

A decorative graphic on the right side of the page consists of three overlapping circles of varying sizes, each with a dark blue center and a lighter blue outer ring. These circles are connected by thin, light blue lines that extend from the top-left and bottom-right corners of the page towards the center.

Prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles

Estrategias de Abordaje | Curso
Autoadministrado

Clase 4: Vigilancia epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles

CLASE 4: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Índice

- 1 Fundamentos.
 - 1.1 Carga de Enfermedad
 - 2 Qué es la vigilancia epidemiológica
 - 3 Como se construye un ciclo de vigilancia
 - 4 Estrategias para la vigilancia de ENT y FR. Fuentes de información
 - 5 Usos y funcionalidades de los sistemas de vigilancia
 - 6 Diferencias entre sistemas de vigilancia para enfermedades transmisibles y no transmisibles
 - 7 Beneficios y Barreras de la vigilancia de ENT
 - 8 La vigilancia epidemiológica de ENT en Argentina
- Bibliografía

1 Fundamentos

Las ENT son la principal causa de muerte en el mundo entero, habiendo causado 38 millones (el 68%) de los 56 millones de defunciones registradas en 2012. Más del 40% de ellas (16 millones) fueron muertes prematuras ocurridas antes de los 70 años de edad. Casi las tres cuartas partes de todas las defunciones por ENT (28 millones) y la mayoría de los fallecimientos prematuros (el 82%) se produjeron en países de ingresos bajos y medios.

Hoy en día, las enfermedades no transmisibles (ENT) suponen el 43% de la carga mundial de morbilidad. Se calcula que para el año 2020 esta cifra alcanzará el 60% y que esas dolencias serán la causa de un 73% de las muertes. La mayor parte de ese incremento se deberá a epidemias emergentes de enfermedades no transmisibles en los países en desarrollo.

De las tendencias actuales se desprende que para el año 2020 esas patologías darán cuenta de un 75% de las muertes y de un 60% de la carga de enfermedad. Las ENT, que ya revisten gran importancia en los países desarrollados, van camino de convertirse con rapidez en un grave problema de salud pública también en el mundo en desarrollo. Se prevé que para el año 2020 la carga de enfermedad por ENT habrá aumentado en más de un 60% en los países en desarrollo y los nuevos países industrializados, frente a un crecimiento de menos del 10% en los países desarrollados. La causa que subyace a ese fenómeno epidémico es la progresión de una serie de factores de riesgo ligados al estilo de vida, fruto a su vez de la evolución social y económica. En muchos países, los crecientes efectos de la globalización han acelerado este proceso.

1.1 Carga de Enfermedad

¿Qué es la carga de enfermedad?

La Carga de Enfermedad (CE) es un indicador que cuantifica la pérdida de vida saludable como consecuencia de enfermedades. Toma en cuenta la pérdida de vida con motivo de muerte prematura y la pérdida de vida saludable causada por discapacidad.

¿Cómo se mide?

Una de las unidades de medida más utilizada es años de vida ajustados en función de la discapacidad: DALYs (de Disability Adjusted Life Years) o AVPD (años de vida perdidos por discapacidad). Otros indicadores utilizados son AVPP (años de vida potencialmente perdidos), AVPMP (años de vida perdidos por muerte prematura), AVISA (Años de Vida Saludables), entre otros.

¿Para qué sirven estos indicadores?

El avance que introduce el concepto de CE respecto a los enfoques tradicionales basados en la mortalidad radica en la incorporación de la discapacidad en la medición de los resultados que no llegan a la muerte, contribuyendo también con una innovación en los indicadores de salud, como son los valores sociales en torno a la duración de la vida, el valor de la vida a diferentes edades y la preferencia por el tiempo. Permiten comparar el daño producido por las distintas enfermedades facilitando el establecimiento de prioridades según el impacto de los problemas de salud. Además permiten identificar grupos de población en riesgo y facilitan el análisis de los resultados de distintos programas e intervenciones.

Hoy en día existe abundante información sobre las ENT y sus factores de riesgo, así como una sólida experiencia en materia de prevención. Se ha demostrado que en países tanto desarrollados como en desarrollo la aplicación de políticas integrales y a largo plazo puede ser útil para reducir los factores de riesgo en la población, y por ende también los niveles de enfermedad, discapacidad y mortalidad.

Sin embargo, las intervenciones de ámbito local requieren **datos** sobre los factores de riesgo en cada región, sin los cuales no es posible definir correctamente las prioridades, ni aplicar y supervisar intervenciones específicas.

Para que el proceso de obtención de datos sea lo más útil posible en cada uno de los ámbitos de aplicación, es preciso **recopilar, analizar y utilizar la información** de forma periódica y sistemática. Es decir, es necesario plantear un **sistema de vigilancia epidemiológica**.

2 ¿Qué es la vigilancia epidemiológica?

Un **sistema de vigilancia epidemiológica** se define como la recolección sistemática y continua, seguida del análisis e interpretación de los datos de salud que resultan esenciales para la planificación, implementación y evaluación de las prácticas en salud pública.

Este proceso está estrechamente integrado con la difusión oportuna de estos datos a los encargados de formular políticas y a otros agentes interesados. El último eslabón de esta cadena de vigilancia es la aplicación de los datos a la prevención y al control de las distintas enfermedades. (CDC 1988).

Un sistema de vigilancia posee tres características principales:

- Implica la **recolección sistemática y continua** de datos pertinentes a un evento de salud.
- Requiere la **integración y evaluación** de los datos.
- Involucra la **comunicación de los datos** a quienes los necesitan, en particular a los que están en posición de tomar decisiones.

La vigilancia epidemiológica es una herramienta fundamental de la salud pública ya que proporciona **información fidedigna y en el momento oportuno** para planificar, aplicar y evaluar políticas sanitarias, ya sea a nivel local como regional y/o nacional.

A diferencia de la investigación clínica, la vigilancia epidemiológica recurre a métodos de relevamiento quizá con menor cantidad y detalle de información, pero maximizando la validez, confiabilidad y sustentabilidad de los datos, ya que su objetivo no es probar hipótesis, sino ser útil para la toma de decisiones.

3 ¿Cómo se construye un ciclo de vigilancia epidemiológica?

En un sistema de vigilancia se describen **6 acciones básicas**:

- recopilación de datos
- integración de datos
- análisis de datos
- interpretación
- desarrollo de productos de vigilancia
- difusión.

El ejercicio continuo de estas acciones representa un “ciclo de vigilancia epidemiológica”.

Veamos en el siguiente cuadro (Cuadro 1), algunos elementos a tener en cuenta en cada paso de este proceso:

Recopilación de los datos	Definir los datos que se compilarán según el propósito de la vigilancia.
---------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> · Incluir en la planificación a quienes serán los usuarios de los datos. · Definir a qué nivel se recopilarán los datos (nacional, provincial, local, etc.). · Buscar si previamente ya se han recogido esos datos mediante otro sistema o en otra área. · Tener en cuenta la privacidad y confidencialidad de los datos. · Establecer y documentar los estándares de definición de caso, indicadores y procedimientos para la recolección (protocolo). · Determinar las condiciones estadísticas (tamaño muestral, poder estadístico, etc.).
Integración de los datos	<ul style="list-style-type: none"> · Definir los mecanismos para el ingreso de los datos recolectados (formularios, tablas, etc.) y elaborar un manual de procedimiento para la integración. · Establecer las reglas para la “limpieza de datos” (criterios de inclusión y exclusión, outliers, data missing, etc.). · Considerar el análisis de una sub-muestra para identificar problemas en la integración de los datos. · Preparar los datos para el análisis.
Análisis de los datos	<ul style="list-style-type: none"> · Retomar la hipótesis definida. · Priorizar el análisis de los resultados principales para luego profundizar en los detalles. · Comparar los datos con la bibliografía y/o con datos previos. · Definir y documentar los métodos de análisis utilizados (software y programas estadísticos). · Procurar una revisión del análisis por parte de pares.
Interpretación de los datos	<ul style="list-style-type: none"> · Mantener el foco en propósito de la vigilancia. · Tener en cuenta a los destinatarios de la información. · Anticipar la asociación entre la interpretación de los datos y las necesidades detectadas o acciones requeridas. · Definir el nivel de detalle necesario para permitir la toma de decisiones. · Documentar las limitaciones en la calidad de los datos. · Tener en cuenta el contexto y la población analizada. · Chequear el análisis y la interpretación con un panel de expertos. · Evaluar el significado de los resultados (impacto económico, social, ambiental, etc.). · Seleccionar las herramientas que ayuden a la mejor interpretación de los resultados (gráficos, tablas, contextualización de la información).
Desarrollo de los productos de vigilancia	<ul style="list-style-type: none"> · Describir la o las audiencias a quienes irá dirigido el mensaje. · Identificar la necesidad de información de cada audiencia (mediante cuestionarios, focus group, etc.) · Adaptar la información según la audiencia destinataria: decisores políticos, técnicos, medios de comunicación, público en general, etc. · Formular el mensaje principal.

Comunicación

- Definir el diseño de los productos.
- Diseñar una variedad de productos con información sobre los resultados: resumen ejecutivo, artículos científicos, pósters, videos, flyers, gacetilla de prensa, página web, etc.
- Preparar una estrategia de comunicación coordinada.
- Asignar recursos específicos para la difusión de la información (recursos económicos, humanos, técnicos).
- Utilizar diferentes canales de comunicación, según la audiencia objetivo: revistas científicas, TV, medios gráficos, Internet, radio, boletines, etc.
- Aprovechar distintas oportunidades para comunicar el mensaje.
- Evaluar todo el proceso

Cuadro 1: Acciones básicas de un sistema de vigilancia

Adaptado de Chronic Disease Surveillance in Canada. 2003

Idealmente, de un sistema de vigilancia epidemiológica surge lo que conocemos como **“información para la acción”**: es información necesaria para saber qué intervenciones en salud pública conviene planificar y diseñar (antes); es información que surge del monitoreo de estas intervenciones para ir ajustando su implementación (durante), y es información que se utiliza en la evaluación para conocer el impacto y cumplimiento de los objetivos previstos (después).

En todas las etapas es recomendable involucrar a los usuarios de la información, en especial en la vigilancia de ENT, dónde la utilización de la información tiene un ciclo más largo, y para los decisores muchas veces no es tan evidente el ciclo de vigilancia-políticas.

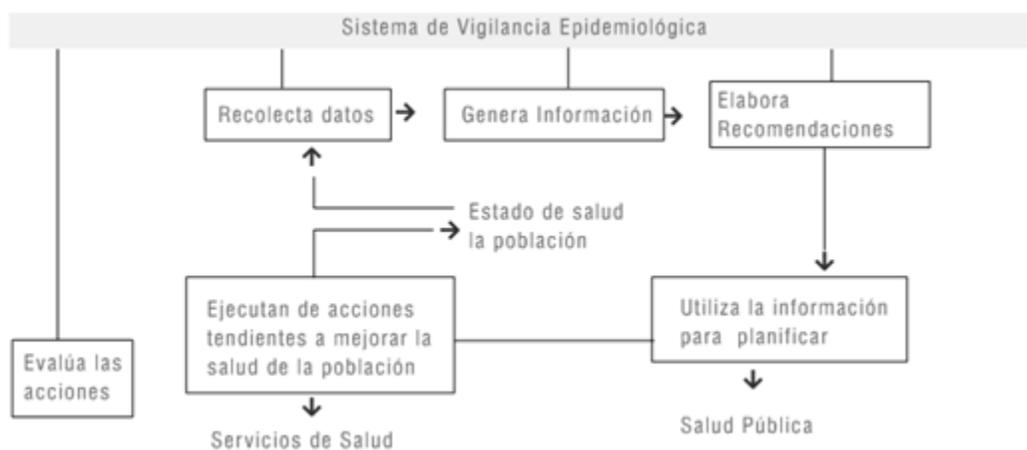


Figura 2: Ciclo de vigilancia epidemiológica.

Mediante los sistemas de Vigilancia Epidemiológica se provee información para la planificación o diseño de políticas o acciones en salud, cuya posterior implementación se traduce (o no) en un cambio en el

estado de salud de la población. Esto a su vez genera una nueva entrada de datos al sistema que finalmente sirven como feedback o retroalimentación de las políticas implementadas, completando el ciclo de la vigilancia (Figura 2).

4 Estrategias para la Vigilancia de ENT y FR. Fuentes de información

Las fuentes de información desde las cuales se nutre un sistema de vigilancia son múltiples. Muchas de ellas pueden provenir de la aplicación de nuevos estudios diseñados especialmente para la vigilancia (por ej. la implementación de una encuesta). A este tipo de fuentes creadas específicamente para obtener los datos requeridos, se las denomina **fuentes de datos primarias**. También la información podría provenir de bases de datos que han sido desarrolladas para otros fines (por ej. bases de datos administrativas), pero que brindan información significativa para la vigilancia. A este tipo de fuentes se las denomina **fuentes de datos secundarias**.

Los sistemas de vigilancia pueden utilizar fuentes de datos primarias y/o secundarias. (Ver figura 3).

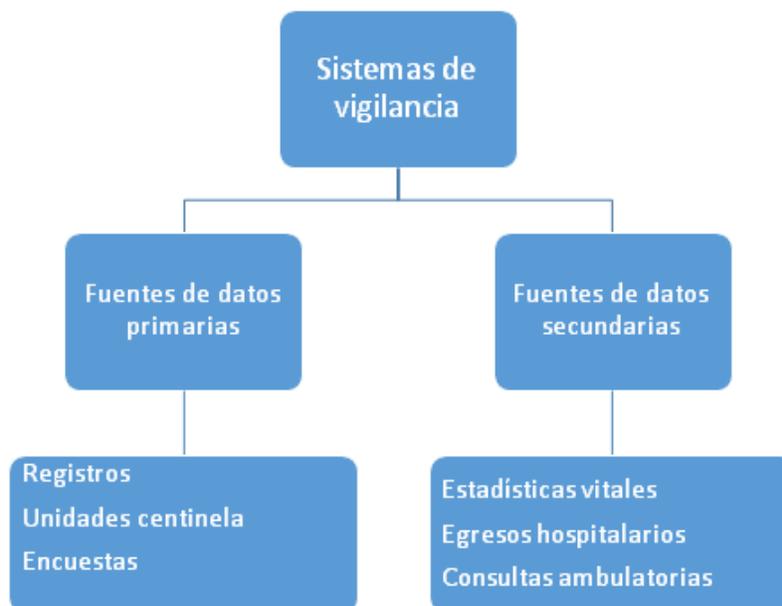


Figura 3: Fuentes de datos utilizadas por los sistemas de vigilancia.

Adaptado de OMS.

Describiremos a continuación ambos tipos de fuentes de datos.

Entre las **fuentes de datos primarias**, los principales modelos que los generan son:

- **Registros de enfermedades:** son reportes individuales de todos los sujetos afectados por una condición o enfermedad; se utilizan para registrar y seguir todos los casos de una enfermedad en particular en el tiempo, por ejemplo los registros hospitalarios o poblacionales de cáncer u otras ENT. Su principal utilidad consiste en disponer de información detallada sobre el evento, tales como los datos personales de los pacientes afectados, el estadio de la enfermedad, las complicaciones, el tratamiento provisto y la letalidad de la enfermedad. Los registros poblacionales permiten además monitorear la incidencia y prevalencia de la condición de estudio.

Aunque suelen ser sistemas poco complejos para implementar de manera local, los registros poblacionales presentan desafíos a nivel informático cuando tienen como objetivo recolectar información de diversas fuentes (consultas clínicas de diferentes establecimientos, internaciones, estadísticas vitales, registro civil, etc.), y resulta complejo también sostener su continuidad. Otra de sus limitaciones es que, si están orientados a una sola patología, pueden dentro del sistema de vigilancia, ofrecer un análisis limitado (por ejemplo pacientes que simultáneamente tengan hipertensión y diabetes, y que en realidad podrían abordarse de manera más integral). Por otro lado, la mayoría de los registros no están integrados al resto de los procesos del cuidado (prácticas, gestión de medicamentos, consultas de guardia, etc.) lo que genera barreras para la gestión de la información y de los cuidados sanitarios.

- **Unidades centinelas:** son centros de atención de salud (por ejemplo un hospital) con una actividad intensiva de vigilancia de una patología en particular. El principal objetivo es obtener de manera eficiente información de pocos casos, pero detallada y de calidad. Su utilidad se aplica a aquellas patologías que no requieren un conteo de todos los casos. Su uso se ha descrito para lesiones y enfermedades ocupacionales.

- **Encuestas de base poblacional (continuas o periódicas):** mediante este tipo de estrategia la información se obtiene con una periodicidad preestablecida a través de cuestionarios enfocados a una temática específica. Por ejemplo, la Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) es una encuesta continua que se realiza desde 1984 en 50 estados de EE.UU. en forma telefónica. Esta encuesta provee información específica sobre prevalencia, tendencias y distribución geográfica de condiciones como asma, diabetes, hipertensión, obesidad, nutrición, actividad física, tabaquismo, uso de alcohol, acceso a los servicios de salud y medidas preventivas, entre otras.

Respecto a las **fuentes de datos secundarios**, entre los más importantes a nivel poblacional están las **estadísticas vitales**. Los datos recolectados en el momento del nacimiento y de la muerte mediante los certificados de nacimiento y de defunción, constituyen un elemento fundamental en los sistemas de vigilancia. De hecho, representan la primera fuente utilizada históricamente como sistema de vigilancia en general. Dentro de las ventajas de la utilización de los datos de estadísticas vitales se destacan su amplia disponibilidad y la homogeneidad de metodología en todo el país. Entre las limitaciones podemos mencionar, fundamentalmente, su falta de oportunidad (ya que lo que se monitorea es un

evento tardío de todo el proceso salud-enfermedad) y su potencial baja especificidad y sensibilidad (por errores en la confección de los certificados de defunción). En la Argentina las estadísticas de mortalidad poseen una amplia cobertura y una calidad adecuada.

Otras fuentes secundarias son los **egresos hospitalarios**, los **datos administrativos** hospitalarios, datos administrativos sobre consultas ambulatorias o prácticas, la información de aseguradoras y las provenientes de **investigaciones epidemiológicas**.

Una fuente de información secundaria relativamente nueva la constituye la información cargada por los profesionales de la salud en una **Historia Clínica Electrónica (HCE)**. En ella se constatan los problemas de salud (hipertensión, diabetes, etc.), los resultados de laboratorio (colesterol, glucemia, etc.), o los resultados obtenidos del examen físico (medición de la tensión arterial), entre otros datos. La principal ventaja de utilizar este tipo de información, a diferencia de las estadísticas vitales, es la oportunidad, ya que permite la detección del caso en el momento en que el profesional lo registra en la HCE (cuando el médico realiza el diagnóstico), o en el momento en que se detecta un resultado de laboratorio fuera de los valores normales.

Por último, algunas fuentes de datos secundarias para obtener información sobre determinantes sociales e indicadores poblacionales, podrían ser los **censos** y otras **encuestas de hogares**.

Veamos en el siguiente cuadro algunas características de las fuentes de información que resultan de utilidad según los objetivos del proyecto. (Tabla 1).

Fuente de datos	Información que aporta	Ventajas	Desventajas
Registros	Calidad de atención, Incidencia, mortalidad	Información detallada, información de resultados	Costo, sustentabilidad
Encuestas	Factores de riesgo, aspectos socioeconómicos	Datos poblacionales, relevamientos específicamente diseñados	No asociados con eventos, poco útiles sin periodicidad, costo y recursos necesarios
Estadísticas vitales	Natalidad, Mortalidad	Usualmente completos, cobertura nacional, evaluación de tendencias	Interpretación causa subyacente vs. inmediata de muerte
Datos administrativos	Egresos, uso de recursos, calidad de atención	Bajo costo, Información poblacional	Orientados a eventos (no a personas), disponibilidad y calidad muy variable

Tabla 1: Características de algunas fuentes de datos para los sistemas de vigilancia de ENT

Desde otra perspectiva, se pueden pensar las distintas fuentes de datos según el momento del proceso salud enfermedad que se quiere investigar. Así, existen fuentes de datos más adecuadas para hacer foco en la etapa de los determinantes de la enfermedad, en la etapa pre-clínica, en la etapa clínica y en los resultados (Tabla 2).

Determinantes de la enfermedad	Etapa pre-clínica	Etapa clínica	Resultados
Factores de riesgo: Tabaco Alimentación	Rastreo: Ca. cuello uterino (PAP) Ca. Mama (Mamografía)	Diagnóstico Tratamiento y procedimientos (cirugías, prácticas)	Mortalidad: Muertes según causa
Factores Ambientales: Exposición laboral	HTA	Uso de Servicios: Ambulatorios y de internación	Morbilidad: Complicaciones, discapacidad,
Socioeconómicos: Vivienda, Educación, Nivel de ingresos	Reducción de riesgo: Cesación tabáquica		

	Programas especiales	Uso de fármacos	calidad de vida
Fuentes de datos: Encuestas Censos Datos secundarios	Fuentes de datos: Bases de datos administrativas Evaluación de programas	Fuentes de datos: Registros hospitalarios Egresos hospitalarios Bases de datos administrativas	Fuentes de datos: Estadísticas vitales Registro de enfermedades

Tabla 2: Modelo de vigilancia basado en la “historia natural de la enfermedad”. Adaptado de *Chronic Disease Surveillance in Canada. 2003.*

5 Usos y funcionalidades de los sistemas de vigilancia

Como venimos viendo, la información generada por estos sistemas indica qué problemas hay, dónde están esos problemas, a quiénes afectan, y dónde deben dirigirse las intervenciones.

Puede decirse que hay dos grandes usos para los sistemas de vigilancia:

- Identificar nuevos problemas y asistir a su priorización y diseño de políticas
- Evaluar las acciones implementadas

En forma más detallada, los sistemas de vigilancia se usan para:

- Identificar el estado de salud de una población.
- Cuantificar la magnitud de un problema de salud o de una conducta y su evolución en el tiempo (evaluando prevalencia, incidencia y sobre todo tendencias).
- Representar la historia natural de las enfermedades, detectar y controlar epidemias, identificar factores de riesgo o favorables de una condición.
- Definir las prioridades en un sistema de salud y establecer objetivos.
- Evaluar los programas y los servicios de salud.
- Monitorear los cambios en las prácticas de la atención.
- Evaluar el impacto de políticas de salud y de programas de salud vigentes para determinar si se alcanzó el efecto deseado en el estado de salud de la población.
- Sustentar el inicio de investigaciones (definiendo áreas de interés para
- realizar investigaciones adicionales). Permiten monitorear grandes cohortes de pacientes con una condición en el tiempo, produciendo bases de datos con información longitudinal sobre la ocurrencia de una enfermedad o sobre factores de riesgo.

6 Diferencias entre sistemas de vigilancia para enfermedades transmisibles y no transmisibles

Aunque el proceso de vigilancia de la salud es aplicable tanto a la prevención y control de enfermedades agudas como a las ENT, hay cuestiones relativas a las fuentes de datos, recopilación de datos, análisis y temporalidad que impiden extrapolar el enfoque de la vigilancia de las enfermedades transmisibles de manera uniforme a la vigilancia de enfermedades crónicas.

Fundamentalmente, las dos áreas realizan la vigilancia por las mismas razones: para la prevención y control de las enfermedades y la reducción o eliminación del riesgo. Sin embargo, la vigilancia de las enfermedades crónicas utiliza mucha información y datos recogidos a través de sistemas establecidos para fines distintos de la protección o la promoción de la salud (por ej. datos administrativos).

Es útil tener en cuenta las principales diferencias y similitudes entre las condiciones agudas y las crónicas para facilitar la integración en un sistema de información general de salud pública. (Ver Tabla 3).

Item	No transmisibles	Transmisibles
Temporalidad	Causalidad latente, la exposición a los factores causales décadas antes de la aparición de la enfermedad.	Causalidad inmediata, la exposición al agente infeccioso suele ocurrir días u horas antes del inicio de la enfermedad.
Curso de la enfermedad	Por lo general prolongadas. Pueden ocurrir exacerbaciones y remisiones en respuesta al tratamiento.	Puede ser corta, la respuesta al tratamiento suele ser rápida, la curación es a menudo probable.
Causas de la enfermedad	Compleja interacción de factores de riesgo, factores determinantes y disparadores infecciosos.	Agente infeccioso identificado (aunque también pueden contribuir otros factores).
Intervenciones de salud pública	Intervenciones basadas en la población en lugar de intervenciones individuales.	Intervenciones a nivel individual y poblacional. Notificación de casos, seguimiento.
Fuentes de datos	Bases de datos primarias y secundarias. Son muy útiles las bases de datos ya existentes, aunque no hayan sido diseñadas para la vigilancia.	Bases de datos primarias con la información individual de cada caso y su seguimiento clínico para enfermedades transmisibles de declaración obligatoria.
Recolección de datos	Principalmente orientado a eventos (por ej. número de hospitalizaciones por IAM en el último año en una institución determinada).	Principalmente orientada a personas (por ej. el reporte de una unidad sanitaria sobre una mujer de 25 años con hepatitis B).

Regulación y legislación	Con excepción de la norma de reporte de cáncer, no existe una legislación para la notificación de enfermedades crónicas.	Estatutos y reglamentos específicos dirigidos a la contención y erradicación de las enfermedades transmisibles.
Comorbilidades	Coexisten varias condiciones (por ej. la enfermedad cardíaca y la diabetes) que influyen en la planificación de servicios. El tratamiento para una condición tiene un impacto (positivo o negativo) en la otra. La vigilancia de un factor de riesgo es aplicable a la prevención / control de varias enfermedades.	Se produce pero no es tan común (ej. infección por VIH y hepatitis C, y / o tuberculosis).

Tabla 3: *Enfermedades transmisibles y no transmisibles. Desafíos para la vigilancia epidemiológica. Adaptado de Chronic Disease Surveillance in Canada. 2003.*

La temporalidad es una diferencia significativa. Generalmente, las enfermedades transmisibles tiene causalidad adyacente, y esto acorta muchos aspectos del ciclo de vigilancia. En las enfermedades crónicas, la latencia es importante, el impacto de los factores de riesgo (incluyendo conductas) se acumula con el tiempo, a menudo comenzando décadas antes de que la enfermedad clínica se haga evidente.

Las enfermedades crónicas tienen un curso prolongado, tanto en sus fases sintomáticas como asintomáticas. Las respuestas y los resultados relacionados con las intervenciones preventivas y los tratamientos también están sujetos a periodos prolongados en el tiempo, y esto a su vez alarga el ciclo de vigilancia.

Por otra parte, el origen de las enfermedades crónicas es multifactorial: se conocen factores de riesgo conductuales, laborales y ambientales; predisposición genética, factores determinantes socioeconómicos y factores desencadenantes infecciosos. Por eso, dentro de las estrategias de vigilancia en ENT, vigilar los FR permite obtener información años antes de la ocurrencia de la enfermedad, y posibilita contar con insumos relevantes para el diseño de acciones de promoción y prevención oportunas. Por eso es prioritaria la vigilancia de FR sobre la vigilancia de otros aspectos.

7 Beneficios y barreras de la vigilancia de ENT

La vigilancia de las ENT y sus FR aporta beneficios al sistema de salud y a la comunidad, justificándose la inversión en esta área.

Los beneficios más importantes que permite la vigilancia de ENT y sus FR son (ver además la sección de usos y funcionalidades de los sistemas de vigilancia):

- Conocer la distribución y tendencias de los determinantes de las ENT y sus FR.
- Identificar poblaciones vulnerables para orientar acciones.
- Sugerir políticas de salud y evaluar la efectividad de las acciones ya implementadas.
- Priorizar la asignación de recursos.
- Orientar sobre las necesidades de investigaciones sobre áreas de interés.
- Aportar información para planificación y control de calidad.

Una de las limitantes para la vigilancia de ENT es que las fuentes de datos actuales no están integradas en un verdadero Sistema de Vigilancia que permita a los decisores contar con un “tablero de comandos” para la toma de decisiones basadas en la mejor evidencia disponible. Esta falta de integración y estandarización es originada por diversas causas:

- Barreras en la comunicación, intercambio y utilización de información por parte de los diferentes actores dentro y fuera de los Ministerios de Salud.
- Las diferencias en las metodologías impiden armonizar, unificar y relacionar la información en forma homogénea.
- La generación de información sin tener en cuenta para su diseño e implementación las acciones de control, podría resultar poco útil para la formulación, evaluación y monitoreo de políticas.
- El uso ineficiente de los recursos, al no utilizar una estructura funcional común, generan duplicación de esfuerzos.
- La falta de articulación entre productores de información entre sí, y con decisores reduce la eficiencia del sistema.
- Insuficiente colaboración entre distintos niveles del sistema (nación, provincia, municipios).
- Falta de adaptación del tipo de comunicación a cada nivel dentro de la toma de decisiones.
- Necesidad de integración y coordinación de diferentes estrategias de vigilancia ya existente.

8 La vigilancia epidemiológica de ENT en Argentina

Los sistemas de vigilancia disponibles en la Argentina, Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS) son tanto para enfermedades transmisibles como para enfermedades no transmisibles, dentro de estos se encuentran los sistemas de vigilancias de Enfermedades Crónicas.

En el marco de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de ENT del Ministerio de Salud de la Nación, se establece el Sistema de Vigilancia de ENT. El propósito de este sistema es organizar y consolidar la vigilancia en el marco de una estrategia de Control de ENT en el ámbito del Ministerio de Salud Nacional y a niveles regionales y locales. Sus objetivos son: monitorear las principales ENT y sus FR; y garantizar la utilización de la vigilancia en el proceso de toma de decisiones y evaluación para la prevención y control de ENT a nivel nacional y provincial.

En la Dirección de Promoción de la Salud y Control de ENT se coordina la vigilancia epidemiológica de las ENT con las áreas encargadas de la planificación de políticas, del desarrollo de acciones dirigidas a promover estilos de vida y entornos saludables con un enfoque poblacional, y de aquellas dirigidas a los servicios de salud con el fin de reorientar los mismos hacia la mejora de la calidad de la atención de estas enfermedades y sus factores de riesgo. De esta forma se intenta lograr un consenso y una visión común, que conlleva a una asistencia mutua en la planificación, evaluación y monitoreo de actividades.

La intención del sistema de vigilancia de ENT es difundir reportes y proveer insumos relevantes para la toma de decisiones en forma sistemática y periódica, comprensible y accesible para los usuarios.

Otro de los campos de interés radica en contribuir al fortalecimiento los sistemas provinciales y locales para el monitoreo y evaluación de las acciones allí implementadas en la prevención y control de las ENT y sus FR.

En relación a las estrategias de vigilancia en nuestro de país, a pesar de que la vigilancia de la mortalidad está bastante desarrollada, la información sobre morbilidad aún se encuentra muy dispersa. En los últimos años se ha mejorado el sistema de reporte de egresos hospitalarios, pero la codificación diagnóstica en atención ambulatoria, y las bases de datos secundarias disponibles se encuentran fragmentadas y no son de fácil acceso.

Hasta la realización de la 1° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) en el año 2005, no contábamos con información válida y confiable que nos permita tomar decisiones en el ámbito de la salud pública para el control integral de los principales FR a nivel poblacional. Afortunadamente, a partir de la realización de la misma, contamos con la primera línea de base de los principales factores de riesgo para las ENT, con representatividad provincial. Con la implementación de una segunda encuesta en el año 2009 y una tercera edición en 2013, se consiguió establecer una tendencia temporal de la evolución de los FR. De esta forma se evidenció por ejemplo un aumento en la obesidad en la población de 18 años o más, lo que nos obliga a seguir desarrollando intervenciones concretas para dar respuesta a estos incrementos; al mismo tiempo que nos sirve como instrumento para la evaluación de las políticas implementadas al expresar por ejemplo el descenso en la exposición al humo de tabaco ajeno. Considerando la dinámica de las intervenciones en nuestro país, se programa la realización de la ENFR cada 4 (cuatro) años, y se proyecta también complementar esta información con datos provenientes de encuestas telefónicas de FR, con una frecuencia anual.

En cuanto a la población de adolescentes, el Ministerio de Salud de la Nación realizó una primera medición de FR en adolescentes escolarizados a través de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (GSHS) en el ámbito nacional en el año 2007, mientras que en 2012 se realizó una segunda edición con representatividad provincial.

Otras encuestas se integran al sistema de vigilancia de ENT y sus FR. En particular podemos mencionar la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS); la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes (GYTS) aplicada en Ciudad de Buenos Aires (2000, 2003 y 2007 y 2012) y Provincia de Buenos Aires (2003 y 2007 y 2012) y a nivel nacional (2007 y 2012) implementada por el Ministerio de Salud de la Nación. Además la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas que ahora lleva



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

a cabo el Ministerio de Salud en conjunto con el INDEC tuvo varias aplicaciones en nuestro país, y se ha tratado de homogeneizar con la ENFR en lo concerniente a tabaquismo y alcohol.

Todos estos documentos se encuentran disponibles en la bibliografía complementaria del módulo.

Bibliografía

OMS. Informe sobre la situación mundial de las Enfermedades No Transmisibles 2014. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>

Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Epidemiológico N° 1. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/vigilancia/publicaciones/boletines-del-ent>

Health Surveillance Coordination Division, Centre for Surveillance Coordination Population and Public Health Branch, Health Canada. 2003. Disponible en: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H39-666-2003E.pdf>

Networking for the surveillance of risk factors for NCD in Latin America and the Caribbean, PAHO, 1999. Disponible en: <http://www.archive.healthycaribbean.org/publications/documents/surveillance-strategy-PAHO.pdf>

WHO. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. 2008. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/>

Ministerio de Salud de la Nación. Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. In. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2013. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf

Lisa Lee, Steven M. Principles and Practice of Public Health Surveillance. Oxford University, 2010. Preview disponible en: <https://global.oup.com/academic/product/principles-and-practice-of-public-health-surveillance-9780195372922?cc=ar&lang=en&>