



SISTEMA DE INFORMACION DE SALUD

**EDICION ACTUALIZADA
SETIEMBRE 2004**

**DIRECCION DE ESTADISTICAS E INFORMACION DE SALUD
PROGRAMA NACIONAL DE ESTADISTICAS DE SALUD**

REPUBLICA ARGENTINA



MINISTERIO de
SALUD y
AMBIENTE
de la NACIÓN

Serie 1 N° 13 - ISSN 0325-0008

**SISTEMA DE INFORMACION DE SALUD
REPUBLICA ARGENTINA**

INTRODUCCION	Pág. 1
SISTEMA DE INFORMACION DE SALUD - SISTEMA ESTADISTICO DE SALUD - SISTEMA ESTADISTICO NACIONAL	Pág. 1
SISTEMA ESTADISTICO DE SALUD	Pág. 3
Nombre del Sistema	Pág.5
Objetivos del Sistema	Pág. 5
Subsistemas y Metodologías Utilizadas	Pág. 6
Instituciones Responsables	Pág. 7
SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Pág. 9
Nombre del Sistema	Pág. 9
Objetivo del Sistema	Pág. 9
Instituciones Responsables	Pág. 9
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SOBRE SIDA.	Pág. 12
Nombre del Sistema	Pág. 12
Objetivo del Sistema	Pág. 12
Instituciones Responsables	Pág. 12
SITUACION ACTUAL DE LOS SUBSISTEMAS COMPONENTES DEL SES	Pág. 12
SUBSISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES	Pág. 12
SUBSISTEMA DE ESTADISTICAS DE SERVICIOS DE SALUD	Pág. 15
SUBSISTEMA DE COBERTURA, DEMANDA, UTILIZACION DE SERVICIOS Y GASTO DIRECTO EN SALUD	Pág. 23
PROYECTOS ESPECIALES PARA LA OBTENCION DE INFORMACION DE MORBILIDAD	Pág. 26
ESTRATEGIAS DE COMUNICACION Y DIFUSION DE LA INFORMACION ESTADISTICA Y EPIDEMIOLOGICA	Pág. 26

SISTEMA DE INFORMACION DE SALUD REPUBLICA ARGENTINA

INTRODUCCION

El presente documento se centra en la caracterización del Sistema Estadístico de Salud – SES- y una descripción de sistemas no estadísticos relevantes, como el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica -SINAVE- y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre Sida, por ser los principales componentes del Sistema de Información de Salud –SIS- en la Argentina.

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

Se requiere como información relevante la referente a los problemas de salud, factores condicionantes y recursos, organización y funcionamiento del sector y políticas de desarrollo; el conocimiento de las tendencias al crecimiento de la población, al envejecimiento y a la urbanización, de las patologías predominantes, de la descentralización política y administrativa, del crecimiento de los costos de atención de la salud y de los cambios de organización. Como puede apreciarse, se necesita también de información cualitativa que, sin embargo, habitualmente no se encuentra incorporada a los sistemas de información.

La temática de información es, pues, amplia: población, nivel y problemas de salud, oferta de servicios, el sector y las instituciones, el financiamiento, las inversiones, la cooperación externa y la articulación intra e intersectorial. No obstante ello, como se señaló, se describirán las características de los principales componentes del SIS.

SISTEMA DE INFORMACION DE SALUD - SISTEMA ESTADISTICO DE SALUD - SISTEMA ESTADISTICO NACIONAL

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

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 POBLACION
- ◆ NIVEL Y PROBLEMAS DE SALUD
- ◆ RECURSOS, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SECTOR SALUD
- ◆ LEGISLACION
- ◆ POLITICAS, PROGRAMAS Y PROYECTOS
- ◆ CIENCIA, TECNOLOGIA Y DOCUMENTACION BIBLIOGRAFICA

Naturaleza de la Información

INFORMACION	ESTADISTICA	DEMOGRAFICA SOCIO-ECONOMICA NIVEL Y PROBLEMAS DE SALUD DISPONIBILIDAD Y UTILIZACION DE LOS RECURSOS
	NO ESTADISTICA	LEGISLACIÓN POLITICAS-PROGRAMAS-PROYECTOS ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SECTOR CIENCIA-TECNOLOGIA-DOCUMENTACION BIBLIOGRAFICA

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° 15465/60, Decreto Reglamentario N° 12833/60 y Decreto Modificatorio N° 2771/79 y la Ley de Sida N° 23798/90 y Decreto Reglamentario N° 1244/90).

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. Es, por un lado, una situación de hecho y, por otro lado, una entidad conceptual sin su correlato en la realidad.

En concordancia con lo señalado, se presentan los tres sistemas mencionados, enfatizando lo referente al **Sistema Estadístico de Salud** -objeto de análisis en este documento- y su relación con el **Sistema Estadístico Nacional**.

SISTEMA ESTADISTICO DE SALUD

La Ley N° 17622/68 -Decreto Reglamentario N° 3110/70- 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.

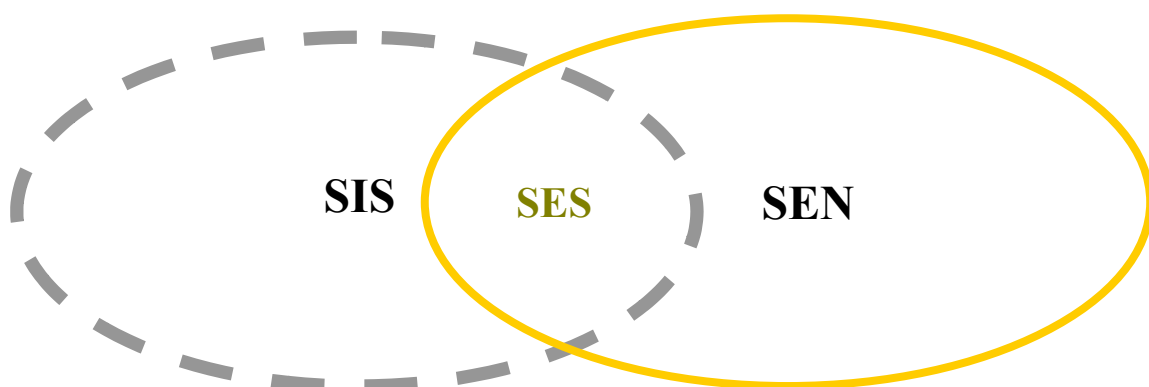
El SEN se estructuró desde el inicio sobre la base de la descentralización. Cada sector (Salud, Educación, Trabajo, etc.) tiene autonomía para la organización de su sistema estadístico, cumpliendo con el compromiso de garantizar, en todo el territorio del país, la aplicación de normas y procedimientos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

Componentes Sectoriales del Sistema Estadístico Nacional -SEN-

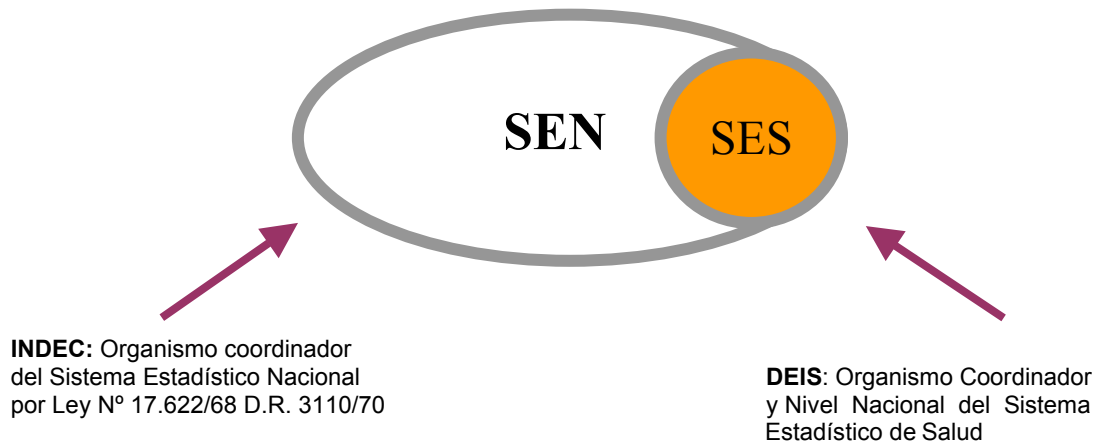


Así nació, a fines de la década del '60, el Sistema Estadístico de Salud -SES- conocido como Programa Nacional de Estadísticas de Salud, como parte del Sistema Estadístico Nacional, coordinado en el nivel nacional por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud -DEIS- del Ministerio de Salud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

Sistema de Información de Salud -SIS-
Sistema Estadístico Nacional -SEN-
Sistema Estadístico de Salud -SES-



Sistema Estadístico Nacional -SEN- Sistema Estadístico de Salud -SES-



Nombre del Sistema

El Sistema Estadístico de Salud que, como se mencionó precedentemente, es conocido como Programa Nacional de Estadísticas de Salud -PNES-, se implementó en forma descentralizada siguiendo la organización federal del país, lo que requirió la firma de convenios entre la entonces Secretaría de Salud de la Nación y los Ministerios/Secretarías de Salud provinciales -suscriptos en 1968 y de renovación automática cada cinco años-.

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. En la actualidad contribuye a suministrar información para la toma de decisiones relacionadas con la redefinición del rol del sector salud.

Objetivos del Sistema

Para proveer información estadística para el proceso de gestión en sus diferentes niveles, este sistema ha definido los siguientes objetivos:

- Producir, difundir y analizar estadísticas relacionadas con condiciones de vida y problemas de salud, suministrando datos sobre Hechos Vitales (Nupcialidad, Natalidad y Mortalidad), Morbilidad y 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. Proporcionar la información del sector correspondiente al país, a los organismos internacionales encargados de la difusión de estadísticas internacionales.
- 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.

Subsistemas y Metodologías Utilizadas

El Programa Nacional de Estadísticas de Salud abarca diferentes subsistemas: Estadísticas Vitales, Estadísticas de Servicios de Salud y Estadísticas de Cobertura, Demanda, Utilización de Servicios y Gasto Directo en Salud.

Este sistema está estructurado según componentes: nivel nacional, nivel jurisdiccional y nivel local. Estos niveles están interrelacionados y no suponen una jerarquización administrativa. Se complementan y acuerdan líneas de acción para la obtención de información, consensuadas en reuniones nacionales, y tienen autonomía para la producción y difusión de información de interés para cada nivel.

Utiliza diferentes metodologías para la recolección de datos de los distintos subsistemas: **registros permanentes, censos o catastros y encuestas a población y a servicios.**

Sistema Estadístico de Salud -SES-

CONTENIDOS	<ul style="list-style-type: none"> * ESTADISTICAS SOBRE HECHOS VITALES, CONDICIONES DE VIDA Y PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACION * ESTADISTICAS SOBRE DISPONIBILIDAD Y UTILIZACION DE LOS RECURSOS
METODOLOGIAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ REGISTROS PERMANENTES ➤ CENSOS O CATASTROS ➤ ENCUESTAS: A POBLACION A SERVICIOS
COMPONENTES	<ul style="list-style-type: none"> ● SUBSISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES ● SUBSISTEMA DE ESTADISTICAS DE SERVICIOS DE SALUD ● SUBSISTEMA DE ESTADISTICAS DE COBERTURA, DEMANDA, UTILIZACIÓN DE SERVICIOS Y GASTO DIRECTO EN SALUD
ESTRATEGIAS DE EVALUACION Y CALIDAD DE LOS DATOS	<ul style="list-style-type: none"> ◆ INVESTIGACIONES ESPECIALES ◆ CAPACITACION

La obtención de los datos del **Subsistema de Estadísticas Vitales** y del **Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud**, que se apoyan en la metodología de **registros permanentes**, supone el cumplimiento de las siguientes etapas:

- A nivel local, en los registros civiles y sus delegaciones se inscriben y se registran los hechos vitales. En los establecimientos de salud se registran las actividades referidas al

funcionamiento de los servicios de salud. A ellos compete, además, la recolección y la remisión de los datos.

- A nivel jurisdiccional¹ las unidades de Estadísticas Vitales y 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, además de utilizar la metodología de **registro permanente**, 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 -que implica salidas periódicas a campo-, se hace utilizando la infraestructura disponible en otras instituciones del Estado (INDEC – Sistema Integrado de Encuestas de Hogares - y Universidad Nacional de Buenos Aires). El nivel nacional del PNES, es decir la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, define y normatiza los contenidos de los instrumentos de recolección de datos, la capacitación de encuestadores y realiza la explotación de los datos a partir de la información consistida y volcada en soporte magnético por la institución que realiza el trabajo de campo. Al presente no se ha podido establecer una periodicidad fija en la recolección de los datos ni el alcance de la cobertura geográfica.

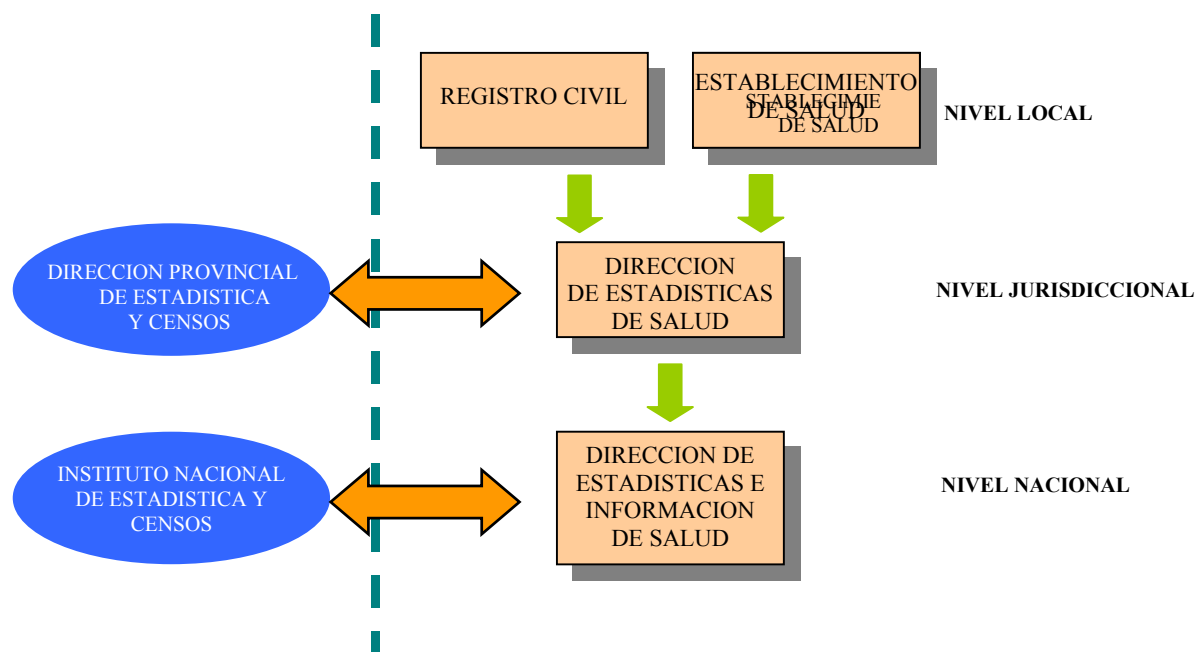
Instituciones Responsables

Las instituciones responsables del SES son: en el nivel nacional la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación; en el nivel jurisdiccional las Oficinas de Estadísticas de Salud de los Ministerios/Secretarías de Salud de las provincias; y en el nivel local los establecimientos de salud y los registros civiles. A continuación se agrega un gráfico ilustrativo del sistema.

¹ Corresponde a las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sistema Estadístico de Salud -SES-

Instituciones Responsables y Participantes



La Dirección de Estadísticas e Información de Salud -DEIS- es el nivel nacional del SES, tiene la coordinación nacional del PNES y es la representante del SEN dentro del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Tiene por objetivo intervenir en la implementación y desarrollo de los programas nacionales y locales de estadísticas de salud y difundir el resultado de los mismos. Las acciones principales de esta Dirección son:

- Promover el desarrollo de los programas nacionales y provinciales de estadísticas de salud.
- Normatizar y elaborar procedimientos para captación y procesamiento de los datos producidos a nivel jurisdiccional y efectuar su consolidación a nivel nacional.
- Procesar datos provenientes de registros permanentes, encuestas especiales y censos.
- Mantener actualizados los datos estadísticos y el registro correspondiente.
- Promover y capacitar al personal del área de estadística nacional y provincial en todos los niveles.
- Asesorar sobre el funcionamiento de los sistemas estadísticos a nivel nacional y jurisdiccional.
- Difundir y publicar la información estadística actualizada de salud a nivel nacional e internacional.

La DEIS, además de las competencias inherentes a la administración de los subsistemas estadísticos propios, tiene la responsabilidad de coordinar y normatizar la recolección de información estadística específica de los programas de salud y participa, desde 1996, 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.

El INDEC, de acuerdo a la Ley 17622/68 -Decreto Reglamentario 3110/70-, además de ser el responsable de la administración de fuentes propias de datos (Censos de Población, Encuestas de Hogares, etc.) es el coordinador del SEN.

Los niveles jurisdiccionales del SES están incorporados en las estructuras orgánicas de los Ministerios/Secretarías de Salud de las provincias. Como oficinas provinciales de Estadísticas de Salud pueden tener distintas jerarquías, pero cumplen las mismas funciones ya explicitadas al describir los tres niveles del SES (nacional, jurisdiccional y local).

Los niveles locales están representados por los establecimientos de salud y los registros civiles.

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, por ser la República Argentina un país de organización político-administrativa federal. Los convenios están vigentes desde hace más de 30 años.

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.

Las provincias han seguido modelos diferentes de descentralización que pueden sintetizarse en tres grandes categorías: por etapas de la producción de información, por contenidos temáticos de la misma y por combinaciones de ambos criterios

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Nombre del Sistema

Se denomina Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica -SINAVE-.

Es un subsistema del sistema de salud que comprende un conjunto articulado de instituciones de los sectores público y privado que, directa o indirectamente, notifican enfermedades o daños, prestan servicio a grupos poblacionales y orientan los cursos de acción para el control de los mismos.

Objetivo del Sistema

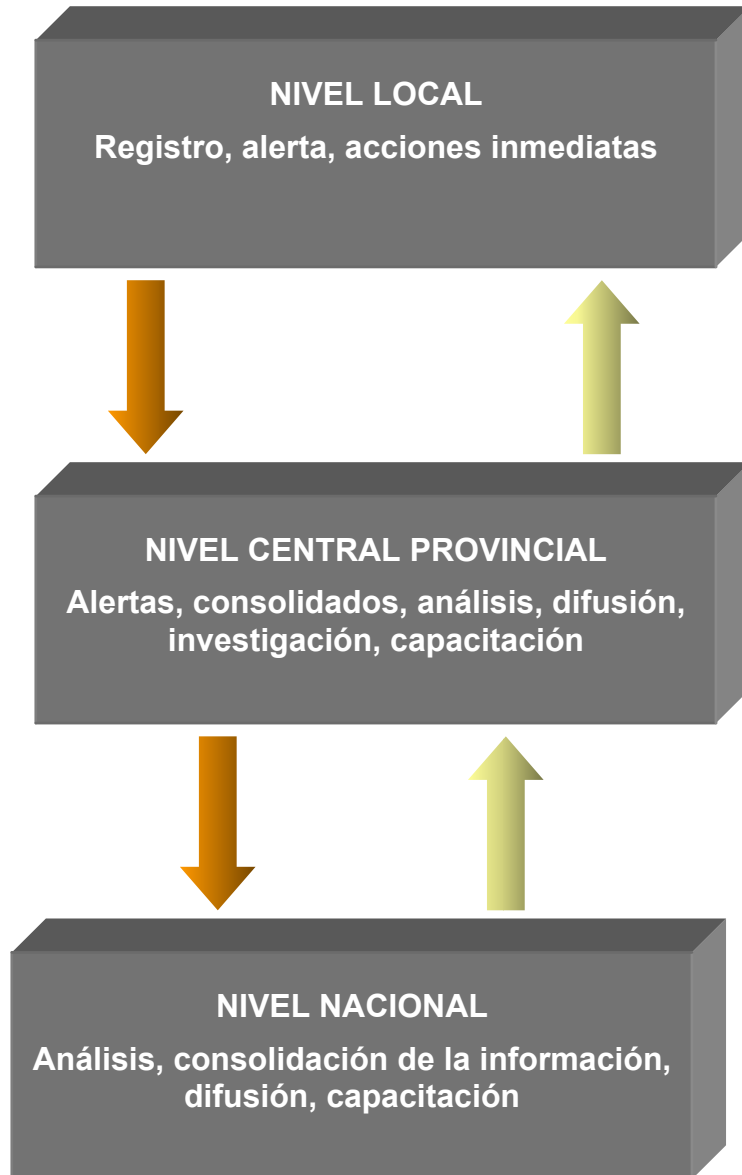
Ofrecer orientación técnica permanente a quienes tienen la responsabilidad de decidir sobre la ejecución de acciones de prevención y control, facilitando la información actualizada sobre la ocurrencia de las enfermedades, los factores condicionantes y las poblaciones definidas de riesgo.

Instituciones Responsables

Están representadas por niveles: nivel local, nivel central provincial y nivel central nacional. En el gráfico siguiente se expresan estos niveles del SINAVE, sus responsabilidades y competencias

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica -SINAVE-

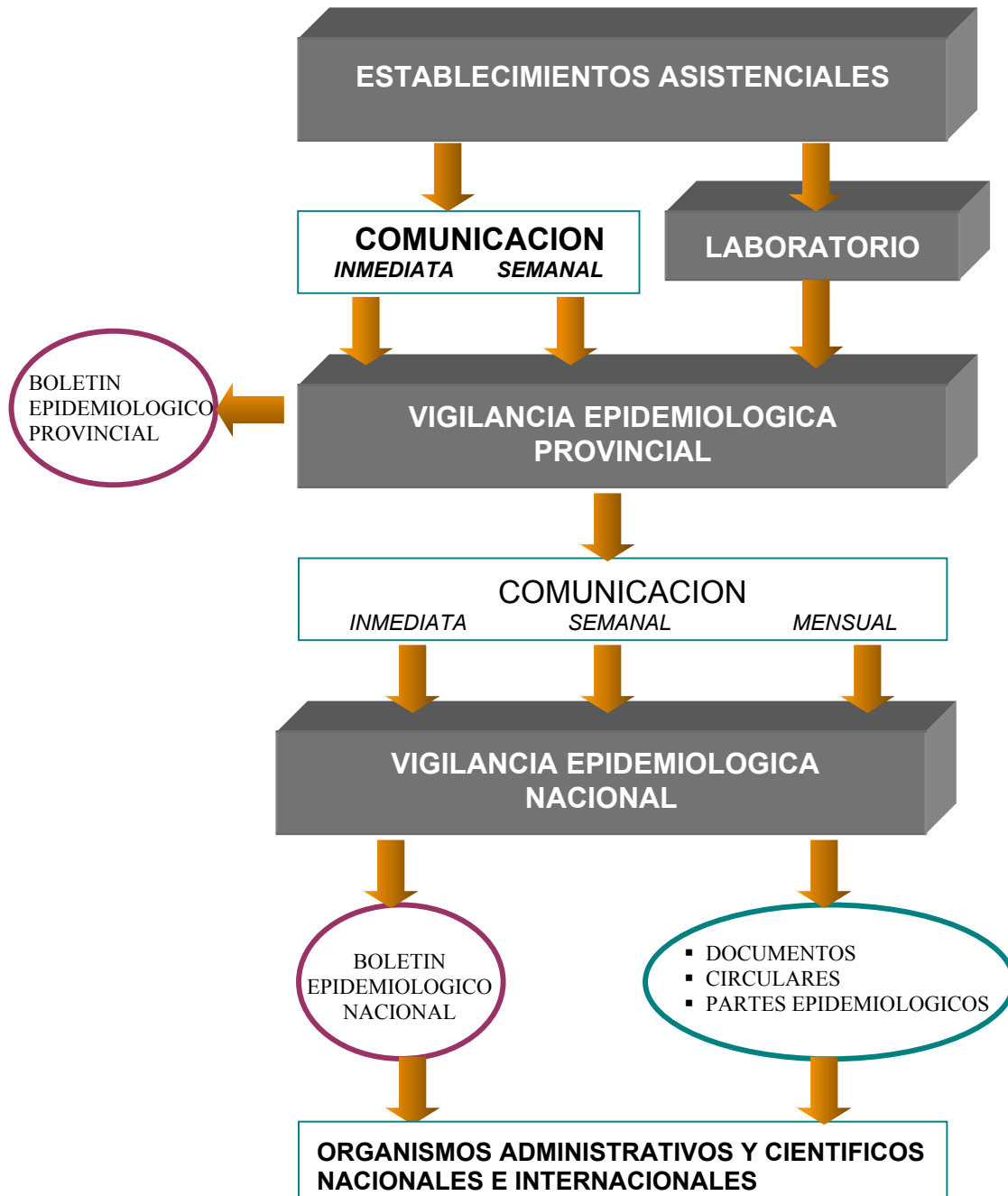
Instituciones Responsables y Participantes



Los casos y muertes por patologías de notificación obligatoria generan un flujo de información que se expresa en el gráfico siguiente.

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica -SINAVE-

Flujo de la Información



SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SOBRE SIDA

Nombre del Sistema

Se denomina Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida.

Objetivo del Sistema

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 tanto caso de Sida y ocurrencia de muerte por esta causa.

Instituciones Responsables

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. Existe una Ley Nacional sobre Sida en la cual se especifica que debe denunciarse obligatoriamente un caso dentro de las 48 horas, así como la muerte, al Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

El Programa Nacional recoge la información producida en los sitios de atención de los pacientes. Existe una ficha epidemiológica diseñada por el Programa que es llenada por los médicos que atienden a los pacientes. Esa ficha es remitida a los responsables locales, que a su vez la envían a los responsables de los Programas Provinciales, quienes las remiten al Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Los componentes y el flujo de la información responden a un modelo similar al del SINAVE.

SITUACION ACTUAL DE LOS SUBSISTEMAS COMPONENTES DEL SES

SUBSISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

El proyecto de Reformulación del Subsistema de Estadísticas Vitales se inició en 1991 a partir de la realización, en la Ciudad de Buenos Aires, de un Taller Latinoamericano para el Mejoramiento de las Estadísticas Vitales y de Registro Civil, auspiciado por la División Estadística de la Organización de las Naciones Unidas y coordinado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Durante 1992 y 1993, utilizando la metodología de taller en cada jurisdicción del país, el Instituto Nacional de Estadística y Censos y la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del entonces Ministerio de Salud de la Nación coordinaron las actividades tendientes a la realización del diagnóstico de situación del Subsistema de Estadísticas Vitales y la elaboración de las propuestas de adecuación. Participaron en los talleres los integrantes de las Direcciones de Estadística Provincial, de las Oficinas Provinciales de Estadísticas de Salud, de las Direcciones de Registro Civil y Capacidad de las Personas y médicos convocados por los

Ministerios/Secretarías de Salud de las jurisdicciones o a través de las entidades nucleadoras de estos profesionales.

En 1993, en el marco de la XIV Reunión Nacional de Estadísticas de Salud llevada a cabo del 13 al 17 de diciembre de ese mismo año en la Ciudad de Buenos Aires, se acordaron con las jurisdicciones las siguientes acciones:

- Rediseñar los instrumentos de captación de datos.
- Desarrollar una prueba piloto de los nuevos formularios, con las modificaciones sugeridas.
- Proponer los contenidos mínimos a relevar en los nuevos formularios.

La prueba piloto de los nuevos formularios se realizó en seis jurisdicciones, durante el período 1997/98.

Dado que existen diferentes niveles involucrados en el proceso de recolección de la información, la prueba piloto supuso la participación de estos niveles y, posteriormente, acordar con los mismos las modificaciones y la puesta en marcha de los nuevos instrumentos de captación de datos.

Los resultados de la prueba piloto fueron analizados, elaborándose una propuesta de los contenidos mínimos a relevar en los nuevos formularios como también de las instrucciones para su llenado. Esta propuesta fue presentada en la XV Reunión Nacional de Estadísticas de Salud, llevada a cabo del 28 al 30 de junio de 1999 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, realizándose los ajustes correspondientes y acordándose su implementación a partir del 1º de enero del año 2001.

El eje central de la XV Reunión Nacional de Estadísticas de Salud fue completar el Proyecto de Reformulación del Subsistema de Estadísticas Vitales.

Entre los cambios que introducen los formularios merecen destacarse:

- Mejor formulación de preguntas de significación para el sector salud y que tenían dificultades para su respuesta (edad al fallecer, tiempo de gestación, lugar de residencia, información médica sobre causa de muerte, etc.).
- Incorporación de preguntas que permiten mejorar la identificación de determinadas causas de muerte como, por ejemplo, las causas maternas.
- Tratamiento de las defunciones de menores de 15 años con variables de contexto referidas a condiciones sociales de los padres.
- Incorporación de preguntas sobre cobertura de atención de la salud, para todos los hechos vitales.
- Adecuación de las preguntas de nivel de instrucción en función de las reformas del sistema educativo.
- Simplificación de las preguntas sobre ocupación.

Los contenidos aprobados son los mínimos necesarios para la toma de decisiones en todo el territorio del país, acordados en base a las necesidades intra y extrasectoriales. Las jurisdicciones pueden incorporar otras variables o contenidos temáticos según necesidades específicas.

Los esfuerzos a partir de la implementación de estos nuevos instrumentos, se concentran en la monitoría y evaluación del subsistema tendiente a mejorar la calidad de los datos básicos y el funcionamiento del mismo, garantizando un conjunto mínimo de condiciones en todo el país. Por ejemplo, capacitación de registradores civiles y supervisión, capacitación de médicos para el mejor llenado de la certificación de la causa de muerte, supervisión de la codificación, etc.

Asimismo, en coordinación con el INDEC y el Programa Materno Infantil y Nutrición - PROMIN- y también con UNICEF, se realizaron estudios de medición de la omisión de registro de nacimientos y defunciones infantiles para evaluar la integridad del subsistema.

Se aplicaron métodos directos basados en el pareo de fuentes de datos en áreas seleccionadas del país y métodos indirectos basados en estudios a partir de datos secundarios disponibles (Censo Nacional de Población y Vivienda 1991, series históricas de nacimientos y defunciones infantiles correspondientes al Subsistema de Estadísticas Vitales 1980-1999, y estimaciones y proyecciones de población para los períodos intercensales).

Por Resolución Ministerial funciona desde 1985, a nivel nacional, la **Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades -CNCE-**, entidad asesora del SES en todo lo atinente a la aplicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades y la mejoría de la calidad de las estadísticas de morbilidad y de mortalidad.

Esta comisión ha sido estratégica para la implementación en Argentina de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima Revisión -CIE-10-.

En diciembre de 1995, por invitación del Ministerio de Salud del Uruguay, se constituyó un Grupo de Consulta para la implementación de la CIE-10 en los países integrantes del Mercosur.

De acuerdo con las recomendaciones del Grupo de Consulta, teniendo en cuenta las limitaciones de los recursos disponibles en los países, en la República Argentina se adoptó el método en “cascada” para la aplicación de la CIE-10. Es decir, primero para mortalidad y luego para morbilidad.

El Sistema Estadístico de Salud ha adoptado la CIE-10 para la codificación de la causa de muerte a partir del 1° de enero de 1997 y para la codificación de los diagnósticos de pacientes internados y de consulta médica ambulatoria, de los establecimientos con internación que informan al mencionado sistema, desde el 1° de enero de 1998.

La implementación de la CIE-10 ha significado una tarea muy importante de la Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades, la que ha apoyado al SES con la preparación de material didáctico, la organización y realización de talleres y cursos para codificadores de morbilidad y de mortalidad, destinados a presentar la nueva clasificación y contribuir a su adecuada utilización.

La Dirección de Estadísticas e Información de Salud y la Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades, con el apoyo de la OPS/OMS desarrollaron durante 1996 tres talleres regionales, a los que concurrieron 36 experimentados codificadores de mortalidad de las jurisdicciones, y un curso regional para personal del PNES que se estaba iniciando en la codificación de causa de muerte (60 personas) . En 1997 se realizó un curso para codificadores

de mortalidad (45 personas) y un curso de codificación de morbilidad al que concurrieron 75 codificadores del país. Tanto los talleres como los cursos fueron conducidos por miembros de la CNCE.

Por iniciativa de las jurisdicciones se desarrollaron durante 1997, 1998 y 1999, 11 cursos sobre codificación de morbimortalidad. Para el desarrollo de los mismos la DEIS apoyó con material didáctico, la CNCE con el personal docente y la OPS/OMS cubrió los gastos que significó el desplazamiento de los docentes a distintos lugares del país. En total se capacitaron en codificación 286 personas en todo el país. Desde el año 2000 y al presente se trabajó con la misma modalidad en base a una programación conjunta de la DEIS y la CNCE cubriendo necesidades y demandas jurisdiccionales.

De manera permanente se realizan, además, cursos y talleres con médicos sobre el correcto registro de las causas de muerte en el Informe Estadístico de Defunción.

Se realizaron también talleres de evaluación de la calidad de codificación de la causa de muerte, según la CIE-10.

En concordancia con los objetivos del SES, la CNCE apoya al mismo, a través de la DEIS, en la mejoría de la calidad de los datos de mortalidad y morbilidad con actividades de capacitación en investigaciones específicas en jurisdicciones, según los problemas identificados.

Por gestión de la OPS/OMS, la CNCE brindó cooperación técnica en codificación de morbimortalidad a Chile, a Paraguay y a Bolivia.

Un hecho importante para la mejoría del Subsistema de Estadísticas Vitales es la creación de la Comisión Interinstitucional de Estadísticas Vitales y de Registro Civil, coordinada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, como organismo rector del Sistema Estadístico Nacional, e integrada por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, la Subsecretaría de Población y el Registro Nacional de las Personas del Ministerio del Interior y las Direcciones Provinciales de Registro Civil.

La comisión mencionada y los organismos jurisdiccionales involucrados, promovieron en las jurisdicciones la creación y funcionamiento de comités similares de este subsistema en la búsqueda de soluciones para los distintos problemas.

SUBSISTEMA DE ESTADÍSTICAS DE SERVICIOS DE SALUD

Una parte importante de este subsistema lo representan las estadísticas de rendimientos, prestaciones y morbilidad atendida en servicios de salud, que incluye el registro y el procesamiento de la Información Estadística de Pacientes Internados, la Información Estadística de Movimiento de Pacientes y Utilización de Camas y la Información Estadística de Consultas Médicas Ambulatorias. Como en el subsistema anterior, hace referencia a un mínimo de información de interés nacional. Sin embargo, para esta temática la cobertura alcanza sólo al Subsector Oficial. Las jurisdicciones, según necesidades, han ido incorporando otro tipo de información y cubierto otros subsectores.

El mínimo de información de cobertura nacional se sistematizó a fines de los años '60, en base a un modelo determinado de organización de servicios de salud y cuando la entonces Secretaría de Salud de la Nación tenía la responsabilidad de administrar un número importante de establecimientos y de camas.

A lo largo de las décadas del '70, '80 y '90, un conjunto de factores sectoriales y extrasectoriales pusieron en crisis ese modelo de gestión, sin que desde el nivel nacional surgieran recomendaciones de modelos alternativos. Desde esta perspectiva, los avances en la adecuación de este subsistema fueron muy prudentes.

En la XI Reunión Nacional de Estadísticas de Salud, realizada en la Ciudad de Buenos Aires en junio de 1983, se analizó, en un marco amplio de participación de representantes sectoriales y extrasectoriales, una propuesta de adecuación de este subsistema que tenía cambios instrumentales (mejora del diseño de los instrumentos de recolección de datos) y de contenido (por ejemplo, datos complementarios del Informe Estadístico de Hospitalización). Además incluía instrumentos nuevos de recolección de datos para prestaciones odontológicas, de servicios intermedios, del centro obstétrico, de complementación alimentaria, etc.

El acuerdo logrado en esa reunión fue exclusivamente referido al registro de datos de la consulta médica ambulatoria, de la internación y de la utilización de camas. En cuanto al resto de las prestaciones, algunas jurisdicciones adoptaron las propuestas y enviaron información al nivel nacional. Otras jurisdicciones adoptaron otros modelos vinculados a requerimientos propios, sin remitir la información al nivel nacional.

En la XII Reunión Nacional de Estadísticas de Salud, realizada en la Ciudad de Buenos Aires en noviembre de 1986, las jurisdicciones manifestaron la imposibilidad de enviar en soporte magnético toda la información referida a egresos hospitalarios todos los años, según el modelo aprobado para la recolección de estos datos denominado Informe Estadístico de Hospitalización (que incluía datos del paciente internado, pases de servicio, diagnóstico principal y otros diagnósticos, intervenciones quirúrgicas y otros procedimientos, etc.).

En función de ello se acordó enviar la totalidad de la información en soporte magnético cada 5 años (los años terminados en "0" y en "5"). El resto de los años se convino en enviar la información procesada por muestreo, a partir de un diseño muestral elaborado por el nivel nacional.

Muchas jurisdicciones siguieron enviando todos los años la totalidad de la información (universo completo) y otras adoptaron el esquema muestral.

En 1992 comenzó a desarrollarse una propuesta de adecuación de este subsistema dentro de un proyecto más incluyente coordinado por el INDEC. Se convino focalizar, en una primera etapa, la reformulación del registro de los datos referidos a la internación.

A partir de la bibliografía disponible y de experiencias de otros países y con el apoyo de consultoría externa, la DEIS propuso una adecuación del Informe Estadístico de Hospitalización con objetivos muy específicos:

- Transformar las estadísticas de egresos en estadísticas de pacientes y de esta manera tener una fuente de información de morbilidad y no sólo de producción de egresos.

- Recolectar y procesar toda la información sobre diagnósticos, prácticas y procedimientos, de manera de facilitar el análisis por causas múltiples o la aplicación de técnicas de “case mix” (Grupos Relacionados de Diagnósticos -GRD-, Categorías para el Manejo de Pacientes -CMP-, etc.).
- Incluir, en el caso de los partos, información sobre características del evento obstétrico y del producto de la gestación.

El Informe Estadístico de Hospitalización así modificado fue sujeto a una prueba piloto en establecimientos oficiales, privados y de obras sociales. Los resultados de la prueba piloto fueron presentados en la XIV Reunión Nacional de Estadísticas de Salud, realizada en la Ciudad de Buenos Aires en diciembre de 1993.

Los procesos de transferencia de servicios de salud (de la Nación a las Provincias, de éstas a los Municipios), de descentralización y de autogestión hospitalaria, contribuyeron a detener el avance en la reformulación de este subsistema estadístico.

Los resultados del Catastro Nacional de Recursos y Servicios de Salud de 1998, confirmaron la existencia de nuevas modalidades de atención que pusieron de manifiesto las limitaciones conceptuales y de cobertura temática de este subsistema.

En el año 2000 se reactivó la línea de trabajo tendiente a la adecuación y reformulación de este subsistema, a través de un Proyecto de Fortalecimiento del Programa Nacional de Estadísticas de Salud -PNES- realizado en forma conjunta por la DEIS y el PROMIN. Este proyecto contó con financiamiento del Banco Mundial.

El proyecto se estructuró en tres componentes. El Componente 1 consistió en la migración de los archivos históricos del PNES del Centro de Cómputos de la ANSeS al Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación -DEIS-. El Componente 2 se focalizó en la actualización tecnológica de todos los niveles del PNES (nacional y jurisdiccionales), entendiéndose por tal la provisión de hardware, software y capacitación del recurso humano para su utilización y la conectividad en red de los niveles nacional y jurisdiccional del PNES. El Componente 3 se centró en la reformulación del Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud, que hasta el año 2004 funcionaba conceptualizado y administrado como dos subsistemas separados: el Subsistema de Estadísticas de Prestaciones, Rendimientos y Morbilidad Hospitalaria, por un lado, y el Subsistema de Estadísticas de Recursos y Servicios de Salud, por el otro. También incluyó el fortalecimiento de los subsistemas restantes (Subsistema de Estadísticas Vitales y Subsistema de Cobertura, Demanda, Utilización de Servicios y Gasto Directo en Salud). Los resultados de la ejecución de este proyecto se sintetizan al final de este apartado.

La otra parte importante del Subsistema Estadísticas de Servicios de Salud que, como se señaló, se administró hasta el año 2004 como un subsistema estadístico independiente, es la referida a la información estadística de recursos de salud (que incluye modalidades y actividades de los servicios, recursos humanos, recursos físicos y equipamiento de todos los establecimientos de salud -oficiales, privados y de obras sociales-); históricamente se había sustentado en la metodología de censos o catastros sin periodicidad definida, a pesar de que en las últimas décadas hubo intentos serios de diseño y puesta en marcha de un sistema de información estadística permanente que no se concretan hasta el 2005. Hasta 1980 los cinco censos realizados fueron:

- El “Censo de Recursos para la Salud” que se cumplimentó durante 1956. Colaboró en la realización del mismo la OPS/OMS.
- El “Catastro de Recursos y Servicios para la Salud” efectuado en 1964.
- Durante 1970, se encaró una actualización parcial del Catastro de 1964, basándose en la presunción de que la evolución socio-económica de aquel período permitía deducir que las transformaciones ocurridas no justificaban emprenderlo en toda su integridad. En el campo de la metodología operativa, este censo introdujo la novedad de utilizar el relevamiento postal, aunque los resultados sirvieron para poner de manifiesto que el procedimiento no era el más adecuado, al menos en las condiciones y receptividad de los respondientes en aquel momento.
- El “Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud” efectuado en 1977/78 por disposición del Decreto N° 2503/77.
- El “Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud” efectuado en 1980. Este relevamiento surgió de una decisión adoptada por la entonces Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación, basándose en las disposiciones del decreto antedicho.

El decreto mencionado establecía, además, la necesidad de encarar la actualización de esta información de manera permanente. No obstante, el mecanismo que se consideraba más apropiado para ello continuaba siendo el relevamiento censal.

La búsqueda de procedimientos alternativos fue madurando gradualmente a lo largo de las últimas dos décadas.

Si bien las estadísticas de recursos fueron incluidas en la etapa fundacional del PNES como uno de los subsistemas, los relevamientos censales realizados en el país fueron encarados - a excepción del efectuado en 1970- como operativos especiales independientes de las actividades habituales del sistema estadístico. Debe enfatizarse que la información sobre esta temática tiene que mantenerse dentro del SES, en todas sus etapas, en el marco de la Ley N° 17622/68 -Decreto Reglamentario N°3110/70-.

A partir de 1984, la Dirección de Estadísticas de Salud del entonces Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación centró sus esfuerzos, en el campo de las estadísticas de recursos, en la elaboración y puesta en marcha del Registro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud -RENARESSA-.

En su concepción originaria, además de asignársele objetivos estadísticos, este proyecto era considerado un instrumento útil para la categorización de establecimientos. Su finalidad fundamental era “la creación de un registro -de cobertura nacional- de establecimientos asistenciales ubicados en los tres subsectores de atención de la salud: Oficial, Obras Sociales y Privado”².

La función esencial de este registro consistiría en asignar matrícula a los establecimientos que operaban en el campo de la salud para así contar con un medio de identificación del mismo, otorgando una tarjeta identificante.

El proyecto recogía y desarrollaba la concepción de la actualización permanente de la información ya existente, fundamentalmente a través de la renovación anual de la tarjeta

²Cfr. “Registro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud -RENARESSA-. Manual del Encuestador del Formulario Básico.

identificante. Mediante esta renovación se incorporaría al archivo RENARESSA, las altas, las bajas y las modificaciones ocurridas durante el año.

Desde la perspectiva de los sistemas estadísticos, el archivo RENARESSA fue concebido como un sistema modular cuya puesta en marcha se alcanzaría a lo largo de dos etapas:

- En la primera etapa se debía desarrollar el Módulo Básico con un relevamiento inicial de la información. Mediante el mismo se desarrollaría una base de datos globales referidos a identificación, ubicación geográfica y dependencia administrativa de los establecimientos, junto con otros relacionados con el tipo y forma de organización y con el funcionamiento de los mismos. Este relevamiento inicial actualizaría los datos del Catastro de 1980 y constituiría el punto de partida desde el cual se pondría en marcha el sistema.
- La segunda etapa sería, justamente, la del funcionamiento mismo del sistema. Si bien esta segunda fase fue escasamente desarrollada, puede afirmarse que se asentaba en dos grandes procedimientos operativos, cada uno de ellos con objetivos distintos:
 - uno, el de las **actualizaciones periódicas**, basadas en el llenado anual de un formulario básico que permitiría la ya comentada renovación de la tarjeta certificante de identificación.
 - el otro, el de los **relevamientos específicos**, que se desarrollarían como módulos alternativos, cada uno de los cuales se diseñaría para una temática determinada.

Si bien el modelo global de este registro no alcanzó mayores concreciones, logró algunos objetivos parciales en lo que se relaciona específicamente con el sistema estadístico sobre el que se sustentaba el modelo.

En efecto, se alcanzó a diseñar y probar el formulario para el relevamiento inicial del módulo básico, tarea que se llevó a cabo en el ámbito del PNES.

El diseño y los instructivos fueron puestos a prueba en 69 establecimientos de la Ciudad de Paraná (Entre Ríos), durante los meses de noviembre y diciembre de 1992.

En cuanto a los módulos específicos o alternativos se llegaron a desarrollar tres: Salud Mental, Banco de Sangre y Esterilización. Estas tareas, que se desarrollaron a lo largo de una década, se concretaron en 1993.

El módulo de Salud Mental fue probado en 85 establecimientos de la Ciudad de Buenos Aires, mientras que los de Banco de Sangre y Esterilización sólo llegaron al nivel de diseño de sus respectivos formularios y la redacción de los instructivos.

La realidad es que fueron pasando los años y la obsolescencia de la base de datos proporcionada por el Catastro de 1980 constituía un hecho destacado, en contextos de profunda dinámica sectorial, imposibilitando la implementación de cualquier registro o sistema permanente que tomara dicha base como punto de partida.

La necesidad de información estadística sobre recursos y servicios de salud se expresó en la decisión adoptada en la reunión del Consejo Federal de Salud -COFESA- realizada en la Ciudad de Buenos Aires el 18 de agosto de 1994, tendiente a actualizar la base de datos disponible sobre recursos y servicios de salud. Para dar cumplimiento a la misma, la DEIS dividió la tarea en tres etapas:

- Confeccionar un padrón actualizado de los establecimientos asistenciales que operan en el país.
- Actualizar los datos sobre recursos y servicios de salud mediante la realización de un censo de establecimientos de los tres subsectores -Oficial, Privado y de Obras Sociales- en todo el país.
- Diseñar e implementar un sistema de actualización permanente de la base de datos conformada en base al censo.

La primera de las etapas se concretó en 1995 con la cooperación de la OPS/OMS, teniendo como resultado la “Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina - 1995”.

El entonces Ministerio de Salud de la Nación dispuso que el financiamiento de la segunda y tercera etapas se cubriera a través de la cooperación externa proveniente del crédito del Banco Mundial dentro del Programa de Reforma del Sector Salud -PRESSAL-. La Resolución Ministerial N° 647 de 1998 establecía que la coordinación técnica del proyecto sea ejercida por la DEIS en el marco del PNES.

Durante 1996 se elaboraron los contenidos conceptuales del catastro y del sistema de actualización permanente. En 1998 se desarrollaron y probaron los instrumentos de recolección de datos (para establecimientos de salud y para hogares de ancianos)³, se diseñó la logística del operativo, se organizó y se concretó el trabajo de campo en una parte del territorio del país: todos los establecimientos de salud y hogares de ancianos de los tres subsectores de 13 jurisdicciones; todos los localizados en los departamentos Capital de otras 9 jurisdicciones; todos los establecimientos oficiales de la Provincia de Mendoza; y todos los establecimientos con internación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

También en 1998 se ingresó a soporte magnético y se consistió la información relevada ese año.

El proceso mencionado, coordinado por la DEIS, se consensuó entre los distintos niveles del PNES, los programas del entonces Ministerio de Salud de la Nación y de las jurisdicciones que son usuarios principales de esta información, pero no se completaron todas las etapas programadas por razones ajenas al SES.

En el marco del Proyecto de Fortalecimiento del Programa Nacional de Estadísticas de Salud -PNES- y dentro del mismo, en el Componente 3 “Reformulación y Mejoramiento del Programa Nacional de Estadísticas de Salud”, ya mencionado, se concretó entre el 2002 y el 2004 la reformulación del Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud, comprendiendo tanto las estadísticas de prestaciones, rendimientos y morbilidad atendida en servicios de salud, como las de recursos y servicios de salud, las que conceptual y administrativamente hasta ese momento, como ya se señaló, funcionaban como dos subsistemas estadísticos diferenciados.

Esta tarea fue realizada por un equipo técnico conformado por profesionales y técnicos de la DEIS y consultores del PROMIN con la participación de la CNCE y representantes del INDEC, bajo la coordinación técnica de la DEIS. El equipo contó con el asesoramiento y evaluación de consultoría internacional.

³ En este catastro, por primera vez y a pedido de la entonces Secretaría de Desarrollo Social, se incluyeron los hogares de ancianos como un universo independiente de los establecimientos asistenciales.

Se elaboró un diagnóstico del SES y una propuesta de reformulación de los dos subsistemas estadísticos que hasta ese momento funcionaban de manera independiente, la que fue presentada y analizada en la XVII Reunión Nacional de Estadísticas de Salud, celebrada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires del 13 al 15 de agosto de 2003. Esta propuesta incluyó un conjunto mínimo de datos básicos (CMDB) de interés nacional y un conjunto mínimo de datos básicos (CMDB) de interés jurisdiccional. Se tuvieron en cuenta los siguientes antecedentes:

1992-1993: Programa de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios sociales en la Argentina -PRONATASS-.

1995: Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina.

1996: Marco conceptual para un Catastro Nacional de Recursos y Servicios de Salud denominado “Sistema de Información Estadística Permanente de Recursos y Servicios de Salud -Lineamientos generales del sistema: Definición de contenidos y selección de métodos de captación (versión mimeografiada) - Documento interno de trabajo”.

1998: Catastro Nacional de Recursos y Servicios de Salud (13 jurisdicciones completas y 11 jurisdicciones relevadas parcialmente).

2000: Guía para el Diagnóstico del Sistema de Información de Salud Provincial.

2000-2001: Conclusiones y recomendaciones de talleres del Proyecto Apoyo al Desarrollo de Políticas y Regulación del Sistema de Salud - Cuentas Nacionales de Salud.

2002: Recomendaciones y conclusiones del Taller de Usuarios - Expertos.

2002: Recomendaciones y conclusiones de la Primera Reunión con responsables del Programa Nacional de Estadísticas de Salud -PNES- (Grupo de Trabajo de Referencia Nacional).

Además se consideraron también:

- Sugerencias de cambio provenientes de los distintos componentes del PNES a lo largo de dos décadas.
- Antecedentes internacionales referidos a sistemas estadísticos en países seleccionados.

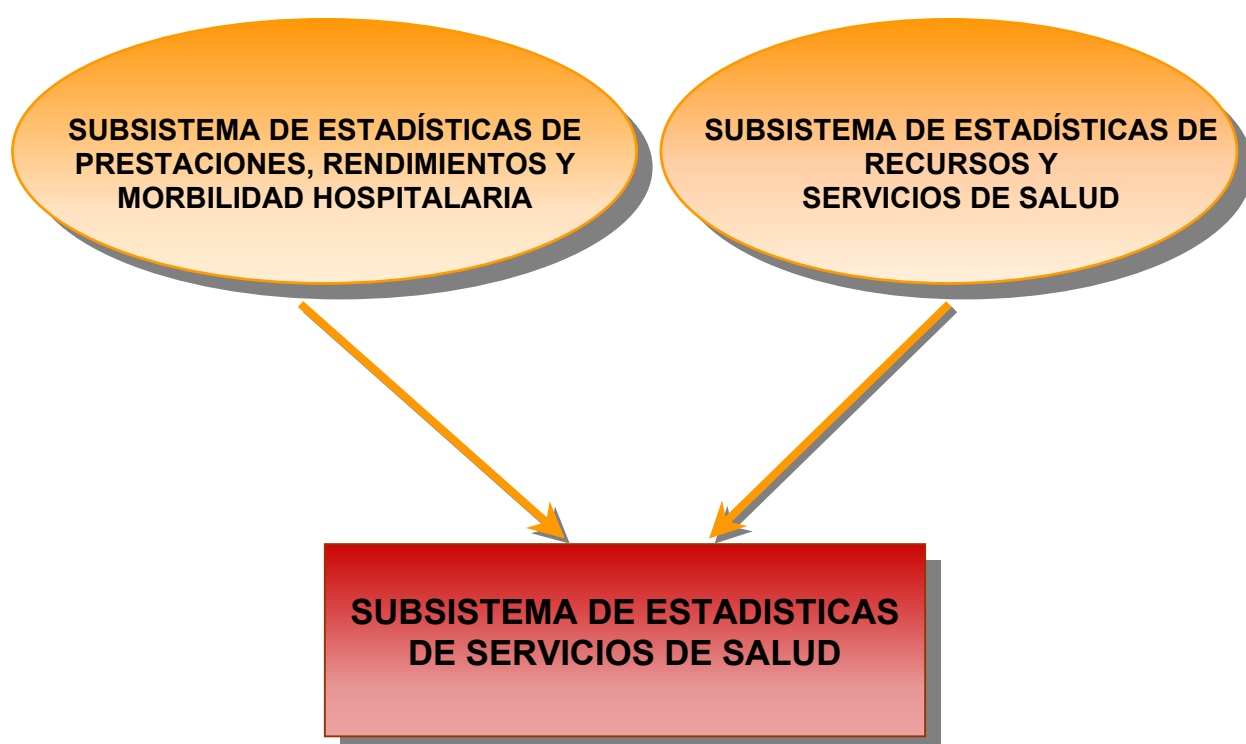
En el marco de la XVII Reunión Nacional de Estadísticas de Salud se acordaron con las jurisdicciones las siguientes acciones:

- Fusionar los dos subsistemas estadísticos que, como se señaló, administraban de manera independiente la producción de los dos grandes grupos de información con que se caracterizan a los servicios de salud, en uno denominado Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud, basado en la metodología de registro permanente.
- Incorporar las sugerencias y modificaciones surgidas de la reunión, tanto al CMDB de interés nacional como al CMDB de interés jurisdiccional.
- Desarrollar una prueba piloto de los contenidos de interés nacional, con las modificaciones sugeridas.

- Elaborar un documento con los resultados de la prueba piloto para ser analizados en una futura reunión nacional.

Con los resultados de la prueba piloto en la XVIII Reunión Nacional de Estadísticas de Salud, realizada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires del 4 al 5 de mayo de 2004, quedó definido el nuevo **Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud** y se **aprobó** el CMDB de interés nacional y su implementación a partir del 1º de enero de 2005 en el universo de establecimientos con internación -de medicina general, general o especializado- y se **recomendó** el CMDB de interés jurisdiccional.

Conformación del Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud



El **CMDB aprobado 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 e Información Estadística de Recursos de Salud.

El **CMDB recomendado 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 de Hospital de Día e Información Estadística para Establecimientos de Salud Mental con Internación.

El proceso que se desarrolla a partir del año 2002 y se concreta en la implementación el 1º de enero de 2005 del nuevo Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud, recupera los avances teóricos y metodológicos desarrollados durante dos décadas por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Esto ocurre en un momento histórico signado por una profunda crisis social y económica donde se hizo posible el encuentro entre la factibilidad técnica y la viabilidad política.

SUBSISTEMA DE COBERTURA, DEMANDA, UTILIZACION DE SERVICIOS Y GASTO DIRECTO EN SALUD.

Las encuestas a hogares que incluyen temáticas de salud han mostrado su posibilidad de utilización en el país en varios estudios, a partir de 1969.

El primero fue la “Encuesta Nacional de Salud, Recursos para la Salud y Educación Médica de la República Argentina” del año 1969. Consistió en un programa de investigación que contó con distintos estudios:

- Una Encuesta Domiciliaria de Salud.
- Un Estudio de Evaluación Clínica.
- Una Encuesta de Seguimiento Retrospectivo.

La encuesta domiciliaria se realizó en los grandes centros urbanos del país: Capital Federal y Gran Buenos Aires, Córdoba, Mendoza, Rosario y Tucumán y en las siete áreas de desarrollo establecidas por el entonces Consejo Nacional de Desarrollo -CONADE-: Patagonia, Comahue, Cuyo, Pampa Húmeda, Centro, Noroeste Argentino y Nordeste Argentino. La recolección de información se realizó durante los años 1969, 1970 y 1971.

Los contenidos temáticos abordados incluyeron percepción de morbilidad (enfermedades y accidentes), demanda y utilización de servicios de salud, gasto directo en salud (“de bolsillo”) efectuado por la población y, además, información demográfica y socioeconómica de la población en general. El método utilizado fue el de entrevistas -encuestas- a nivel familiar.

La “Encuesta de Utilización y Gasto en Atención Médica en la República Argentina” del año 1980, partió de considerar que se tenían datos sobre presupuesto del Subsector Oficial y de estimaciones del gasto en atención médica y farmacia del Subsector de las Obras Sociales en una serie no continua. Para el gasto directo de las familias había datos provenientes de la encuesta realizada en 1969 y de proyecciones hechas sobre esa base bajo la hipótesis de estabilidad en las pautas de demanda a lo largo del período.

Por ello se planteó la conveniencia de actualizar estos datos y la necesidad de realizar una nueva encuesta a la población.

El objetivo principal que llevó a la realización de la misma era evaluar si había habido cambios de comportamiento en el decenio con respecto a lo hallado en 1969.

El estudio se desarrolló en tres conglomerados: Area Metropolitana (Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense), Gran Rosario y Gran Mendoza. Las temáticas abordadas fueron similares a las de la encuesta de 1969.

A mediados de la década del '80, como parte de un proceso de revitalización del Sistema Estadístico de Salud, la entonces Dirección de Estadísticas de Salud inició un proyecto de desarrollo de encuestas a población constituyendo un equipo de trabajo con personal del sector y de programas de salud vinculados a los temas que se abordaban.

Se discutió la posibilidad de utilizar la infraestructura de la Encuesta Permanente de Hogares -EPH- del Instituto Nacional de Estadística y Censos para realizar esta nueva encuesta de salud, en determinadas áreas geográficas del país, a través de una salida especial a campo.

De acuerdo a lineamientos fijados por la entonces Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, se consideraron prioritarios, para ser incluidos en la encuesta, los siguientes contenidos temáticos: cobertura, utilización y gasto directo, agregándose algunos requerimientos específicos de la Dirección de Maternidad e Infancia y del Programa de Accidentes. A instancia del Área de Promoción y Protección de la Salud de la Secretaría de Salud de la entonces Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, se incluyó también el tema de inmunizaciones.

El grupo técnico conformado dentro de la DEIS se abocó a la definición de las variables, al desarrollo del plan de tabulados y al diseño de los formularios definitivos.

Por otra parte, el INDEC transitaba durante la década del '80 un proceso de adecuación de la EPH tendiente a transformarla en una encuesta de propósitos múltiples que abasteciera los requerimientos de información de los distintos sectores sociales (Salud, Educación, Trabajo, Vivienda, etc.). Para ello redujeron el formulario de recolección de datos (donde se incluyen variables demográficas, socioeconómicas y sobre empleo y mercado laboral) de manera que actuara como módulo básico de la encuesta y, de esta forma, admitiera módulos específicos requeridos por los distintos sectores sociales, a ser aplicados en las rondas habituales de la EPH y no en una salida a campo especial.

La conjunción de los dos procesos llevó en 1988 a la constitución de un único equipo de trabajo -conformado por profesionales de la DEIS y del INDEC- para concretar la propuesta, aplicando en una salida habitual de la EPH el formulario rediseñado de esta encuesta, adicionándosele un módulo específico de salud con contenidos sobre percepción de morbilidad, afiliación, demanda de atención, utilización de servicios de salud, uso de medicamentos y gasto directo de la población en salud.

El momento de aplicación del proyecto fue la ronda de mayo-junio de 1989 y los datos se relevaron en ocho centros urbanos: Gran Buenos Aires (Capital Federal y Conurbano Bonaerense), La Plata, Bahía Blanca, Córdoba, Resistencia, Mendoza, Neuquén y Tucumán. Previamente se había suscripto un convenio entre el INDEC y la entonces Secretaría de Estado de Salud Pública que proponía la integración de las estadísticas de salud al conjunto de las estadísticas sociodemográficas del SEN y el uso de la EPH, por parte de la Secretaría de Salud, para obtener información específica no contemplada en los otros subsistemas del SES.

Los resultados de esta experiencia se analizaron en un taller con participación de los organismos responsables, centros de investigación y organismos internacionales, concluyéndose en el acierto de esta línea de trabajo para el Sector Salud y el Sistema Estadístico de Salud y recomendándose la institucionalización de este proyecto entre la DEIS, el INDEC y otros organismos.

En 1993 y en una ronda especial de la EPH, se repitió la experiencia en el conglomerado urbano Gran Rosario.

Posteriormente la DEIS, debido a la interrupción -por razones ajenas al sistema estadístico- de la línea de trabajo mencionada precedentemente y a través de un convenio suscrito entre el entonces Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Buenos Aires, pudo integrar un nuevo equipo de trabajo con profesionales de esa universidad e incorporar un módulo con contenidos de salud dentro de una "Encuesta sobre Estratificación Social", realizada por el Instituto "Gino Germani" de la mencionada facultad. De esta forma se asignaba la continuidad en esta línea de trabajo con otras instituciones.

Aunque reformulados y garantizando la comparabilidad histórica, los contenidos del módulo fueron similares a los de las encuestas anteriores. El trabajo de campo se hizo en agosto de 1995 en el Area Metropolitana de Buenos Aires. En el año 2001 se realizó, con el mismo marco institucional y en la misma área geográfica, una nueva encuesta, repitiéndose esta experiencia en mayo de 2003 pero sobre la base de una muestra de representatividad nacional.

Entre los antecedentes que merecen destacarse sobre encuestas a población, fuera del Sector Salud, está la Encuesta de "Desarrollo Social. Condiciones de Vida y Acceso a Programas Sociales" -EDS- realizada en 1997 y en 2001 por convenio entre el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales -SIEMPRO- de la entonces Secretaría de Desarrollo Social y el INDEC.

Esta encuesta abordó contenidos sobre ingresos y percepción de situación social, condiciones sociodemográficas, mercado laboral, educación, salud-cobertura, utilización y gasto para algunos componentes de la atención-, vivienda y programas sociales.

El INDEC diseñó una muestra especial para aplicar a la mencionada encuesta, de representatividad de toda la población urbana de centros de 5000 y más habitantes (95.4% de la población urbana del país). Esta muestra está disponible para ser utilizada por otros sectores sociales.

El Programa VIGI-A del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (con financiamiento del Banco Mundial) realizó entre 2003 y 2004 una encuesta sobre factores de riesgo en salud utilizando la infraestructura disponible del INDEC. El PROMIN (también con financiamiento del Banco Mundial) tiene proyectada una Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

Durante mucho tiempo el uso de infraestructura de encuestas a población en hogares por los distintos sectores sociales (Salud, Desarrollo Social, Educación, etc.), no se ha dado en función de un plan de trabajo racional y consensuado.

Un hecho promisorio lo constituye el desarrollo dentro del INDEC del Programa para el Mejoramiento de Encuestas de Condiciones de Vida -MECOVI- que posibilitó la constitución de un Sistema Integrado de Encuestas a Hogares -SIEH-, que garantiza el uso racional de la infraestructura de encuestas a hogares disponible en el país con posibilidades de uso para los distintos sectores sociales, permitiendo así una mejor utilización de los recursos nacionales y externos.

En la actualidad la DEIS integra el Comité Interinstitucional del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares -SIEH-, que coordina el Instituto Nacional de Estadística y Censos.

PROYECTOS ESPECIALES PARA LA OBTENCION DE INFORMACION DE MORBILIDAD

Las estadísticas de morbilidad del Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud se basan en el diagnóstico de egresos de pacientes internados y de consultas médicas ambulatorias en establecimientos de salud del Subsector Oficial. No son estadísticas poblacionales, sino de pacientes y de servicios.

Dentro de la información disponible de morbilidad a nivel de población merece destacarse la proveniente del SINAVE y del Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre Sida, a los que ya se ha hecho referencia. Ambos sistemas, con objetivos epidemiológicos, tienen problemas de cobertura como en la mayoría de los países.

Lo mencionado precedentemente ha conducido a la búsqueda de información de morbilidad a través de encuestas a población. En algunos casos sobre percepción de morbilidad. En otros con constatación a partir de submuestras, a través de estudios de evaluación clínica y diagnóstica en servicios de salud, de los problemas identificados en la encuesta.

La necesidad de vinculaciones y compatibilidades entre todos los sistemas y programas que producen información de morbilidad, con objetivos estadísticos o con fines epidemiológicos, resulta obvia.

Merecen destacarse, por la envergadura de los proyectos, dos encuestas. Una, es la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición dentro de las actividades del PROMIN y otra, es la Encuesta de Factores de Riesgo en Salud dentro del Programa VIGI-A, ya mencionadas, sustentadas en fondos asignados dentro del crédito externo.

ESTRATEGIAS DE COMUNICACION Y DIFUSION DE LA INFORMACION ESTADISTICA Y EPIDEMIOLOGICA.

La información de salud generada por el Sistema Estadístico de Salud es pública, por lo tanto, toda la población puede acceder a la misma. La democratización de la atención y la prevención de problemas de salud exigen que esta proposición se vea reflejada en la realidad cotidiana permanentemente.

A continuación se describirá la metodología de divulgación actual de los tres sistemas más importantes del Sistema de Información de Salud de Argentina, es decir, el Sistema Estadístico de Salud, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre Sida.

La Dirección de Estadísticas e Información de Salud -nivel nacional del SES- tiene un plan de publicaciones que incluye **Boletines** y **Series** que se editan ininterrumpidamente desde

1984. Una parte del plan de publicaciones tiene una periodicidad definida y fija y otra parte se elabora en función de los avances en el área de análisis de datos y de investigación del SES.

Los **Boletines** presentan información anticipada (preliminar o provisoria) o bien adelantos de análisis de datos o investigaciones cuyos resultados se publicarán posteriormente.

Las **Series** incluyen anuarios con información básica sobre estadísticas vitales y de salud, información analizada, resultados de investigaciones, materiales didácticos para capacitación de personal del sistema estadístico y las conclusiones y recomendaciones de reuniones nacionales, talleres de trabajo, congresos y seminarios de evaluación y reformulación del SES.

La Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades elabora una línea de publicaciones destinada a orientar el uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades, difundir avances de otros países en la temática, aclarar problemas de codificación e informar sobre las actividades de la comisión. Esta serie elaborada por la CNCE se inició en el año 1985.

Por medio del plan de publicaciones mencionado, la Dirección de Estadísticas e Información de Salud difunde masivamente, dentro y fuera del país y de manera gratuita, la información producida. Son usuarios principales los programas de salud y los programas sociales en general, los componentes del Sistema Estadístico Nacional y del Sistema Estadístico de Salud, responsables de servicios de salud, autoridades -sectoriales y extrasectoriales-, investigadores, políticos, integrantes de los medios de comunicación, sociedades científicas, universidades, alumnos de todos los niveles del sistema educativo formal, organizaciones no gubernamentales, organismos internacionales y público en general.

En cuanto a la información producida por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, cabe señalar que la Dirección de Epidemiología establece la periodicidad y distribución de acuerdo a las necesidades. Se considera información **periódica** a los partes epidemiológicos, circulares e informes. La información **según necesidad** está representada por los comunicados de urgencia y documentos técnicos especiales.

El **Boletín Epidemiológico Periódico** y la **publicación anual** de la Dirección de Epidemiología es un consolidado de datos para diagnóstico de la situación nacional y jurisdiccional.

La continuidad de información a través de los Boletines Epidemiológicos Nacionales data de 1979. En estas publicaciones se detallan casos notificados de enfermedades de denuncia obligatoria, por semana epidemiológica y por jurisdicción. Esta información se distribuye a distintos usuarios, similares a los del SES.

En el Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre Sida el análisis de los datos producidos en base a la información de las fichas epidemiológicas es volcado en el nivel nacional de este sistema a un **boletín** producido y distribuido en todo el país. Este boletín se envía a las provincias (jefes de programas provinciales), a las autoridades sanitarias y a aquellas personas o instituciones que lo soliciten. Esta línea de publicación es más reciente y coincide con la creación del Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus Humanos, Sida y ETS.

Toda la información difundida formalmente por los tres sistemas mencionados, a su vez, es reproducida en trabajos de investigación o estudios especiales -del ámbito oficial y del privado- y por los medios de comunicación.

En el nivel jurisdiccional del sistema estadístico, como de los sistemas epidemiológicos mencionados, también se elaboran publicaciones. La periodicidad, la cobertura y la calidad de las mismas varían entre jurisdicciones y están asociadas a la disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos de los equipos de trabajo jurisdiccionales. La necesidad de fortalecer la elaboración de publicaciones y su difusión en las jurisdicciones, constituye un objetivo muy importante.

A partir del año 2000, el entonces Ministerio de Salud de la Nación comenzó un proceso de difusión de información a través de INTERNET, lo mismo ocurre en los niveles jurisdiccionales.

Actualmente la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, la Dirección de Epidemiología y el Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus Humanos, Sida y ETS cuentan con sitios web propios para, entre otros motivos, la difusión de información.