



PMC

Posgrado en
Salud Social
y Comunitaria

Programa Médicos Comunitarios

EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Subsecretaría de Prevención y Control de Riesgos



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación



6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD

Posgrado en Salud Social y Comunitaria



Programa Médicos Comunitarios

EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación



MÓDULO

6

SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD



PMC

Posgrado en
Salud Social
y Comunitaria



PMC

Posgrado en
Salud Social
y Comunitaria

Universidades que colaboran con el Posgrado

Universidad Católica de Córdoba, Universidad de Buenos Aires,
Universidad de Morón, Universidad del Aconcagua,
Universidad del Salvador, Universidad Maimónides,
Universidad Nacional de Córdoba, Universidad Nacional de Cuyo,
Universidad Nacional de Entre Ríos, Universidad Nacional de La Plata
Universidad Nacional de La Rioja, Universidad Nacional de Luján,
Universidad Nacional de Rosario, Universidad Nacional de San Juan,
Universidad Nacional de Tucumán, Universidad Nacional del Comahue,
Universidad Nacional del Nordeste, Universidad Nacional del Sur



**SISTEMAS
DE INFORMACIÓN
DE SALUD**



■ Autoridades Nacionales

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Presidenta Honoraria del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales

Dra. Alicia Margarita Kirchner

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Juan Luis Manzur

Secretario de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias

Dr. Eduardo Mario Bustos Villar

Coordinador del Programa Médicos Comunitarios

Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención

Dr. Gustavo Orsi

■ Universidades que colaboran con el Posgrado

Universidad Católica de Córdoba

Universidad de Buenos Aires

Universidad de Morón

Universidad del Aconcagua

Universidad del Salvador

Universidad Maimónides

Universidad Nacional de Córdoba

Universidad Nacional de Cuyo

Universidad Nacional de Entre Ríos

Universidad Nacional de La Plata

Universidad Nacional de La Rioja

Universidad Nacional de Luján

Universidad Nacional de Rosario

Universidad Nacional de San Juan

Universidad Nacional de Tucumán

Universidad Nacional del Comahue

Universidad Nacional del Nordeste

Universidad Nacional del Sur

■ Prólogo	7
■ Consideraciones generales	9
■ Presentación del módulo	11
■ Unidad 1: Sistema de Información de Salud..... de la República Argentina	15
■ Unidad 2: Datos en un sistema de Salud.....	37
■ Unidad 3: Fuentes de Datos locales, jurisdiccionales..... y nacionales	65
■ Unidad 4: Análisis de la Información.....	95
■ Autoevaluación.....	111
■ Anexos.....	121
■ Bibliografía general del módulo.....	143

Prólogo

La complejidad actual de los sistemas de salud, de los procesos de decisión y las modalidades de administración exigen el uso de gran número de variables cuantitativas y cualitativas.

Se requiere como información relevante la referente a los problemas de salud, las patologías predominantes, los factores condicionantes y determinantes de la salud y de la enfermedad; los recursos, la organización y el funcionamiento del sector, el crecimiento de los costos de atención de la salud, la descentralización administrativa y las políticas de salud vigentes. También el conocimiento de las tendencias al crecimiento de la población, al envejecimiento y a la urbanización.

Es habitual encontrar información cuantitativa sobre estos temas. Se necesita también información cualitativa que, sin embargo, habitualmente no se encuentra incorporada a los sistemas de información y que en cada caso debe buscarla quien deba tomar decisiones, en todos los niveles del sistema de salud.

El proceso de gestión en salud, desde la formulación de políticas hasta la evaluación de las acciones de salud sencillas o complejas, requiere información que identifique cada vez con mayor precisión a grupos de población expuestos a riesgos de salud diferentes, sus determinantes demográficos, sociales, económicos y culturales, así como la accesibilidad de estos grupos a los servicios de salud.

También resulta imprescindible caracterizar los problemas de salud, identificar las patologías principales, las emergentes y las reemergentes, así como las nuevas modalidades de prevención de la salud que permiten enfrentarlas con mayor impacto.

La información de salud necesaria es, por lo tanto, amplia e implica la generación de información estadística y no estadística, proveniente de fuentes de datos administradas dentro y fuera del sector de salud. De ahí la importancia de los sistemas de información de salud y la participación activa de todos los integrantes del equipo de salud para lograr la información que oriente correctamente la toma de decisiones.

Cualquiera sea el lugar en que preste servicios quien trabaja en salud, sea en un organismo de conducción, en institutos de investigación y en establecimientos salud -de distintos niveles de resolución-, requiere de información oportuna y de buena integridad y calidad.

A partir de esta información, las decisiones que tome lograrán el impacto deseado, en función de los resultados que se haya propuesto obtener, utilizando los recursos disponibles de manera eficiente y eficaz, logrando mejorar la salud de nuestras comunidades.

Lic. Elida H. Marconi
Directora

Dirección de Estadísticas e Información en Salud
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación



Consideraciones Generales

Presentación del módulo

Este material es parte integrante del Módulo Sistemas de Información de Salud, el sexto de los diez módulos que integran el Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Se trata de un material impreso de autoaprendizaje concebido para acompañar el desarrollo del proceso de aprendizaje de cada participante de manera progresiva e integrada, vinculando la reflexión y la acción, el estudio y las prácticas en el contexto del Centro de Salud y la comunidad.

A lo largo de los dos meses que llevará el desarrollo de este módulo, usted contará con el apoyo del Equipo Tutorial. También podrá intercambiar con los integrantes del Centro de Salud y con otros compañeros y colegas que estén realizando este posgrado.

Este módulo aborda la construcción y el uso de los Sistemas de Información como herramienta para el análisis, el planeamiento y la toma de decisiones en el primer nivel de atención. Para ello, propone explorar posibles respuestas a los siguientes núcleos problemáticos:

- **¿Cómo generar registros de datos de calidad e integridad adecuadas en el Centro de Salud?**
- **¿Cómo utilizar la información disponible en todos los niveles del Sistema de Salud para analizar los problemas de salud de la población y diseñar acciones pertinentes para mejorar la calidad en el primer nivel de atención?**
- **¿Cómo incorporar al sistema de Información de Salud datos cualitativos y datos sobre actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades?**

Para contribuir a la lectura, el estudio y el aprendizaje, hemos organizado este material en cuatro unidades didácticas, mediante las cuales se desarrollarán los contenidos de manera progresiva, a saber:

Unidad 1: Sistema de Información de Salud de la República Argentina

Unidad 2: Datos en un sistema de Salud

Unidad 3: Fuentes de datos locales, jurisdiccionales y nacionales

Unidad 4: Análisis de la Información

Al igual que en los módulos anteriores, usted encontrará en este material:

- Textos seleccionados.
- Actividades orientadas a promover la integración de los conocimientos aprendidos mediante la lectura y el análisis de sus propias prácticas y las de la comunidad en la que trabaja. Estas actividades serán de distinto tipo:
 - Actividades de apertura en cada unidad, denominadas "actividades iniciales".
 - Actividades de campo y de exploración en la comunidad y en su Centro de Salud.
 - Actividades de análisis, reflexión y relación en torno a los contenidos trabajados.
 - Actividades de integración al cierre de cada unidad didáctica.
- Un cuestionario de autoevaluación que le ofrece un espacio para el seguimiento de su propio proceso de aprendizaje.
- Un anexo en el que se adjunta información complementaria.
- Una lista de bibliografía utilizada sobre los distintos temas tratados.

A su vez, el desarrollo de los contenidos estará acompañado por recursos didácticos. A continuación le presentamos la tabla de iconos que le permitirán identificar rápidamente los distintos recursos.



Actividades



Recomendaciones



Definiciones



Más información complementaria en el anexo de este material



Importante



Más información en la web de Médicos Comunitarios

Objetivos generales del Módulo Sistema de Información de Salud

Al completar el cursado completo de este módulo, usted estará en condiciones de:

- Conocer las características del Sistema de Información de Salud de la República Argentina.
- Valorar el uso del Sistema de Información de Salud para contextualizar los problemas de salud que ha identificado en su área programática.
- Identificar el tipo de instrumento de recolección de datos que se debe usar, según el propósito de la recolección y las características del medio donde debe realizarse la recolección.
- Comprender el proceso que lleva desde el dato hacia la producción de conocimiento.
- Conocer y utilizar las principales Fuentes de Datos del Sistema de Información de Salud.
- Construir indicadores que sean de utilidad para realizar Análisis de Situación de Salud dentro de su CS.
- Valorar el análisis de las diferentes fuentes de información (estadísticas sociodemográficas y vitales) y la utilidad de los diferentes registros (cuantitativos y cualitativos) en la construcción de conocimiento sobre el CS.
- Reflexionar sobre los posibles usos de la información y el conocimiento generado en el CS para la toma de decisiones a nivel local.



Recuerde que este es su material de trabajo. Por lo tanto, puede subrayarlo, anotar dudas, nuevas explicaciones, comentarios, completar la información que aquí se encuentra, etc.



Unidad 1

Sistemas de
información de Salud
de la República Argentina

Introducción

En términos generales, un **sistema de información** es un conjunto integrado de recursos humanos y materiales mediante el cual se recolectan, almacenan, recuperan, procesan y comunican datos e información con el objetivo de lograr una utilización eficiente de recursos.

Un sistema de información tiene como principal objetivo apoyar el proceso de gestión.

La finalidad de un sistema de información en salud debe ser reducir al mínimo la incertidumbre para la toma de decisiones y colaborar con los organismos relacionados con la salud para alcanzar sus metas. En consecuencia, la información producida debe ser relevante en términos de estos fines¹.

Entonces:

El Sistema de Información de Salud es la infraestructura esencial -recursos humanos y materiales y su interrelación, para la integración de datos de salud, cuyo objetivo es proveer información relacionada con la salud de la población de forma oportuna y confiable, permitiendo a los diferentes actores del sistema de salud responder de forma apropiada.

La complejidad actual de los sistemas de salud, de los procesos de decisión y las modalidades de administración, exige el manejo de gran número de datos cuantitativos y cualitativos, que se interrelacionan de diferente manera en el tiempo. La temática de la información es amplia y diversa: población, problemas de salud, oferta de servicios, instituciones, financiamiento, inversiones, cooperación externa y articulación intra e intersectorial².

Un buen diseño del sistema de información en salud garantiza un adecuado planeamiento de la salud pública y la toma de decisiones a nivel local, regional y nacional de acuerdo con las necesidades, recursos, costos, usos y resultados del cuidado de la salud. Para ello se necesitan en forma longitudinal datos cuantitativos y cualitativos de los siguientes escenarios:

- de los problemas de salud, factores condicionantes, recursos, organización y funcionamiento del sector y políticas de desarrollo;
- de las tendencias de crecimiento de la población, envejecimiento y urbanización;
- de la descentralización política y administrativa;
- del crecimiento de los costos de atención de la salud y de los cambios de organización.

1.2. Sistema de Información de Salud.
Dirección de Estadísticas e Información de Salud.
Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
Serie 1 N° 13 ISSN 0325-008. Edición Actualizada, Septiembre 2004.

Los servicios de salud requieren sistemas de recolección de datos en forma rutinaria y continua en el tiempo. La función del **Sistema de Información de Salud** es **recolectar, resumir, integrar y difundir la información relacionada con la salud en forma periódica y disponible para la toma de decisiones**. En ese sentido, se pueden distinguir diferentes momentos o tareas que, ordenadas, conducen a la toma de decisiones:

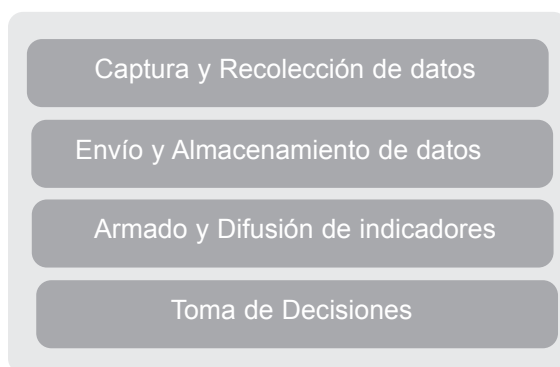


Figura 1: Esquema básico de un sistema de información.

Los sistemas de información comienzan por la recolección de los datos, existiendo en la mayoría de los países la **recolección rutinaria** de las características sociodemográficas y del estado vital de las personas. Son **características sociodemográficas**: sexo, edad, ingresos económicos, estado civil, ocupación y nivel educacional, entre otras. Son **hechos vitales**: nacimientos, defunciones y defunciones fetales.

El uso de los datos rutinarios tiene la ventaja de cubrir grandes poblaciones, estando disponibles para el análisis y presentación a bajo costo, ya que la etapa de recolección suele estar sistematizada. Sin embargo, el tipo y la calidad de los datos recolectados varía ampliamente en cada país de acuerdo a los recursos, la infraestructura y distintos factores políticos y administrativos.

En esta primera Unidad trabajaremos sobre los siguientes núcleos problemáticos:

- ¿Cuáles son los principales componentes del Sistema de Información de Salud de la República Argentina?
- ¿Cómo se compone el Sistema de Información de Salud de su jurisdicción?
- ¿Qué establece la legislación vigente a nivel nacional y jurisdiccional respecto a la construcción y uso del Sistema de Información de Salud?

Objetivos específicos

Al finalizar esta unidad Ud. estará en condiciones de:

- Conocer las características del Sistema de Información de Salud de la República Argentina.
- Identificar los principales componentes que integran el Sistema de Información de Salud de la República Argentina.
- Reconocer las particularidades del Sistema de Información de Salud de su jurisdicción.
- Valorar el uso del Sistema de Información de Salud para contextualizar los problemas de salud que ha identificado en su área programática.

1. Sistema de Información de Salud de la Republica Argentina

Para caracterizar al Sistema de Información de Salud de la República Argentina lo invitamos a leer una selección de la publicación "Sistema de Información de Salud. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Serie 1 N° 13 ISSN 0325-008. Edición Actualizada, Septiembre 2004":

El sistema de información de salud, como cualquier otro sistema presupone **componentes, relaciones** entre los mismos y **objetivos** o finalidades preestablecidas con anterioridad a la formulación del propio sistema. Tiene a su vez como requisitos la disponibilidad de **recursos y tecnología**.

El principal objetivo de este sistema es suministrar oportunamente la información adecuada para el proceso de gestión de los diferentes niveles de organización político-administrativa del sistema de salud.

Asimismo podrá responder a otros requerimientos complementarios, tales como la investigación, la docencia y la actualización científica y tecnológica.

Para que un sistema de información pueda proporcionar la información

adecuada en cuanto a tipo de datos, grado de desagregación, calidad y oportunidad, para cada una de las fases del proceso de gestión en salud, la relación entre los principales usuarios y los productores de datos debe ser estrecha.

Los sistemas de estadísticas de salud cubren sólo una parte de los datos de naturaleza cuantitativa; por lo general los referentes a los hechos vitales, a la producción de servicios y a la morbilidad atendida en los servicios de salud oficiales, y en los servicios de las obras sociales los datos sobre facturación de prestaciones.

Los Sistemas Estadísticos forman parte de los Sistemas de Información. Para construir sistemas de información es necesario actualizar los sistemas estadísticos, adecuando su contenido y cobertura temática, incorporando la tecnología apropiada y capacitando los recursos humanos.

La información necesaria para el proceso de gestión en salud, como se señaló, es de naturaleza cuantitativa (estadística y no estadística) y de naturaleza cualitativa. Toda ella integra lo que se denomina Sistema de Información de Salud -SIS-.

Sistema de Información de Salud -SIS- Ejes Temáticos

Determinantes de salud de la población
Nivel y problemas de salud
Recursos, organización y funcionamiento del sector salud
Legislación
Políticas, Programas y Proyectos
Ciencia, tecnología y documentación bibliográfica

Naturaleza de la Información:

Información	
Estadística	Demográfica Socio - Económica Nivel y Problemas de Salud Disponibilidad y Utilización de los recursos
No Estadística	Legislación Políticas - Programas - Proyectos Organización y funcionamiento del sector Ciencia - tecnología - documentación bibliográfica

Dentro de los componentes más importantes de un Sistema de Información de Salud, y considerando lo existente en la Argentina, se encuentran el Sistema Estadístico de Salud -integrante del Sistema Estadístico Nacional-, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre Sida.

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre Sida no surgieron como sistemas con un fin estadístico sino epidemiológico, pero, dado que no se dispone de otra fuente de datos de morbilidad a nivel de población, constituyen fuentes indispensables de información sobre morbilidad para un conjunto de patologías (las explicitadas en la Ley N° 15.465/60, Decreto Reglamentario N° 12.833/60 y Decreto Modificatorio N° 2.771/79 y la Ley de Sida N° 23.798/90 y Decreto Reglamentario N° 1.244/90).

El Sistema Estadístico de Salud existente en el país, conocido como Programa Nacional de Estadísticas de Salud -PNES-, es de cobertura territorial nacional y está sustentado en instrumentos legales específicos. El Sistema de Información de Salud, en cambio, hace referencia a distinto tipo de información disponible en el país -cuantitativa y cualitativa, sectorial y extrasectorial- sin que exista explícitamente, a través de un instrumento jurídico y administrativo, la interrelación normatizada entre sus componentes. No está expresamente formulado y coordinado como el Sistema Estadístico de Salud (...).

Puede consultar el material completo "Sistemas de Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Serie 1 N° 13 ISSN 0325-008. Edición Actualizada, Septiembre 2004" en: www.deis.gov.ar/publicaciones/Archivos/sis2005.pdf, o bien ingresar al sitio a través de www.medicoscomunitarios.gov.ar



En síntesis:

El Sistema de Información de Salud tiene por fin constituirse en una herramienta útil para la gestión del Sistema de Salud en todos los niveles (local, jurisdiccional, nacional), para ello debe proporcionar información relevante y oportuna para sus usuarios.

Un Sistema de Información de Salud contiene información cuantitativa (estadística y no estadística) y cualitativa, sectorial (proveniente del sector

Salud) y extrasectorial (producida fuera del sector Salud).

En nuestro país, el Sistema de Información de Salud tiene como principales componentes:

- el Sistema Estadístico de Salud (SES), que reúne información cuantitativa y estadística,
- los Sistemas Nacionales de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) y de Vigilancia Epidemiológica sobre Sida, que reúnen información cuantitativa epidemiológica.

Pero además, integra y elabora información de diversa naturaleza sobre problemas de salud de la población y sobre los sistemas de servicios que los atienden.

Actividad Inicial



Para realizar esta actividad consulte los Ejes Temáticos y la Naturaleza de la Información que integran el sistema de Información de Salud . (pag. 20)

En el desarrollo de las actividades propuestas en los diferentes Módulos Ud. ha relevado información con diversos fines. En esta primera actividad le proponemos que ubique la información ya producida acerca de su Centro de Salud y su área programática dentro del Sistema de Información de Salud.

Para comenzar con esa tarea le sugerimos que liste al menos cinco relevamientos realizados, identifique el objetivo que tuvieron y clasifique la información utilizando los Ejes Temáticos antes mencionados.

A continuación, le presentamos un cuadro con algunos ejemplos para orientar su tarea:

Información relevada	Objetivo	Contenido Temático
Sistemas de distribución de agua potable en el área programática.	Vincular los problemas prevalentes de salud identificados con las condiciones ambientales y con la falta de medidas de control y saneamiento.	Determinantes de Salud de la población

Conserve la información producida en esta actividad. Al finalizar la Unidad lleve este material a la reunión con el tutor para compartir, discutir y reflexionar con el resto de los compañeros del Posgrado sobre el tipo de información que han producido, los modos en que la han utilizado y su valor para tomar decisiones.

A continuación, se explica la relación entre el **Sistema de Información de Salud (SIS)**, el **Sistema Estadístico de Salud (SES)** y el **Sistema Estadístico Nacional (SEN)**.

1.1 Sistema de Información de Salud (SIS), Sistema Estadístico de Salud (SES) y Sistema Estadístico Nacional (SEN)

Para comprender qué es el **Sistema Estadístico de Salud** y cuál es su relación con el **Sistema Estadístico Nacional** volveremos a recurrir a una selección del texto:

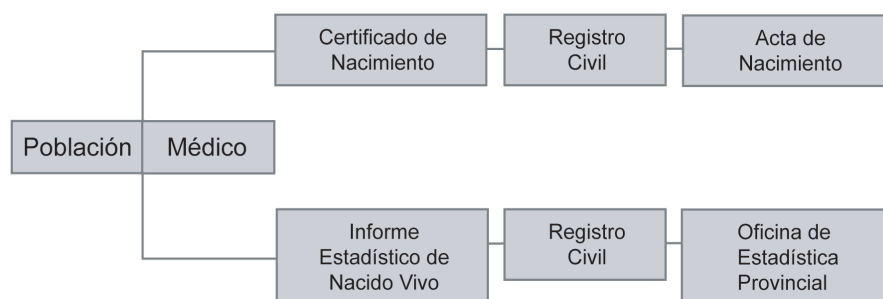
"Sistema de Información de Salud. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Serie 1 N° 13 ISSN 0325-008. Edición Actualizada, Septiembre 2004":

La Ley N° 17.622/68 -Decreto Reglamentario N° 3.110/70- constituye el instrumento jurídico para el funcionamiento del Sistema Estadístico Nacional - SEN-. Dicha Ley establece que el organismo coordinador del SEN es el Instituto Nacional de Estadística y Censos -INDEC- y que son integrantes del SEN todos los organismos oficiales productores de estadísticas.

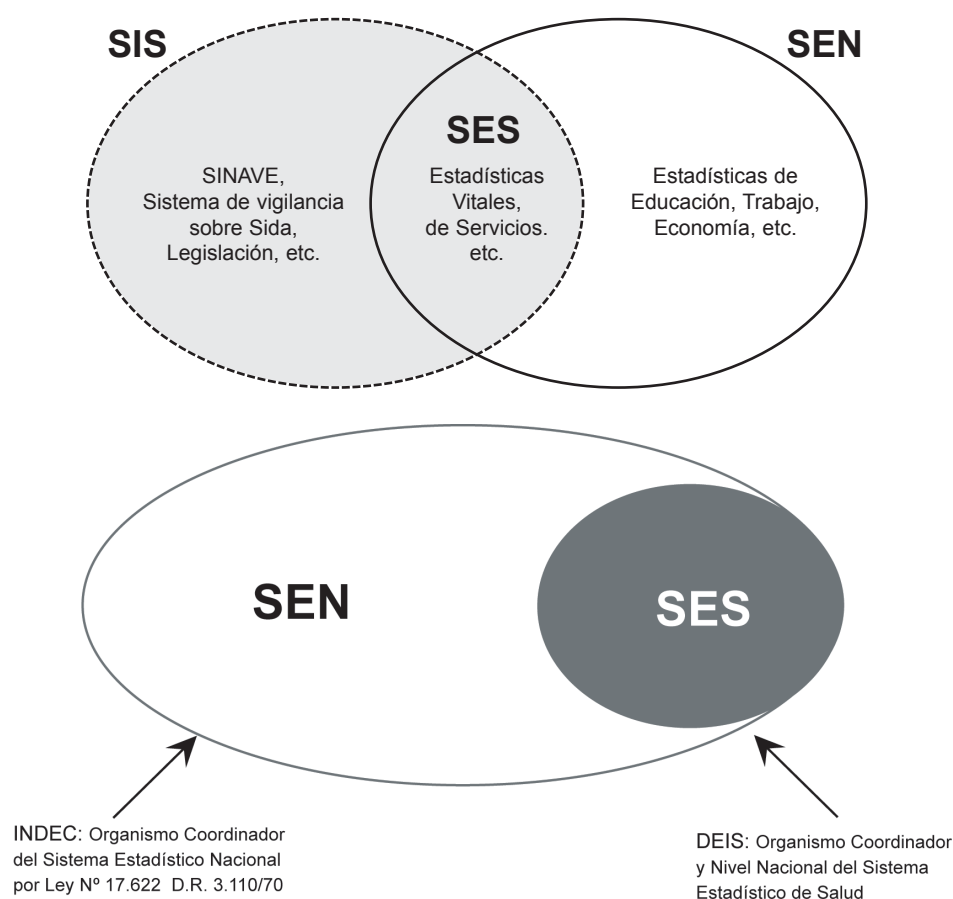
Esta Ley y su Decreto Reglamentario consagran el "secreto estadístico" que garantiza la confidencialidad de la información, impidiendo la identificación del informante.

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

Componentes Sectoriales del Sistema Estadístico Nacional - SEN



Así nació, a fines de la década del '60, el Sistema Estadístico de Salud -SES- conocido como Programa Nacional de Estadísticas de Salud, como parte del Sistema Estadístico Nacional, coordinado en el nivel nacional por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud -DEIS- del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.



Es decir, que el **Sistema de Información de Salud (SIS)** tiene como uno de sus principales componentes al **Sistema Estadístico de Salud (SES)** que, a su vez, es sólo una parte del **Sistema Estadístico Nacional (SEN)**.

Mientras el **Sistema Estadístico Nacional (SEN)** se encuentra bajo la coordinación del INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) el **Sistema Estadístico de Salud - SES** (también conocido como **Programa Nacional de Salud - PNES**) se encuentra bajo la coordinación de la **Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)**, dependiente del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Finalmente, el Sistema de Información de Salud (SIS) incluye al Sistema Estadístico de Salud (SES), pero no se limita a él.

2. Principales componentes Nacionales del Sistema de Información de Salud

Como ya se mencionó, el Sistema de Información de Salud de la República Argentina está compuesto principalmente por tres sistemas:

- el Sistema Estadístico de Salud (SES),
- el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre Sida.

2.1. Sistema Estadístico de Salud (SES)

El Sistema Estadístico de Salud (SES) tiene la función de suministrar información para la toma de decisiones relacionadas con el rol del sector salud.

Los **contenidos temáticos** que aborda se expresan en la producción de **estadísticas sobre hechos vitales, condiciones de vida y problemas de salud de la población y sobre disponibilidad y utilización de los recursos.**

Con el fin de proveer información estadística para el proceso de gestión en sus diferentes niveles, los principales objetivos del sistema son:

- Producir, difundir y analizar estadísticas relacionadas con condiciones de vida y problemas de salud, esto es: datos sobre Hechos Vitales, Morbilidad, Rendimientos de Servicios de Salud y disponibilidad y utilización de los Recursos de Salud.
- Aplicar en todo el territorio nacional normas y procedimientos uniformes para la captación de la información, la elaboración y el procesamiento de los datos.
- Difundir y publicar la información de uso habitual y especial del sector salud en todos los niveles nacionales e internacionales correspondientes.
- Llevar a cabo programas de capacitación permanente de recursos humanos en todos los niveles, tanto en la etapa de captación de la información como del procesamiento.

El **Sistema Estadístico de Salud (SES)** se encuentra estructurado según componentes interrelacionados en **nivel local, nivel jurisdiccional y nivel nacional**. Estos niveles se complementan y acuerdan líneas de acción para la obtención de



En la Unidad 3 de este mismo módulo se desarrolla en profundidad este componente del Sistema de Información de Salud.

información, consensuadas en reuniones nacionales y tienen autonomía para la producción y difusión de información de interés para cada nivel.

En los diferentes niveles, las instituciones responsables del Sistema Estadístico de Salud (SES) son:

- en el **nivel local** los establecimientos de salud y los registros civiles;
- en el **nivel jurisdiccional** las Oficinas de Estadísticas de Salud de los Ministerios/Secretarías de Salud de las provincias que pueden tener distintas jerarquías, pero cumplen las mismas funciones: ser los componentes jurisdiccionales del SES;
- en el **nivel nacional** la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (DEIS) coordina el PNES (Programa Nacional de Estadística de Salud) y es la representante del SEN (Sistema Estadístico Nacional) dentro del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Esta dirección interviene en la implementación y desarrollo de los programas nacionales y locales de estadísticas de salud y difunde el resultado de los mismos. Tiene además, la responsabilidad de coordinar y normatizar la recolección de información estadística específica de los programas de salud y participa en la iniciativa de la OPS/OMS sobre indicadores básicos de salud que posibilita la inclusión de Argentina en una base de datos común a la Región de las Américas.

Por ser la República Argentina un país de organización político-administrativa federal, la relación entre los tres niveles del SES se formaliza a través de convenios entre el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y sus pares jurisdiccionales.

Las nuevas modalidades de atención de la salud exigen que la información se procese en el nivel local.

La mayor parte de las jurisdicciones han descentralizado el procesamiento de los datos a nivel de zona sanitaria o de establecimiento de salud con internación.

2.1.1 Subsistemas del Sistema Estadístico de Salud (SES)

El **Sistema Estadístico de Salud (SES)** abarca diferentes subsistemas:

- el subsistema de Estadísticas Vitales
- el subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud
- el subsistema de Estadísticas de Cobertura, Demanda, Utilización de Servicios y Gasto Directo en Salud

Los subsistemas a su vez, utilizan diversas metodologías para la recolección de datos:

- registros permanentes,
- censos o catastros,
- encuestas a población y a servicios.

El **Subsistema de Estadísticas Vitales** y el **Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud** se apoyan en la metodología de **registros permanentes** y suponen el cumplimiento de las siguientes etapas:

- A **nivel local**, en los registros civiles y sus delegaciones se inscriben y se registran los hechos vitales (nacimientos y muertes). En los establecimientos de salud se registran las actividades referidas al funcionamiento de los servicios de salud (motivos de consulta, egresos, etc.); además, a ellos compete la recolección y la remisión de los datos.
- A **nivel jurisdiccional**, las unidades de Estadísticas de Salud realizan la recepción, el control, la codificación, el ingreso y la elaboración de los datos, suministrando anualmente los archivos al nivel nacional.
- El **nivel nacional** es el encargado de elaborar las estadísticas sobre las temáticas mencionadas, según un plan de tabulados recomendado por todas las jurisdicciones en reuniones nacionales. Asimismo, publica y difunde información de interés nacional e internacional.

El **Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud**, en lo referente a las estadísticas de recursos y caracterización de los servicios de salud, utiliza la metodología de **registro permanente** y además, se apoya también en la metodología censal para el relevamiento en profundidad de algunas variables del universo de establecimientos públicos, privados y de obras sociales. Esta decisión, emanada de los acuerdos de la XVIII Reunión Nacional de Estadísticas de Salud (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 4 y 5 de mayo de 2004), no establece una periodicidad definida en el uso de la metodología censal sino de acuerdo a las necesidades de información que surjan de la dinámica sectorial.

El **Subsistema de Estadísticas de Cobertura, Demanda, Utilización de Servicios y Gasto Directo en Salud** se sustenta en la metodología de **encuestas a población**. Como el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación no dispone de infraestructura propia de recolección de datos por encuestas a población en hogares, el funcionamiento de este subsistema se hace utilizando la infraestructura disponible en otras instituciones del Estado (INDEC, Sistema Integrado de Encuestas de Hogares, Universidad Nacional de Buenos Aires).



Puede consultar las publicaciones de la Dirección de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación en www.deis.gov.ar/Publicaciones/arbol_tematico.asp, o bien ingresar al sitio a través de www.medicoscomunitarios.gov.ar



La siguiente actividad está dirigida a indagar cómo la información producida en su CS llega a formar parte del Sistema de Información de Salud y cómo regresa.

Para relevar la información en el CS, le sugerimos que revisen entre todos los compañeros del Posgrado los registros que se generan con el objetivo de ser enviados a alguna instancia superior (municipio, región o zona sanitaria o provincia). Si por algún motivo no pueden completar esta información les proponemos consulten con el Director del CS.

Averigüe en su Centro:

- el tipo de información (y el formato de registro) que se solicita a los diferentes profesionales y al resto de los trabajadores del CS para ser remitida a los niveles municipales, de región o zona sanitaria o provinciales;
- los motivos por los que se solicita esa información (porque lo solicita el municipio y/o región o zona sanitaria, porque lo obliga una ley provincial y/o nacional, etc.);
- si la información que se envía es procesada o elaborada de algún modo en el CS;
- a qué instancia/s (municipio, región sanitaria, oficina provincial, nación, etc.) es remitida la información producida en el CS;
- el medio o soporte en que se envía la información (planillas, mail, teléfono, etc.);
- si se recibe información elaborada o procesada desde las instancias hacia las que se remite información y con qué frecuencia.

Los ítems listados sólo conforman algunos temas sugeridos, Uds. pueden incluir más temas que les permitan realizar un relevamiento más exhaustivo.



Es importante ir consignando toda esta información por escrito para su análisis posterior.

2.2 Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)

Se entiende por Vigilancia Epidemiológica a la recolección sistemática, análisis e interpretación de los datos de salud esenciales para la planificación, ejecución y evaluación de la Salud Pública.

Las funciones de la Vigilancia Epidemiológica son:

- **la detección oportuna de riesgo público en salud como sustento de intervenciones de prevención y control para limitar su impacto, y**
- **el monitoreo y la evaluación del impacto de las intervenciones de prevención y control.**

La **detección oportuna de riesgo público en salud** se realiza identificando:

- **cambios en la incidencia:** la magnitud y severidad esperada de un problema de salud en una población en el tiempo (endemia) puede ser superada en una unidad de tiempo produciéndose una epidemia (brote en población pequeña o cerrada);
- **conformación de conglomerados (clusters):** la formación de conglomerados de casos o riesgo en espacio y/o tiempo, aún cuando lo observado no exceda lo esperado;
- **cambios en la tendencia:** cambios en la magnitud (ascenso o descenso) y distribución de los problemas de salud identificados a lo largo del tiempo (generalmente 5 o más años);
- **cambios en las características del problema:** lo observado no son cambios en la magnitud de un problema sino en sus características habituales por cambios que ocurren en los determinantes o en la población expuesta.

El monitoreo y la evaluación del impacto de las intervenciones de prevención y control se realiza mediante:

- **indicadores de efectividad o impacto,** que evalúan el impacto de la intervención en la población,
- **indicadores de eficiencia,** que evalúan el costo por actividad realizada.

La evaluación de la **eficacia de las intervenciones** se refiere a la capacidad de la intervención para controlar el riesgo o el problema. En salud pública, los resultados de las intervenciones dependen de la calidad y cobertura alcanzada.

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación ha establecido entre sus objetivos modernizar y fortalecer la estructura y funcionamiento de la



En la Unidad 3 de este mismo módulo se desarrolla en profundidad este componente del Sistema de Información de Salud.



Las unidades centinela

son instituciones seleccionadas para obtener información fiable, oportuna y en especial de mayor complejidad sobre un evento de salud. No tienen como finalidad medir la incidencia o prevalencia, lo que interesa es “conocer más de forma oportuna y fiable”.

práctica epidemiológica y de salud pública en el país, tendiendo a lograr información que permita una adecuada formulación de políticas y sus ajustes coyunturales.

El establecimiento y la operación de un **Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS)**, incluye el desarrollo y la administración de **tres áreas interrelacionadas:**

- **sistemas de información (SI)** que se ocupa de aquello que se requiere para responder a objetivos disímiles como los exigidos por la vigilancia de las Enfermedades Transmisibles o por programas como los de TBC e Inmunizaciones, la Vigilancia basada en el laboratorio o las Unidades Centinela para las diferentes entidades sindrómicas transmisibles o las lesiones;
- **tecnología de la información (TI)**, que representa el conjunto de conocimientos y tareas técnicas que tienen por objetivo satisfacer las demandas de los diferentes sistemas de información e incluye la creación, administración y el suministro de los recursos necesarios (software, equipamiento, conectividad);
- **gestión de la información (GI)** que es un área integradora que se desarrolla sobre la base de las anteriores y exige la participación estratégica en toda la organización de cuatro componentes: sistemas de información (SI) bien definidos y acordes con los objetivos y necesidades de información, tecnología de la información (TI) acorde con el desarrollo de las comunicaciones y la informática en todo el país, el funcionamiento organizado sobre datos pertinentes seleccionados y la administración por personal adecuadamente capacitado para garantizar el funcionamiento del sistema.

En este marco, el desarrollo del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) viene incorporando nuevos conceptos, estrategias y herramientas. Uno de los elementos centrales de este desarrollo es la modernización y automatización, incorporando los avances de la informática y las telecomunicaciones como sustento de los diferentes subsistemas y estrategias de vigilancia. Estos aspectos exigen financiamiento de importantes recursos para el desarrollo y / o adquisición y transferencia de la nueva tecnología.

2.2.1 Sistema de Vigilancia sobre Sida

El objetivo principal del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida es disponer de información sobre la situación de la enfermedad, en cuanto a número de casos, estado y características de las personas afectadas y categorías de transmisión, con el fin de ser utilizada en la prevención, el seguimiento y el control de la epidemia. Este síndrome está dentro de las normativas legales de denuncia obligatoria, en todo caso de Sida y ocurrencia de muerte por esta causa.

El Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus Humanos, Sida y ETS del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, es el responsable de la recolección, análisis y divulgación de la información obtenida sobre esta patología. La Ley 23.798/90 sobre Prevención y lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) especifica que debe denunciarse obligatoriamente un caso dentro de las 48 horas de confirmado el diagnóstico, así como la muerte, al Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

3. Legislación Nacional relacionada con los sistemas de información estadística y de vigilancia epidemiológica

La legislación nacional relacionada con el manejo de los datos utilizados en los sistemas de información estadística incluye la Ley N° 17.622 Decreto Reglamentario 3.110/70 que legisla sobre el Secreto Estadístico y la Ley N° 25.326 que legisla sobre la Protección de los Datos Personales. Mientras, que la legislación nacional relacionada con el reporte de enfermedades para su vigilancia epidemiológica incluye la Ley N° 15.465 y el Decreto Reglamentario 2.771/79 y la Ley N° 23.798/90 para el caso del reporte obligatorio de los casos de HIV/Sida.

Ley N°: 17.622/68 - Decreto Reglamentario N° 3.110/70

La Ley N° 17.622/68 - Decreto Reglamentario 3.110/70 crea al Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y le otorga la facultad de **coordinar el Sistema Estadístico Nacional**, contando para ello -entre otros- con los servicios estadísticos de los Ministerios, de los gobiernos provinciales y municipales.

Esta ley establece que las informaciones que suministran los organismos que integran el Sistema Estadístico Nacional están protegidas por el **secreto estadístico**. Esto es, que son **estrictamente secretas** y **sólo pueden utilizarse con fines estadísticos**. Los datos deben ser suministrados y publicados, exclusivamente en compilaciones de conjunto, de modo que **no pueda individualizarse las personas o entidades a quienes se refieren**.

Además, obliga a las personas que por razón de sus cargos o funciones, tomen conocimientos de datos estadísticos o censales a guardar sobre ellos absoluta reserva. Establece la obligatoriedad de los organismos y reparticiones nacionales, provinciales y municipales de suministrar a los organismos que integran el Sistema Estadístico Nacional (SEN) los datos e informaciones de interés estadístico que estos le soliciten.



Puede consultar el texto completo de la ley 17.622 en www.deis.gov.ar/LEY17622.htm, o bien ingresar al sitio a través de www.medicoscomunitarios.gov.ar

Ley N°: 25.326/00

La **Ley de Protección de Datos Personales N° 25.326 (Ley de Habeas Data)** promulgada en el año 2000, tiene por objeto proteger los datos personales asentados en archivos, registros, bancos de datos y otros medios técnicos, públicos o privados, destinados a dar informes y garantizar el derecho al honor y la identidad de las personas.

A partir de la ley se entiende por:

- **Datos Personales:** toda información de cualquier tipo referida a personas físicas.
- **Responsable del Registro:** toda persona física que es titular de un archivo, registro, o base de datos.
- **Dato informatizado:** los datos personales sometidos a tratamiento o procesamiento electrónico o automatizado.
- **Titular de los datos:** toda persona física, cuyos datos sean objeto del tratamiento al que se refiere la ley de protección de datos personales.

La ley hace referencia a la licitud de los archivos de datos, la toma de Consentimiento Informado, la necesidad y calidad de la información a suministrar a los titulares de los datos, la seguridad, el deber de confidencialidad, la cesión y las pautas que rigen la transferencia internacional de los mismos. Los profesionales de la salud pueden recolectar y tratar datos personales relativos a la salud física o mental de los pacientes, respetando los principios del secreto médico.

El **Consentimiento Informado** es el procedimiento formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente. Debe reunir al menos tres requisitos: voluntariedad (opción de decidir su participación sin coerción), información (disponible y comprensible) y comprensión (capacidad de comprender la información por parte del paciente).

Desde el punto de vista de nuestra legislación vigente no es necesario el uso de Consentimiento Informado cuando los datos se obtengan de fuentes de acceso público, se requieran para el ejercicio de funciones propias de los poderes del Estado o cuando los datos personales son utilizados con fines estadísticos o de investigación científica.

La Ley establece además que toda persona debe tener acceso a la identidad de las personas autorizadas para manejar los datos y sus procedimientos. Los titulares de datos además pueden solicitar información personal que forme parte de cualquier grupo de datos destinado a proveer informes. La accesibilidad a los registros queda restringida sólo a las personas determinadas para el manejo de las bases de datos bajo secreto profesional.

Puede consultar el texto completo de la ley 25.326/00 en www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/buscarNormas.do, o bien ingresar al sitio a través de www.medicoscomunitarios.gov.ar



Ley N°: 15.465/60 - Decreto N° 2.771/79

La Ley 15.465/60 Decreto N° 2.771/79 establece la obligatoriedad de la notificación de los casos de enfermedades comprendidos en el Decreto 2.771/79 (vigente en la actualidad). Asimismo, establece qué profesionales deben realizar la notificación, en qué oportunidades, cómo debe realizarse la notificación y a quién se debe notificar.

El Decreto N° 2.771/79 modifica la nómina y el agrupamiento de las enfermedades de notificación obligatoria creando cinco grupos:

- Grupo A, de notificación inmediata, por la vía más rápida: enfermedades objeto del Reglamento Sanitario Internacional.
- Grupo B, de notificación caso por caso: enfermedades de registro.
- Grupo C, de notificación por número 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 transmisibles, notificación por número de casos con o sin discriminación edad, sexo, etc.



En el Anexo del Módulo encontrará el Decreto 2771/79, en él puede consultar todas las enfermedades de notificación obligatoria incluidas en cada grupo.



Puede consultar el texto completo de la ley 15.465/60 en www.msal.gov.ar/htm/site/legislacion_contenido.asp?clave=42.
Para el caso del reporte obligatorio de HIV/Sida puede consultar la Ley N° 23.798/90 www.msal.gov.ar/htm/site/legislacion_contenido.asp?clave=78.
O bien, ingresar a los sitios a través de www.medicoscomunitarios.gov.ar

Actividad de integración de la Unidad 1



En esta Unidad Ud. ha retomado la información recogida a lo largo de los Módulos anteriores y la ha clasificado. Asimismo, ha averiguado a qué instancia superior (municipal y/o región o zona sanitaria, etc.) se remite información que se produce en el CS. Ahora le proponemos que indague en las instancias superiores cómo se integra la información visible del Sistema de Información de Salud (SIS).

Para ello le proponemos que se reúna con los demás compañeros del Posgrado y en conjunto dirijan la indagación hacia:

- el municipio y/o región o zona sanitaria de la que depende el CS,
- las direcciones de epidemiología provinciales, u oficina de Estadística provincial,
- la Dirección de Estadística e Información de Salud y la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Para realizar la indagación en el municipio y/o región o zona sanitaria u oficina provincial les sugerimos que se contacten con otros CS que estén participando del Posgrado en Salud Social y Comunitaria dentro de la misma jurisdicción y definan una estrategia común.

Puede encontrar la Oficina de Estadística de Salud de su provincia en el Anexo 2.

Una vez en contacto con el resto de los CS:

- evalúen cuántas son las instancias que deben contactar y la distancia a la que se encuentran de las mismas, así como, los medios de contacto de que disponen (teléfono, mail, deben ir a consultar allí, etc.), y
- arbitren los medios para contactarse con las diferentes instancias de dependencia (si por ejemplo: CS depende de una oficina municipal y/o de una región sanitaria, pero éstas a su vez de una oficina provincial vayan tomando contacto primero con la que el CS tiene dependencia directa y así, hasta llegar a la oficina provincial).

Cuando establezcan contacto con la/las instancias superiores averigüen:

- si la información enviada por su CS se junta con otra información proveniente de otros CS, hospitales, etc.;
- si a nivel de alguna de esas dependencias se elabora y procesa la información proveniente de su CS y otros efectores, y si está disponible para aquellos que necesitan consultarla.

Para consultar la información producida por la Dirección de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación le sugerimos consultar sus publicaciones en

www.deis.gov.ar/Publicaciones/arbol_tematico.asp

Para consultar la información producida por la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación le sugerimos consultar sus publicaciones en www.direpi.vigia.org.ar

O bien, puede ingresar a estos sitios a través de www.medicoscomunitarios.gov.ar

Ahora sí, le proponemos adjuntar toda la información que ha ido generando a lo largo de las actividades y llevarla al siguiente encuentro con el tutor para realizar sobre la misma una reflexión conjunta.



Le recomendamos definir entre todos los compañeros del Posgrado la estrategia para acceder a la información



Recuerde ir consignando toda esta información por escrito para su análisis posterior.



Unidad 2

Datos en un
sistema de Salud

Introducción

Los profesionales de la salud tienen un rol importante como **fuentes de datos descriptivos**. Una parte muy importante de las fuentes de datos que se utilizan -tanto en los estudios estadísticos como epidemiológicos- depende de la recolección o registro directo de datos que hace el profesional de la salud: el motivo de consulta, la historia de la enfermedad actual, la historia social y familiar y el examen del paciente. A estos, se agregan los datos adicionales que los profesionales consideren necesarios: resultados de laboratorios, radiografías, uso de dispositivos, tests, estudios de diferente tipo, etc.

Para los profesionales de la salud es posible obtener datos subjetivos sobre un atributo humano, sobre la exposición o contacto con un agente patógeno o sobre el problema que motiva la consulta. Estos datos pueden provenir del mismo individuo o ser informados por otra persona, es decir, alguien que responda en nombre del individuo, ya sea un familiar, vecino, maestro, etc.

Se debe tener en cuenta que estos datos son **subjetivos** y su calidad depende de que el sujeto que los proporciona (individuo afectado o próximo) interprete correctamente la pregunta y de la franqueza con que pueda responder. Esta, a su vez, depende de la confianza o desconfianza, pudor o vergüenza que la situación le provoque.

En general, la información que proporcionan los individuos tiende a estar pasada por el tamiz de los **sesgos sociales**. Habitualmente, en las consultas médicas, encuestas, etc., se obtiene un subregistro de las conductas socialmente mal vistas (por ejemplo: alcoholismo) y un sobre-registro de las conductas socialmente valoradas (por ejemplo: hacer deportes).

Asimismo, cuando la información proporcionada se refiere al pasado, las personas tienden a distorsionarla y pueden informar eventos que ocurrieron, pero en períodos diferentes al que se les está requiriendo.

El registro de datos a lo largo del tiempo es especialmente útil en el caso de las patologías crónicas, en las que el o los eventos patógenos pueden encontrarse distanciados temporalmente de las manifestaciones clínicas.

Los datos también pueden ser registrados por un investigador u observador y, en ese caso, se consideran **objetivos**, ya que no dependen de la interpretación ni de la inhibición del individuo que los provee. Pero, eventualmente dependerán de la interpretación que hace de los mismos el profesional que los recoge y registra.

En esta tensión entre la subjetividad y la objetividad se generan una gran proporción de los datos que se utilizan en los sistemas de información de salud y por ello, la calidad de los datos en los que se basa el análisis de las



Para revisar el concepto de datos y tipos de fuentes de datos le sugerimos que vuelva a consultar el Módulo 2, Unidad 2: Medidas y diseños Epidemiológicos.



Para revisar el modo en que los sujetos pueden "filtrar" la información que brindan puede volver a consultar el Módulo 1: Salud y Sociedad, Unidad 3: Cultura y culturas. Barreras culturales a la accesibilidad en salud.

situaciones de salud debe ser una preocupación de los profesionales que las realizan.

Los datos que recogen los profesionales de la salud son en general: medidas numéricas, señales, dibujos, fotografías, frases textuales, e incluso, narraciones.

En el cuidado de los pacientes el **dato narrativo** es el más utilizado, ya que la descripción de la enfermedad actual, los antecedentes familiares, el informe de los hallazgos físicos, etc., se recogen verbalmente y se registran en forma narrativa en la historia clínica del paciente. También en el relevamiento del área programática podría encontrarse un relato referido a la ubicación geográfica, a las características del barrio, sus viviendas, etc.

Las **frases textuales** son las expresiones subjetivas del paciente, tales como: "tengo un dolor fuerte en el estómago" o "mi hijo está desconocido, me grita por todo, nada le viene bien y yo ya no sé qué hacer con él"; se registran tal cual fueron expresadas y son una importante fuente de datos.

Muchos otros datos incluyen **medidas numéricas**: pruebas de laboratorio, signos vitales, parámetros antropométricos, etc.

En algunos campos de la salud los datos se visualizan en forma de **señales**, el ejemplo más conocido es el del electrocardiograma (ECG), trazado de la actividad eléctrica del corazón de un paciente, cuyo registro debe incluir también una interpretación escrita del significando que se atribuye al conjunto de señales.

Por último, las placas radiológicas también son **imágenes** que requieren lectura e interpretación. Otro modo común de registro es utilizar **dibujos** para representar anormalidades (Ej.: seguir el tamaño de un nódulo en el cuadrante de una mama; identificar las piezas dentales de los pacientes y su estado para seguir su evolución, etc.).

Los profesionales que se ocupan del cuidado de la salud deben registrar y guardar las observaciones, las acciones que se han implementado y sus razones, para poder realizar el seguimiento de la evolución del paciente en la próxima visita o, para poder compartir la información con otros profesionales.

En términos generales, podemos decir que se registran datos en salud para una variedad de **propósitos**:

- realizar el seguimiento de la evolución de los pacientes
- apoyar la comunicación entre profesionales
- anticipar los problemas de salud futuros

- informar medidas preventivas
- brindar un registro legal
- apoyar la investigación clínica

Un propósito menos visible en lo inmediato, pero no menos importante por el que se registran datos, es responder a las demandas de recolección rutinaria del Sistema Estadístico de Salud (SES).



En esta segunda Unidad trabajaremos sobre los siguientes núcleos problemáticos:

¿Cómo se clasifican y recolectan los datos relativos a los problemas de salud?

¿Qué características tienen los datos obtenidos por diferentes instrumentos de recolección?

¿Cómo se valora la calidad de los instrumentos de recolección de datos?

¿Qué utilidad tiene un Sistema de Codificación de Problemas de Salud para la recolección de datos en el primer nivel de atención?

Objetivos específicos

Al finalizar esta unidad Ud. estará en condiciones de:

- Reconocer la variedad de datos de salud en diferentes formatos y clasificarlos según diferentes criterios.
- Identificar el tipo de instrumento de recolección de datos que se debe usar, según el propósito de la recolección y las características del medio donde debe realizarse la misma.
- Comprender en qué consiste la calidad de un instrumento de recolección.
- Valorar el uso de la Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria (CEPS-AP) en el registro de Problemas de Salud en el primer nivel de atención.
- Comprender el proceso que lleva desde el dato hacia la producción de conocimiento.

1. Recolección de Datos

En algunas ocasiones -como por ejemplo, cuando se intenta realizar un Análisis de la Situación de Salud (ASIS)- los profesionales de la salud se proponen utilizar los datos producidos cotidianamente en el CS, y eventualmente, recolectar otros datos.

Cuando se trabaja con datos con el fin de generar información, se debe discriminar qué datos e información están disponibles y qué otros se desea recolectar para generar más información.

Una posible **clasificación de datos** consiste en discriminarlos en:

- datos **centrados en el paciente** (controles de salud, presencia de síntomas, enfermedades preexistentes, etc.), o
- datos **centrados en los profesionales** (cantidad de consultas realizadas en un determinado período, cantidad de pacientes que regresan a una segunda consulta con el profesional, etc.).

O bien:

- datos **orientados a problemas para la salud /enfermedades** (contaminación del agua, violencia intrafamiliar, desnutrición, infarto, Chagas, etc.), o
- datos **orientados por estructura organizativa de los centros asistenciales** (consulta pediátrica, obstétrica o ginecológica, clínica de adultos, vacunatorios, etc.).

En función de los contenidos temáticos que se desee analizar, la recolección de datos puede organizarse utilizando la clasificación antes mencionada. Otras veces, la recolección de datos intenta reflejar la evolución en el tiempo de un atributo -o de un conjunto de atributos-, en ese caso, puede decirse que la recolección se organiza **cronológicamente**.

La **recolección de datos** se inicia una vez definidos los contenidos temáticos que se desea medir y constituye el momento inicial de la construcción de los **sistemas de información**.

Los datos a recoger deben ser descriptos estableciendo claramente qué es lo que representan. Dado que las descripciones se utilizan en forma repetitiva en la recolección y el análisis de los datos, se sugiere utilizar un formato fácil para simplificar el registro y los detalles de consulta cuando se necesiten. De todos modos, existen normativas jurisdiccionales al respecto que deben ser contempladas.

La recolección de datos puede ser **rutinaria** o **periódica** (es decir, discontinuada en el tiempo).

Actividad Inicial

Las actividades de esta Unidad se desarrollarán en dos sentidos: utilizar algunos de los instrumentos de recolección de datos para relevar información y analizar el contenido de los registros, sus características y la calidad de sus datos. El objetivo de esta actividad inicial es profundizar el conocimiento de las necesidades de salud de dos grupos etarios de su área programática:

- los adolescentes y
- los mayores de 65 años;

para planificar las acciones a desarrollar durante el año.

Para ello le proponemos que:

- diseñe una encuesta para cada uno de los grupos señalados que indague sobre la percepción de necesidades de atención en salud que tienen ellos mismos;
- busque las historias clínicas de cada uno de los grupos etarios y releve allí los datos que considere prioritarios para realizar un diagnóstico de necesidades de salud para dicho grupo (ej.: motivos de consulta, enfermedades cursadas, situación social, etc.);
- busque "informantes clave" para cada grupo señalado que puedan ayudarlo a ampliar la información (ej.: profesores de escuelas, pastores o sacerdotes de iglesias, personal de centros de jubilados, clubes, comedores, etc.);
- busque estadísticas de su municipio que le permitan ampliar su información (ej.: causas de muerte de esos grupos etarios, causas de egreso hospitalario, etc.).

Para la realización de estas actividades le sugerimos que se reúna con otros profesionales comunitarios. El intercambio y el trabajo conjunto les serán muy útiles en el diseño de entrevistas y en el análisis de los datos recogidos. Asimismo, la realización de entrevistas y la búsqueda de datos estadísticos requiere del acuerdo y la distribución de tareas entre quienes cursan el Posgrado.

Para comenzar a diseñar la recolección de información le recomendamos trabajar en conjunto con el resto de los compañeros del Posgrado, comenzando por:

- identificar para cada uno de los informantes a entrevistar y, según el objetivo que Ud. persigue, los temas sobre los que preguntará a cada uno;
- formular las preguntas para la entrevista y luego, discuta con los demás compañeros del Posgrado una por una las preguntas a incluir para cada



En el desarrollo de esta Unidad puede encontrar información sobre la entrevista como instrumento de recolección de datos, que le serán útiles para completar esta actividad. En este momento Ud. está trabajando en un diseño en "borrador" de sus entrevistas.



Al realizar las entrevistas, recuerde que debe comenzar explicando al entrevistado cuál es el objetivo de la entrevista y cómo serán utilizados los datos.

destinatario de entrevista; si va a complementar su relevamiento con observaciones, indique qué situaciones observará;

- una vez diseñadas las entrevistas, realice al menos la mitad de las que ha planificado (con los dos grupos etarios y con los informantes clave). Luego, antes de continuar con el resto de las entrevistas realice la actividad de la página 49.

Es importante que Ud. con la información que posee de su CS y la población de su área programática complete los temas que debe abordar su entrevista lo más exhaustivamente posible. Eso permitirá que no se pierda información en oportunidad de realizar las entrevistas.

Antes de iniciar la recolección de datos le recomendamos consultar con el tutor el plan de trabajo: el diseño de los instrumentos, la selección de temas y preguntas y la elección de los entrevistados y los informantes clave.

No olvide registrar por escrito las respuestas a todas las preguntas que realice y también todo aquello que observe (le parezca significativo o no, en ese momento). Si no le parece conveniente registrar en el momento mismo de la entrevista u observación, hágalo inmediatamente después.

1.1 Instrumentos de Recolección de Datos

Las modalidades de recolección de datos en el campo de la salud son muy heterogéneas, incluyen desde mediciones objetivas de atributos humanos fijos (como el grupo sanguíneo) hasta medidas que dependen de la -imperfecta- capacidad humana de recabar información (como por ejemplo: la percepción de morbilidad), siendo esta modalidad la más frecuente.

Algunos de los instrumentos más utilizados son: **entrevistas, observación, encuestas y formularios.**



Puede consultar las Técnicas de Relevamiento de Información en el Módulo 2: Epidemiología, Unidad 5: Análisis de situación de salud (pág. 154 a 157) y en el Módulo 4: Herramientas para la planificación y la programación local, Unidad 2: Identificación y jerarquización de los problemas (pag. 55 a 62).

En este material sólo desarrollaremos aquellos aspectos de los instrumentos de recolección que no hayan sido trabajados en Módulos anteriores. Por lo tanto, la relectura del material indicado le será necesaria para completar la información presentada.

1.1.1 Entrevistas

Las entrevistas personales cara a cara son uno de los instrumentos más utilizados para obtener información sobre personas o sobre el entorno, ya sea sobre el presente o el pasado.

Con esta técnica se busca comprender el objeto de conocimiento a través de las categorías de pensamiento y percepción propias del entrevistado. También se busca profundizar en el conocimiento de un problema en particular, que puede ser indagado y analizado en el curso de la entrevista

Las entrevistas cara a cara pueden ser extensas y, por lo tanto, es posible conseguir gran cantidad de información, incluso información compleja. La situación misma de la entrevista permite que el individuo comprenda mejor las preguntas y coopere, maximizando así la obtención de datos.

Para que la entrevista brinde información relevante se requiere de entrevistadores entrenados. Si bien la entrevista permite obtener mucha información, es difícil de analizar si no se cuenta con analistas entrenados en técnicas cualitativas de investigación social.

Además, es un instrumento cuya utilización se dificulta en zonas geográficamente dispersas, porque implica mayores costos e infraestructuras más complejas.

Las entrevistas telefónicas son mucho más rápidas y permiten ahorrar costos y, en algunos casos, la situación de relativo anonimato permite evitar algunos sesgos sociales. Este tipo de entrevistas presentan un obstáculo al muestreo, ya que la población queda circunscripta por los listados telefónicos disponibles, lo que excluye a los individuos sin teléfono e introduce un sesgo, excepto en aquellas zonas geográficas con alta penetración de líneas telefónicas.

1.1.2 Observación

Cuando se utiliza la observación como instrumento, el investigador suele participar de las actividades de la vida cotidiana de las poblaciones a estudiar durante el período de observación. Las observaciones presenciales del investigador solamente pueden aplicarse a eventos presentes, que ocurren de manera repetida en la vida cotidiana.

Mediante esta técnica los hechos se estudian sin la intermediación del informante, que da su propia percepción y posición sobre la realidad, aunque ello no descarta la propia subjetividad del observador.

Se trata de un instrumento de recolección de datos poco difundido debido al costo y el tiempo que insume.



La entrevista es una técnica de investigación social en la que una persona (entrevistador) solicita información a otra (informante o sujeto entrevistado), para obtener datos sobre un problema determinado.



La observación consiste en "ver" y "oír" hechos y fenómenos que se desean estudiar (...) se convierte en una técnica científica en la medida en que: 1) sirve a un objeto ya formulado de investigación; 2) es planificada sistemáticamente (...).



La encuesta es una entrevista cerrada que se aplica a una muestra de personas con el propósito de cuantificar los datos obtenidos.



Para trabajar algunas de las características formales que debe tener una encuesta le sugerimos consultar el Módulo 2: Epidemiología, Unidad 3: Metodología de la investigación y Epidemiología (pag.88 a 92).

Como ejemplo, recientemente se ha utilizado para estudiar cómo las madres preparan y distribuyen el alimento a sus hijos, para analizar situaciones de desnutrición infantil en nuestro país, en casos en los que se sospecha dificultad en la utilización y distribución intrafamiliar de los alimentos.

1.1.3 Encuestas

La encuesta es un instrumento que requiere contacto con la población, en servicio o en hogares. Por lo tanto, la encuesta es un instrumento que permite establecer una comunicación con un conjunto de individuos, habitualmente se selecciona una muestra para obtener un perfil compuesto de la población. En otros casos, como en los censos, todos los hogares son consultados y no sólo una muestra.

Las encuestas proveen medios rápidos y económicos de determinar nuestra realidad en ámbitos tan diversos como la salud, el comportamiento, las creencias, las expectativas y los conocimientos de las personas.

Suelen tener la forma de un interrogatorio, en el cual las preguntas se plantean siempre en el mismo orden y se formulan en los mismos términos, sobre la base de un formulario previamente preparado y estrictamente normatizado.

Cuando se desea que los resultados de la encuesta puedan ser proyectados con seguridad a la población mayor, la muestra debe ser estadísticamente seleccionada, de manera que cada persona en la población tenga una oportunidad igual o conocida de ser elegida.

Dados los diferentes objetivos de una encuesta, las preguntas pueden ser sumamente diferentes en cuanto a tipo y modo de formulación. A los encuestados se les puede preguntar sobre una característica personal (edad, escolaridad, etc.), sobre alguna actitud que tengan o hayan tenido (si toman su medicación, si consumen alcohol, etc.) y también su opinión sobre algún evento (la calidad de la atención que les brindó el médico, cómo siente su salud actualmente, etc.).

La forma en que se formula una pregunta puede afectar mucho los resultados de una encuesta.

También dependiendo del objetivo y su combinación con otros modos de recolección de datos, la encuesta (o cuestionario) puede ser muy breve o bastante extensa.

En cuanto a la modalidad de respuesta de las preguntas, el formato puede ser abierto o cerrado y ello independientemente del contenido de la pregunta. Las preguntas abiertas permiten a los encuestados dar cualquier respuesta que parezca apropiada, en tanto que las preguntas cerradas, sólo admiten un número limitado y ya establecido de respuestas posibles.

Como la encuesta recoge habitualmente información de una muestra (es decir, de una porción de la población bajo estudio), el tamaño de la muestra requerida para una determinada encuesta depende de la calidad estadística necesaria para establecer los hallazgos; y esto, a su vez, está relacionado con cómo esos hallazgos serán usados.

Es fácil apreciar el valor de usar encuestas para tomar decisiones informadas en una sociedad compleja como la nuestra, cuando advertimos que una muestra apropiadamente seleccionada puede reflejar varias características de la población.

La encuesta como instrumento se encuentra en la base de las entrevistas telefónicas y los cuestionarios autoadministrados (hoy también existen cuestionarios computarizados).

En nuestro país se utilizan **encuestas** para la **recolección periódica** de datos en el Subsistema de **Estadísticas de Cobertura, Demanda, Utilización de Servicios y Gasto Directo en Salud** (cuya periodicidad depende de la disponibilidad de recursos) perteneciente al Sistema de Estadísticas de Salud (SES o PNES).

1.1.4 Formularios

Los formularios o fichas estandarizadas en salud que se completan según un formato previamente definido permiten generar registros de nacimientos, defunciones y enfermedades y obtener sistemáticamente datos sobre patologías y sobre exposición a las mismas. El formulario puede ser completado por la persona que reporta la situación.

En la actualidad nuestras sociedades cuentan con gran cantidad de registros de diferente naturaleza, que se mantienen de manera sistemática y a partir de los cuales es posible obtener datos para estudios epidemiológicos. Tal es el caso de los censos de población, las historias clínicas, los registros ocupacionales y los sistemas de vigilancia.

Estos registros han sido ampliamente utilizados para la toma de decisiones en salud y en estudios ecológicos y de incidencias poblacionales y, constituyen una valiosa alternativa a la recolección directa de información a partir de las personas.

Sin embargo, la validez de los datos debe ser siempre cuidadosamente analizada antes de utilizarlos de manera directa, ya que -como en el caso de las historias clínicas- pueden presentar diferencias sustanciales según el sujeto que haya realizado el registro.

En nuestro país se utilizan **formularios** en la confección de los **registros permanentes** en el Subsistema de Estadísticas Vitales y en el Subsistema de

Estadísticas de Servicios de Salud perteneciente al **Sistema de Estadísticas de Salud** (SES o PNES).

1.2 Elección del/de los instrumentos de recolección de Datos

Según lo que se acaba de exponer existe una gran diversidad de técnicas y herramientas (instrumentos) que pueden ser utilizadas en la recolección de datos. La elección de una determinada técnica depende del tipo de datos que se busca recolectar y de las características del lugar donde deben recogerse.

Por ello, en el momento de decidir qué instrumento/s de recolección utilizar, se debe tener en cuenta, en relación con los datos:

- **el tipo de estudio:** los estudios prospectivos o los ensayos clínicos randomizados, generalmente requieren datos sobre el presente; los estudios retrospectivos de cohorte, generalmente dependen de registros preexistentes;
- **el tipo, cantidad y nivel de detalle del dato** requerido por el estudio: si se precisa gran cantidad de datos y, en especial sobre el pasado, se debe recurrir a entrevistas personales (que pueden complementarse con datos de registros preexistentes, o medidas físicas y/o químicas); si se desea estudiar un número limitado de contenidos temáticos sobre una gran cantidad de individuos, los cuestionarios autoadministrados son sumamente valiosos;
- **la frecuencia e impacto** del contenido temático en estudio: los datos sobre eventos frecuentes de impacto moderado o alto se pueden obtener fácilmente a partir de cualquier método (cuestionarios, entrevistas, registros, observación, etc.); los datos sobre eventos de baja frecuencia y alto impacto (como por ejemplo: las cirugías), se obtienen generalmente a través de cuestionarios o entrevistas (también recientemente a partir de registros clínicos informáticos); los datos sobre eventos frecuentes de bajo impacto (ej.: datos nutricionales), se obtienen mejor a partir de diarios, observación o medidas físicas o químicas; finalmente, los datos sobre eventos infrecuentes de bajo impacto en la vida de las personas son muy difíciles de obtener, ya que los individuos no los recuerdan y habitualmente no existen registros.

Otros factores a tener en cuenta son:

- la accesibilidad/inaccesibilidad a los lugares o personas a las que se debe llegar para realizar la recolección,
- la disponibilidad de registros preexistentes,
- la disponibilidad de medidas,
- la sensibilidad y confidencialidad de los datos,
- los costos.

Cualesquiera sea el instrumento de recolección de datos, la confidencialidad de los datos suministrados por los participantes establecida por la Ley 17.622/68 - Decreto Reglamentario 3.110/70 debe ser garantizada para los soportes con fines estadísticos.

Retomando la Actividad Inicial

Le proponemos que retome los instrumentos de recolección que ha diseñado y los registros de las entrevistas que ha realizado hasta ahora.

Analice las respuestas por tipo de informante e instrumento utilizado en la recolección.

En base a la información obtenida hasta ahora revise la confección de sus entrevistas y la información a la que permiten acceder: ¿está obteniendo la información que busca?, ¿cree que podría mejorar el diseño de las entrevistas?, ¿qué cambiaría?

Le sugerimos que discuta sus observaciones con el resto de los profesionales comunitarios y justifique sus decisiones.



*No olvide realizar
el resto de las
entrevistas
planificadas*

2. Calidad de los Datos recolectados

Ya en la introducción de esta unidad mencionamos la importancia de estudiar y analizar la calidad de los datos con que se trabaja cada vez que se intenta producir cualquier tipo de información respecto al estado de salud de la población en un lugar y tiempo determinados.

Existen dos grandes dimensiones a considerar cuando se analiza la **calidad** de los datos: la **confiabilidad** y la **validez** de los mismos.

La **confiabilidad de un dato** se alcanza cuando el mismo es reproducible. Ello depende de la confiabilidad del instrumento que se utiliza para medirlo o recolectarlo.

La confiabilidad de un instrumento (y por ende de los datos que produce) es su

capacidad de producir los mismos o similares resultados al realizar la medición en diferentes ocasiones o por diferentes observadores.

Por ejemplo, la confiabilidad de una encuesta se basa en que sus preguntas tengan el mismo significado para diferentes personas y que al ser encuestada la misma persona por dos encuestadores diferentes las respuestas sean iguales y/o equivalentes.

Por ello se dice que la confiabilidad implica **consistencia de los datos**.

La confiabilidad de un instrumento de observación se analiza con el grado de acuerdo existente entre diferentes observadores (interobservador) o para el mismo observador en diferentes momentos o circunstancias (intraobservador). La manera más sencilla de medir el grado de acuerdo entre observaciones es determinar el "grado de acuerdo más allá de la casualidad".

La validez de un dato se relaciona con su capacidad de proveer información exacta y relevante.

Un instrumento para medir un dato es válido si mide lo que pretende medir.



El control de la calidad de los datos utilizados se debe realizar en cada etapa de un Sistema de Información de Salud y está destinado a reducir los errores.

Como el principal objetivo del Sistema de Información de Salud es suministrar información para el proceso de gestión de los diferentes niveles de organización político-administrativa del sistema de salud, cuanto más estrecha sea la relación entre los principales usuarios y los productores de datos, más confiable y válido será el sistema.

En un informe elaborado por la OPS/OMS y presentado en la Reunión Internacional de Estadística y Estadísticas de Salud, realizada en la Ciudad de Buenos Aires del 21 al 22 de noviembre de 2005, la República Argentina, junto con Cuba, Chile, Costarrica y Uruguay, integra el conjunto de los cinco países de América Latina con mejor integridad y calidad de información estadística.



En el Anexo 3 encontrará una lista de consejos para lograr un sistema de información válido y confiable, donde se muestran los procedimientos generales de control de calidad en la recolección y manejo de datos.

3. Los Registros y Datos disponibles en el Centro de Salud

En el CS se producen muchos registros referidos a las actividades que se realizan. Las actividades varían de un Centro de Salud a otro en función de la disponibilidad de recursos humanos, de los programas en los que participa y las características de la población del área. Asimismo, varían los registros que se producen, aunque en ese caso la variedad depende menos de la disponibilidad de recursos que de las concepciones respecto al valor de los registros, aquello que es importante registrar y el formato que deben tener los registros.

A continuación se presentan los más conocidos, pero Ud. puede agregar a esta lista toda otra forma de registro que se realice en su CS y aporte información sobre los problemas de salud de la población y/o sobre las actividades que realizan los distintos integrantes del Centro de Salud.

3.1 Historia Clínica

La Historia Clínica del paciente es el relato pormenorizado de las consultas realizadas por el paciente, tengan como motivo estados patológicos o simples controles. Se trata justamente de la historia de sus estados.

Una buena Historia Clínica es el mejor respaldo que tiene un profesional en su tarea, en ese sentido, constituye una fuente de datos muy valiosa.

Al construir una historia clínica, el profesional debe pensar que él puede no ser el único en necesitar consultarla, es por ello que es importante asegurarse que sea comprensible para todos los profesionales que pueden tener que trabajar con ella (en la medida en que interactúan con el paciente) y que sea lo suficientemente completa como para contener toda la información necesaria a la hora de tomar decisiones respecto al cuidado del paciente.

Si bien no existe una norma jurídica nacional respecto a los datos que debe incluir la historia clínica, podemos decir que debe contener:

- los **datos de identificación** del paciente,
- **antecedentes** personales vinculados a la salud,
- **patologías importantes** que haya tenido el paciente,
- **procedimientos** que se le hayan realizado,
- la **enfermedad** detallada por la cuál concurre al servicio, y
- los **tratamientos** que se le prescriben.



Y lo que es muy importante: lo que esté registrado en la Historia Clínica DEBE SER LEGIBLE. Habitualmente, las Historias Clínicas son difíciles de descifrar.

En nuestro país coexisten diversos modelos de Historia Clínica, ya que cada provincia tiene su formato o incluso difieren entre municipios de una misma provincia. Actualmente, se está intentando consensuar un modelo de **Historia Clínica** a nivel nacional.

Dentro del CS es necesario que todos los profesionales que interactúan con un paciente tengan acceso a la Historia Clínica y a dejar asentados sus hallazgos y sus apreciaciones profesionales.



Le proponemos que consulte historias clínicas producidas por diferentes profesionales en el CS. Elija al menos una historia clínica pediátrica, una historia clínica gineco-obstétrica y una de clínica general (si en su CS hubiese historia clínica familiar, seleccione también tres de familias diferentes) y observe en cada una de ellas:

- si contienen los datos consensuados que se mencionan más arriba;
- qué profesionales del Centro de Salud han escrito en ellas (pediatra, obstetra, clínico; psicólogo, odontólogo, etc.);
- el tipo de datos (o combinación de datos) que la integran: dato narrativo, frases textuales, medidas numéricas, dibujos, etc.;
- si los datos que la integran son comprensibles para cualquier profesional del CS (si se utilizan siglas, códigos, imágenes que requieren interpretación, etc.); y
- si están consignadas situaciones de riesgo y si consta que se están realizando seguimiento de las mismas.

A partir de lo observado reflexione sobre:

- el compromiso en la confección de las historias clínicas por parte de los profesionales en el Centro de Salud;
- cómo se comparte entre los profesionales la información sobre las personas atendidas en el Centro de Salud;
- cómo y para qué se utiliza la información registrada en las historias clínicas.

Comparta estas reflexiones con el resto de los compañeros del Posgrado.

3.2 Carnet perinatal

El carnet perinatal es -en principio- un registro de los controles realizados por cada mujer embarazada donde se registran la fecha probable de parto, las fechas de los controles y consultas realizadas al obstetra con sus diferentes hallazgos, vacunación, medicaciones recibidas, estudios ecográficos realizados, etc.; así como también, cualquier otra información significativa para el seguimiento de la madre y el bebé.

Debiera ser entregado por el CS a cada mujer embarazada que se controla y recomendar a la madre llevarlo siempre a la consulta, al hospital en el momento del parto y solicitar a los profesionales del hospital que consignen datos referidos a la finalización del parto, forma de terminación y los datos del recién nacido para que los profesionales del CS puedan realizar un correcto seguimiento posterior al nacimiento.

Es un instrumento muy útil, pero requiere que sea explicado su uso a cada mujer y la importancia de llevarlo consigo a cada consulta y al hospital.

Los datos consignados en el carnet perinatal deben ser igualmente consignados en la historia clínica de la paciente, para que quede un registro, por si ésta lo perdiese.

El desarrollo del carnet perinatal como estrategia de seguimiento fue realizada por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano-CLAP OPS/OMS, (<http://www.clap.ops-oms.org>), y hoy se está utilizando en todo el país, aunque en muchos establecimientos hay que reforzar su implementación.

3.3 Carnet de inmunizaciones

El carnet de inmunizaciones es un registro del modo en que se va cumpliendo el plan de vacunación de cada niño atendido en el CS.

Este instrumento de registro es entregado a la madre del niño en su primera vacunación y debe traerlo cada vez que concurre al CS a vacunar o a controlarlo. Al igual que en el caso del carnet perinatal, la información que contiene el carnet de inmunizaciones debe estar volcada en la historia clínica del niño y debe remarcarse a la madre la importancia de su conservación.

También en este caso se trata de un instrumento muy útil que requiere sea explicado su uso a cada mujer y la importancia de llevarlo consigo cada vez que trae a su hijo a un control, o a cualquier otro tipo de consulta a un centro asistencial, así como contar con él cuando le sea requerido por otras instituciones (la escuela, por ejemplo).



Le proponemos que consulte al menos cinco carnets perinatales y cinco carnets de inmunizaciones y los confronte con las historias clínicas de las respectivas personas. Observe en los carnets:

- si contienen los datos necesarios para la función que cumplen;
- cuántos y quiénes son los profesionales del CS que han participado en su confección;
- si los datos consignados en los respectivos carnets también figuran en la historia clínica de la persona y ambos registros son congruentes; y
- si los datos consignados son los suficientes y pertinentes para cualquier emergencia en que la persona tenga que concurrir a consultar con otro profesional y/o a otro centro de salud u hospital.

A partir de los registros observados lo invitamos a reflexionar sobre la confección y el uso del carnet perinatal y el carnet de inmunizaciones. Comparta estas reflexiones con el resto de los profesionales.

3.4 Fichero Cronológico

El fichero cronológico es una estrategia que permite "agendar" qué pacientes deben realizar controles en determinado período del año (ej.: en un determinado mes).

Consiste en construir un sistema de recordatorio (en tarjetas, papeles, listados, etc.) que indique quiénes deben controlarse en un determinado período (semana, quincena, mes) poniendo todos los recordatorios juntos. Por ejemplo, pueden tenerse marcados los meses del año y en cada mes anotar a los pacientes citados para control. Si concurren al control se tacha al paciente anotado en ese mes o se saca su ficha y se la coloca en el mes de la siguiente citación. Al finalizar el mes, quedan sin tachar o sin sacar las fichas de los pacientes que no fueron y podrán ser identificados para su búsqueda domiciliaria.

Esta estrategia permite identificar quienes no han concurrido a los controles.

Es muy útil en el control del niño sano, los controles obstétricos durante el embarazo y el control de personas con enfermedades crónicas (hipertensos, diabéticos, etc.).



Le proponemos que indague en su CS sobre la existencia de modalidades de registro como el Fichero Cronológico. Si se realizan ficheros cronológicos tome alguno de ellos, descríbalos en relación a:

- si funciona como una agenda,

- si permite detectar la falta de concurrencia a los controles de un modo ágil,
- si incorpora otra información relevante que se vincula con el motivo del control,
- si se utiliza para todas aquellas actividades asistenciales que requieren controles periódicos en su CS.

Averigüe cómo en su CS se contacta a las personas que no concurrieron al control según indica el fichero cronológico.

De no existir un instrumento como el fichero cronológico que ayude al seguimiento de los controles periódicos, sugiera actividades de control periódico en que pudiera utilizarse y planee un modo accesible para construirlo.

3.5 Registro de actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades

Tradicionalmente en los CS se da importancia al registro de consultas y controles médicos, odontológicos, psicológicos, etc., que se realizan a la población. Sin embargo, hay mucha menos práctica en el registro de actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

En este punto queremos llamar la atención respecto al valor que tiene el registro pormenorizado de las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades; no sólo porque da cuenta de una práctica profesional realizada, sino porque permite identificar y seguir los resultados que tales actividades tienen sobre la población del área programática del CS.

Una estrategia de atención primaria que intenta descentrarse de las visiones tradicionales que sostienen que ocuparse de la salud de la población es sólo ocuparse de la enfermedad, no puede dejar de registrar estas actividades, de lo contrario no tendrá datos suficientes para evaluar su impacto sobre las condiciones de salud de la población.

Actualmente, se acordó en el marco del COFESA y a propuesta del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, consensuar un registro de actividades comunitarias para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. La propuesta es que los CS además de relevar las consultas de asistencia releven las actividades comunitarias. Creemos que este registro estará consensuado e implementándose en todo el país durante el presente año.



Ahora le solicitamos que retome alguna actividad de promoción de la salud y/o de prevención de enfermedades que haya incluido en su planificación estratégica (Módulo 4: Herramientas para la planificación y la programación local) y desarrolle un instrumento de observación que le permita relevar:

- el tipo de actividad planeada y desarrollada,
- el grado de participación de la comunidad,
- el interés despertado en los participantes por la propuesta de actividades de prevención o promoción,
- la pertinencia de la propuesta, y
- el impacto esperado en la comunidad y los resultados efectivamente obtenidos.

Finalmente, fundamente y justifique por qué el registro de actividades de prevención de enfermedades y/o promoción de la salud contribuiría a enriquecer la tarea de su CS.

4. Sistemas de codificación y clasificación de los Datos sobre Problemas de Salud

El dato fundamental alrededor del cual se construye la historia clínica del paciente es la identificación del problema que motiva la consulta a un profesional de la salud. Cuando se hace referencia al motivo de consulta se incluye en el concepto de **problema de salud** no sólo las consultas por estados patológicos y/o motivos ligados al control de la evolución y seguimiento de las patologías, sino también a los controles de salud.

Para posibilitar la comparación de la realidad de distintas comunidades y poblaciones es necesario adoptar un estándar, un **sistema de codificación** único. Así, la utilización de un sistema de codificación de los **problemas de salud** es la piedra fundamental de la construcción de los sistemas estadísticos de salud y de los programas de vigilancia epidemiológica.

En nuestro país, actualmente se codifican y analizan las causas de muerte y los diagnósticos de internación de los hospitales públicos y de consultas médicas ambulatorias según la Clasificación Estadística Internacional de Problemas Relacionados con la Salud - Décima Revisión (CIE-10).

En atención primaria (AP) se viene recorriendo un largo camino. Hasta la década de '70 la mayoría de los datos de morbilidad en atención primaria se ordenaban mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Como ésta se estructuraba sobre la base de enfermedades (había sido planeada para evaluar causas de muerte en los distintos países) su utilidad en atención primaria resultó limitada, no contemplaba muchos síntomas o problemas inespecíficos -frecuentes en la atención ambulatoria- y se centraba en gran medida en la enfermedad y poco en el paciente. Teniendo en cuenta estas limitaciones surgieron otras clasificaciones orientadas a la atención primaria de la salud.

En la década del '80 aparecieron el sistema de agrupamientos diagnósticos (desarrollado por Schneeweiss y col. en 1983) y la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP), sistema desarrollado de manera específica para la atención primaria por la Organización Mundial de Médicos Generales/de Familia (en inglés WONCA).

En el año 2004 la OMS incorpora a sus clasificaciones al CIAP, en su versión "2e" actualizada en el año 2000, como la clasificación de elección para la codificación de diagnósticos registrados por médicos de atención primaria.

En la Republica Argentina, el Ministerio de Salud y Ambiente, por medio de la Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades, creó la Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria (CEPS-AP). Esta clasificación se utiliza para el reporte estadístico de centros ambulatorios de salud y de programas sanitarios en marcha.

Aunque la Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria (CEPS-AP) fue elaborada para nuestro país, la están adoptando diversos países latinoamericanos

4.1 Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria (CEPS-AP)

La Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria está compuesta por 306 categorías agrupadas en 20 capítulos. La estructura de los capítulos esta tomada de la Clasificación Estadística Internacional de Problemas Relacionados con la Salud - Décima Revisión (CIE-10) y cada categoría esta

relacionada directamente con uno o más categorías en CIE-10. Al agrupar 2036 categorías de la CIE-10 en 306 de CEPS-AP, ésta representa una herramienta muy útil de resumen de información y su utilización es muy intuitiva.



La publicación de la Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria (CEPS -AP) explica la metodología de aplicación y cuenta con un índice alfabético detallado y con los criterios de inclusión y exclusión de cada categoría.



Puede consultar la “Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria (CEPS-AP). Primera Edición. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Buenos Aires, enero de 2005”, en el CD ROM que acompaña a este Módulo.

Actualmente, se está trabajando en la confección de una segunda edición.

Otros países y algunos sectores del subsector privado de nuestro país, utilizan la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) creada por el comité de clasificaciones de la WONCA, que combina otros sistemas previos: la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria para razones de consulta y diagnósticos y la Clasificación Internacional de Proceso en Atención Primaria.

A nivel nacional existe consenso en la utilización de la Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria (CEPS-AP) como sistema para la codificación en el primer nivel de atención, dada la facilidad para su uso y la disminución de errores al facilitar el agrupamiento de las categorías.



Puede consultar las características de otras clasificaciones en www.hospitalitaliano.gov.ar/postgrado_salud_social, o bien puede ingresar al sitio a través de www.medicoscomunitarios.gov.ar

5. De los datos a la producción de información y conocimiento

En una conversación informal los términos **dato**, **información** y **conocimiento** suelen utilizarse indistintamente. Pero llegado este punto del material necesitamos distinguirlos para dar una interpretación unívoca a cada uno de ellos.

Una forma sencilla de diferenciarlos es localizar los **datos** en el **mundo real** y el **conocimiento** en las **personas**, mientras que la información adopta un papel mediador entre ambos.

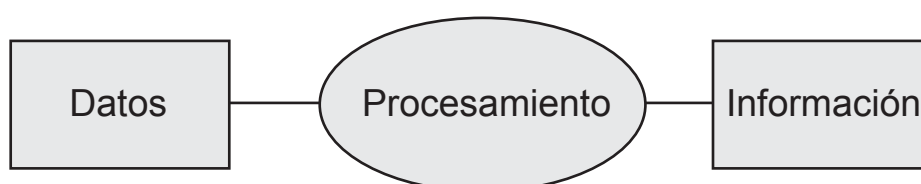
Se entiende por dato a una representación simbólica (numérica, alfabética, etc.) de un atributo o característica de una entidad.

Es decir, la identificación de un atributo medible u observable en cualquier aspecto de la realidad. Por ejemplo, la identificación de la edad de una persona (donde el atributo puede tomar tantos valores como edades puedan tener los individuos y el aspecto o entidad es la edad del sujeto), la presencia de fiebre, dolor o características de un síndrome, antecedentes de cierta enfermedad, etc. (donde el atributo es la presencia o ausencia registrada en la entidad sujeto o paciente). Asimismo, son datos la cantidad de individuos que conforman una familia, cantidad de contaminantes en el ambiente, cantidad de familias con agua potable, los casos de violencia familiar, etc.

Los datos, entonces, pueden presentarse como atributos cuantitativos (ej.: la edad de las personas), o bien cualitativos (ej.: las opiniones o percepciones referidas a la salud o enfermedad).

El dato no tiene sentido (valor semántico) en sí mismo, pero convenientemente procesado se puede utilizar en la realización de cálculos o en la toma de decisiones. Es un conjunto discreto de factores objetivos sobre un hecho real. No dice nada sobre el por qué de las cosas y por sí mismo tiene poca o ninguna relevancia y tampoco tiene propósito.

Todas las organizaciones necesitan datos y algunos sectores son totalmente dependientes de ellos.



La palabra "informar" significa originalmente "dar forma a ", la información es capaz de formar a la persona que la produce o consigue y a aquella que la recibe.

La información es un conjunto organizado de datos, que constituyen un mensaje sobre un determinado ente o fenómeno.

Si por ejemplo, organizamos datos sobre una provincia: ubicación, número de habitantes, densidad de población, cantidad de población urbana y rural, etc., estamos produciendo información sobre esa provincia.

Los datos se transforman en información, cuando se les añade valor en varios sentidos, por ejemplo:

- contextualizando: obteniéndolos o procesándolos para un determinado propósito;
- categorizando: utilizando unidades de análisis en su procesamiento y clasificándolos según ellas;
- calculando: realizando con ellos análisis matemáticos y/o estadísticos;
- corrigiendo: eliminando los errores que puedan haberse producido en el proceso de obtención y/o procesamiento de los datos;
- condensando: reuniéndolos y/o resumiéndolos para algún propósito.

De modo que, los datos se convierten en información cuando al procesarlos, se les añade significado. A diferencia de los datos, la información tiene **significado**, es decir, **relevancia** y **propósito**.

En este proceso de conversión del dato en información, las computadoras son de gran ayuda, ya que pueden transformar datos en información a través de la categorización, la corrección, la condensación y el cálculo, añadiendo así valor al conjunto de datos, pero no nos pueden ayudar a **analizar el contexto** de la información, es decir a **encontrar su significado**, a **interpretarla**.

Los datos se convierten en información cuando se los procesa, es decir, cuando se les añade significado.

Uno de los modos en que se procesan los datos es transformándolos en indicadores e índices.

Un indicador es una expresión que resume o refleja un aspecto de una población en lugar y tiempo determinado. Por ejemplo, la Tasa de Mortalidad Infantil es el número de defunciones de menores de un año de edad durante un año determinado sobre el número de nacidos vivos en ese mismo año.

Un índice es una expresión matemática elaborada en base a dos o más indicadores. Por ejemplo, el Índice de Nivel Económico Social (NES) se

basa en tres indicadores: nivel educacional, ingresos y ocupación.

Los datos pueden ser procesados con ayuda de la Estadística y este procesamiento puede adoptar diversos modos de presentación, ej.: tablas y gráficos.

En cuanto al **conocimiento**, la mayoría de la gente tiene la sensación intuitiva de que es algo más amplio, más profundo y más rico que los datos y la información.

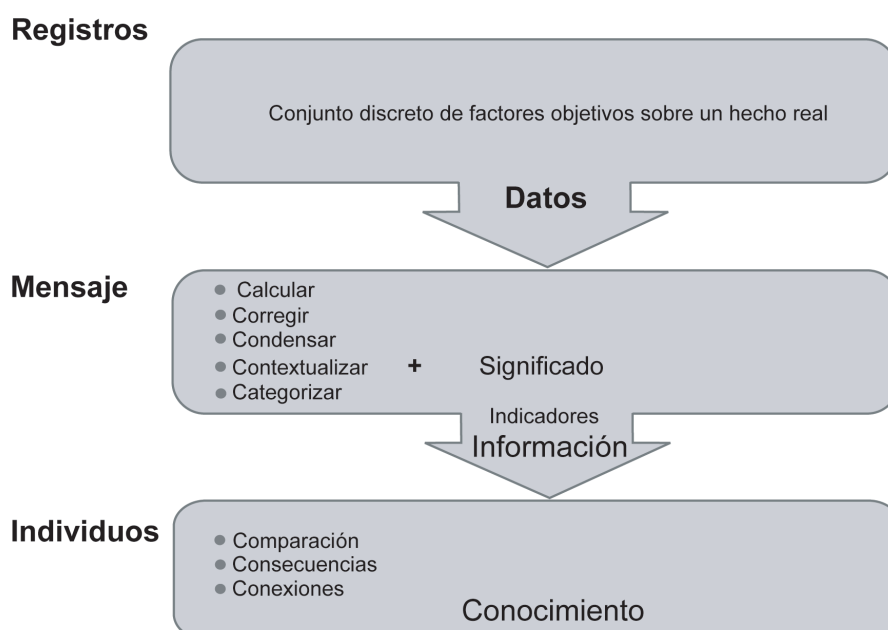
La información se convierte en conocimiento gracias al trabajo y esfuerzo de las personas, esta transformación se produce cuando las personas utilizan la información comparando, estableciendo causas y consecuencias, realizando diferentes conexiones, "poniendo en diálogo", relacionando, etc.

El conocimiento, según esta definición, es la interrelación de datos que transformados en información posibilita saber sobre "algo" o "alguien" y tomar decisiones.

Para algunos autores el conocimiento dentro de las organizaciones es una mezcla de experiencia, valores, información y "saber hacer", que sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información, y es útil para la acción. Se origina y aplica en la mente de los conocedores. Existe dentro de las personas como parte de la complejidad humana y de nuestra impredecibilidad. El conocimiento puede ser visto como un proceso (flujo) o como un stock. Deriva de la información, así como la información deriva de los datos.

Al igual que encontramos datos en registros e información en mensajes, podemos obtener conocimiento de individuos, grupos de conocimiento o, incluso, en rutinas organizativas.

El siguiente esquema intenta graficar la relación entre dato, información y conocimiento:



Actividad de integración de la Unidad 2



En esta actividad le proponemos completar el análisis acerca de las formas en las que se registra la información en el CS tomando contacto con cada tipo de registro y analizándolo desde la perspectiva del instrumento de recolección de datos que le da origen, es decir analizando el tipo de datos que releva y su confiabilidad y validez para producirlos.

Para ello, le sugerimos que tome al menos un registro de información por tipo que haya relevado como producido en su CS (historia clínica, fichero cronológico, relato de experiencias de prevención de enfermedades o promoción de la salud, carnet perinatal, carnet de inmunizaciones, recuento de motivos de consulta, etc.) y realice sobre cada uno de ellos un análisis de confiabilidad y validez, teniendo en cuenta:

- de qué tipo de datos (o combinación de datos) se trata: dato narrativo, frases textuales, medidas numéricas, dibujos, etc.;
- estudie su grado de objetividad/subjetividad según lo planteado en la Introducción de esta Unidad;
- clasifíquelos en cuanto tipo de datos hacia los que se orientan (centrados en el paciente, en los profesionales, etc.);
- explicita el uso y el valor que pueden tener como información para la toma de decisiones en el CS;
- indique qué tipo de decisiones permiten tomar.

Con el resultado de este análisis reflexione sobre la siguiente cuestión: ¿Hay correlación entre la confiabilidad y la validez de los instrumentos de registro y la mayor objetividad y/o subjetividad de los datos?

En su opinión, los registros de información que se generan en el CS son adecuados para:

- conocer los datos de la población atendida en el CS,
- permitir el seguimiento de las personas atendidas en el CS,
- recolectar información acerca de la frecuencia y periodicidad de las actividades que allí se realizan (asistencia, prevención, promoción de la salud),
- conocer los motivos de derivación de las personas con problemas de salud al siguiente nivel de atención (sistema de referencia),
- continuar con el seguimiento de las personas que regresan de una derivación al siguiente nivel de atención (sistema de contrarreferencia),

- contar con información sobre la prevalencia e incidencia de ciertas enfermedades en el área programática, etc.

Desde su punto de vista, la información que se genera en el CS, ¿cuenta con variedad de registros que les permitan generar información relevante sobre diferentes aspectos: asistencia centrada en las necesidades de la población y la disponibilidad del recurso humano, actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud, registro detallado de enfermedades crónicas comunes en su área programática, etc.)?

Si el resultado del análisis precedente le indica que puede mejorarse la producción y utilización de registros en su CS, le sugerimos que liste aquellos aspectos que a su juicio podrían mejorarse y proponga soluciones accesibles para los mismos.

Lleve el resultado de la Actividad Integradora y sus sugerencias al próximo encuentro tutorial para compartir con los demás compañeros del Posgrado y reflexionar junto al tutor.



Unidad 3



Fuentes de datos
locales, Jurisdiccionales
y nacionales

Introducción

Algunas fuentes de registros permanentes son:

- los Informes Estadísticos de Nacido Vivo
- los Informes Estadísticos de Defunción
- los Datos Hospitalarios
- los Reportes de Enfermedades
- los Registros de Enfermedades

Los **Informes Estadísticos de Nacido Vivo e Informes Estadísticos de Defunción** son **documentos estadísticos** utilizados para el **registro sistemático** de todos los nacimientos y las defunciones e incluyen -entre otros- datos demográficos de la madre, eventos relacionados con la salud del recién nacido y el parto (tiempo de gestación, peso al nacer, procedimientos obstétricos), datos demográficos de las personas fallecidas, causas de muerte, etc.).

Las estadísticas sobre natalidad y mortalidad que se elaboran en base a los Informes Estadísticos de Nacido Vivo (IENV) e Informes Estadísticos de Defunción (IED) son publicadas regularmente por las provincias, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y la Organización Mundial de la Salud, en las series de estadística anual.

Los **datos de servicios de salud** son recolectados de forma rutinaria para la atención intra y extrahospitalaria. El tipo y la forma de recolección varían ampliamente de acuerdo a las necesidades y posibilidades locales. Pueden incluir datos sobre admisiones, altas, motivos de ingreso, estadía, procedimientos médicos, costos, etc. Los registros de los profesionales de la salud guardan datos similares a los hospitalarios con mayor énfasis en la atención ambulatoria del paciente.

Además, los profesionales de la salud tienen la obligación legal de informar sobre ciertas enfermedades conocidas como **enfermedades reportables**, a las autoridades de salud. En estas situaciones **el dato es un caso** y el sistema de información se llama **sistema de vigilancia**. La sistematización del reporte permite al sistema de salud responder en forma rápida y adecuada con las medidas pertinentes. En todos los países miembros de la Organización Mundial de la Salud son reportables las enfermedades que requieren cuarentena y son publicadas en el sitio web de la OMS (<http://www.who.int/es/>).

Los **registros de enfermedades** son bases de datos centralizados para la recolección de datos sobre los casos de una enfermedad particular en una población definida (poblacional, institucional). Los registros más comunes son los de enfermedades neoplásicas que recolectan datos sobre todos los casos nuevos (incidentes) que

ocurren en una población bien delimitada. La Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC) de la OMS publica regularmente -en la serie Cancer Incidence in Five Continents- usando los datos de los distintos registros de cáncer regionales bajo estrictas medidas de calidad.

Los **servicios de seguridad social y las aseguradoras** recolectan rutinariamente datos de las condiciones de salud de sus miembros. Estos datos pueden contener información sobre la cantidad de gente recibiendo un determinado tipo de atención de salud, incapacidades, etc.

En la mayoría de los países los **censos nacionales de población** son las herramientas que se utilizan (con frecuencia variable, de acuerdo a la disponibilidad de recursos y necesidades locales) para recolectar datos de la totalidad de la población por área geográfica. Registran edad, sexo y una gran variedad de otras características. Permiten estimar el tamaño de la población entre censos, basados en los nacimientos, defunciones y migraciones. La dificultad del uso de los censos radica en sus limitaciones en el tiempo desde el último censo (individuos sin hogar, poblaciones nómades) y la calidad de sus datos.

Cuando se cuenta con datos de la población total puede calcularse la población en riesgo según los datos rutinarios recolectados por cualquiera de estos sistemas. La fuente más común de datos para el cálculo de indicadores de salud son los censos nacionales de población, éstos aportan la cantidad de residentes en las distintas poblaciones y permiten construir los denominadores que se utilizan para conocer la incidencia de un evento particular en una población definida.

En esta Unidad trabajaremos sobre los siguientes núcleos problemáticos:

- **¿Cómo se construyen las principales Fuentes de Datos de recolección cotidiana del Sistema de Información de Salud?**
- **¿Qué valor tiene que el Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud del SES esté organizado en torno a un Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB)?**
- **¿Cómo puede utilizarse la información que produce el Sistema Estadístico de Salud para el trabajo en el primer nivel de atención?**
- **¿Qué tipo de conocimiento se puede producir en el primer nivel de atención?**
- **¿Cuál es la importancia del reporte de enfermedades obligatorias a los sistemas de Vigilancia Epidemiológica?**

Objetivos específicos

Al finalizar esta unidad Ud. estará en condiciones de:

- Conocer y utilizar las principales Fuentes de Datos del Sistema de Información de Salud.
- Valorar el uso adecuado de los instrumentos de registro permanente en su tarea cotidiana en el CS.
- Comprender la estrategia de implementación en los servicios de salud del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) a nivel nacional.
- Conocer el modo en que debe realizarse la notificación obligatoria de enfermedades dentro del marco de lo establecido por el SINAVE.
- Conocer el procedimiento de notificación obligatoria de los casos de HIV/SIDA.

Actividad Inicial

En la Unidad 1 Ud. ha trabajado sobre cómo la información producida en su CS llega a formar parte del Sistema de Información de Salud y a través de qué vías la información producida vuelve al Centro de Salud para poder ser utilizada. En la Unidad 2 ha relevado los diferentes registros que se producen en el CS. En esta Unidad las actividades se centrarán en la utilización de las fuentes de datos locales.

En las actividades de esta Unidad le proponemos "cruzar" y/o confrontar la información producida en el CS con la información producida en el resto del Sistema de Información de Salud para generar conocimiento sobre los problemas de salud de su área programática y el modo en que se les está dando cobertura.

A continuación se presenta una primera propuesta de actividad que ejemplifica el tipo de análisis que esperamos realice durante esta Unidad:

- ubique tres historias clínicas de las mujeres embarazadas controladas en el Centro de Salud, que se encontraban en el tercer trimestre de gestación en los últimos 6 meses;
- averigüe dónde se han producido los partos de esas mujeres, buscando esa información en diferentes registros (las historias clínicas de las mujeres en el CS, en el hospital hacia el que deriva el CS, en otros hospitales cercanos a su área programática, etc.);
- una vez ubicados los hospitales donde se realizaron los partos de las



mujeres que se controlaban en su Centro de Salud, tome contacto con obstetras y parteras y con las historias clínicas del hospital e indague: si las mujeres llegaron al parto con el carnet perinatal y si la información que contenía eran los necesarios y suficientes para atender el parto;

- revise en las historias clínicas de las mujeres identificadas cuándo se produjo el primer control del recién nacido y su madre en el CS;
- indague con el pediatra y el obstetra del CS que atienden al bebé y su madre con qué información proveniente del hospital regresaron al Centro de Salud (traían el carnet perinatal, la información era la necesaria y suficiente para continuar con el seguimiento).

Luego reflexione con sus compañeros del Posgrado acerca del sistema de referencia y contrareferencia local, ¿qué podría sugerir para mejorarlo?

Puede utilizar este mismo esquema de análisis con otros problemas de salud significativos, por ejemplo:

- niños atendidos en el CS que requirieron internación durante el último año,
- mujeres en edad fértil que requirieron internación en los últimos 6 meses,
- personas con enfermedades crónicas en su área programática que requirieron internación durante el último año.

Para poder realizar la tarea de seguir la historia clínica de personas derivadas desde su CS al segundo nivel de atención necesitará contactar al/a los centro/s de derivación cercanos a su área programática, de este modo podrá completar la información que tiene en el CS. Reúnase con el resto de los compañeros del Posgrado para aunar criterios respecto a cómo realizar esta búsqueda entre todos

1. Registros Estadísticos Permanentes

1.1 Subsistema de Estadísticas Vitales

La demografía es el estudio estadístico de las poblaciones humanas según su estado y distribución en un momento determinado o según su evolución histórica. Las estadísticas vitales junto con los censos nacionales de población constituyen las dos fuentes de información demográfica más importantes y disponibles.

Las **estadísticas vitales** cobran un gran valor en el área de la salud y se utilizan frecuentemente en la elaboración de indicadores.

Se las puede agrupar de la siguiente forma:

- Estadísticas de **natalidad**
- Estadísticas de **mortalidad**
- Estadísticas de **mortalidad fetal**
- Estadísticas de **matrimonio**

Las entidades responsables que actúan secuencialmente en la captura de hechos vitales (nacimientos, defunciones, defunciones fetales y matrimonios) y en el registro y la elaboración de las estadísticas, son:

- en el **nivel local** los Registros Civiles y Delegaciones de Registros Civiles inscriben y registran los hechos vitales, además recolectan y transmiten los datos;
- en el **nivel jurisdiccional** las Unidades de Estadísticas de Salud realizan la recepción, codificación, y captura de los datos estadísticos, suministrando anualmente los archivos al nivel nacional;
- en el **nivel nacional** la Dirección de Estadísticas e Información de Salud elabora las estadísticas vitales, según un plan de tabulado recomendado por todas las jurisdicciones en reuniones nacionales; además, publica y difunde información de interés nacional.

Los instrumentos diseñados para la captura de los hechos vitales han sufrido modificaciones a través del tiempo. En la XV Reunión Nacional de Estadísticas de Salud realizada en junio de 1999, se aprobaron los modelos vigentes y se acordó su implementación en todo el país a partir del 1° de enero de 2001.

Le recomendamos consultar los modelos vigentes en todo el país para la captura de hechos vitales en la publicación "Modelos de Formularios e Instructivos del Sistema de Estadísticas Vitales. Dirección de Estadística e Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Buenos Aires, enero del 2000".

En esta publicación no sólo se explica cómo se completa cada uno de los campos de los Formularios utilizados para Estadísticas Vitales, sino que se dan ejemplos para el llenado de los mismos.

Si en su Centro de Salud no cuenta con esta publicación puede solicitarla a la Oficina de Estadística Provincial o a la Dirección de Estadística e Información de Salud



Cada vez que ocurre un hecho vital, éste es registrado en forma **obligatoria** y

gratuita en un formulario que sirve a los fines estadísticos. La datos registrados en estos formularios están amparados por el secreto estadístico, esto quiere decir que serán tratados en forma confidencial, según lo establecen la Ley 17.622/68 y el Decreto Reglamentario 3.110/70.

El Informe Estadístico no es un instrumento legal. A los fines legales, los Registros Civiles registran, reciben y archivan Certificados por cada Nacimiento, Defunción o Defunción Fetal, con los cuales se elaboran las actas respectivas.

Los formularios para los informes estadísticos vigentes son:

- **Informe estadístico de nacido vivo:** se registran peso al nacer, datos de los padres en relación al nivel de instrucción, actividad laboral, edad y paridad de la madre, etc.,
- **Informe estadístico de defunción:** se registran fecha, causa, tipo de atención recibida en relación a la defunción, edad del fallecido, etc.,
- **Informe estadístico de defunción fetal:** agrega al anterior la causa de la defunción fetal,
- **Informe estadístico de matrimonio:** se registran fecha, actividad laboral y grado de instrucción de los contrayentes.



Puede consultar los formularios en www.deis.gov.ar/descrformularios.htm#2m, o bien, ingresar al sitio a través de www.medicoscomunitarios.gov.ar

1.1.1 Recolección de datos rutinarios sobre natalidad

Cuando ocurre un nacimiento, el médico completa un formulario que consta de dos secciones:

- el **Certificado de Nacimiento (CN)** cuyo objetivo es el **registro del hecho con fines legales**, y
- el **Informe Estadístico de Nacido Vivo (IENV)** cuyo objetivo es la **captación de datos con fines estadísticos**.

Los datos del Certificado de Nacimiento sirven a los fines legales. En tanto que, los datos contenidos en el IENV **no pueden** utilizarse para fines legales, sino sólo con fines estadísticos, tal como lo establece la Ley 17.622/68 - Decreto Reglamentario 3.110/70, que instituye además, la obligatoriedad del secreto estadístico.

Los datos de natalidad que se registran en el IENV y que son remitidos desde el nivel local (establecimientos y Registros Civiles) al nivel jurisdiccional respectivo

(oficinas provinciales de Estadísticas de Salud) y desde allí, al nivel nacional (Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación), son los que permiten elaborar las **estadísticas de natalidad del Sistema Estadístico de Salud (SES)**.

El proceso que sigue cada una de las secciones del formulario en el que se registra un nacimiento, se representa a continuación:

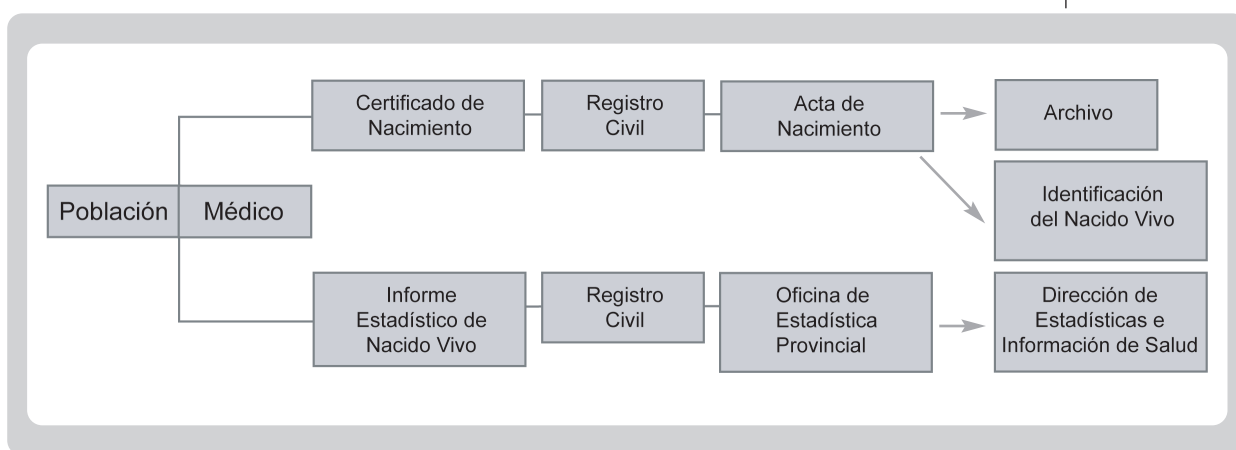


Figura 1- Representación del proceso de registro e Informe Estadístico de Nacido Vivo

A los efectos del registro estadístico de nacimientos se emplea para completar el formulario la definición recomendada por la OMS que se cita a continuación:

"(...) Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, tal como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo."¹.

En el Anexo 4 se presenta el formulario de Informe Estadístico de Nacido Vivo.

Recuerde que el llenado de los datos médicos del Informe Estadístico es de competencia del profesional que certifica el nacimiento. Quien cumplimenta el Informe Estadístico es la persona que mejor puede indagar sobre el nacimiento que registra y quien puede dar una información completa y veraz del acontecimiento. Por todo ello, no se debe dejar información sin responder, de lo contrario faltará información.

1. *Modelos de Formularios e Instructivos del Sistema de Estadísticas Vitales. Dirección de Estadística e Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Buenos Aires, enero del 2000).*



Averigue en el hospital de referencia cuántos partos y cuántos nacidos vivos hay anualmente. Relacione esta información con la cantidad de controles de embarazadas a nivel local, el uso del carnet perinatal, la referencia y contrareferencia, etc.

Para realizar la búsqueda de información en el hospital base, le sugerimos ponerse de acuerdo con los demás compañeros del Posgrado, de modo de diseñar una estrategia de búsqueda de información en común.

Finalmente, reúnase con sus compañeros del CS que están realizando el Posgrado y con su tutor para compartir su análisis, proponer soluciones y planear acciones.



*Para esta
tarea busque el
asesoramiento del
Director de su CS
y del tutor.*

1.1.2 Recolección de datos rutinarios sobre mortalidad

Cuando ocurre un deceso, el médico completa un formulario que consta de dos secciones:

- el **Certificado de Defunción (CD)** cuyo objetivo es el **registro del hecho con fines legales**, y
- el **Informe Estadístico de Defunción (IED)** cuyo objetivo es la **captación de datos con fines estadísticos**.

Los datos del Certificado de Defunción sirven a los fines legales. En tanto que, los datos contenidos en el IED **no pueden** utilizarse para fines legales, sino sólo con fines estadísticos, tal como lo establece la Ley 17.622/68 - Decreto Reglamentario 3.110/70, que instituye además, la obligatoriedad del secreto estadístico.

Los datos de mortalidad que se registran en el IED y que son remitidos desde el nivel local (establecimientos y Registros Civiles) al nivel jurisdiccional respectivo (oficinas provinciales de Estadísticas de Salud) y desde allí, al nivel nacional (Dirección de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación), son los que permiten elaborar las **estadísticas de mortalidad del Sistema Estadístico de Salud (SES)**.

El proceso que sigue cada una de las secciones del formulario en el que se registra una muerte, se representa a continuación:

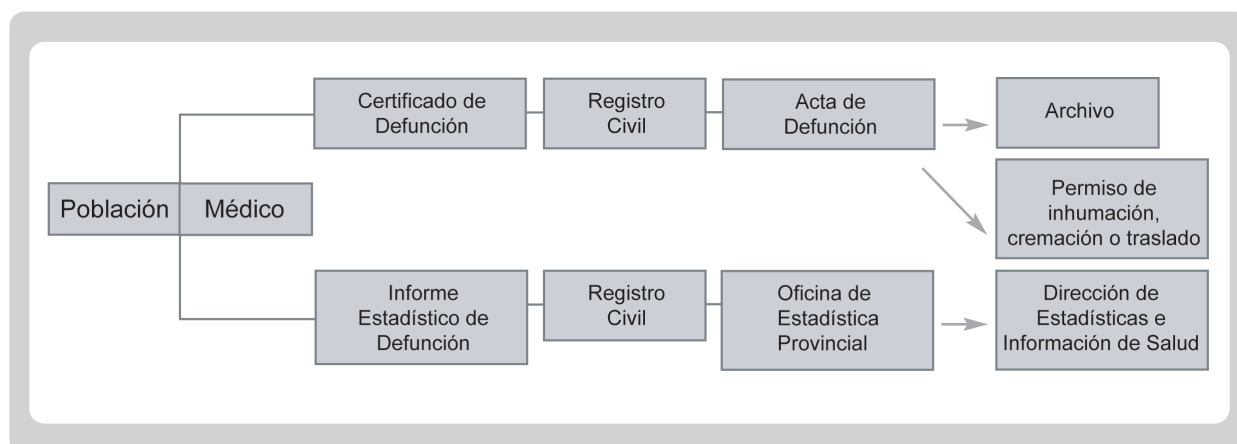


Figura 1- Representación del proceso de registro e Informe Estadístico de Defunción

A los efectos del **registro estadístico de defunción**, para completar el formulario se emplea la definición recomendada por la OMS que se cita a continuación:

"(...) Es la desaparición permanente de todo signo de vida, cualquiera que sea el tiempo transcurrido desde el nacimiento con vida (cesación post-natal de las funciones vitales sin posibilidad de resucitar). Por tanto, esta definición excluye las defunciones fetales."2.

En el Anexo 5 se presenta el formulario de Informe Estadístico de Defunción.

En caso de tratarse de una **defunción fetal**, para completar el formulario se emplea la definición recomendada por la OMS que se cita a continuación:

"(...) Es la muerte ocurrida con anterioridad a la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración del embarazo; la defunción se señala por el hecho de que, después de tal separación, el feto no respira ni muestra cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios"3.

En el Anexo 6 se presenta el formulario de Informe Estadístico de Defunción Fetal.

Para las estadísticas de mortalidad y morbilidad constituye una prioridad garantizar la integridad, calidad y oportunidad de los datos.

El Informe Estadístico de Defunción (IED) es la fuente más importante de información sobre mortalidad, de gran interés para la programación y evaluación de las acciones de salud y el cumplimiento de las políticas correspondientes, como asimismo, para las investigaciones médicas y epidemiológicas. La calidad de esta información está asociada a la de los datos que se captan, especialmente la causa de muerte. Por razones de competencia profesional corresponde al médico

2. Modelos de Formularios e Instructivos del Sistema de Estadísticas Vitales. Dirección de Estadística e Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Buenos Aires, enero del 2000.

(preferentemente al médico tratante) la responsabilidad de suministrar esta información. Por consiguiente, de él depende que las estadísticas reflejen lo más fielmente posible el perfil de la mortalidad.

Las mismas consideraciones valen para el Informe Estadístico de Defunción Fetal (IEDF).



Recuerde que el profesional que informa es quien más sabe del acontecimiento que se está registrando y quien puede consignar con precisión todos los datos solicitados. Asimismo, tenga presente que la información veraz, completa y oportuna es un bien público, por lo tanto, completar estos datos correctamente es una necesidad.



Para mayor información sobre el modo en que se deben completar los Formularios de Estadísticas Vitales le sugerimos la lectura atenta y detallada de las siguientes publicaciones:

1 - Modelos de Formularios e Instructivos del Sistema de Estadísticas Vitales.

Dirección de Estadística e Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Buenos Aires, enero del 2000.

2 - Informe Estadístico de Defunción. Guía para los médicos sobre el empleo del Modelo Internacional para el registro de la causa de muerte. Dirección de Estadística e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Enero 2001.

Si en el Centro de Salud no cuenta con estas publicaciones puede solicitar el envío de las mismas a la Unidad de Estadísticas de Salud de su provincia, o bien a la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, sin cargo alguno.



Puede consultar las definiciones y conceptos que se utilizan en los Informes de Estadísticas Vitales en www.deis.gov.ar/definiciones.htm. Los formularios en www.deis.gov.ar/descformularios.htm o el Manual de Certificación de la Causa de Muerte en www.deis.gov.ar/certificacion.htm

También puede ingresar a estos sitios a través de w.medicoscomunitarios.gov.ar



Le proponemos que identifique -con la ayuda de informantes clave- tres personas que habitualmente se atendían en el Centro de Salud y que hayan fallecido en los últimos meses y busque sus historias clínicas.

Con la información que surge de sus historias clínicas en el CS y -si medió internación en el hospital- de la historia clínica del hospital, identifique la causa de la defunción en cada caso, si ésta estuvo mediada por una "causa básica" (antecedente que desencadenó el proceso que condujo a la muerte), observe y compare entre las historias clínicas si la causa básica:

- ¿estaba consignada en la historia clínica?
- ¿pudo ser informada mediante el sistema de referencia?
- ¿qué otros datos había en la historia clínica del paciente en el CS?
- ¿figuraban todos los antecedentes importantes en la historia clínica del hospital?

Con la información obtenida, reflexione acerca de la parcialidad de la información en cada nivel de atención, los datos que hubiesen sido importantes para el último médico tratante de los pacientes fallecidos en el hospital y que el CS hubiese podido aportar con un buen sistema de referencia.

1.2 Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud

En la XVIII Reunión Nacional de Estadísticas de Salud, realizada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el 4 y 5 de mayo 2004, se aprobó un Conjunto Mínimo de Datos Básicos de interés nacional cuya implementación obligatoria comenzó el 1º de enero del 2005.

Como lo indica la publicación "Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) aprobados de Interés Nacional - Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) recomendados de Interés Jurisdiccional" de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. CABA, Setiembre de 2004:

"(...) La obtención de los datos de las Estadísticas de Servicios de Salud supone el cumplimiento de las siguientes etapas:

- A **nivel local**, en los establecimientos de salud se realiza el registro de pacientes y de prestaciones de salud. A ellos compete, además, la recolección y transmisión, con periodicidad definida, de los datos al nivel jurisdiccional

directamente o a través de las zonas sanitarias.

- A **nivel jurisdiccional**, las Oficinas Provinciales de Estadísticas de Salud, dependientes de las Secretarías o Ministerios de Salud jurisdiccionales, realizan la recepción, codificación y procesamiento primario de los datos, suministrando, con periodicidad definida, los archivos al nivel nacional.
- A **nivel nacional**, la Dirección de Estadísticas e Información de Salud es la encargada de elaborar, publicar y difundir las Estadísticas de Servicios de Salud según requerimientos de interés nacional. (...)”⁴.



Para más información puede consultar la publicación: Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) aprobados de Interés Nacional - Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) recomendados de Interés Jurisdiccional. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. CABA, Septiembre de 2004, en www.deis.gov.ar/Publicaciones/arbol_tematico.asp
También puede ingresar a este sitio a través de www.medicoscomunitarios.gov.ar

Muchos - y de diferente orden- son los motivos que condujeron a la definición de un Conjunto Mínimo de Datos Básicos para el SES, pero llevaron a adoptar algunas de las siguientes **estrategias** para la formulación de los mismos:

- Plantear la propuesta de cambio en términos de **contenidos, criterios y definiciones** y no de instrumentos estructurados de recolección de datos.
- Definir en la propuesta un **conjunto mínimo de datos básicos (CMDDB)**, válidos para distintas políticas de salud nacionales y jurisdiccionales y modelos diferentes de gestión de servicios de salud.
- Procurar la **cobertura total y permanente de los subsistemas en el ámbito oficial**, a través de acuerdos también permanentes entre las provincias.
- Apoyar la **descentralización del procesamiento de datos hasta el nivel local**, considerando todas las etapas de la producción y todos los contenidos temáticos, sujeta a las condiciones de cada jurisdicción.
- Garantizar que los distintos niveles del SES ejerzan la **centralización normativa** en lo concerniente a metodologías y técnicas estadísticas de los sistemas de información específicos de los programas de atención de la salud, los cuales se desarrollarán al respecto en el marco de la descentralización operativa.
- Garantizar la cobertura permanente de la codificación de morbilidad con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión - CIE-10- en todos los establecimientos oficiales.

4. *Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) aprobados de Interés Nacional - Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) recomendados de Interés Jurisdiccional. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. CABA, Septiembre de 2004.*

Estas estrategias se combinan con algunas **líneas de acción** que se mencionan a continuación:

- **Normatizar** la recolección y procesamiento de la información aprobada de interés nacional y la recomendada de interés jurisdiccional sobre diversas modalidades de atención, para lograr la **homogeneidad** entre las provincias en la producción estadística.
- **Complementar** la información producida por los registros permanentes con **encuestas a población** que permitan conocer la situación de salud, las barreras y las formas de acceso a los servicios, lo cual resulta importante para monitorear el impacto de las acciones de salud⁵.

El Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) aprobados de interés nacional incluye:

- Información estadística de pacientes internados
- Información estadística de movimiento de pacientes y utilización de camas
- Información estadística de consultas médicas ambulatorias
- Información estadística de recursos de salud

El Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) recomendados de interés jurisdiccional incluye:

- Información estadística de laboratorio de análisis clínicos
- Información estadística de imágenes
- Información estadística de prestaciones odontológicas
- Información estadística sobre internación domiciliaria programada
- Atención de la internación organizada por cuidados progresivos - internación indiferenciada
- Información estadística de Hospital de Día
- Información estadística para establecimientos de salud mental con internación

En síntesis:

El establecimiento de un Conjunto Mínimo de Datos Básicos a nivel nacional permite que los datos estadísticos consolidados surgidos del segundo y tercer nivel de atención sean comparables. Si bien esta información no alcanza al primer nivel de atención, puede ser utilizada para contextualizar todo relevamiento de problemas de salud realizado en el CS.

5. Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) aprobados de Interés Nacional - Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) recomendados de Interés Jurisdiccional. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. CABA, Septiembre de 2004.



Le sugerimos que indague si en su jurisdicción, el Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias y el Informe Estadístico de Recursos de Salud, también son utilizados como medio de registro estadístico en el primer nivel de atención, es decir en los CS.

Como no existe un único formulario de recolección de datos en el primer nivel de atención, ello significa que en cada municipio, región sanitaria o provincia la recolección de datos sobre motivos de consulta y recursos de salud puede ser realizada utilizando diferentes formularios.

Del **Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB)** aprobados de interés **nacional**, el **Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias - IECMA** (de registro permanente) y el **Informe Estadístico de Recursos de Salud - IERS** (de registro periódico), son utilizados en forma obligatoria en el segundo y tercer nivel de atención

Si bien no existe obligatoriedad de utilizar el Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias y el Informe Estadístico de Recursos de Salud en el primer nivel de atención, como la tendencia es hacia la unificación de criterios también en este nivel, a continuación abordaremos estos dos formularios para que Ud. pueda conocer la información que se ha consensuado como obligatoria a nivel nacional.

1.2.1 Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias

Conocer el conjunto mínimo de datos básicos para todos los pacientes que utilizan un establecimiento de salud con atención ambulatoria es vital para poder conducirlo técnica y administrativamente.

El **Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias** (que se encuentra disponible en papel o en soporte magnético) es el instrumento básico para la captación del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) de los pacientes que utilizan la consulta médica ambulatoria e implica el **registro individual de cada consulta**.

Los **Datos Básicos** que incluye son:

1. Identificación del establecimiento
2. Fecha
3. Unidad operativa
4. Edad
5. Sexo
6. Residencia habitual del paciente
7. Pertenece o está asociado a ...
8. Diagnóstico o motivo de consulta

El **objetivo** de este informe es registrar algunas características de quienes consultan y el diagnóstico o motivo de la consulta, información esencial para contribuir a la calidad de la atención del paciente y de los estudios epidemiológicos necesarios para la toma de decisiones y el mejoramiento en la atención de la salud de la población. Esta recolección exige coherencia con los datos de diagnóstico o motivo de consulta del paciente en su historia clínica.

Tenga presente que, los datos solicitados en el Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias no reemplazan el registro de los diagnósticos en la historia clínica.



Por razones de competencia profesional, corresponde al médico tratante la responsabilidad de registrar en el informe citado el diagnóstico o motivo de consulta. De él depende que las estadísticas reflejen lo más fielmente posible el perfil de la morbilidad atendida ambulatoriamente.

Con la información que se recolecta en el Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias, se puede elaborar numerosos indicadores, entre ellos:

- Total de consultas médicas ambulatorias
- Consultas médicas ambulatorias por residencia del paciente
- Consultas médicas ambulatorias por edad y sexo
- Consultas médicas ambulatorias por diagnóstico o motivo de consulta
- Consultas médicas ambulatorias por cobertura de salud de los pacientes

Recuerde que los datos del Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias son de registro diario e individual y consolidación diaria y mensual para uso del establecimiento y de la Oficina Provincial de Estadísticas de Salud.



A continuación se presenta el Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias:

INFORME ESTADISTICO DE
CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO:

1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

DEPARTAMENTO DE LOCALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

ZONA SANITARIA

2. FECHA

3. UNIDAD OPERATIVA

TIPO Y N° DE DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRE	4. EDAD			5. SEXO		6. RESIDENCIA HABITUAL DEL PACIENTE (Localidad, Departamento, Provincia, País)	7. PERTENECE O ESTÁ ASOCIADO A					8. DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA
		Años	MeSES	Días	M	F		1. Otra	2. Plan de salud	3. Plan social o Mutual	4. Más de uno	5. Ninguno	
DNIA/C/LE N°:													
DNIA/C/I/F N°:													
DNIA/C/LE N°:													
DNIA/C/LE N°:													
DNIA/C/LE N°:													
DNIA/C/LE N°:													
DNIA/C/LE N°:													
DNIA/C/LE N°:													
DNIA/C/LE N°:													
DNIA/C/LE N°:													
DNIA/C/LE N°:													
DNIA/C/LE N°:													
DNIA/C/I/F N°:													
DNIA/C/LE N°:													
DNIA/C/LE N°:													
DNIA/C/LE N°:													
DNIA/C/LE N°:													
DNIA/C/LE N°:													
DNIA/C/I/F N°:													
DNIA/C/LE N°:													
DNIA/C/LE N°:													
DNIA/C/LE N°:													
DNIA/C/LE N°:													
DNIA/C/I/F N°:													
DNIA/C/LE N°:													
DNIA/C/LE N°:													

Ud. ya ha indagado en la Unidad 1 acerca de la existencia de registros permanentes cuyo consolidado (diario y/o mensual) es enviado al municipio, región sanitaria u oficina provincial. En el párrafo anterior hemos presentado el modelo de formulario que se utiliza para consignar los motivos de consultas médicas ambulatorias desde el segundo nivel de atención. En esta actividad le proponemos que observe y compare el registro que debe realizar el segundo nivel de atención con el que Uds. están utilizando en el Centro de Salud.

Para la realización de esta actividad le recomendamos que: solicite al Director del CS autorización para consultar el registro consolidado mensual que se envía al nivel municipal, de región o zona sanitaria y/o provincial, y solicite al hospital al que su CS suele derivar autorización para consultar los formularios del Informe de Consultas Médicas Ambulatorias

Una vez identificados los dos registros, le sugerimos que observe y relacione los datos que surgen de uno y otro formato de registro del siguiente modo:

- seleccione en ambos registros motivos de consulta, por ejemplo: diarrea, control embarazo, etc.;
- verifique si los motivos de consulta se describen o codifican del mismo modo;
- identifique si en alguno de los registros se utiliza la clasificación de la CEPS-AP para establecer el motivo de consulta;
- analice si el tipo de formularios utilizados en uno y otro caso permiten consignar la misma cantidad de información en ambos registros o en alguno hay más datos que en otro, si es así, de qué tipo son los datos y cuál es su relevancia;
- utilizando lo que ha visto en las Unidades anteriores respecto a la objetividad / subjetividad de los datos, ¿qué análisis realiza de cada uno de los registros?;
- utilizando lo que ha visto en las Unidades anteriores respecto de la confiabilidad y validez de los instrumentos de registro, ¿qué análisis realiza de cada uno de los registros?.



Como en otras ocasiones, le sugerimos que acuerde con el resto de los compañeros del Posgrado de su CS la mejor estrategia para poder consultar los Informes del hospital.

1.2.2 Informe Estadístico de Recursos de Salud

Las estadísticas de recursos de salud son imprescindibles para tomar decisiones en el proceso de gestión en todos los niveles del sector salud.

A nivel nacional se propone que este conjunto de datos sea recolectado una vez al año en todos los establecimientos de salud (que pertenecen al segundo y tercer nivel de atención) cuya actividad consista exclusivamente en el cuidado y la atención de la

salud en sus diferentes modalidades. El Informe **Estadístico de Recursos de Salud** (que se encuentra disponible en papel o en soporte magnético) tiene por objetivo actualizar anualmente la información estadística de los recursos y servicios de salud de los establecimientos.

Lo que se intenta caracterizar a través de este informe es el perfil del establecimiento en lo que se refiere a modalidad de atención, tipo de establecimiento, recursos humanos equipamiento seleccionado y camas.

En el Anexo 7 se presenta el formulario de Informe Estadístico de Recursos de Salud.



Puede consultar los formularios que se utilizan para el Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatoria (IECMA) y para el Informe Estadístico de Recursos de Salud (IERS) en www.deis.gov.ar/publicaciones/Archivos/Serie1Nro14.pdf.
O bien, ingresar al sitio a través de www.medicoscomunitarios.gov.ar

2. Registros Epidemiológicos Permanentes

2.1 Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)

El desarrollo de los Sistemas de Declaración o Notificación Obligatoria de Enfermedades Transmisibles dio origen a los actuales **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica**. A continuación, se presentan algunas de las premisas en las que se basa la Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles:

- el primer paso para controlar las enfermedades transmisibles y reconocer la aparición de las nuevas es su detección e identificación inmediata;
- la detección inicial de cualquier enfermedad transmisible está en manos del médico u otro profesional que reconoce el caso, inclusive el agente sanitario, si reconoce el caso inicialmente esta obligado a notificar la situación al funcionario de salud correspondiente;
- la notificación de las enfermedades transmisibles es un componente esencial de la vigilancia epidemiológica;

- todos los agentes de salud tienen que estar informados sobre las enfermedades que se deben notificar y también sobre la forma de hacerlo y las razones para hacerlo;
- para controlar cualquier enfermedad transmisible se necesita el conocimiento epidemiológico de la enfermedad, así como **datos fiables** de vigilancia;
- las características actuales de las poblaciones (el número creciente, el hacinamiento y las migraciones) originan nuevos problemas relacionados con enfermedades de reciente aparición (enfermedades emergentes y re-emergentes);
- los sistemas de notificación de enfermedades transmisibles pasivos son relativamente incompletos e inexactos en particular en los casos de enfermedades que son muy prevalentes, para afrontar estos problemas se necesita utilizar otras estrategias de vigilancia, como la vigilancia centinela.

La estrategia de notificación de enfermedades transmisibles involucra:

1. la recopilación de datos básicos en las localidades donde surge el evento;
2. la reunión de datos correspondientes al nivel local / jurisdiccional o provincial / nacional;
3. el reporte a las autoridades internacionales sobre algunos eventos de salud.

El sistema de salud de la República Argentina esta conformado por diferentes subsectores: público, privado y de las obras sociales. Esto supone que la recopilación de datos básicos debe provenir de todos los sectores, que a su vez, se encuentran vinculados entre sí por diversos mecanismos en los diferentes niveles (local, jurisdiccional y nacional).

2.1.1 Recopilación de datos a nivel local

En el **nivel local**, los profesionales -en especial los médicos- que actúan en cualquiera de los sectores que prestan servicios de salud (centros de salud de diferente complejidad, con o sin internación) dependientes de los municipios y/o región y/o zona sanitaria tienen la obligación de notificar según lo establece la Ley N° 15.465/60 y el Decreto N° 2.771/79 (que modifica y actualiza la nómina y agrupamiento de las Enfermedades de Notificación Obligatoria).

Los profesionales deben consignar el diagnóstico de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) en el formulario C2.

Para ello, es importante que los profesionales:

- conozcan las Enfermedades de Notificación Obligatoria incluidas en la Ley N° 15.465/60 y Decreto 2.771/79;
- completen en cada caso el formulario C2 utilizando definiciones uniformes para una misma entidad;
- aseguren que los datos consignados en el formulario C2 sean

congruentes con los consignados en la historia clínica y en los registros de motivos de consulta en el CS.



Para la notificación de Enfermedades de Denuncia Obligatoria el profesional debe utilizar el formulario C2. El llenado del formulario es de responsabilidad exclusiva del profesional.

2.1.1.1 Formulario de Notificación Obligatoria de Enfermedades

El instrumento de recolección de datos establecido por el SINAVE para las Enfermedades de Notificación Obligatoria es la planilla C2. En los CS los profesionales están obligados al llenado de esta planilla, cada vez que el motivo de consulta requiera notificación.

A continuación se presenta una planilla C2:

Enfermedades de Notificación Colectiva (Por Grupos de Edades y / o Número total de casos)

Enfermedad	Total	< 1	1	2 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 24	25 - 34	35 - 44	45 - 64	65 y +	S/E
Accidentes en el Hogar												
Accidentes sin Especificar												
Accidentes Viales												
Chancro Blando												
Diarreas												
Enfermedad Tipo Influenza (ETI)												
Env. por animal ponzoñoso - Alacranismo												
Env. por animal ponzoñoso - Aracnoidismo												
Env. por animal ponzoñoso - Ofidismo												
Escarlatina												
Granuloma inguinal (Donovaniasis)												
Hepatitis A												
Hepatitis Sin Especificar												
Herpes Genital												
Infecciones o Intoxicaciones Alimentarias												
Intoxicación Medicamentosa												
Intoxicación por Monóxido de Carbono												
Intoxicación por otros Tóxicos												
Intoxicación por Plaguicidas agrícolas												
Intoxicación por Plaguicidas de uso Doméstico												
Intoxicación por Plaguicidas sin identificar												
Linfogranuloma Venéreo												
Neumonía												
Parotiditis												
Rubéola (sin confirmar por laboratorio)												
Sifilis sin especificar												
Sifilis Temprana Primaria y Secundaria												
Síndrome de Úlcera Genital *												
Síndrome de Tumoración Genital *												
Supuración Genital Gonocócica												
Supuración Genital S / E												
Varicela												

*Propuestos por Nación

El formulario C2 exige los siguientes datos mínimos:

- identificación del enfermo (apellido, nombre y n° de documento),
- edad,
- sexo
- domicilio de residencia,
- tipo de diagnóstico,
- fecha de inicio de síntomas, y
- fecha de consulta o internación.

El derecho del paciente a la intimidad debe respetarse en todos los niveles del sistema asistencial.

En cada provincia el formulario C2 puede adoptar un formato de presentación diferente al que se muestra, debido a que cada una además de las enfermedades definidas a nivel nacional como de notificación obligatoria, han incorporado eventos que considera necesarios en su estrategia de vigilancia.

Tenga presente, que es muy importante llenar el formulario C2 con letra clara.



También existe una ficha epidemiológica diseñada por el Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus Humanos, SIDA y ETS que debe ser llenada por los médicos que atienden a los pacientes y luego remitida a los responsables locales, que a su vez la envían a los responsables de los Programas Provinciales y estos al Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, con un modelo similar al del SINAVE.

Averigüe si en su Centro de Salud se encuentran copias del formulario C2.

¿Quiénes lo utilizan habitualmente para notificar las enfermedades?

Lleve esta información al siguiente encuentro con el tutor para compartirla e intercambiar con el resto de los compañeros del Posgrado.



2.1.2 Reunión de datos provenientes de los niveles locales y jurisdiccionales

Mientras los médicos y otros profesionales de la salud (incluso otros miembros del equipo como los agentes sanitarios) están obligados a notificar, el funcionario que recibe la notificación debe encargarse de enviar la información de los casos de forma individual o colectiva al nivel que le corresponde.

Como los datos recolectados en el formulario C2 han sido definidos según la importancia de la enfermedad que esta siendo vigilada para la salud pública y el beneficio práctico, se han establecido dos grandes grupos de enfermedades:

- **Enfermedades de notificación individual:** aquellas que por su importancia (grado de transmisibilidad, necesidad de investigación y control de contactos, impacto social o por compromisos internacionales) exigen identificar algunas variables de persona, tiempo y lugar. Dentro de ellas, hay un grupo de **enfermedades de notificación individual inmediata**, esto implica que además de ser incorporadas en la planilla C2, deben ser notificadas por vía telefónica, fax, e-mail u otra vía que garantice el conocimiento inmediato de la aparición de un caso (incluye sospechosos). Estas pueden resumirse en grandes grupos:

Grupos	Enfermedades
Enfermedades Sujetas a Reglamento Sanitario Internacional:	Cólera, Peste, Fiebre Amarilla y cualquier evento, aunque sea de carácter desconocido, que pueda poner en riesgo la salud pública internacional.
Enfermedades Objeto de Vigilancia Internacional:	Tifus y Fiebre recurrente transmitida por piojos, Poliomieltis Parálítica, Paludismo.
Enfermedades Inmunoprevenibles:	Difteria, Tétanos Neonatal, Sarampión, Parálisis Aguda Flácida < 5 años, Coqueluche, incluye Enfermedad meningocócica y por Haemophilus influenzae.
Enfermedades Emergentes y Re-emergentes:	Dengue, Hantavirus, Fiebre Hemorrágica Argentina.
Brotos de cualquier etiología:	Incluye los provocados por alimentos o agua contaminada hasta nivel familiar.
Otras:	Psitacosis, Botulismo, Marea Roja, Ántrax extracutáneo, Rabia Humana Enfermedad o problema de salud de origen desconocido.

Para algunas de estas enfermedades, además de la notificación individual se han desarrollado Fichas Epidemiológicas Específicas que recolectan otros datos de interés sobre las características de la enfermedad, que responden a compromisos internacionales (erradicación del sarampión y la polio) o a enfermedades que demandan acciones de control luego de su notificación (como la Enfermedad Meningocócica o el Cólera) o investigación de campo (brotes de cualquier etiología, como los producidos por ingestión de alimentos y agua contaminada).

- **Enfermedades de notificación agrupada** son las que por su alta frecuencia de notificación (diarreas, enfermedades tipo influenza, neumonías, Hepatitis A o sin especificar) y/o los que por sus características epidemiológicas exigen medidas de control inmediato (ETS, personas con mordeduras de animal sospechosos de rabia, accidentes según lugar de ocurrencia, etc.). La notificación **colectiva indica**: el número total de casos (sin ofrecer datos individuales), su clasificación según el diagnóstico, y eventualmente, su agrupación por edades.

Cuando se produce una **cantidad anormal de casos aislados o en grupo (epidemia)** se debe notificar a la autoridad local de salud por el medio más rápido, sea que esté o no incluida en el grupo de enfermedades que deben notificarse oficialmente, sea una entidad clínica bien definida o desconocida.

En cuanto a la **carga y transferencia** de la información contenida en la C2 se realiza a través de un software que permite incorporar las Enfermedades de Declaración Obligatoria en una base donde se integran los eventos que son de importancia a escala internacional, nacional y provincial.

Este software es utilizado por una red de **Nodos** (instituciones seleccionadas ubicadas entre el nivel local y provincial) que incorporan los datos provenientes de los CS y hospitales de baja complejidad, quienes les envían el formulario C2 en papel. Los Nodos tienen la capacidad de sintetizar, analizar y difundir la información resumida o desglosada de todas las instituciones que les envían información.

Puede consultar la información producida por la Dirección de Epidemiología de Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación en www.direpi.vigia.org.ar, o bien, ingresar al sitio a través de www.medicoscomunitarios.gov.ar



3. Otras fuentes de datos

En las unidades anteriores se revisaron muchos de los registros producidos en el CS. Éstos pueden ser cuantitativos o cualitativos, más o menos objetivos o subjetivos, más o menos confiables. Muchos son registros permanentes, muy útiles al momento de generar conocimiento sobre los problemas de salud de la población, para poder tomar decisiones que mejoren la calidad de la atención en el primer nivel.

Además de los mencionados, existen en el sistema de Información de Salud otras fuentes de datos. Como por ejemplo la originada en las OOSS, en la Superintendencia de Seguros de Salud, en los Registros de Tumores, etc.

Para la Superintendencia de Seguros de Salud la información es necesaria para registrar eventos (clínicos, administrativos o de gestión) y tomar decisiones. Por ello, reúne información sobre:

- problemas de salud de los beneficiarios del seguro,
- aportes de los beneficiarios del seguro al sistema,
- servicios recibidos por los beneficiarios del seguro,
- gestión normativa y cobertura del sistema,
- gestión interna de los agentes del sistema (obras sociales),
- control de gestión del sistema.



Para consultar esta información puede ingresar en www.sssalud.gov.ar, o bien, ingresar al sitio a través de www.medicoscomunitarios.gov.ar

Los registros de tumores son herramientas de vigilancia epidemiológica. Como tales, permiten desarrollar estrategias tendientes a disminuir la incidencia de cáncer.

El registro de tumores organiza la recopilación y almacenamiento, analiza e interpreta y notifica sobre los casos de cáncer que sobrevienen en una población definida, de manera continua y sistemática. La mayoría de los registros de cáncer poblacionales que funcionan en la actualidad corresponden a países desarrollados.

En nuestro país los registros que se hallan en plena tarea de información son: Registro del Instituto de Oncología Angel H. Roffo, Registro de Concordia, Registro de Bahía Blanca, Registro de Mendoza, Registro de Jujuy, entre otros.

Actividad de integración de la Unidad 3

En esta unidad Ud. ha revisado el modo en que se construyen los datos -tanto estadísticos como epidemiológicos- que conforman el Sistema de Información de Salud. A lo largo de las actividades ha trabajado con las fuentes locales que se construyen en el CS y en los hospitales.

Como actividad de integración, le proponemos trabajar sobre un tema:

Accidentes sufridos por niños menores de 5 años, utilizando toda la información que tiene disponible (construida a nivel local en su CS y en el hospital) y la contextualice con la información jurisdiccional (si existe) y con la información estadística a nivel nacional producida por la Dirección de Estadística e Información de Salud.

Le sugerimos realizar el análisis del siguiente modo:

- revise los motivos de consulta y diagnóstico en las historias clínicas de los menores de 5 años de su Centro de Salud;
- ubique entre los registros casos que encuadren en el problema analizado;
- busque información estadística en el hospital de referencia (egresos por esa causa o consultas ambulatorias);
- busque información estadística a nivel jurisdiccional y/o nacional sobre muertes en menores de 5 años por “causas externas” (Estadísticos vitales y de cobertura de Servicios de Salud de su provincia y la publicación “Indicadores Básicos de Salud”) que aporte datos para la comparación y contextualización del problema y compárelos con los atendidos en su CS;
- analice otros indicadores referidos a su jurisdicción (como indicadores socioeconómicos, indicadores de nivel educativo, etc.).

El análisis precedente:

- ¿permite contextualizar el problema de los Accidentes sufridos por niños menores de 5 años en su área programática?
- ¿indica que la presencia de este problema de salud en su área programática es coincidente con los porcentajes que presenta en su jurisdicción o el total del país?, ¿se desvía respecto a estos datos?

A partir de este análisis puede Ud. realizar sugerencias respecto a las acciones a desarrollar para trabajar con este problema en su área programática teniendo en cuenta no sólo las actividades asistenciales, sino también las de prevención de enfermedades y promoción de la salud.



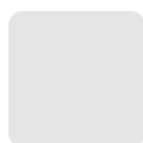
Puede encontrar información estadística en el CD ROM que se adjunta con el Módulo.

Puede realizar esta misma tarea para cada uno de los problemas relevantes que haya detectado en el Análisis de la Situación de Salud de su área programática

Le sugerimos que lleve su análisis, sugerencias y reflexiones al próximo encuentro con el tutor para compartir su producción.



Unidad 4



Análisis de
la información

Introducción

En la Unidad 2 se presentaron las características de los datos con los que trabaja un Sistema de Información de Salud, así como las capacidades y limitaciones de sus instrumentos de recolección. En la Unidad 3 se han presentado diferentes fuentes de datos con los que cuenta el Sistema de Información de Salud. En la presente Unidad, abordaremos el modo en que los datos provenientes de diferentes fuentes, pueden ser procesados para obtener información.

De modo que, en esta Unidad trabajaremos sobre los siguientes núcleos problemáticos:

- **¿Cómo realizar análisis de problemas de salud utilizando diferentes fuentes de datos?**
- **¿Qué utilidad tiene la información que produce el Sistema de Información en Salud para el trabajo en el primer nivel de atención?**

Objetivos específicos

Al finalizar esta unidad Ud. estará en condiciones de:

- Construir indicadores que sean de utilidad para realizar Análisis de Situación de Salud de su Área Programática o Jurisdicción.
- Utilizar el concepto de indicadores seleccionados para generar información que permita tomar decisiones a nivel del Centro de Salud.
- Valorar el análisis de las diferentes fuentes de información (estadísticas sociodemográficas y vitales) y la utilidad de los diferentes registros (cuantitativos y cualitativos) en la construcción de conocimiento sobre el Sistema de Salud de su población.
- Reflexionar sobre los posibles usos de la información y el conocimiento generado para la toma de decisiones a nivel local.

1. Análisis de la información local, jurisdiccional y nacional

Actividad Inicial



El objetivo de esta actividad es realizar el análisis de un problema sanitario utilizando cierto conjunto de información disponible.

La situación que se presenta a continuación no es real... pero podría serlo:

El Intendente del Municipio X está preocupado por las condiciones de salud de la población y alarmado por las estadísticas de mortalidad y morbilidad de su municipio

Por ello, convoca a los equipos de los cinco CS de su jurisdicción para que analicen la situación y arriben a conclusiones que luego le permitan conformar una propuesta para mejorar la situación de salud de su municipio.

Los equipos de los centros conocen su área programática y algunas características del municipio que se pueden sintetizar del siguiente modo:

Se trata de una localidad suburbana con una población de 88.164 habitantes. La población que vive en el municipio se compone mayoritariamente de empleados que trabajan en tareas de servicios y/o pequeños comercios, en general dentro del municipio.

El municipio se encuentra densamente poblado, lo atraviesa un río al que vuelcan una gran proporción de aguas servidas provenientes de los diferentes barrios y en cuyas orillas hay varios asentamientos.

En cuanto al clima, la temperatura media es de 29 grados centígrados, con poca variación estacional que va desde los 35 ° C en verano a los 22° C en invierno. Las precipitaciones se concentran en verano, provocando inundaciones que dificultan el acceso desde los barrios que se encuentran en las márgenes del municipio hacia el hospital zonal, que se encuentra a 40 km. del punto más alejado del municipio.

La información que tanto alarmó al intendente y que les envió junto con el pedido de ayuda a los equipos profesionales es la siguiente:

Tasa bruta de mortalidad por 1000 habitantes

	Total	Varones	Mujeres
Municipio X	6,3	7,3	5.3
Total País	7,6	7,3	6,9

Tasa bruta de mortalidad según grupos de causas (por 100.000 hab.)

Causas	Municipio X	Total país
Cardiovasculares	150.7	180.9
Tumorales	110.2	103.9
Infecciosas	38.9	81.9
Causas Externas	43.7	43.1
Todas las demás	259.2	219.5

Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos

Municipio X	21.0
Total País	16.5

Causas de mortalidad infantil en porcentaje

	Municipio X	Total País
Afecciones originadas en el período perinatal	55.3%	50.7%
Anomalías congénitas	17.7%	21.9%
Accidentes	2.3%	4.1%
Neumonía e influenza	12.8%	2.6%
Enfermedades del corazón	1.0%	1.04%
Resto de las causas	10.6 %	19.6%

Tasa de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos

Municipio X	7.1
Total País	4.4

Causas de mortalidad materna en porcentaje

	Municipio X	Total País
Complicaciones de aborto	29%	29%
Toxemia, trastornos hipertensivos, edema	14.5%	13.5%
Causas obstétricas directas	12.7%	15.7%
Hemorragia posparto	10.9%	8.6%
Sepsis	10.5%	15.5%
Hemorragia preparto	15.4%	7.7%
Otras causas indirectas	7%	10%

Indicadores de morbilidad del Municipio

Chagas agudo vectorial		Sida		HIV		TBC		Sífilis Congénita	
2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
-	7	13	6	1	5	5	507	16	22

Los equipos de los centros buscaron otro tipo de información estadística referida al municipio y al país en la oficina provincial y consultaron datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y del INDEC. Al finalizar la búsqueda tenían los siguientes datos:

1 - Datos de la Población:

1.a - Indicadores Demográficos

Población

1991	2001	Variación absoluta	Variación relativa
77619	88164	10545	13.6

Población por sexo según grupos de edad. Año 2001

Grupos de edad	Total	Sexo	
		Varones	Mujeres
Total	88.164	43.007	45.157
0-4	9.663	4.932	4.731
5-9	10.216	5.130	5.086
10-14	9.611	4.881	4.730
15-19	8.960	4.442	4.518
20-24	7.698	3.776	3.922
25-29	6.042	2.866	3.176
30-34	5.210	2.430	2.780
35-39	5.454	2.593	2.861
40-44	5.209	2.534	2.675
45-49	4.532	2.249	2.283
50-54	3.739	1.910	1.829
55-59	2.915	1.373	1.542
60-64	2.688	1.239	1.449
65-69	2.175	996	1.179
70-74	1.870	789	1.081
75-79	1.136	470	666
80-84	602	228	374
85-89	303	118	185
90-94	117	39	78
95-99	20	11	9
100 y más	4	1	3

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Municipio	Población		
	Total	En hogares	En instituciones colectivas
	88.164	87.158	1.006

Tasa bruta de natalidad por 1000 hab	
Municipio	25.1
País	18.2

Esperanza de vida al nacer en años	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Municipio	69.02	65.6	72.6
País	71.93	68.4	75.59

Porcentaje de población	Menores de 15 años	Mayores de 65 años
Municipio	36.1%	6.1%
País	27.07%	9.94%

1.b - Indicadores Socioeconómicos

Tasa de desocupación							
Municipio				17.8			
País				13.2			

Porcentaje de Población no cubierta con Obra Social o Plan Médico Año 2001							
Obra social y/o plan de salud privado o mutual							
Tiene				No tiene			
36.16 %				63.84%			

Hogares por presencia de servicio en el segmento. Año 2001					
Municipio	Hogares	Presencia de servicio en el segmento			
		Desagüe a Red (cloaca)		Agua de Red	
		Sí	No	Sí	No
	22.273	7.406	14.867	20.755	1.518

Presencia de servicio en el segmento							
Energía eléctrica de Red		Gas de Red		Alumbrado Público		Pavimento	
Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
20.560	1.713	-	22.273	19.526	2.747	8.165	14.108

Recolección de Residuos		Transporte Público		Teléfono Público	
Sí	No	Sí	No	Sí	No
16.983	5.290	14.392	7.881	11.240	11.033

1. c - Indicadores de Salud

Indicadores de Producción de los Establecimientos Asistenciales					
Municipio	1	2	3	4	5
X	247.871	16.900	3.238	3.882	3.7
1	Número de consultas médicas atendidas en establecimientos asistenciales oficiales				
2	Número de egresos hospitalarios de establecimientos asistenciales oficiales				
3	Número de partos ocurridos en establecimientos asistenciales oficiales				
4	Número de cirugías realizadas en internación en establecimientos asistenciales oficiales				
5	Porcentaje de desnutridos bajo control.				

1.d - Indicadores de Educación

Analfabetismo			
Municipio	12.7%	Hombres	Mujeres
		12.2%	13.2 %
País	1.6%		

Si ustedes pertenecieran a uno de los equipos de los CS, como analizarían estos datos. Reúnase con el resto de los compañeros del Posgrado para realizar esta tarea. Les sugerimos algunas preguntas:

- Analice las causas de mortalidad bruta, mortalidad infantil y mortalidad materna en el municipio X y reflexione acerca de cuáles de ellas cree que son prevenibles y/o evitables?
- ¿Qué oportunidades perdidas pueden anticipar que hubo y por qué?
- ¿Cómo analizan la relación entre los datos de población, cobertura por obra social, índices de desocupación, analfabetismo y funcionamiento del sistema de salud local con los problemas de salud detectados?
- ¿Consideran que están funcionando barreras de accesibilidad cultural, social y/o física a los CS de primer y segundo nivel?
- ¿Cuál es la relación entre la demanda de salud y la cobertura en el municipio?
- ¿Qué análisis pueden hacer sobre la calidad de atención?
- ¿Qué propuestas de mejoras le harían al Intendente del Municipio X?
¿Cuáles se relacionan con los centros y la responsabilidad de sus equipos?
¿Qué mejoras dependen del nivel municipal?

Construcción de Indicadores

Un indicador es una medida de síntesis que contiene información relevante acerca de un proceso o hecho.

Le sugerimos revisar el concepto de indicador en el Módulo 2: Epidemiología, Unidad 2: Medidas y diseños epidemiológicos.



El seguimiento periódico del comportamiento de un indicador hace posible conocer el nivel de logro de una meta planificada, facilitar el diseño y/o reconocer el impacto de una intervención, o alarmar acerca de la necesidad de estudiar un proceso con más detalle.

Un indicador suele representarse como una variable cuantitativa y puede consistir en una frecuencia de casos, una proporción, una razón, una tasa o combinaciones de estos.

La construcción de este último tipo de indicador es un proceso complejo y se utiliza cuando un indicador resulta imprescindible para la construcción de otro, ya sea como su numerador o su denominador.

Le sugerimos revisar en el Módulo 2: Epidemiología los conceptos de variable (Unidad 3: Metodología de la Investigación y Epidemiología), proporción, razón y tasa (Unidad 2: Medidas y Diseños Epidemiológicos). En la presente unidad, sólo trataremos algunos de estos conceptos a modo de repaso.



El **caso** hace referencia a una enfermedad o cualquier otra característica de interés, siendo importante la definición del mismo, ya que lo que contamos como frecuencia de casos debe referirse siempre a la misma entidad o evento. Contar casos por sí mismos no aporta mucha información, si no se los relaciona y/o combina con otros indicadores.

La **proporción** expresa la relación entre una parte y el todo. Surge de dividir la cantidad de cosas, sucesos o sujetos con determinada característica, sobre el número total de cosas, sucesos o sujetos en ese grupo. El numerador es parte del denominador, por lo tanto, siempre resulta un número que se encuentra entre 0 y 1.

Por ejemplo, de los 100 niños de un jardín de infantes, 20 tienen diarrea;
por lo tanto: $\frac{20}{100} = 0.2$
Se trata del 0.2 de los niños, o lo que es lo mismo el 20%.



La proporción en sentido estricto es una medida que señala la relación de una parte con el todo. Es un cociente cuya característica es que el denominador contiene al numerador.



La tasa es una medida relativa que expresa en el numerador el número de eventos ocurridos, y en el denominador la población expuesta a experimentar dicho evento en un determinado lapso de tiempo.

Cuando la medida de frecuencia se refiere a un período de tiempo dado, lo que calculamos es una **tasa**. La tasa **es una medida de frecuencia referida a un período de tiempo definido**, algunas tasas son también proporciones. Las tasas se calculan a partir de un numerador y un denominador y a veces se agrega un factor de amplificación.

Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil es:

$$\frac{\text{el número de muertes de niños menores de 1 año en un período de tiempo y área geográfica determinada} * 1000}{\text{el número de nacidos vivos en el mismo período de tiempo y área geográfica determinada}}$$

Tasa de Mortalidad Infantil en Argentina en el 2004: 14.5 por mil nacidos vivos.

En el cálculo de la tasa, el **numerador** está formado por todos los casos de interés detectados en un período de tiempo. El **denominador** esta formado por la cantidad de sujetos que dieron origen a los casos durante el período estipulado. Y el **factor de amplificación** es un número por el que se multiplica la tasa obtenida para obtener un número más fácil de interpretar (esto sucede cuando los eventos / casos de interés son poco frecuentes respecto del total de la población y las tasas son números decimales menores que 1 que resultan difíciles de interpretar).

Las **razones** resultan de una división entre dos cantidades con unidades diferentes. Por ejemplo:

$$\frac{\text{cantidad de vacunas disponibles en el centro de salud}}{\text{total de niños del área programática}}$$

Para completar la caracterización de indicadores de salud lo invitamos a leer la publicación "Guía para la elaboración de Indicadores Seleccionados. Serie 1 N° 19 ISSN 0325 - 0008. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Sistema Estadístico de Salud. Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud. CABA, junio de 2005".



La razón es un cociente entre dos magnitudes de naturaleza diferente con el propósito de expresar una relación existente entre ellas.

En términos generales, los indicadores son medidas síntesis que contienen información relevante sobre determinados atributos y dimensiones del estado de salud de la población que concurre a establecimientos de salud así como del desempeño del sistema de salud. Vistos en conjunto deben reflejar, algunos la situación sanitaria y otros servir para la vigilancia de condiciones de salud de la población (...).

Los indicadores dan una idea de lo que sucede en el sistema de salud. Contribuyen a mejorar los cuidados de salud que recibe la población. Las instituciones de salud necesitan saber cómo están unas en relación con otras, para poder conocer cuáles son sus fortalezas y sus debilidades y actuar en consecuencia (...).

El desarrollo de métodos y herramientas para medir calidad y rendimiento de los cuidados de salud se considera como un componente fundamental en el progreso de los servicios de salud. La utilización de medidas específicas en la atención es una exigencia creciente de quienes toman decisiones.

Los indicadores de esta publicación no constituyen una lista exhaustiva. Más aún, con los mismos datos pueden construirse otros indicadores. Un indicador puede ser imprescindible para la construcción de otro indicador, es decir, puede ser el numerador o el denominador de otro.

No deben utilizarse individualmente cada uno de estos indicadores para tomar decisiones o evaluar el proceso de gestión sino que es recomendable combinarlos, con otros indicadores contruidos a partir de la misma fuente de datos u otros que se elaboren utilizando otras fuentes de datos.

Por otra parte, los indicadores que se presentan son de naturaleza cuantitativa y para el seguimiento del proceso de gestión de salud se requiere su combinación con otros, de naturaleza cualitativa.

(...) La construcción de un indicador es un proceso cuya complejidad puede variar desde simples frecuencias de casos hasta cálculos de proporciones, razones, tasas o índices más sofisticados.

Cualquiera sea el tipo de indicador seleccionado debe cumplir con ciertos **requisitos esenciales**:

- **Relevancia:** tener relación lógica con el hecho que se pretende medir.
- **Sensibilidad:** reflejar rápidamente las variaciones en el fenómeno que se estudia.
- **Especificidad:** reflejar cambios sólo en función del hecho en estudio.
- **Facilidad para su obtención:** en cuanto a tiempo y recurso.
- **Facilidad para su comprensión:** para mejorar su uso.

El cumplimiento de estos requisitos depende de la claridad de los objetivos para los cuales van a ser utilizados -**pues no hay indicadores para propósitos múltiples**-, y del nivel de integridad y de calidad de los datos básicos con que se construyen los indicadores. Tampoco puede dejarse de lado la oportunidad; el

mejor indicador construido con datos de integridad y calidad óptimos pero obsoletos pierde valor. Sin embargo, por la naturaleza de los datos, la oportunidad no significa siempre que los mismos deban ser del año en curso o de los inmediatos anteriores.

La comparabilidad de los indicadores debe estar asegurada por la aplicación sistemática de definiciones operacionales y de procedimientos normatizados de métodos de cálculo.

(...) La selección y categorización de los indicadores se fundamentan en una serie de **consideraciones:**

- (...) A partir de la reformulación del Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud implementada el 1 de enero de 2005, se pueden obtener indicadores de utilización de servicios según características de los pacientes, debido a que las mismas se relevan como parte del Conjunto Mínimo de Datos Básicos aprobado de interés nacional.
- También es importante destacar que la incorporación del tipo y número de documento permite transformar los indicadores de producción en estadísticas de pacientes. La posibilidad de identificar al individuo y obtener estadísticas de pacientes, sin violar el secreto estadístico, enriquece la elaboración de indicadores sobre el proceso asistencial o casuística.
- De igual forma sucede con los de efectividad clínica, que junto con los anteriores, apuntan a evaluar la calidad de la atención.
- (...) Por primera vez se pueden elaborar indicadores sobre disponibilidad de recursos relacionados con la población, dado que el nuevo Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud incorporó esta información anualmente dentro de la metodología de registro permanente.

(...) algunos de los indicadores seleccionados sólo sirven para evaluar el funcionamiento interno del establecimiento, en tanto otros permiten comparaciones entre áreas geográficas.



Puede consultar la publicación "Guía para la elaboración de Indicadores Seleccionados" en www.deis.gov.ar/Publicaciones/arbol_tematico.asp y buscar en Serie 1 Programas y Procedimientos. O bien pueden ingresar al sitio a través de www.medicoscomunitarios.gov.ar

En síntesis:

Los indicadores son medidas que contienen información relevante sobre determinados atributos y dimensiones del estado de salud de la población.

Con los mismos datos se pueden construir diferentes indicadores. Es recomendable utilizar indicadores combinados con otros para tomar decisiones o evaluar el proceso de gestión en salud. Para el seguimiento del proceso de gestión de salud se requiere la combinación de indicadores de naturaleza cuantitativa y cualitativa.

No hay indicadores para propósitos múltiples, la calidad de un indicador depende de la claridad de los objetivos para los que se construye, del nivel de integridad y de calidad de los datos que utiliza y de la oportunidad de su uso.

En la publicación "Guía para la elaboración de Indicadores Seleccionados" se describe y caracteriza cada indicador según distintas dimensiones:

- Concepto e interpretación
- Método de cálculo
- Fuente
- Uso
- Limitaciones
- Categorías sugeridas para el análisis
- Ejemplos y comentarios

Le sugerimos la lectura detallada de la publicación Guía para la elaboración de Indicadores Seleccionados. Serie 1 N° 18 ISSN 0325 - 0008. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Sistema Estadístico de Salud. Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud, que se encuentra en CD Rom adjunto.

En particular de los siguientes indicadores:

- Cantidad de Consultas Médicas Ambulatorias total y por unidad operativa
- Cantidad de Consultas Médicas Ambulatorias según diagnóstico o motivo de consulta
- Cantidad de Establecimientos de salud según área geográfica y/o dependencia administrativa
- Cantidad de Recursos Humanos (cargos) según categoría por 10.000 habitantes Cantidad de Enfermeros (cargos) por médico (cargo)





Al igual que en el caso de la Actividad Inicial de esta unidad, el objetivo de esta actividad es realizar el análisis de un problema sanitario produciendo cierta información relacionando y utilizando el conjunto de datos disponible.

En esta actividad le proponemos que realice un Análisis de Situación de Salud de los adolescentes de su área programática.

Le recomendamos que para realizar esta tarea busque información en:

- los registros de datos disponibles en su CS (historias clínicas u otros registros ya producidos durante el Posgrado),
- los datos consolidados de su municipio, región o zona sanitaria, provincia, etc.,
- los datos consolidados a nivel nacional (fuentes DEIS, Dirección de Epidemiología e INDEC).

Para comenzar esta actividad le proponemos obtener datos sobre la población de adolescentes según edad y sexo:

1. ¿cuántos adolescentes hay en su municipio (si es posible, en su área programática)?
2. ¿cómo es la población adolescente según su grado de escolaridad?
3. ¿cuántos de ellos trabajan?
4. ¿con quién viven los adolescentes?

En su área programática:

- ¿existen espacios para que los adolescentes desarrollen actividades en su tiempo libre?
- ¿qué tipo de actividades (deportivas, artísticas, etc.)?
- ¿dónde suelen reunirse los adolescentes?

Reúna datos de atención sanitaria de la población adolescente:

1. ¿cuántos adolescentes se atendieron en el CS en los últimos tres meses?
2. ¿qué porcentaje de la población adolescente del área programática concurren al CS para la consulta?
3. ¿cuáles han sido los motivos de consulta? clasifíquelos en forma decreciente comenzando por los más frecuentes;
4. verifique si los que consultaron tienen historia clínica y si en ella constan por ejemplo datos de:

- antecedentes personales y familiares de diabetes, HTA, cardiopatía isquémica, dislipemias;
- talla y peso;
- hábitos alimentarios;
- hábitos de tabaquismo;
- hábitos de alcoholismo;
- hábitos sexuales;
- uso o no de preservativos, métodos de anticoncepción, etc.

Le proponemos que complemente los datos obtenidos diseñando y realizando entrevistas personales y cuestionarios para acceder a la siguiente información:

1. la autopercepción de salud de los adolescentes,
2. la concepción de salud de los adolescentes,
3. la utilización de los servicios sanitarios por parte de los adolescentes de su área programática,
4. la concurrencia o no al CS,
5. la información que poseen sobre estilos de vida saludable,
6. las restricciones de acceso al CS (largos tiempos de espera, modelos de atención inclusivos y no discriminatorios, etc.),
7. las conductas y estilos de vida que influyen negativa y positivamente sobre su salud,
8. los factores de riesgo de salud para su edad.

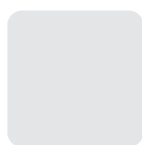
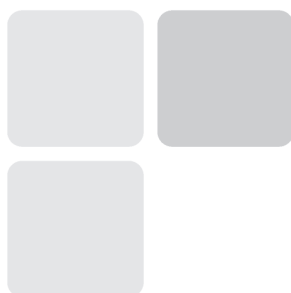
Finalmente utilice todos estos datos para construir indicadores que permitan realizar un análisis de la situación de salud de los adolescentes y luego realice con sus compañeros una propuesta de abordaje de la problemática identificada. Lleve su análisis y propuesta a la reunión con el tutor para compartirlo y discutirlo con el resto de los compañeros del Posgrado.



*Recuerde
desagregar
los datos por edad
y sexo siempre que
sea posible*



Anexo



Anexo 1

DECRETO N° 2771 - Modificadorio del Agrupamiento de Patologías Notificables de la Ley 15.465/60

Buenos Aires, 1 ° de noviembre de 1979

Visto la modificación propuesta por el Ministerio de Bienestar Social - Secretaría de Estado de Salud Pública (Expediente N° 202098179-2 del registro de dicha Secretaría de Estado), a fin de actualizar la nómina y el agrupamiento de las enfermedades de notificación obligatoria, a que se refiere la Ley N° 15.465 y considerando:

- Que el reagrupamiento de algunas de las enfermedades aludidas y la inclusión de nuevas patologías - aún de afecciones no transmisibles - en que consiste la modificación de referencia resulta de la conveniencia puesta de manifiesto por los actuales conocimientos científicos y la experiencia epidemiológica en el país.
- Que la medida propuesta tiende en primer lugar, a facilitar el ordenamiento del sistema de notificación y de procesamiento de la información para proporcionar adecuado y oportuno conocimiento del panorama sanitario nacional y, consecuentemente mejorar la formulación y aplicación de los correspondientes programas de vigilancia y contralor.
- Que independientemente, la citada Ley N° 15.465 en la parte final del artículo 2°, faculta al Poder Ejecutivo disponer de acuerdo a lo propuesto.

Por ello:

El Presidente de la Nación Argentina

DECRETA:

Artículo 1°: Modifícase de acuerdo al Anexo que forma parte integrante del presente decreto, la nómina y el agrupamiento de enfermedades de notificación obligatoria según la Ley N° 15.465.

Artículo 2°: 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.

Artículo 3º: Comuníquese, publíquese; dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Anexo del Decreto N° 2771

CLASIFICACION DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA (Ley N° 15.465)

Grupo A (de notificación inmediata, por la vía más rápida) Enfermedades objeto del Reglamento Sanitario Internacional:

- A.1. Cólera
- A.2. Fiebre Amarilla
 - A.2.1. Fiebre Amarilla urbana
 - A.2.1. F. Amarilla rural o selvática
- A.3. Peste
 - A.3.1. Peste humana
 - A.3.2. Peste en roedores
- A.4. Viruela
 - A.4.1. Viruela mayor
 - A.4.2. Viruela menor (alastrin)

OTRAS ENFERMEDADES DEL GRUPO A

- A.5. Tifus exantémico transmitido por piojos
- A.6. 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. Poliomieltis
- 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 basiloscofia positiva
- B.20.2. Tuberculosis pulmonar negativa o sin basiloscofia
- B.20.3. Tuberculosis extrapulmonar (excluida meníngea)
- B.20.4. Tuberculosis meníngea
- 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.35. Difteria
- B.41. Leishmaniasis
- B.43. Meningitis meningocócica
- B.49. Psitacosis
- B.50. Tifus endémico murino transmitido por pulgas

GRUPO C (notificación por número 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)
- C.36. Disenterías
- C.36.1. Diarreas en 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 o intoxicaciones alimentarias
 - C.40.1. A estafilococos (toxina estafilococcica)
 - C.40.2. A salmonellas
- C.42. Leptospirosis
- C.43. Infección meningocócica
 - 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 animal ponzoñoso
 - C.46.1. Ofidismo
 - C.46.2. Aracnoidismo
- C.47. Parotiditis
- C.48. Polirradiculoneuritis (Guillén-Barré y otros)
- C.50. Rabia animal
- C.51. Rubéola
- C.52. Sarampión
- C.53. Tracoma.
- C.55. Varicela
- C.56. Blenorragia (gonococcia)
- C.57. Chancro blando
- C.58. Granuloma inguinal (Donovaniasis)
- 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 (notificación por número de casos con o sin discriminación edad, sexo, etc.) Enfermedades no transmisibles:

- E.70. Accidentes de tránsito vial
- 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

Anexo 2

Listado de Oficinas Provinciales de Estadísticas de Salud

A continuación se las oficinas provinciales de Estadística de Salud de todas las jurisdicciones y los datos básicos para comunicarse con ellas:

CIUDAD AUTONOMA de BUENOS AIRES

Dirección de Estadísticas para la Salud
Secretaría de Salud
Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
Carlos Pellegrini 313 6to. Piso
(1009) CAPITAL FEDERAL
TEL Conm: (011) 4326-7430/6001/7898 ó 4323-9000 Internos: 3601/3608/3609/
FAX: 4323-9000 int. 3507/3089

PROVINCIA de BUENOS AIRES

Dirección de Información Sistematizada
Ministerio de Salud
Calle 4 y 51
(1900) LA PLATA - BUENOS AIRES
TEL Directo: (0221) 425-6178 / 482-1229
Conm: (0221) 421-0709/3017/483-8858
FAX: (0221) 425-6260
E- mail: dirinfo@sspsalud.ms.gba.gov.ar
dissalud@yahoo.com.ar

PROVINCIA de CATAMARCA

Departamento de Programación y Evaluación
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud y Acción Social
Chacabuco 169 - Local 20
(4700) CATAMARCA
TEL Directo: (03833) 43-7777
FAX: (03833) 43-7633 (Telefax: Subsecretaría Salud)

PROVINCIA de CÓRDOBA

Departamento de Estadísticas
Ministerio de Salud
Edificio Pablo Pizzurno
Área Verde - Ofc. 10 y 12
(5000) CORDOBA
TEL: (0351) 468-8635/8613/42 Conm: 468-8688/8670
FAX: (0351) 468-8613/8642/8686

PROVINCIA de CORRIENTES

Dirección de Planificación y Estadísticas de Salud
Ministerio de Salud Pública
Mayo 1290
(3400) CORRIENTES
TELFAX: (03783) 42-3294 / 47- 5317 / 47-5558
(03783) 42-1087
Archivo de Estadística: Barrio Ferré - Calle B esq "C"
E-mail: estadistica@saludcorrientes.gov.ar

PROVINCIA de CHACO

Dirección de Estadística Sanitaria
Ministerio de Salud Pública
Ameghino 686
(3500) RESISTENCIA - CHACO
TEL: (03722) 44-5097
FAX: (03722) 43-4090
E-mail: msp_estadisticas@ecomchaco.com.ar c/c

PROVINCIA de CHUBUT

Departamento de Estadística e Informática
Sistema Provincial de Salud
Moreno 555
(9103) RAWSON - CHUBUT
TEL: (02965) 48-1066/1012/1519
FAX: (02965) 48-1592
minsaludestadistica@infovia.com.ar
minsalud_estadistica@speedy.com.ar

PROVINCIA de ENTRE RIOS

Área de Bioestadística
Secretaría de Salud
25 de Mayo 139 - Subsuelo
(3100) PARANA - ENTRE RIOS
TEL: (0343) 420-7804 (directo)
FAX: (0343) 420 - 9653

PROVINCIA de FORMOSA

Departamento de Información y Estadísticas
Ministerio de Desarrollo Humano
Salta y Santa Fe
(3600) FORMOSA
TEL: (03717) 42-7515 (int. 128) / 0337 / 8315 (oficina vecina)
FAX: (03717) 420330 / 42-2315 / 422315 (Vigilancia Epidemiológica)
E-mail: infoestadfsa@yahoo.com.ar

PROVINCIA de JUJUY

Departamento de Bioestadística
Secretaría de Salud Pública
Ministerio de Bienestar Social
Independencia 41 - S. S.
(4600) SAN SALVADOR DE JUJUY
Directo: (0388) 422-1238 Telefax: 1268 / 1275
Conm: (0388) 422 - 1237 / 422-1280
FAX: (0388) 422-1238 Promin: (0388) 422-2199/6727

PROVINCIA de LA PAMPA

Departamento de Estadística Sanitaria
Subsecretaría de Salud Pública
Centro Cívico P.B.
(6300) SANTA ROSA - LA PAMPA
Telefax: (02954) 45-3876
E-mail: esanitaria@lapampa.gov.ar

PROVINCIA de LA RIOJA

Unidad Coordinadora del Sistema de Información Estadística
Secretaría de Salud Pública
Avda. Ortiz Ocampo 1700 y Laprida
(5300) LA RIOJA
TEL: (03822) 45-3757
FAX: (03822) 45-3756 (Matern. e Infancia)
E-mail: prominlr@larioja.gov.ar (c/c Promin)
prominsip@arnet.com.ar

PROVINCIA de MENDOZA

Departamento de Bioestadística
Ministerio de Desarrollo Social y Salud
Avda. España 1419 - 4º Piso
(5500) MENDOZA
TEL: (0261) 425-7826/0486 (Epidemiología)
FAX: (0261) 420-1893/420-1685 (Dr. CARDELLO)
E-mail: bioestadistica@mendoza.gov.ar

PROVINCIA de MISIONES

Dirección de Programación y Planificación
Ministerio de Salud Pública
Junín y Tucumán
(3300) POSADAS - MISIONES
TEL: (03752) 44-7115 (Directo)
TELEFAX: (03752) - 44-7806
(03752) 44 -7802 (Subsecretaría)
Promin: (03752) 44-7808
Unidad Ministro: (03752) 44-7802
E-mail: uepmisiones@promin.org.ar
opesmisiones@arnet.com.ar

PROVINCIA de NEUQUEN

Área de Información
Subsecretaría de Salud
Fotheringham 121
(8300) NEUQUEN
TEL: (0299) 449-5582/5590/5591/5599/5772
FAX: (0299) 442-3902

PROVINCIA de RIO NEGRO

Dirección de Estadística y Sistemas
Ministerio de Salud
Laprida 240
(8500) VIEDMA - RIO NEGRO
Telefax: (02920) 42-3073
E-mail: estadistica@salud.rionegro.gov.ar

PROVINCIA de SALTA

Programa de Estadísticas
Secretaría de Estado de Salud Pública
Centro Cívico Grand Bourg
(4400) SALTA
TEL: (0387) 432-4186 (Oficina Aparicio)
(0387) 436-0360 - Interno: 186
FAX: (0387) 436-0537
E-mail: epide@salnet.com.ar (Epidemiología)
estadisticas-msp@gobiernosalta.gov.ar

PROVINCIA de SAN JUAN

División Bioestadística de la
Secretaría de Estado de Salud Pública
Rivadavia 27 Oeste 2. Piso
(5400) SAN JUAN
Conmutador: (0264) 422-4005/4022/2828/2821
Hosp. Rawson (0264) 422-7099
FAX: (0264) 420-0214/427-1293
(0264) 422-3108/4005/7404/7099/5391/7415 (Htal. del Niño)

PROVINCIA de SAN LUIS

Área Supervisión, Evaluación y Monitoreo de Programas para la Comunidad
Ayacucho 945 - 6to. Piso
(5700) SAN LUIS
TEL: (02652) 45-1412/1414
FAX: (02652) 45-1416

PROVINCIA de RIO GALLEGOS

Dirección de Estadística Sanitaria y Social del Ministerio de Asuntos Sociales
Salta 75
(9400) RIO GALLEGOS - SANTA CRUZ
Conmutador: (02966) 42-4125/ 0997/2776 (int. 244) 43-4909/42-0535
(Privada Ministerio)
FAX: (02966) 42-0494
E-mail: estadística_mas@yahoo.com.ar
estadisticamas@scruz.gov.ar

PROVINCIA de SANTA FE

Dirección General de Estadística del Ministerio de Salud y Medio Ambiente
Las Heras 3359
(3000) SANTA FE
Telefax: (0342) 457-3708
FAX: Mrio. Planificación (0342) 457-1929/3734
E-mail: ms_infor@santafe.gov.ar
ms_estad@santafe.gov.ar

PROVINCIA de SANTIAGO DEL ESTERO

Secretaría Técnica de Estadísticas de Salud
Subsecretaría de Salud Pública
Avda. Belgrano 2050
(4200) SANTIAGO DEL ESTERO
TEL: (0385) 421-3308 (oficina cercana)
FAX: (0385) 422-2173 (Subsecretaría)
E-mail: estadísticas_desalud@hotmail.com

PROVINCIA de TUCUMÁN

Departamento de Estadísticas de Salud
Sistema Provincial de Salud
Rivadavia y Mendoza - 3er. Piso
(4000) SAN MIGUEL DE TUCUMAN
TEL: (0381) 452-6111 int. 305/306
FAX: (0381) 4526111
E-mail: esalud@msptucuman.gov.ar

PROVINCIA de TIERRA del FUEGO

Departamento de Bioestadística
Leopoldo Lugones s/n.- Casa N° 7 y/u 8
Barrio Funcionarios
(9410) USHUAIA - TIERRA DEL FUEGO
TEL: (02901) 42-3015/43-4811/0294
FAX: (02901) 42-3015

Listado de Oficinas Provinciales responsables de Estadísticas Vitales (de las provincias donde es un área aparte):

CIUDAD AUTÓNOMA de BUENOS AIRES

Dirección General de Estadística y Censos de la Subsecretaría de Gestión y Administración Financiera
Secretaría de Hacienda y Finanzas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
San Juan 1340
(1148) CAPITAL FEDERAL
TEL: (011) 4307- 6065/2793 (ofic. al lado)
TEL: 4307- 4206 (Sra. Laura GARCIA)
FAX: 4307-6041/1894 /5352
E-mail: estad@buenosaires.gov.ar
vitales_estadistica@buenosaires.gov.ar

PROVINCIA de CATAMARCA

Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Subsecretaría de Planificación y Control de Gestión
Mota Botello 520
(4700) CATAMARCA
TEL: (03833) 43-7861
FAX: (03833) 43-7755
E-mail: ciedecat@estadistica.gov.ar

PROVINCIA de RIO NEGRO

Dirección General de Estadística, Censos e Información
Secretaría de Planificación y Control de Gestión
Gallardo 106
(8500) VIEDMA - RIO NEGRO
TEL: (02920) 42-0421 (Telefax) /8550 (Directo)
FAX: (02920) 42-8550 Directora

PROVINCIA de SANTIAGO del ESTERO

Dirección General de Estadística y Censos
Secretaría de Desarrollo, Ciencia, Tecnología y Gestión Pública
Independencia 454
(4200) SANTIAGO DEL ESTERO
TEL: (0385) 421-2575/422-2160

PROVINCIA de TUCUMAN

Dirección de Estadística y Control de Gestión
Secretaría General de la Gobernación
General Paz 159
(4000) SAN MIGUEL DE TUCUMAN
TEL: (0381) 431-1418/430-2395
FAX: (0381) 431-1418

Anexo 3

Sugerencias para la construcción de entrevistas y cuestionarios

Al diseñar entrevistas y cuestionarios, es importante previamente crear un Manual de Procedimientos que incluya cuestiones generales acerca de cómo realizar la recolección de datos que contenga la definición de:

- quiénes deben ser entrevistados (condiciones para participar como sujeto de la entrevista o cuestionario), el objetivo de la entrevista o cuestionario, los datos que se espera recolectar, etc.
- cómo presentar la entrevista o cuestionario a los entrevistados, qué información brindar acerca de cómo será utilizada la información y dónde podrán consultarla;
- qué se espera de cada pregunta;
- cómo realizar el análisis del contenido de la entrevista o cuestionario, una vez finalizado el mismo.

Es recomendable que antes de comenzar la administración de la entrevista o cuestionario, los entrevistadores o encuestadores se entrenen en la realización de los mismos, realizando ensayos con entrevistados o encuestados ficticios (juego de roles) o utilizando una fase piloto.

Una vez probados los instrumentos, puede analizarse la información recolectada y la experiencia vivida por los entrevistadores o encuestadores, entrevistados o encuestados para modificar los instrumentos y asegurar su validez.

Es importante que los entrevistadores o encuestadores entrenen sus habilidades de modo de registrar la información del modo más fiel y completo posible. Asimismo, es de mucha utilidad que registren todo otro dato significativo acerca del entrevistado/encuestado (sus gestos, su actitud corporal, su molestia frente a algunas preguntas, su deseo de expresarse en otras, etc.).

Es beneficioso asegurarse que los entrevistadores o encuestadores entiendan qué información se busca con el instrumento, de modo de no perder el objetivo del mismo, pero estar atentos a toda otra información significativa relacionada con el tema.

Anexo 4

Informe Estadístico de NACIDO VIVO

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17622)

DATOS PARA SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

		1 Fecha de Inscripción		Día	Mes	Año
				__	__	__
2 Departamento o Partido		3 Delegación o Registro Civil		Número	4 Tomo	Folio
.....			__	__	__
DATOS DEL NACIDO						
Apellido/s			Nombre/s			
5 Fecha de nacimiento		6 Sexo		7 Cúal fue el peso del niño al nacer?		
Día Mes Año		Masculino <input type="checkbox"/>		gramos		
__ __ __		Femenino <input type="checkbox"/>				
__ __ __		Indeterminado <input type="checkbox"/>				
8 Nació de un embarazo ...		9 Cuántas semanas completas duró la gestación?		10 En que fecha comenzó la última menstruación normal		
Simple 1 <input type="checkbox"/> → ir a pregunta siguiente		semanas completas		previa al embarazo de este niño?		
Múltiple 2 <input type="checkbox"/> → el que <input type="checkbox"/> niños vivos, y				Día Mes Año		
produjo <input type="checkbox"/> defunciones fetales				__ __ __		
11 El parto fue atendido por ...						
Médico/a 1 <input type="checkbox"/>		Enfermero/a 3 <input type="checkbox"/>		Comadre 5 <input type="checkbox"/>		Sin atención 7 <input type="checkbox"/>
Partera 2 <input type="checkbox"/>		Otro agente sanitario 4 <input type="checkbox"/>		Otros 6 <input type="checkbox"/>		
12 Ocurrió en						
Establecimiento de salud público		1 <input type="checkbox"/> →		Nombre del establecimiento		
Establecimiento privado, obra social, etc.		2 <input type="checkbox"/> →				
Vivienda (domicilio particular)		3 <input type="checkbox"/> pasar a				
Otro lugar (vía publica, transportes, etc.)		4 <input type="checkbox"/> Preg. 13				
13 Domicilio donde se produjo: Calle y N°/Ruta y Km: _____						
Localidad/Paraje: _____		Departamento o partido _____				
		Provincia _____				

DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DEL NACIMIENTO QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

14 Cúal es su edad? (años cumplidos) Años <input type="text"/>	15 Cúal es la fecha de nacimiento de la madre? Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>
16 Contando hasta el de este niño, inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre? embarazos <input type="text"/>	17 Entre todos estos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos tuvo? <input type="text"/> - y cuántas defunciones fetales? <input type="text"/>

18 Dónde vive habitualmente? Calle y N°/Ruta y Km: _____

Localidad/Paraje: _____ Departamento o partido País

Provincia (o país para extranjeros)

19 Cúal es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

Nunca asistió 01 ☐

S.E. No reformado

Incompleto Completo

Primario 02 ☐ 03 ☐

Secundario 04 ☐ 05 ☐

Superior o universitario 06 ☐ 07 ☐

S.E. Reformado

Incompleto Completo

Ciclos EGB (1ro.y 2do) 11 ☐ 12 ☐

Ciclo EGB 3ro. 13 ☐ 14 ☐

Polimodal 15 ☐ 16 ☐

20 Pertenece o está asociada a:

Obra social 1 ☐ Plan de salud privado o mutual 2 ☐ Ambos 3 ☐ Ninguno 4 ☐

21 La madre convive en pareja? Si 1 ☐ ➔ Responder Preg. 22, 23, 24 y 25 con los datos del padre exclusivamente (ya sea casada o en unión de hecho) No 2 ☐ ➔ Pasar a Preg. 24 y 25 responderlas con los datos de la madre exclusivamente

DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DEL NACIMIENTO QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

22 Cúal es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

Nunca asistió 01 ☐

S.E. No reformado

Incompleto Completo

Primario 02 ☐ 03 ☐

Secundario 04 ☐ 05 ☐

Superior o universitario 06 ☐ 07 ☐

S.E. Reformado

Incompleto Completo

Ciclos EGB (1ro.y 2do) 11 ☐ 12 ☐

Ciclo EGB 3ro. 13 ☐ 14 ☐

Polimodal 15 ☐ 16 ☐

23 Pertenece o está asociada a:

Obra social 1 ☐ Plan de salud privado o mutual 2 ☐ Ambos 3 ☐ Ninguno 4 ☐

DATOS DEL PADRE/MADRE (tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DEL NACIMIENTO QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

24 Cúal es su situación laboral?

Trabaja o está de licencia 1 ☐

No trabaja ☐ Busca trabajo 2 ☐

☐ No busca trabajo 3 ☐

25 Cúal es su ocupación habitual?

PERSONA QUE CUMPLIMIENTO EL INFORME

Apellido y nombre: _____ Firma: _____

Anexo 5

Informe Estadístico de DEFUNCION

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17622)

DATOS PARA SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

1 Fecha de Inscripción		Día	Mes	Año
		____	____	____
2 Departamento o Partido	3 Delegación o Registro Civil	Número	4 Tomo	Folio
_____	_____	_____	_____	_____

DATOS DE LA DEFUNCION (Solo para fines estadísticos y a ser llenado sólo por el médico certificante)

5 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a la muerte?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> pasar a Preg. 7	6 ¿Lo atendió el médico que suscribe?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	--	---------------------------------------	--

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente

a) _____

Causas Antecedentes

Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar la causa básica

b) debido a (o como consecuencia de) _____

c) debido a (o como consecuencia de) _____

II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo

Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte

8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)

a) Indicar si fue por: Accidente 1 ☐ Suicidio 2 ☐ Homicidio 3 ☐ Se ignora 4 ☐

b) Como se produjo. Describir las circunstancias y situación en que aconteció como por ejemplo, caída de andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicotrópico, etc.. Si fue accidente de transporte indicar el tipo de vehículo y si el fallecido era peatón, conductor, acompañante, pasajero, etc.

c) Lugar donde ocurrió el hecho: _____

9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS

Estuvo embarazada en los últimos doce meses?

Si ☐ →
No ☐ continuar
Se ignora ☐ abajo

- Cual fue la fecha de terminación de ese embarazo?

Día Mes Año

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s

Nombre/s

10 Fecha de la defunción

Día Mes Año

11 Fecha de nacimiento

Día Mes Año

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar solo los años

Años

Si la edad es de 1 día o más, pero menor de un año, consigna sólo meses y días

Meses	Días
-------	------

Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos

Horas	Minutos
-------	---------

13 Sexo

Masculino 1 ☐

Femenino 2 ☐

Indeterminado 3 ☐

14 Ocurrió en ...

Establecimiento de salud público

Establecimiento privado, obra social, etc.

Vivienda (domicilio particular)

Otro lugar (hogar de ancianos, vía pública, etc.)

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

→ pasar a Preg. 15

Nombre del establecimiento _____

15 Domicilio donde se produjo: Calle y N°/Ruta y Km. _____

Localidad/paraje _____ Departamento o partido _____

_____ Provincia _____

16 Vivía habitualmente en: Calle y N°/Ruta y Km. _____

Localidad/paraje _____ Departamento o partido _____

_____ Provincia (o país para extranjeros) _____

17 Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)

Obra social 1 ☐ Plan de salud privado o mutual 2 ☐ Ambos 3 ☐ Ninguno 4 ☐

**SOLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MAS
DATOS DEL FALLECIDO****18 Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)**Nunca asistió 01 ☐**S.E. No reformado**

Incompleto Completo

Primario 02 ☐ 03 ☐Secundario 04 ☐ 05 ☐Superior o universitario 06 ☐ 07 ☐**S.E. Reformado**

Incompleto Completo

Ciclos EGB (1ro.y 2do) 11 ☐ 12 ☐Ciclo EGB 3ro. 13 ☐ 14 ☐Polimodal 15 ☐ 16 ☐**19 Cual es su situación laboral?**Trabaja o está de licencia 1 ☐No trabaja Busca trabajo 2 ☐No busca trabajo 3 ☐**20 Cual es su ocupación habitual?**

**SOLO PARA FALLECIDOS MENORES DE 14 AÑOS (Incluyendo a los menores de 1 año)
DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCION QUE SE ESTA INSCRIBIENDO****21 Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)**Nunca asistió 01 ☐**S.E. No reformado**

Incompleto Completo

Primario 02 ☐ 03 ☐Secundario 04 ☐ 05 ☐Superior o universitario 06 ☐ 07 ☐**S.E. Reformado**

Incompleto Completo

Ciclos EGB (1ro.y 2do) 11 ☐ 12 ☐Ciclo EGB 3ro. 13 ☐ 14 ☐Polimodal 15 ☐ 16 ☐

22 Cual es su edad?
(años cumplidos)

Años

23 La madre
convive en pareja?
(ya sea casada
o en unión de hecho)

Sí 1

No 2

Responder Preg. 24, 25 y 26
con los datos del padre exclusivamente
Pasar a Preg. 25 y 26 y responderlas
con los datos de la madre exclusivamente

DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCION QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

24Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

Nunca asistió

01 ☐

S.E. No reformado

Incompleto

Completo

S.E. Reformado

Incompleto

Completo

Primario

02 ☐

03 ☐

Ciclos EGB (1ro.y 2do)

11 ☐

12 ☐

Secundario

04 ☐

05 ☐

Ciclo EGB 3ro.

13 ☐

14 ☐

Polimodal

15 ☐

16 ☐

Superior o universitario

06 ☐

07 ☐

DATOS DEL PADRE/MADRE (tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DE LA DEFUNCION QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

25 Cual es su situación laboral?

Trabaja o está de licencia

1 ☐

No trabaja

☐ Busca trabajo

2 ☐

☐ No busca trabajo

3 ☐

26 Cual es su ocupación habitual?

COMPLETAR EN CASO DE SER MENOR DE 1 AÑO (solo para fallecidos que no tienen un año cumplido)

DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MEDICO

27 Cual fue el peso
del niño al nacer?

Gramos

28 Cual fue su peso
al morir?

Gramos

29 Nació de un embarazo ...

Simple 1 ☐ ➔ ir a pregunta siguiente

Múltiple 2 ☐ ➔ el que niños vivos, y
produjo defunciones fetales

30 Cuántas semanas completas
duró la gestación?
semanas completas

31 En que fecha comenzó la
última menstruación normal
previa al embarazo de este niño?
Día Mes Año

32 Contando hasta el de
este niño, inclusive, cuántos
embarazos tuvo la madre?

embarazos

33 Entre todos estos embarazos,
cuántos hijos
nacidos vivos tuvo?

- y cuántas
defunciones
fetales?

PERSONA QUE CUMPLIMIENTO EL INFORME

Médico 1 ☐

Otro 2 ☐

Apellido y

Nombre

Matrícula

Profesional N°

Domicilio

Profesional:Calle

N°

Localidad:

Teléfono:

Firma

Sello

Anexo 6

Informe Estadístico de DEFUNCION FETAL

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17622)

DATOS PARA SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

		1 Fecha de Inscripción		Día	Mes	Año
				____	____	____
2 Departamento o Partido	3 Delegación o Registro Civil	Número	4 Tomo	Folio	Acta	
.....	____	____	____	____	

DATOS DE LA DEFUNCION FETAL (Solo para fines estadísticos)

5 A raíz de esta defunción estuvo internada la madre en ...

Establecimiento de salud público
Establecimiento privado, obra social, etc.

1 ☐ →
2 ☐
3 ☐ pasar a Preg. 6

Nombre del establecimiento _____

6 CAUSA DE LA DEFUNCION FETAL

a) Enfermedad o afección principal del feto

b) Otras enfermedades o afecciones del feto

c) Enfermedad o afección principal de la madre que afecta al feto

d) Otras enfermedades o afecciones de la madre que afectan al feto

e) Otras circunstancias pertinentes

7 El feto presentaba señales de maceración?

Si ☐

No ☐

8 El sexo del feto era?

Masculino 1 ☐
Femenino 2 ☐
Indeterminado 3 ☐

9 Cúal fue la fecha de expulsión o extracción del feto?

Día Mes Año

10 Cúal fue su peso?

Gramos _____

11 La defunción provino de un embarazo

Simple 1 ☐ ir a pregunta siguiente

Múltiple 2 ☐ el que produjo ☐ niños vivos, y ☐ defunciones fetales

12 Cuántas semanas completas duró la gestación?

Semanas completas _____

13 En que fecha comenzó la última menstruación normal previa a este embarazo?

Día Mes Año

DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCION FETAL QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

<p>14 ¿Cuál es su edad? (años cumplidos) Años <input style="width: 50px;" type="text"/></p>	<p>15 ¿Cuál es la fecha de nacimiento de la madre? Día Mes Año <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></p>																														
<p>16 Contando hasta este, inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre? embarazos <input style="width: 50px;" type="text"/></p>	<p>17 Entre todos estos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos tuvo? <input style="width: 50px;" type="text"/> - y cuántas defunciones fetales? <input style="width: 50px;" type="text"/></p>																														
<p>18 ¿Dónde vive habitualmente? Calle y N°/Ruta y Km: _____ Localidad/Paraje: _____ Departamento o partido <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> Provincia (o país para extranjeros) _____ País <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/></p>																															
<p>19 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Nunca asistió</td> <td>01 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>S.E. No reformado</td> <td>Incompleto</td> <td>Completo</td> <td>S.E. Reformado</td> <td>Incompleto</td> <td>Completo</td> </tr> <tr> <td>Primario</td> <td>02 <input type="checkbox"/></td> <td>03 <input type="checkbox"/></td> <td>Ciclos EGB (1ro.y 2do)</td> <td>11 <input type="checkbox"/></td> <td>12 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Secundario</td> <td>04 <input type="checkbox"/></td> <td>05 <input type="checkbox"/></td> <td>Ciclo EGB 3ro.</td> <td>13 <input type="checkbox"/></td> <td>14 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Superior o universitario</td> <td>06 <input type="checkbox"/></td> <td>07 <input type="checkbox"/></td> <td>Polimodal</td> <td>15 <input type="checkbox"/></td> <td>16 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Nunca asistió	01 <input type="checkbox"/>					S.E. No reformado	Incompleto	Completo	S.E. Reformado	Incompleto	Completo	Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	Ciclos EGB (1ro.y 2do)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>	Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
Nunca asistió	01 <input type="checkbox"/>																														
S.E. No reformado	Incompleto	Completo	S.E. Reformado	Incompleto	Completo																										
Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	Ciclos EGB (1ro.y 2do)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>																										
Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>																										
Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>	Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>																										
<p>20 Pertenece o está asociada a:</p> <p>Obra social 1 <input type="checkbox"/> Plan de salud privado o mutual 2 <input type="checkbox"/> Ambos 3 <input type="checkbox"/> Ninguno 4 <input type="checkbox"/></p>																															
<p>21 La madre convive en pareja? Si 1 <input type="checkbox"/> → Responder Preg. 22, 23, 24 y 25 con los datos del padre exclusivamente (ya sea casada o en unión de hecho) No 2 <input type="checkbox"/> → Pasar a Preg. 24 y 25 responderlas con los datos de la madre exclusivamente</p>																															

DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCION FETAL QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

<p>22 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Nunca asistió</td> <td>01 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>S.E. No reformado</td> <td>Incompleto</td> <td>Completo</td> <td>S.E. Reformado</td> <td>Incompleto</td> <td>Completo</td> </tr> <tr> <td>Primario</td> <td>02 <input type="checkbox"/></td> <td>03 <input type="checkbox"/></td> <td>Ciclos EGB (1ro.y 2do)</td> <td>11 <input type="checkbox"/></td> <td>12 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Secundario</td> <td>04 <input type="checkbox"/></td> <td>05 <input type="checkbox"/></td> <td>Ciclo EGB 3ro.</td> <td>13 <input type="checkbox"/></td> <td>14 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Superior o universitario</td> <td>06 <input type="checkbox"/></td> <td>07 <input type="checkbox"/></td> <td>Polimodal</td> <td>15 <input type="checkbox"/></td> <td>16 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						Nunca asistió	01 <input type="checkbox"/>					S.E. No reformado	Incompleto	Completo	S.E. Reformado	Incompleto	Completo	Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	Ciclos EGB (1ro.y 2do)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>	Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
Nunca asistió	01 <input type="checkbox"/>																																		
S.E. No reformado	Incompleto	Completo	S.E. Reformado	Incompleto	Completo																														
Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	Ciclos EGB (1ro.y 2do)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>																														
Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>																														
Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>	Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>																														
<p>23 Pertenece o está asociada a:</p> <p>Obra social 1 <input type="checkbox"/> Plan de salud privado o mutual 2 <input type="checkbox"/> Ambos 3 <input type="checkbox"/> Ninguno 4 <input type="checkbox"/></p>																																			

DATOS DEL PADRE/MADRE (tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DE LA DEFUNCION FETAL QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

<p>24 ¿Cuál es su situación laboral?</p> <p>Trabaja o está de licencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No trabaja <input type="checkbox"/> Busca trabajo 2 <input type="checkbox"/></p> <p> No busca trabajo 3 <input type="checkbox"/></p>	<p>25 ¿Cuál es su ocupación habitual?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/></p>
--	---

PERSONA QUE CUMPLIMENTA EL INFORME

Apellido y nombre: _____ Firma: _____

Anexo 7

INFORME ESTADISTICO DE RECURSOS DE SALUD

1. AÑO DE ACTUALIZACION DE LOS DATOS:

2. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

1. Denominación institucional

2. Razón social

CODIGO

3. UBICACIÓN GEOGRAFICA - DOMICILIO

Calle/Ruta N° Piso Depto Barrio

Circunscripción Sección Manzana N° de Casa o Edificio Localidad/Paraje

Departamento/Partido CODIGO Provincia CODIGO Código postal

Correo electrónico Teléfono: Pref. N° Fax

4. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

1. Subsector Oficial

Nacional
Provincial/Ciudad Autónoma
de Buenos Aires
Municipal
Mixta oficial

1
2
3
4

Dependiente de:
Ministerio/Secretaría de Salud
Universidad
Fuerzas Armadas
Fuerzas de Seguridad
Otra

1
2
3
4
5

2. Subsector de Obras Sociales

Sindicales
Provinciales
Otras

1
2
3

3. Subsector Privado

Con fines de lucro
Sin fines de lucro
Mixta

1
2
3

4. Mixta oficial-privada

1

Especificar

5. CLASIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

1. Modalidad de atención

1. Atención ambulatoria
2. Internación
3. Atención domicil. programada
4. Hospital de día
5. Diagnóstico
6. Tratamiento
7. Medicina preventiva
8. Emergencias y traslados

1
2
3
4
5
6
7
8

2. Tipo de establecimiento

Medicina general
General
Especializado (Indique
la especialidad predominante)

1
2
3

CODIGO

3. Para establecimientos generales y
especializados en Pediatría, especificar
si tiene las siguientes especialidades:

1. Clínica médica
2. Clínica quirúrgica
3. Pediatría
4. Obstetricia
5. Cardiología
6. Ginecología
7. Neonatología
8. Neurología
9. Oftalmología
10. Oncología
11. Otorrinolaringología
12. Psiquiatría
13. Traumatología
14. Otras (especificar)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14

4. Para establecimientos con la
modalidad de Diagnóstico y/o Tra-
tamiento, especificar si tienen las
siguientes unidades operativas:

1. Laboratorio de análisis clínicos
2. Imágenes-Radiología
3. Hemoterapia
4. Quirófano-Centro quirúrgico
5. Cirugía ambulatoria
6. Sala de partos-Centro obstétrico
7. Anatomía patológica
8. Medicina nuclear
9. Terapia radiante
10. Hemodiálisis
11. Hemodinamia
12. Rehabilitación

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

6. EQUIPAMIENTO 1. Acelerador lineal <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Cámara Gamma <input type="text"/> <input type="text"/> 3. Densitómetro <input type="text"/> <input type="text"/> 4. Ecógrafo Doppler <input type="text"/> <input type="text"/> 5. Equipo de diálisis <input type="text"/> <input type="text"/> 6. Mamógrafo <input type="text"/> <input type="text"/> 7. Mesa de anestesia <input type="text"/> <input type="text"/> 8. Pantalla de flujo laminar <input type="text"/> <input type="text"/> 9. Resonador nuclear magnético <input type="text"/> <input type="text"/> 10. SPECT <input type="text"/> <input type="text"/> 11. Tomógrafo axial computado <input type="text"/> <input type="text"/> 12. Tomógrafo helicoidal <input type="text"/> <input type="text"/> 13. Videosist.p/cirugías endoscópicas <input type="text"/> <input type="text"/>		7. RECURSOS HUMANOS 1. Profesionales * 1. Asistente social <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Bioquímico/a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. Dietista/Nutricionista <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 4. Farmacéutico/a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 5. Fonoaudiólogo/a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 6. Kinesiólogo/a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 7. Lic.en enferm./Enf.univ. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8. Médico/a (incl. residentes) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 9. Obstétrico/a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 10. Odontólogo/a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 11. Psicólogo/a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 12. Otros profesionales <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		2. Técnicos ** 1. Enferm.profesional <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Otros técnicos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. Auxiliares *** 1. Agente sanitario <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Aux.de enfermería <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. Otros auxiliares <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 4. Otros recursos humanos **** 1. Ayud.de enferm. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Otros rrecursos humanos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
8. CAMAS DE DOTACION <input type="text"/> <input type="text"/>		9. PROMEDIO ANUAL DE CAMAS DISPONIBLES (Incluye las camas de Terapia Intensiva) <input type="text"/> <input type="text"/>		10. PROMEDIO ANUAL DE CAMAS DE TERAPIA INTENSIVA <input type="text"/> <input type="text"/>	
11. PRODUCCION ANUAL (Para establecimientos con atención ambulatoria y/o de internación) Cant. de consultas médicas Ambulatorias <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cant. de egresos (incluye los egresos por parto) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cant. de partos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
Apellido y nombre del informante -----		Cargo que ocupa -----		Firma -----	
Discriminar, según categoría marcada, cuántos recursos humanos corresponden a quienes reciben planes "Jefe/a de Hogar" u otros planes sociales con ingreso monetario					
Profesionales * <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Técnicos ** <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Auxiliares *** <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		Otros recusus humanos **** <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			



Evaluación

Autoevaluación

Después de haber trabajado en las distintas actividades del módulo, Ud. se encuentra en condiciones de realizar la evaluación correspondiente.

Al igual que en los módulos anteriores, en esta oportunidad le proponemos una autoevaluación.

A continuación le presentamos un cuestionario que le permitira comprobar el grado de apropiación de los contenidos desarrollados.

Usted debera indicar con una cruz (x) la opción correcta, vincular contenidos o completar con una respuesta.

Responda a cada una de las preguntas y luego chequee su respuesta con la clave de corrección.

1. Indique cuales de las siguientes son características de un Sistema de Información de Salud:

- | | |
|---|--|
| a. Es una infraestructura compuesta por recursos humanos y materiales. | |
| b. Tiene como objetivo obtener información confiable para la investigación en salud. | |
| c. Tiene como objetivo obtener información oportuna y confiable. | |
| d. La información que produce puede ser utilizada exclusivamente en la prevención de enfermedades. | |
| e. La información que produce puede ser utilizada tanto por quienes atienden la salud de la población como por quienes administran los sistemas de salud. | |

2. Señale al menos 6 temáticas que incluye e integra un Sistema de Información de Salud:

3. Señale qué tipo de información reúnen los principales componentes del Sistema de Salud de la República Argentina:

Sistema Estadístico de Salud (SES)		Estadística		Sistemas de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE y sobre SIDA)
		Epidemiológica		
		Cuantitativa		
		Cualitativa		

4. Explique la relación entre el Sistema de Información de Salud de la República Argentina, el Sistema de Estadística Nacional (SEN) y el Sistema de Estadísticas de Salud (SES). Identifique los organismos que los coordinan y las funciones que cumplen.

5. Explique en qué se diferencia la función de un Sistema de Estadísticas de Salud de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica:

6. Indique qué establece cada una de las leyes (uniendo con flechas):

Ley N°: 25.326/00	Secreto Estadístico
Ley N°: 17.622/68 - Decreto Reglamentario N° 3110/70	Protección de Datos Personales
Ley N°: 15.465/60 - Decreto N° 2771/79	Obligatoriedad de Notificación de Enfermedades

7. En qué consiste la Protección de Datos Personales

- | | |
|---|--|
| a. En que la información que suministran los organismos que integran el SEN son estrictamente secretas y sólo pueden utilizarse con fines estadísticos y que los datos deben ser publicados de tal modo que no pueda individualizarse las personas o entidades a quiénes se refieren | |
| b. Que toda persona debe tener acceso a la identidad de las personas autorizadas para manejar los datos y sus procedimientos y que la accesibilidad a los registros queda restringida sólo a las personas determinadas para el manejo de las bases de datos bajo secreto profesional. | |

8. En el material se define la calidad de los instrumentos de recolección (y de los datos que producen) en relación con su confiabilidad y validez, correlacione cada característica con su definición.

La confiabilidad de un instrumento es:

- | | |
|---|--|
| a. su capacidad de producir los mismos o similares resultados al realizar la misma medición en diferentes ocasiones o por diferentes observadores | |
| b. su capacidad de medir lo que pretende medir | |

La validez de un instrumento es:

- | | |
|---|--|
| a. su capacidad de producir los mismos o similares resultados al realizar la misma medición en diferentes ocasiones o por diferentes observadores | |
| b. su capacidad de medir lo que pretende medir | |

9. Dados los siguientes instrumentos de recolección de datos que se utilizan en el CS ordénelos - a su criterio- de más objetivos a más subjetivos y fundamente su ordenamiento.

- | | |
|--|--|
| a. La historia clínica | |
| b. El carnet perinatal | |
| c. El carnet de inmunizaciones | |
| d. Registros de actividades de promoción de la salud | |

10. ¿Cuáles son los datos que debe incluir una Historia Clínica?

11. Liste de un lado de la tabla la información que debe contener el Carnet Perinatal y del otro las situaciones en las que puede ser utilizado:

Carnet Perinatal	
Información	Usos

12. Liste de un lado de la tabla la información que debe contener el Carnet de Inmunizaciones y del otro las situaciones en las que puede ser utilizado:

Carnet de Inmunizaciones	
Información	Usos

13. El Conjunto Mínimo de Datos Básicos aprobados de interés nacional incluye:

a. Información estadística de movimiento de pacientes y utilización de camas	
b. Información estadística de laboratorio de análisis clínicos	
c. Información estadística de prestaciones odontológicas	
d. Información estadística de consultas médicas ambulatorias	
e. Atención de la internación organizada por cuidados progresivos internación indiferenciada	
f. Información estadística de recursos de salud	
g. Información estadística de pacientes internados	

14. Indique cuáles de las siguientes afirmaciones son verdaderas:

- | | |
|---|--------------------------|
| a. Corresponde al médico tratante la responsabilidad de registrar en el informe citado el diagnóstico o motivo de consulta. | <input type="checkbox"/> |
| b. Los datos solicitados en el Informe Estadístico de Consultas Medicas Ambulatorias reemplazan el registro de los diagnósticos en la historia clínica. | <input type="checkbox"/> |
| c. Los datos del Informe Estadístico de Consultas Medicas Ambulatorias son de registro diario e individual y consolidación diaria y mensual para uso del establecimiento y de la Oficina Provincial de Estadísticas de Salud. | <input type="checkbox"/> |
| d. Para la notificación de Enfermedades de Denuncia Obligatoria el llenado del formulario C2 es de responsabilidad exclusiva de los profesionales del Centro de Salud. | <input type="checkbox"/> |

15.Cuál de estas afirmaciones es correcta:

- | | |
|--|--------------------------|
| a. El Análisis de Situación de Salud requiere del relevamiento de datos del área programática del CS y de la utilización de diferentes fuentes de datos tanto del sector salud como de otros sectores. | <input type="checkbox"/> |
| b. El Análisis de Situación de Salud requiere de investigación sobre la incidencia de enfermedades prevalentes en el programática del CS. | <input type="checkbox"/> |
| c. El Análisis de Situación de Salud de la contextualización del problema a través de la utilización de diferentes fuentes de estadísticas de datos. | <input type="checkbox"/> |

CLAVE DE CORRECCIÓN**Cuestionario de autoevaluación**

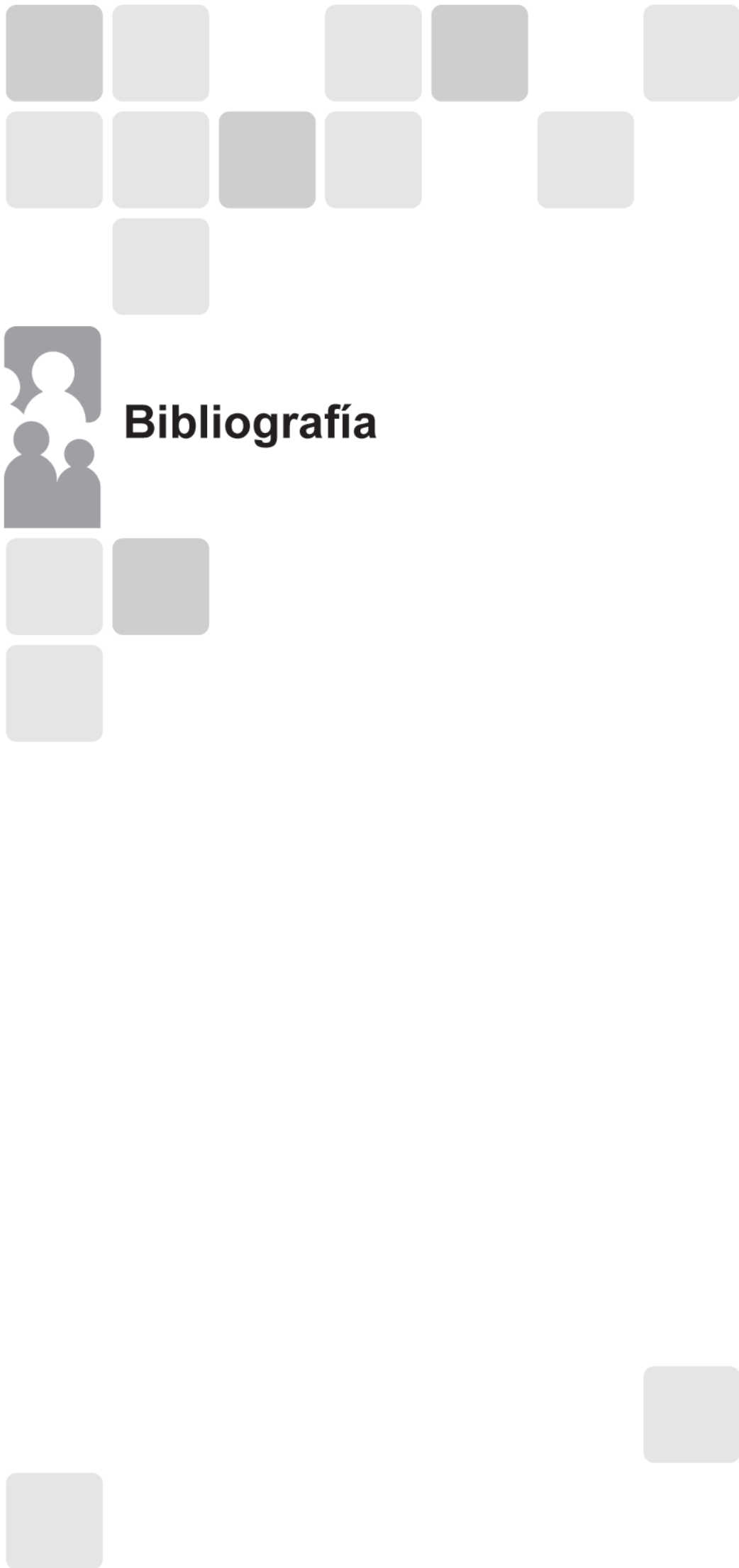
Pregunta	Respuesta correcta
1	a,c,e
2	Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> ■ Determinantes de salud de la población ■ Problemas de salud ■ Recursos del sector salud ■ Legislación ■ Programas de salud ■ Tecnología informática del sector

3	<p>Sistema Estadístico de Salud: información estadística y cuantitativa</p> <p>Sistema de Vigilancia Epidemiológica: información epidemiológica y cuantitativa</p>
4	<p>El Sistema de Información de Salud de la República Argentina reúne diferente tipo de información disponible en el país, cuantitativa y cualitativa, estadística y epidemiológica, producida dentro y fuera del sector salud. Sus principales componentes son: el Sistema Estadístico de Salud (SES) y el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y de Vigilancia Epidemiológica sobre SIDA. Aunque también integra y elabora información de diversa naturaleza sobre problemas de salud de la población y sobre los sistemas de servicios que los atienden.</p> <p>El sistema Estadístico de Salud (SES) es de cobertura territorial nacional, es parte del Sistema Estadístico Nacional (SEN), recoge información estadística sobre hechos vitales, recursos y servicios, morbilidad atendida, etc. Está coordinado por la Dirección de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.</p> <p>El Sistema Estadístico Nacional (SEN) está integrado por todos los organismos oficiales productores de estadística, su organización es descentralizada. Su organismo coordinador es el INDEC, pero cada sector tiene autonomía para la organización del sistema estadístico. El Sistema Estadístico de Salud (SES) es uno de los componentes del SEN.</p>
5	<p>La diferencia radica en el modo de recolección y procesamiento de la información. El SES realiza recolección rutinaria y procesa en compilaciones de conjunto con el objetivo de producir información para la toma de decisiones en todos los niveles del Sistema de Salud. Mientras el Sistema de Vigilancia Epidemiológica realiza notificación obligatoria de determinadas enfermedades, con el objetivo de detectar a tiempo el riesgo para la salud de la población y sustentar así intervenciones de prevención y control para limitar el impacto y monitorear la evaluación del impacto de las intervenciones.</p>
6	<p>Ley N°: 25.326/00: Protección de Datos Personales</p> <p>Ley N°: 17.622/68 - Decreto Reglamentario N° 3110/70: Secreto Estadístico</p> <p>Ley N°: 15.465/60 - Decreto N° 2771/79: Obligatoriedad de Notificación de Enfermedades</p>

7	b
8	La confiabilidad de un instrumento es su capacidad de producir los mismos o similares resultados al realizar la misma medición en diferentes ocasiones o por diferentes observadores. La validez de un instrumento es su capacidad de medir lo que pretende medir.
10	<ul style="list-style-type: none"> ■ identificación del paciente ■ antecedentes personales vinculados a la salud ■ patologías importantes que haya tenido el paciente ■ procedimientos que se le hayan realizado ■ la enfermedad detallada por la cuál concurre al servicio ■ los tratamientos que se le prescriben
13	a,d,f,g
14	a,c,d
15	a



Bibliografía



Bibliografía utilizada

- ARELLANO, M.G. AND G.I. WEBER, *Issues in identification and linkage of patient records across an integrated delivery system*. J Healthc Inf Manag, 1998. 12(3): p. 43-52.
- ARMSTRONG BK, WHITE E, SARACCI R. *Principles of exposure measurement in epidemiology*. 2004 Oxford University Press.
- INSTITUTE OF MEDICINE, *CROSSING THE QUALITY CHASM: A New Health System for the 21st Century* (2001)
- BOHRNSTEDT GW, *Measurement*. In *Handbook of survey research ed. P Rossi J. Wright and A. Anderson*, pp 70-121. Academic Press, Orlando
- BRITT H, ANGELIS M, HARRIS E. *The reliability and validity of doctor-recorded morbidity data in active data collection systems*. Scand J Prim Health Care 1998;16:50-55.
- CIAP. *Clasificación Internacional de Atención Primaria*. Editada por Henk Lamberts y Maurice Wood. Editorial Mason, Barcelona (primera versión, única disponible en español hasta la fecha), 1990.
- FRERIKS, G., *Identification in healthcare. Is there a place for Unique Patient Identifiers? Is there a place for the Master Patient Index?* Stud Health Technol Inform, 2000. 77: p. 595-9
- GERVÁS J. EDITORIAL: *Códigos y clasificaciones en medicina general/ de familia*. Atención Primaria 1997;20:343-44. *International Classification of Primary Care ICPC-2. Second edition*.
- GOMEZ, A., F.G. BERNALDO DE QUIROS, L. GARFI, D. LUNA, G. SARANDRIA, A. FIGAR, M. MARTINEZ, F. CAMPOS, AND K. D. *Implementación de un sistema de mensajería electrónica -HL7- para la integración de un sistema multiplataforma*. in *4to Simposio de Informática en Salud - 30 JAIIO*. 2001. Buenos Aires, Argentina: SADIO.
- LEAPE, L.L., *Error in medicine*. Jama, 1994. 272(23): p. 1851-7.
- Ley N°: 15.465/60 - Decreto N° 2.771/79
- Ley N°: 17.622/68 - Decreto Reglamentario N° 3.110/70
- Ley N° 23.798/90 y Decreto Reglamentario N° 1.244/90
- Ley N°: 25.326/00
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación: *Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria (CEPS-AP)*. Segunda Edición., Buenos Aires, enero de 2005.

- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación: *Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB) aprobados de Interés Nacional - Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB) recomendados de Interés Jurisdiccional. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. CABA, Septiembre de 2004.*
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación: *Guía para la elaboración de Indicadores Seleccionados. Serie 1 N° 18 ISSN 0325 - 0008. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Sistema Estadístico de Salud. Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud. CABA, junio de 2005.*
- Ministerio de Salud de la Nación: *Informe Estadístico de Defunción. Guía para los médicos sobre el empleo del Modelo Internacional para el registro de la causa de muerte. Dirección de Estadística e Información de Salud. Enero 2001.*
- Ministerio de Salud de la Nación: *Modelos de Formularios e Instructivos del Sistema de Estadísticas Vitales. Dirección de Estadística e Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Buenos Aires, enero del 2000.*
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación: *Sistema de Información de Salud. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Serie 1 N° 13 ISSN 0325-008. Edición Actualizada, Septiembre 2004.*
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. *126° Sesión del Comité Ejecutivo: funciones esenciales de salud pública. Washington, D.C., 26 al 30 de Junio de 2000. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2000*
- WEBER, G.I. *Achieving a patient unit record within electronic record systems. in Toward an Electronic Patient Record. 1995: Newton, Mass.*
- YASNOFF WA, O'CARROLL PW, KOO D, LINKINS RW, KILBOURNE EM: *Public health informatics: improving and transforming public health in the information age. J Public Health Manage Pract. 2000;6(6):67-75.*
- *The March 2002 update of the electronic version of ICPC-2. A step forward to the use of ICD-10 as a nomenclature and a terminology for ICPC-2. Fam Pract. 2002 Oct;19(5):543-6.*
- APPAVU, S., *Analysis of Unique Patient Identifier Options. 1997, The National Committee on Vital and Health Statistics (NCVHS) - Department of Health and Human Services (U.S.).*
- *American Society for Testing and Materials, Standard guide for properties of a universal healthcare identifier (UHID) - E 1714-95, in Annual book of ASTM Standards. 1995.*
- *The electronic patient record in primary care-regression or progression? A cross sectional study. Hippisley-Cox J, Pringle M, Cater R, Wynn A, Hammersley V, Coupland C.. BMJ 2003; 326: 1439-43.*

- *CROSSING THE QUALITY CHASM: A New Health System for the 21st Century*. IOM. National Academies Press. 2001
(<http://www.nap.edu/openbook/0309072808/html/index.html>)
- *Manual de normas y procedimientos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiologica* SI.NA.VE - 1999
- *Sistema nacional de vigilancia de salud s.n.v.s. Descripción Funcional Unidad Ejecutora de Proyecto* - Junio del 2003
- *Surveillance. Fundamentals of Epidemiology Msc Epidemiology Principles and Practice*.
- *Sistemas de Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Serie 1 N° 13 ISSN 0325-008*. Edición Actualizada, Septiembre 2004. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

■ Autores

Dr. Enrique R. Soriano

Jefe del Departamento de Información Hospitalaria,
Hospital Italiano de Buenos Aires.

Dr. Carlos M. Juliá

Director del Posgrado en Salud Social y Comunitaria,
Universidad del Salvador

Lic. Elida H. Marconi

Directora de Estadísticas e Información en Salud,
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

■ Colaboradores:

Lic. Carlos Guevel

Dra. Gabriela Rodríguez

Dr. Diego Giunta

■ Editora

Dra. Mariela Rossen

■ Supervisión

Roberto Armagno

Luis Martínez

■ Diseño didáctico

Lic. Adriana Sznajder

■ Asesoramiento académico

Dra. María Luisa Ageitos
Acad. Abrahaam Sonis

■ Diseño Gráfico

Pablo Fantini

■ Imprenta

Cristián Fèvre

Registro de la propiedad intelectual:
Módulo 6 : sistemas de información de salud / Enrique R Soriano ; Elida H Marconi ; Carlos M Juliá ; con colaboración de: Carlos Guevel ; edición literaria a cargo de: Mariela Rossen - 1a ed.2da reimp - Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación, 2009.
154 p. ; 30x21 cm.

ISBN 978-950-38-0021-8

1. Salud y Ambiente. I. Marconi, Elida H II. Juliá, Carlos M III. Guevel, Carlos, colab. IV. Rossen, Mariela, ed. lit. V. Título
CDD 613

Fecha de catalogación: 03/11/2009



Material elaborado con financiación del Banco Interamericano de Desarrollo - Préstamo OC - AR 1193 - FEAPS

Se terminó de imprimir en
Cristián Fèvre Estudio de Diseño
e Impresores,
Piedras 786, Bs. As.
en el mes de
septiembre de 2011.

