica- Unidad Centinela | INDIVIDUAL | SEMANAL |
| No transmisibles | Intoxicación aguda por agentes químicos | Intoxicación por exposición a hidrocarburos | Clínica- Unidad Centinela | INDIVIDUAL | SEMANAL |
| No transmisibles | Intoxicación aguda por agentes químicos | Metahemoglobinemia del lactante | Clínica- Unidad Centinela | INDIVIDUAL | SEMANAL |
| No transmisibles | Envenenamiento por animales ponzoñosos | Alacranismo | Clínica | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| No transmisibles | Envenenamiento por animales ponzoñosos | Aracnoidismo | Clínica | INDIVIDUAL | INMEDIATA |
| No transmisibles | Envenenamiento por animales ponzoñosos | Ofidismo | Clínica | INDIVIDUAL | INMEDIATA |

Ley 15.465

PODER LEGISLATIVO NACIONAL (PLN)

Régimen legal de las enfermedades de notificación obligatoria.

Sanción: 29/09/1960; Promulgación: 24/10/1960; Boletín Oficial 28/10/1960

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, reunidos en Congreso, etc.

SANCIONAN CON FUERZA DE LEY

ARTÍCULO 1º - Es obligatoria, en todo el territorio de la Nación, la notificación de los casos de enfermedades incluidas en la presente ley, conforme con lo determinado en la misma.

Es igualmente obligatoria la notificación de los portadores de gérmenes de las enfermedades transmisibles a que se refiere el artículo 2, grupos A y B, cuando se hubieren identificado como tales.

ARTÍCULO 2º - Deben ser objeto de notificación las siguientes enfermedades:

Grupo A (De notificación inmediata, por la vía rápida).

Enfermedades objeto del Reglamento Sanitario Internacional.

A.1. Cólera.

A.2. Fiebre amarilla. A.2. a) Fiebre amarilla urbana. A.2. a) Fiebre amarilla rural o selvática.

A.3. Peste. A.3. a) Peste humana. A.3. b) Peste en roedores.

A.4. Viruela. A.4. a) Viruela mayor. A.4. b) Viruela menor (Alastrim).

Otras enfermedades del Grupo A:

A.5. Tifus exantemático transmitido por piojos.

A.5. Fiebre recurrente transmitida por piojos.

Grupo B (Notificación caso por caso. Enfermedades de registro).

B.10. Botulismo.

B.12. Enfermedad de Chagas-Mazza. B.12.1. Chagas forma aguda. B.12.2. Chagas forma crónica asintomática. B.12.3. Chagas forma crónica sintomática (excluye B.12.4.) B.12.4. Chagas forma crónica con cardiopatía.

B.13. Fiebre tifoidea y paratifoidea.

B.14. Hidatidosis.

B.15. Lepra. B.15.1. Lepra lepromatosa. B.15.2. lepra tuberculoide. B.15.3. Lepra incaracterística.

B.15.4 Lepra dimorfa o Bordeline.

B.16. Paludismo. B.16.1. Paludismo autóctono. B.16.2. Paludismo importado.

B.17. Poliomielititis.

B.18. Rabia. B.18.1. Rabia humana. B.18.2. Persona mordida o expuesta a contactos con animal sospechoso o rabioso.

B.19. Sífilis. B.19.1. Sífilis primaria (temprana primaria contagiosa). B.19.2. Sífilis secundaria (secundaria contagiante). B.19.3. Sífilis latente. B.19.4. Sífilis tardía. B.19.5. Sífilis congénita (precoz y tardía).

B.20. Tuberculosis. B.20.1. Tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva. B.20.2. Tuberculosis

pulmonar con baciloscopia negativa o sin baciloscopia. B.20.3. Tuberculosis extrapulmonar (excluida meningea). B.20.4. Tuberculosis meningea.
 B.21. Tétanos. B.21.1. Tétanos del recién nacido. B.21.2. Tétanos quirúrgico. B.21.3. Tétanos, otras formas.
 B.22. Triquinosis.
 B.23. Fiebre hemorrágica argentina.
 B.24. Esquistosomiasis. B.24.1. Esquistosomiasis autóctona. B.24.2. Esquistosomiasis importada.
 B.35. Difteria.
 B.41. Leishmaniasis. B.41.1. Lishmaniasis cutánea. B.41.2. Leishmaniasis visceral.
 B.43. Meningitis meningocócica.
 B.49. Psitacosis.
 B.53. Tifus endémico murino transmitido por pulgas.

Grupo C (Notificación por número total de casos; con o sin discriminación por edad; sexo, condición de vacunado, etc.).

C.11. Encefalitis.
 C.30. Micosis (especificar).
 C.31. Brucelosis humana.
 C.32. Carbunco humano.
 C.34 Coqueluche (tos ferina o convulsiva).
 C.36. Disenterias. C.36.1. Diarreas infecciosas (menores de 2 años de edad). C.36.2. Todas las demás.
 C.37. Estreptococias. C.37.1. Escarlatina. C.37.2. Fiebre reumática aguda.
 C.38. Hepatitis viral aguda. C.38.1. Hepatitis A (ex hepatitis infecciosa). C.38.2. Hepatitis B (ex hepatitis sérica o a suero homólogo).
 C.39. Influenza.
 C.40. Infecciones e intoxicaciones alimentarias. C.40.1. A estafilococos (toxina estafilocócica). C.40.2. A salmonellas.
 C.40. Leptospirosis enfermedad de Weit; enfermedad icterohemorrágica).
 C.43. Infección meningea (no meningocócica, no tuberculosa). C.43.1. A líquido turbio o purulento. C.43.2. A líquido claro.
 C.44. Necatoriasis o anquilostomiasis.
 C.45. Neumonías. C.45.1. Neumonías atípicas primarias. C.45.2. Neumonías típicas a neumococos.
 C.46. Envenenamiento por animales ponzoñosos. C.46.1. Ofidismo. C.46.2. Aracnoidismo.
 C.47. Parotiditis (fiebre urliana).
 C.48. Polirradiculoneuritis (Guillén-Barré y otros).
 C.50. Rabia animal.
 C.51. Rubeola.
 C.52. Sarampión.
 C.53. Tracoma.
 C.55. Varicela.
 C.56. Blenorragia (gonococcia). C.56.1. Gonococcia aguda. C.56.2. Gonococcia crónica.
 C.57. Chancro blando.

C.58. Granuloma inguinal (Donovanosis).

C.59. Mononucleosis infecciosa.

Grupo D: Incluye enfermedades exóticas o desconocidas y aquellas conocidas no incluidas en los grupos anteriores cuando se presentan en extensión inusitada o con caracteres de particular gravedad.

Grupo E: Enfermedades no transmisibles (notificación por número de casos con o sin discriminación por edad, sexo, etc.).

E.70. Accidentes de tránsito vial (personas accidentadas).

E.75. Cáncer.

E.80. Enfermedades cardiovasculares. E.80.1. Hipertensión arterial.

E.85. Diabetes.

E.90. Intoxicación por pesticidas. E.90.1. Pesticidas clorados. E.90.2. Pesticidas fosforados. E.90.3. Otros tóxicos (especificar).

El Poder Ejecutivo Nacional está facultado, previo informe del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, para agregar otras enfermedades, suprimir alguna de las especificadas o modificar su agrupamiento.

(Decreto Nacional 2.771/79 Art.1 (B.O. 07-11-79). Actualización de nómina).

ARTÍCULO 3º - La notificación debe efectuarse en los casos comprobados o sospechosos de enfermedades incluidas en el grupo A; en los casos comprobados de enfermedades comprendidas en los grupos B y C, y en los eventos contemplados en el grupo D.

ARTÍCULO 4º - Están obligados a la notificación:

- a) El médico que asista o haya asistido al enfermo o portador o hubiere practicado su reconocimiento o el de su cadáver;
- b) El médico veterinario, cuando se trate, en los mismos supuestos, de animales;
- c) El laboratorista y el anatomopatólogo que haya realizado exámenes que comprueben o permitan sospechar la enfermedad.

ARTÍCULO 5º - Están obligados a comunicar la existencia de casos sospechosos de enfermedad comprendida en el artículo 2, en la persona humana y en los animales, el odontólogo, la obstétrica y el kinesiólogo y, los que ejercen alguna de las ramas auxiliares de las ciencias médicas.

ARTÍCULO 6º - La notificación y comunicación de las enfermedades comprendidas en el articulo de esta ley, serán dirigidas a la autoridad sanitaria más próxima.

ARTÍCULO 7º - La notificación prescrita en los artículos 3 y 4 debe hacerse por las personas comprendidas en el artículo 4, siempre por escrito, y en las oportunidades siguientes:

- a) Para las enfermedades comprendidas en el grupo A del artículo 2, inmediatamente de la sospecha o de establecido el diagnóstico de presunción o de certeza;
- b) Para las enfermedades comprendidas en los grupos B y D, dentro de las veinticuatro horas

de su comprobación;

c) Para las enfermedades comprendidas en el grupo C, dentro de los siete días de su comprobación. Las personas obligadas por el artículo 5 deben comunicar la sospecha de enfermedad dentro de las veinticuatro horas. Sin perjuicio de la notificación o comunicación escrita, deberá anticiparse los datos respectivos por la vía más rápida en los casos del grupo A, y tratándose de enfermedades comprendidas en los otros grupos, cuando presentaren características de rápida propagación o alta letalidad.

ARTÍCULO 8º - Las notificaciones y comunicaciones serán de carácter reservado, a cuyo efecto el Poder Ejecutivo establecerá un sistema de clave. La notificación debe contener los datos que permitan la localización e individualización de la persona o animal enfermo y de la fuente de infección; la fecha de iniciación probable; origen supuesto o comprobado; forma clínica de la enfermedad y todo otro dato que resulte de interés sanitario, así como también la individualización de la persona que hace la notificación. Cuando se trate de reconocimiento de cadáveres, deben incluir, además, la fecha probable en que se produjo el deceso. La comunicación debe contener los datos que permitan la localización e individualización de la persona o animal enfermo, y reunir la mayor cantidad de información vinculada a la enfermedad, así como también la individualización del informante.

ARTÍCULO 9º - El médico está igualmente obligado a notificar por escrito a la autoridad sanitaria provincial o municipal más próxima, todo brote de enfermedades transmisibles no incluidas en el artículo 2, dentro de las veinticuatro horas.

ARTÍCULO 10º - Toda persona está obligada a comunicar por escrito a la autoridad sanitaria provincial o municipal más próxima la pululación de vinchucas, mosquitos, piojos y pulgas conforme lo determine la reglamentación. La información de la existencia o mortalidad insólita de ratas, queda regida por las leyes 11.843 y 14.156 o las que se sancionen en su reemplazo.

ARTÍCULO 11º - La autoridad sanitaria nacional es la única facultada para efectuar notificaciones y comunicaciones o declaraciones internacionales sobre ocurrencia de las enfermedades transmisibles de los grupos A, B y D del artículo 2 y de todas aquellas que sean de notificación internacional obligatoria.

ARTÍCULO 12º - Los responsables de los servicios públicos nacionales, provinciales o municipales deben transmitir al Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública las notificaciones o comunicaciones que hubieren recibido de inmediato, cuando se trate de enfermedades comprendidas en los grupos A, B y D del artículo 2 y semanalmente las del grupo C del mismo artículo y los supuestos contemplados en los artículos 9 y 10.

ARTÍCULO 13º - Las notificaciones y comunicaciones por vía postal o telegráfica, serán libres de cargo y los servicios respectivos le darán prioridad y carácter de urgente.

ARTÍCULO 14º - Recibida la notificación o comunicación, la autoridad sanitaria proveerá los me-

dios para efectuar las comprobaciones clínicas y de laboratorio y a la adopción de las medidas de asistencia del enfermo y las sanitarias de resguardo de la salud pública, comprendiendo las de aislamiento, prevención y otras conducentes a la preservación de la salud.

ARTÍCULO 15º - Corresponde al Poder Ejecutivo nacional y a los gobiernos provinciales reglamentar la presente ley dentro de sus respectivas competencias y celebrarán acuerdos a fin de lograr el inmediato cumplimiento de sus finalidades.

ARTÍCULO 16º - Las personas enumeradas en el artículo 4 que infrinjan las obligaciones que les impone esta ley, sufrirán una multa de quinientos pesos moneda nacional (\$ 500) a diez mil pesos moneda nacional (\$ 10.000). Accesoriamente se harán pasibles de amonestaciones y en caso de reiterado incumplimiento, de suspensión temporal en el ejercicio profesional de uno (1) a tres (3) meses.

ARTÍCULO 17º - Las personas enumeradas en el artículo 5 que infrinjan las obligaciones que les impone esta ley, sufrirán una multa de doscientos pesos moneda nacional (\$ 200) a cinco mil pesos moneda nacional (\$ 5.000).

ARTÍCULO 18º - Las sanciones serán impuestas por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, o por las autoridades sanitarias provinciales, según corresponda. En el primer caso serán apelables para ante la justicia federal y las sanciones se harán efectivas por los jueces de sección correspondientes.

ARTÍCULO 19º - Derógase la ley 12.317.

ARTÍCULO 20º - Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, en Buenos Aires, a 29 de septiembre de 1960.

GUIDO - Barraza - Monjardin - Oliver.

DECRETO 2771/1979

PODER EJECUTIVO NACIONAL (PEN)

Salud pública; actualización de la nómina y el agrupamiento de las enfermedades de notificación obligatoria, ley 15.465.

Fecha de emisión: 01/11/1979; Publicado en: Boletín Oficial 07/11/1979

Artículo 1º - Modifícase, de acuerdo al anexo que forma parte del presente decreto, la nómina y el agrupamiento de enfermedades de notificación obligatoria, según la ley 15.465.

Art. 2º - Facúltase al Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Estado de Salud Pública, para actualizar, como consecuencia de lo dispuesto en el artículo anterior, las pertinentes normas de procedimiento y acordar con las autoridades sanitarias del país lo necesario para su observancia.

Art. 3º - Comuníquese, etc.

Videla. - Fraga. - Harguindeguy.

Anexo del dec. 2771/79

CLASIFICACION DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA (LEY 15.465)

Grupo A (De notificación inmediata, por la vía rápida).
Enfermedades objeto del reglamento sanitario internacional.

Otras enfermedades del Grupo A:
Grupo B (Notificación caso por caso)
Enfermedades de registro

Grupo C (Notificación por número total de casos; con o sin discriminación por edad, sexo, condición de vacunado, etc.).

Grupo D: Incluye enfermedades exóticas o desconocidas y aquellas conocidas no incluidas en los grupos anteriores cuando se presentan en extensión inusitada o con caracteres de particular gravedad.

Grupo E: Enfermedades no trasmisibles (notificación por número de casos con o sin discriminación por edad, sexo, etc.).

DECRETO 3640/1964 **PODER EJECUTIVO NACIONAL (PEN)**

Notificación obligatoria de enfermedades; reglamentación de la ley 15.465.
Fecha de emisión: 19/05/1964; Publicado en: Boletín Oficial 23/05/1964

VISTO

CONSIDERANDO

EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA DECRETA:

Artículo 1º - A los efectos de la ley 15.465 se considerará "caso" de enfermedad de notificación médica obligatoria al enfermo confirmado clínicamente o por laboratorio que padezca alguna de las entidades nosológicas incluidas en los grupos A, B, C o D.

A los mismos efectos, serán considerados “portadores” las personas que, no presentando signos clínicos, alojen en su organismo gérmenes patógenos. Se consideran “vectores” a los invertebrados que transmiten esos mismos gérmenes.

Art. 2º - Quedan obligados a mantener secreto el contenido de las notificaciones o comunicaciones, los funcionarios públicos, que las reciban y/o transmitan. La trasgresión a esta norma se sancionará conforme a las disposiciones vigentes.

A los efectos previstos por el art. 8 de la ley 15.465 se establece el siguiente sistema de clave:

Grupo A - Enfermedades pestilenciales

P.1. Cólera

P.2. a) Fiebre amarilla urbana

P.2. b) Fiebre amarilla rural

P.3. a) Peste humana

P.3. b) Peste de roedores

P.4. a) Viruela mayor

P.4. b) Viruela Alastrim

P.5. Tifus exantemático transmitido por piojos

P.6. Fiebre recurrente transmitida por piojos

Grupo B - Enfermedades infecto - contagiosas de Registro

B.10. Botulismo

B.11. Encefalitis infecciosa aguda

B.12. Enfermedad de Chagas - Mazza

B.13. Fiebre tifoidea y paratifoidea

B.14. Hidatidosis

B.15. Lepra

B.16. Paludismo

B.17. Poliomielitis anterior aguda (forma paralítica)

B.18. a) Rabia humana

B.18. b) Personas mordidas por animales sospechosos de rabia

B.19. Sífilis

B.20. Tuberculosis

B.21. Tétanos

B.22. Triquinosis

B.23. Virosis hemorrágica del noroeste bonaerense

Grupo C - Enfermedades infecto - contagiosas comunes

C.30. Actinomicosis

C.31. Brucelosis humana

C.32. Carbunco humano

C.33. Coqueluche

- C.34. Dengue
- C.35. Difteria
- C.36. a) Disentería amebiana
- C.36. b) Disentería bacilar
- C.36. c) Disenteria infantil - estival
- C.37. a) Estreptococcias: Escarlatina
- C.37. b) Estreptococcias: Fiebre reumática
- C.38. Hepatitis infecciosa a virus
- C.39. Influenza o gripe (exclusivamente forma epidémica)
- C.40. Infecciones e intoxicaciones alimentarias (a estafilococos y sin especificar)
- C.41. Leishmaniasis
- C.42. Leptospirosis (enfermedad de Weil, icterica hemorragica, fiebre canicola)
- C.43. Meningitis purulentas meningococcicas y otras
- C.44. Necatoriasis o anquilostomiasis
- C.45. Neumonía atípica primaria (neumonitis)
- C.46. Ofidismo y aracnodismo
- C.47. Parotiditis urliana
- C.48. Poliomiélitis no paralítica y otras neuvovirosis sin especificar
- C.49. Psitacosis y ornitosis
- C.50. Rabia animal
- C.51. Rubeola
- C.52. Sarampion
- C.53. Tifus endemico murino transmitido por pulgas
- C.54. Tracoma
- C.55. Varicela
- C.56. a) Bienorragia
- C.56. b) Chancro blando
- C.56. c) Granuloma venereo

Art. 3º - La agrupación de enfermedades establecidas por la ley obedece a los siguientes conceptos:

Grupo A: Comprende a las enfermedades pestilenciales y son de notificación obligatoria a los organismos internacionales de Salud Pública, dentro de las primeras 24 horas.

Grupo B: Reúne enfermedades de Registro, que por su naturaleza requieren la individualización de los "casos" por medio de los datos personales de nombres y apellidos para la realización de las encuestas epidemiológicas y la adopción de medidas sanitarias.

Grupo C: Comprende a las enfermedades infecto - contagiosas comunes, de las cuales sólo interesa conocer el número total de "casos" ocurridos para fines estadísticos.

Grupo D: Incluye a las enfermedades exóticas o de etiología desconocida.

Art. 4º - La obligación impuesta a toda persona de comunicar la existencia de “vectores” debe efectuarse cuando la pululación haga temer la aparición de enfermedades transmisibles.

Art. 5º - Las personas obligadas por la ley, al hacer uso de la vía postal o telegráfica, insertarán en las piezas o formularios respectivos, la inscripción “Libre de porte - ley 15.465”. La Secretaría de Comunicaciones dará prioridad y carácter de urgente a toda comunicación despachada bajo tal franquicia.

Art. 6º - El Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, con la finalidad de lograr un más perfecto cumplimiento de los propósitos perseguidos por la ley 15.465, promoverá la adopción de acuerdos con los gobiernos de provincia, a fin de uniformar procedimientos, mejorar la colaboración necesaria entre las autoridades de las distintas jurisdicciones, la utilización de los recursos respectivos y obtener que las reglamentaciones provinciales sean concordantes.

Art. 7º - El presente decreto será refrendado por los señores ministros secretarios en los departamentos de Asistencia Social y Salud Pública y de Obras y Servicios Públicos y firmado por el señor Secretario de Estado de Comunicaciones.

Art. 8º - Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

ILLIA - OÑATIVIA - FERRANDO - PAGES LARRAYA

Fuente: SAIJ.