

# Mecanismos de generación y fuentes para la construcción de sistemas de monitoreo de las desigualdades sociales en la salud

Nicolás Zengarini

Colección **Documentos de Trabajo n° 11**

---

Serie **Guías y Manuales**  
Área **Salud**





# Mecanismos de generación y fuentes para la construcción de sistemas de monitoreo de las desigualdades sociales en la salud

Nicolás Zengarini

Documento de Trabajo nº 11

Serie: Guías y Manuales

Área: Salud



PROGRAMA FINANCIADO  
POR LA UNIÓN EUROPEA

**Edita:**

Programa EUROsociAL  
C/ Beatriz de Bobadilla, 18  
28040 Madrid (España)  
Tel.: +34 91 591 46 00  
[www.eurosoci-al-ii.eu](http://www.eurosoci-al-ii.eu)

**Con la colaboración:**

Fundación Internacional y para Iberoamérica  
de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP)



Fundación Española para la Cooperación Internacional,  
Salud y Política Social



Istituto Superiore di Sanità



La presente publicación ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de los autores y en ningún caso se debe considerar que refleja la opinión de la Unión Europea.

Edición no venal.

**Realización gráfica:**

Cyan, Proyectos Editoriales, S.A.

Madrid, mayo 2015



No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.

## Autor

### **Nicolás Zengarini**

Licenciado en Sociología y magíster en Epidemiología. En los últimos diez años ha participado en numerosos proyectos europeos en el campo epidemiológico y de los determinantes sociales de la salud. Actualmente desarrolla actividades de docencia e investigación en la Universidad de Turín (Italia) donde lleva a cabo diversos proyectos de epidemiología social, principalmente en el ámbito oncológico y de evaluación de políticas contra las desigualdades sociales en la salud. Desde el año 2013 es coordinador del grupo de trabajo del Estudio Longitudinal de la ciudad de Turín.



# Índice

Presentación .....	7
Resumen .....	9
Introducción .....	11
Capítulo 1. Mecanismos de generación de las desigualdades sociales en la salud	15
1.1. El primer mecanismo: la estratificación social y los determinantes distales .....	19
1.2. El segundo mecanismo: diferencia de exposición a los determinantes proximales .....	20
1.3. El tercer mecanismo: la vulnerabilidad .....	22
1.4. El cuarto mecanismo: las consecuencias sociales de la enfermedad ....	24
Capítulo 2. Sistemas de monitoreo de las desigualdades sociales en salud: consideraciones generales .....	25
2.1. Fuentes informativas: estadísticas nacionales, sistemas institucionales de información sanitaria y encuestas permanentes .....	26
2.2. Maneras de combinar información socioeconómica con datos sanitarios para el estudio de las desigualdades sociales en la salud .....	28
Capítulo 3. Indicadores de la posición social para el estudio de las desigualdades en salud. Consideraciones generales .....	43
3.1. Indicadores de posición socioeconómica identificados en un taller de Costa Rica en abril de 2013. Encuadre teórico y justificación .....	46
Capítulo 4. Estado del arte de las fuentes informativas existentes en los países participantes en EUROsociAL II para el desarrollo de sistemas de monitoreo de las desigualdades en salud. ....	51
Conclusiones .....	53

Bibliografía consultada .....	55
Anexo. Identificación de fuentes disponibles para el desarrollo de sistemas de monitoreo de las desigualdades sociales en la salud .....	57
Agradecimientos .....	137



## Presentación

El documento de trabajo *Mecanismos de generación y fuentes para la construcción de sistemas de monitoreo de las desigualdades sociales en la salud* es una contribución del Programa EUROsociAL para mejorar el conocimiento orientado a la acción, en áreas clave de las políticas públicas donde se concentra el apoyo de este programa.

EUROsociAL, programa de la Unión Europea para la cohesión social en Latinoamérica, acompaña los esfuerzos de muchos países de la región hacia la creación de sistemas integrales de salud y de protección social, formulados e implementados desde un enfoque de derechos universales. Uno de los ejes de este proceso es el apoyo a los sistemas de monitoreo de la equidad en salud, que constituye el primer paso en la caracterización de las inequidades en salud, que son diferencias en el estado de salud socialmente creadas y perpetuadas, evitables y, por lo tanto, injustas e inaceptables. Estas inequidades se vinculan a la identificación de sus determinantes sociales y de los mecanismos por los cuales estos se expresan como diferencias injustas y evitables en la salud de la población.

La Organización Mundial de la Salud, a través de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, entre las líneas de acción para contrarrestar las inequidades en salud propone “medir la magnitud de las inequidades en salud y sus factores determinantes, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos a ese respecto” y solicita que los gobiernos nacionales “pongan en marcha sistemas nacionales de monitoreo de la equidad en salud que permitan recabar datos de forma sistemática sobre los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud”.

El documento de trabajo que aquí se presenta constituye el primer paso en el diseño e implementación de un sistema de monitoreo y evaluación de la equidad en salud, que presupone la puesta en relación de información sanitaria con datos sociodemográficos y socioeconómicos.

Estamos seguros de que este estudio será de vital utilidad para enriquecer el debate sobre la temática, brindar instrumentos de análisis y fomentar el desarrollo de políticas dirigidas a mejorar la equidad en salud de los países participantes en EUROsociAL.

**Rita Maria Ferrelli**

*Socio Operativo del Área de Salud del Programa EUROsociAL  
Istituto Superiore di Sanità*

## Resumen

La construcción de datos capaces de informar sobre el grado de equidad social en los distintos niveles y dimensiones de la salud y en la utilización de servicios sanitarios tiene como principal objetivo el de acompañar políticas públicas para combatir inequidades, tanto desde el sector salud como desde otros sectores no sanitarios. Los principales diagramas explicativos utilizados por la comunidad científica para explorar los mecanismos de generación de las desigualdades sociales en la salud han puesto en evidencia como estas pueden originarse en diferentes áreas del funcionamiento de una sociedad. Por lo tanto, es necesario que cada actor social involucrado en la toma de decisiones esté en condiciones de examinar el contexto y las acciones correctas a fin de identificar y evaluar las inequidades en la salud potencialmente evitables gracias a su intervención.

El primer paso en el diseño e implementación de un sistema de monitoreo para dicho propósito supone la puesta en relación de información sanitaria con datos sociodemográficos y socioeconómicos. Este documento aspira a servir como guía para evaluar y examinar si los sistemas de información sanitaria y las estadísticas nacionales existentes en los países de la región son capaces de satisfacer esta necesidad informativa. Es decir, identificar diferenciales en la distribución social de los principales determinantes y factores de riesgo para la salud, de las enfermedades y sus resultados, en todo un territorio nacional y en cada repartición geográfica, útiles para la definición de prioridades.

El primer capítulo del documento describe brevemente los principales mecanismos de generación de las desigualdades sociales en la salud utilizando el diagrama explicativo propuesto por Diderichsen que permite, además de identificar los puntos de intervención e implicaciones para los distintos tipos de políticas y sectores involucrados en cada mecanismo, reflexionar sobre el tipo de información y datos necesarios para la construcción de evidencias en cada uno de los puntos de la cadena causal.

El segundo capítulo repasa los principales aspectos teóricos que subyacen a los sistemas de monitoreo existentes y describe los distintos tipos de fuentes informáticas que los componen y los diferentes modos de combinar información socioeconómica con datos sanitarios.

El tercer capítulo revisa las características de los indicadores de posición social más utilizados por la comunidad científica para el estudio de las desigualdades en salud, con particular atención en los estratificadores escogidos en el taller organizado por EUROsociAL II en Costa Rica en abril 2013 con miras a la construcción de un *pool* de indicadores comunes para la región.

En los anexos se presentan los resultados del cuestionario suministrado a los representantes de los países participantes en EUROsociAL, que describe la situación y las características de los sistemas informativos actualmente activos en cada territorio nacional en virtud de evaluar el grado de adaptabilidad, aplicación y desarrollo de los sistemas de monitoreo expuestos en el segundo capítulo.

## Introducción

El objetivo principal de este documento es brindar un instrumento de consulta para el desarrollo de sistemas de monitoreo de las desigualdades sociales en la salud a los países de América Latina.

La construcción de datos capaces de informar sobre el grado de equidad social en los distintos niveles y dimensiones de la salud y en la utilización de servicios sanitarios tiene como principal objetivo el de acompañar políticas públicas para combatir desigualdades, tanto desde el sector salud como de otros sectores no sanitarios. Desde la etapa de diseño y elaboración de la misma, hasta su puesta en práctica y posterior evaluación.

Los principales diagramas explicativos utilizados por la comunidad científica para explorar los mecanismos de generación de las desigualdades sociales en la salud han puesto en evidencia cómo estas pueden originarse en diferentes áreas del funcionamiento de una sociedad<sup>1</sup>. Esto significa que cualquier estrategia de moderación de las desigualdades de salud debe contar con la cooperación de todos los sectores, y estos deben ser capaces de hacer su parte en la identificación y corrección de los mecanismos de generación que están bajo su responsabilidad.

Para este propósito, sin embargo, es necesario que cada actor social involucrado en la toma de decisiones esté en condiciones de examinar el contexto y las acciones correctas a fin de identificar y evaluar las desigualdades de salud potencialmente evitables gracias a su intervención. Por lo tanto, es requisito esencial que cada actor tenga a su disposición la información adecuada sobre la distribución social de los problemas de salud y posteriormente sea capaz de evaluar las consecuencias de las medidas adoptadas.

El primer paso en el diseño e implementación de un sistema de monitoreo y evaluación de la equidad en salud supone la puesta en relación de información sanitaria con

---

1. WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008.

datos sociodemográficos y socioeconómicos. Este documento debe servir como guía para evaluar y examinar si los sistemas de información sanitaria y las estadísticas nacionales existentes en los países de la región son capaces de satisfacer esta necesidad informativa.

La misma puede ser satisfecha en dos niveles de detalle:

- Uno aproximado y útil para comprender y analizar cuáles son las implicaciones que las desigualdades en salud puedan tener en los diferentes sectores de la sociedad y de la política.
- Y en una fase posterior, uno más específico que sirve a identificar con precisión los mecanismos de generación de desigualdad, las responsabilidades específicas que dicho mecanismo engloba, y a definir las prioridades para la acción de moderación o control del mismo.

Este documento alcanza y se limita a dar respuesta al primer nivel de detalle, que podría resumirse en una sola pregunta: en los sistemas de información sanitaria y estadísticas nacionales rutinarias de los países en cuestión, ¿existen indicadores que permitan describir la posición social de las personas y de los contextos de manera tal que se puedan identificar diferencias en la distribución social de los principales determinantes y factores de riesgo para la salud, de las enfermedades y sus resultados, en todo un territorio nacional y en cada repartición geográfica, útiles para poder definir prioridades?

Solo esta condición permitirá a cada actor involucrado en la toma de decisiones, poseer la evidencia de base necesaria para el ejercicio de *equity audit*<sup>2</sup> correspondiente a las acciones bajo su propia responsabilidad.

En el año 2008, el informe final de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS<sup>3</sup> propuso tres recomendaciones, la tercera de las cuales es medir y analizar las desigualdades en salud y el impacto de las políticas y acciones.

Un sistema de monitoreo ideal para tal propósito requiere de un enfoque adecuado del papel de los determinantes sociales en las acciones de salud pública en todos los niveles geográficos de una población determinada.

---

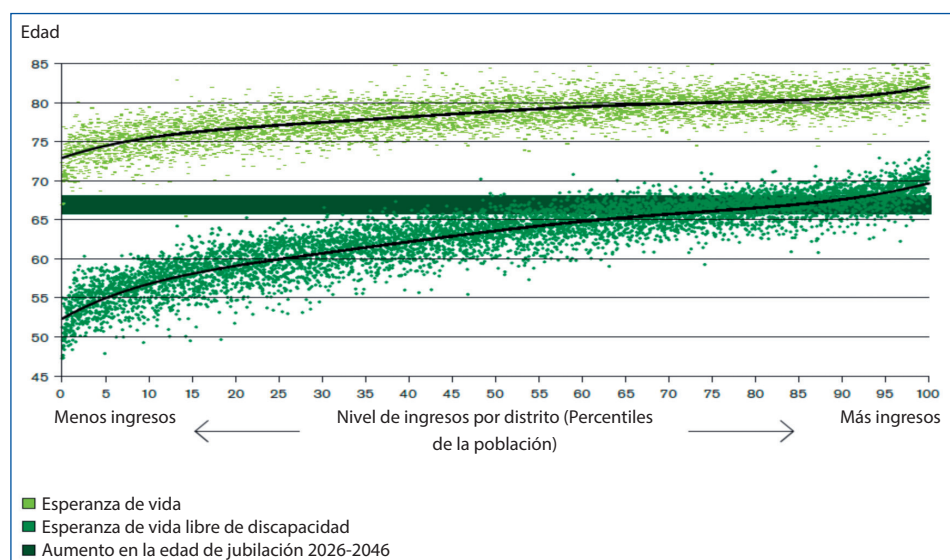
2. El término *health equity audit* ha sido definido y formalizado por primera vez en el "NHS Planning and Priorities Framework 2003-2006" por la Health Development Agency y posteriormente aplicado en la planificación operativa del sistema de salud público británico: "Health equity audit is a process by which partners systematically review inequities in the causes of ill health, and access to effective services and their outcomes, for a defined population and ensure that further action is agreed and incorporated into policy, plans and practice. Finally, actions taken are reviewed to assess whether inequities have been reduced" (Hamer, L., Jacobson, B., Flowers, J. et al., *Health Equity audit made simple*. Working document. NHS HAD 2003). <http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/equityauditfinal.pdf>

3. WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008.

La figura 1, tomada de la *Marmot Review* británica, muestra las diferencias en la esperanza de vida general (*life expectancy*) y libre de discapacidad (DFLE), entre los distintos niveles de ingreso en Inglaterra a nivel de cada uno de los miles de distritos del país<sup>4</sup>.

Este es un buen ejemplo de un sistema de información sanitaria y estadística capaz de controlar los fenómenos sanitarios en todo el territorio, con una especificidad geográfica lo suficientemente detallada para satisfacer las principales necesidades de *screening* cognitivo de las desigualdades sociales en la salud.

**Figura 1. Diferencias en la esperanza de vida y en la esperanza de vida libre de discapacidad en relación a los niveles de ingresos en Inglaterra**



Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas, Reino Unido.

Por otro lado, y para completar el ejercicio de auditoría de las fuentes informativas ya existentes en cada país participante del programa EUROsociAL, este documento pretende, a partir de la presentación de instrumentos básicos y ejemplos ilustrativos como el de la figura 1, presentar diferentes modelos de sistemas de monitoreo actualmente activos en otras regiones para estimular el debate sobre una posible adaptación y aplicación de los mismos en el territorio latinoamericano.

El informe de tal forma busca dar respuesta a los objetivos planteados en los primeros dos capítulos:

4. Marmot, M., Atkinson, T., Bell, J. "Fair Society, Healthy Lives", *The Marmot Review*. Executive Summary, 2010. <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

- El primero describe brevemente los principales mecanismos de generación de las desigualdades sociales en la salud utilizando el diagrama explicativo propuesto por Diderichsen<sup>5</sup> que nos permitirá, además de identificar los puntos de intervención e implicaciones para los distintos tipos de políticas y sectores involucrados en cada mecanismo, reflexionar sobre el tipo de información y datos necesarios para la construcción de evidencias en cada uno de los puntos de la cadena causal.
- Un segundo capítulo, ya de carácter instrumental, repasa los principales aspectos teóricos que subyacen a los sistemas de monitoreo existentes y describe los distintos tipos de fuentes informáticas que los componen y los diferentes modos de combinar información socioeconómica con datos sanitarios; el capítulo hace referencia además a los aspectos positivos y las limitaciones que cada fuente y sistema de monitoreo poseen para propósitos de epidemiología social.

En el taller organizado por EUROsociAL II en Costa Rica en abril de 2013, en el marco de las actividades realizadas para debatir sobre sistemas de monitoreo, el grupo de participantes (representantes de casa nación), ha identificado como estratificadores comunes para la medición de las desigualdades sociales en la salud en los países adherentes, un *pool* de variables a tener en cuenta para la creación de indicadores comunes. Las variables escogidas son dos de posición social (nivel educativo y nivel de ingresos) y dos de carácter sociodemográfico (género y etnia). En virtud de justificar esta elección, el tercer capítulo se concentra en la descripción de los principales aspectos teóricos y prácticos que subyacen a las desigualdades sociales en la salud en general, en la definición operativa de cada una de las variables escogidas y repasa la literatura científica sobre el argumento disponible hasta la fecha.

Por último, el capítulo 4 resume las principales conclusiones del cuestionario suministrado a los representantes de cada país orientados a describir la situación y las características de los sistemas informativos actualmente activos en cada territorio nacional, para evaluar el grado de adaptabilidad, aplicación y desarrollo de los sistemas de monitoreo expuestos en el capítulo 2.

---

5. Diderichsen, Evans and Whitehead. "The social basis of disparities in health". In Evans *et al.* (eds.). *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York: Oxford UP, 2001.



## Capítulo 1. Mecanismos de generación de las desigualdades sociales en la salud

Una sociedad que se propone promover la salud de sus ciudadanos en modo equitativo debería preguntarse si al menos una parte de las diferencias sociales observadas son evitables y pueden ser eliminadas mejorando la salud de toda la población. La respuesta a este desafío comienza con la comprensión de los mecanismos que explican estas variaciones al mismo tiempo que evalúa la posibilidad de contrarrestarlas. De hecho, las desigualdades sociales en la salud son un problema que surge de una red compleja de mecanismos de generación.

La Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud promovida por la OMS<sup>6</sup>, citada en la introducción, ha revisado los principales diagramas explicativos utilizados por la comunidad científica para explorar estos mecanismos. Entre los esquemas propuestos, para los fines de este documento, el *framework* elaborado por Diderichsen<sup>7</sup> (figura 2) resulta ser el más adecuado.

El diagrama encuadra lo que la medicina llama la historia “natural” de la enfermedad<sup>8</sup>, (aquella historia que parte de la exposición a un factor de riesgo determinado, pasa a la aparición de un problema de salud y termina con un resultado que puede ser a veces más y a veces menos desfavorable para la salud) incorporando la dimensión de las desigualdades sociales en las distintas etapas de esta cadena. El diagrama, de tal manera, por un lado se interroga cómo la posición social (de los individuos y de sus contextos) puede influenciar esa historia convirtiéndola en un poco menos “natural” y algo más socialmente construida; y por otro, estimula la reflexión sobre las consecuencias que una salud comprometida pueda crear en el devenir social de las personas.

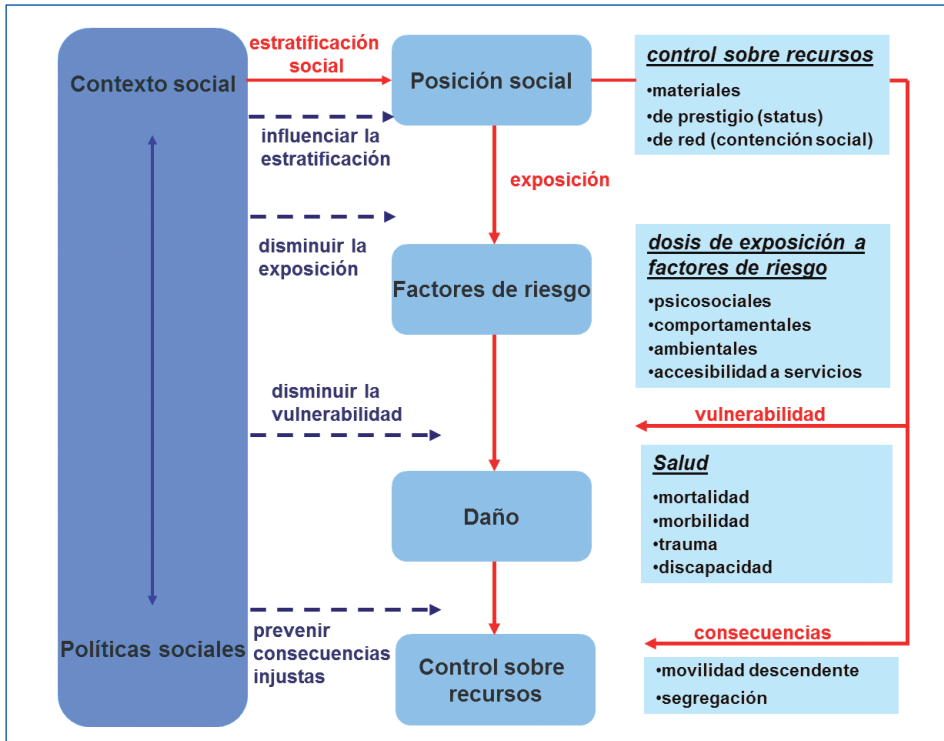
---

6. WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008. [www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)

7. Diderichsen, Evans and Whitehead. “The social basis of disparities in health”. In Evans *et al.* (eds.). *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York: Oxford UP, 2001.

8. Kuehlein, T., Sghedoni, D., Visentin, G., Gervas, J., Jamoule, M. “Prevención cuaternaria, actividad del médico general”. *PrimaryCare*. 2010; 10 (18): 350-354.

Figura 2. Diagrama explicativo de los mecanismos de generación de las desigualdades sociales en la salud y de los respectivos puntos de ingreso para las políticas e intervenciones moderadoras



Fuente: modificado de Diderichsen *et al.*, 2001.

En la cadena central del diagrama se describen las cuatro categorías de estados/eventos que conforman esta historia:

- Por **posición social** se entiende cualquier dimensión de la estratificación social (sea definida a nivel de relaciones de poder, como de distribución de recursos) que se caracteriza por un grado diferente de control sobre los recursos (sean estos materiales, de prestigio o relacionales) que son útiles para satisfacer las necesidades de la persona. Estos son los **determinantes distales** (también llamados **determinantes estructurales**) que incluyen los factores individuales y del contexto, que son los responsables de la desigualdad social. Descendiendo por la cadena central del diagrama, la estratificación social puede influir en una desigual distribución en la exposición a los principales **determinantes proximales**, o sea a aquellos factores de riesgo que intermedian el efecto de los determinantes estructurales y el daño de salud.
- Por **factor de riesgo** se entiende todas aquellas características de la persona que pueden generar un daño en la salud, ya sea aumentando la probabilidad de desarrollar

una enfermedad y/o exponiendo al sujeto a la progresión de un problema de salud ya existente hacia un resultado desfavorable. Este grupo comprende todos los **determinantes proximales** (o **intermedios**), es decir, factores ambientales, condiciones físicas, químicas, biológicas y ergonómicas que crean riesgo en los ambientes de vida y de trabajo; factores psicosociales; los comportamientos insalubres como el consumo de tabaco, de alcohol, el sobrepeso, el sedentarismo, la dieta desequilibrada, el sexo no seguro; y finalmente, las limitaciones en la disponibilidad de acceso y uso de factores de protección para la salud ofrecidos por los servicios sanitarios.

- Por **daño / problema de salud** se refiere a todas aquellas características de la salud física, psicológica y mental que caracterizan el funcionamiento de una persona en un contexto particular, como contraer una enfermedad (incidencia), permanecer en la enfermedad (prevalencia), o tener un desenlace grave de la enfermedad (incapacidad o muerte).
- Por **consecuencias (sociales) sobre los recursos** se entiende aquellos procesos de movilidad descendente en la escala social que conducen a una restricción del control sobre los recursos, en este caso, aquellos a los que una persona hubiera alcanzado en ausencia del problema de salud.

Este proceso, desde los determinantes sociales a los factores de riesgo, pasando al daño de salud, y a las eventuales consecuencias sociales de un estado de salud comprometido, puede ser influenciado por el contexto social y las políticas relacionadas a través de cuatro mecanismos diferentes (representados en el diagrama con flechas rojas con línea continua); a cada uno de estos mecanismos le corresponde un potencial punto de ingreso a diversos tipos de políticas, es decir, acciones idóneas capaces de interrumpir, detener o moderar los efectos del mecanismo (representadas en el diagrama con flechas azules discontinuas).

Esta misma historia se articula también con otras dos dimensiones que no es posible representar en modo simple en un solo esquema: una es aquella relacionada con el tiempo de vida de una persona (perspectiva del ciclo vital), que articula la relación múltiple entre los recursos disponibles, los factores de riesgo a los que se ha estado expuesto, el estado de salud y sus consecuencias. Relación que lleva a los efectos de cada uno de ellos a sobreponerse de manera acumulativa o a manifestarse en etapas críticas de la vida. En epidemiología, la perspectiva del ciclo vital se utiliza para estudiar los riesgos físicos y sociales que afectan al riesgo de contraer enfermedades crónicas y a los resultados de salud en todas las fases de la vida, desde la gestación y la niñez, pasando por la adolescencia, la edad adulta joven y la edad madura. Las condiciones socioeconómicas a lo largo de la vida pueden determinar los riesgos de salud y enfermedad en la edad adulta<sup>9</sup>.

---

9. WHO - Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Repercusiones para la capacitación. WHO/MNH/HPS/ 002, 2000. Disponible en: [http://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc\\_lifecourse\\_training\\_es.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc_lifecourse_training_es.pdf)

La segunda dimensión tiene que ver con el efecto de “contagio” en historias adyacentes entre los miembros de un mismo núcleo familiar, mecanismo a partir del cual un evento que afecta a un miembro de la familia puede propagarse afectando al resto (hijo, cónyuge, etc.).

Por último, a través de la literatura epidemiológica se documenta que el género, el grupo étnico y el lugar de residencia pueden desempeñar un papel importante en las desigualdades en salud. De todas maneras, la correlación entre el género y las variaciones sociales en la salud es compleja, debido a que la intensidad de las desigualdades puede variar entre ambos sexos al variar el indicador de salud considerado; por otro lado los mismos indicadores de posición social tienen una capacidad predictiva diferente en ambos géneros a causa de tener un perfil epidemiológico diferente y en ocasiones por cuestiones culturales dependiendo del contexto social explorado<sup>10</sup>.

Del mismo modo, ciertos grupos étnicos pueden tener un perfil epidemiológico que presenta diferentes niveles de vulnerabilidad. Estas dos dimensiones de la desigualdad (género y etnia) están también relacionadas particularmente (dependiendo de los contextos sociales explorados), con el concepto de discriminación, es decir, “relaciones de clase, género o raza injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias”, denominadas clasismo, sexismo o racismo. Personas en situación de discriminación han presentado estados de salud inferiores respecto a quienes no lo están<sup>11</sup>.

Con respecto al lugar de residencia, sin embargo, se ha visto que las desigualdades geográficas en la salud pueden ser interpretadas como un reflejo de las desigualdades sociales que afectan a las personas que residen en el territorio indagado, y en menor medida, de los contextos en que se encuentran<sup>12</sup>.

El cuadro teórico descrito en la figura 2 invita a los actores que participan en la toma de decisiones para el desarrollo de políticas públicas a interrogarse sobre cuáles son los mecanismos que producen las desigualdades en salud, cuál es su impacto relativo y, en consecuencia, a identificar las medidas más eficaces para combatir los mecanismos más relevantes. Desde un punto de vista práctico y a los efectos de este documento, nos instiga también a reflexionar sobre el tipo de información y de datos necesarios para conocer y controlar los efectos de cada uno de estos mecanismos.

10. Krieger, N. “Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter?”. *Int. J. Epidemiol.*, 2003; 32 (4): 652-627.

11. Krieger, N., Smith, K., Naishadham, D., Hartman, C., Barbeau, E. M. “Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health”. *Soc. Sci. Med.*, 2005; 61 (7): 1576-1596.

12. De Vogli, R., Mistry, R., Gnesotto, R., Cornia, G. A. “Has the relation between income inequality and life expectancy disappeared? Evidence from Italy and top industrialised countries”. *J. Epidemiol. Community Health*, 2005; 59 (2): 158-162.

## 1.1. El primer mecanismo: la estratificación social y los determinantes distales

El primer mecanismo identificado en el diagrama es el que genera la estratificación social misma; esta depende del contexto económico y laboral (que, respectivamente, crea y distribuye riqueza y poder), del contexto comunitario y del *welfare*<sup>13</sup> (que regula y modera los efectos del contexto), de la historia y de la cultura (que influye en la experiencia cotidiana). Este mecanismo se expresa en la trayectoria de vida de las personas a través de las circunstancias experimentadas (desde un punto de vista económico, ambiental y psicológico de la infancia en primer instancia, además de las condiciones de trabajo y de vida en la edad adulta y anciana), influenciando la disparidad en el acceso y en el control sobre los recursos materiales, de prestigio y de red (familiar y de amistad) responsables de la estratificación social.

El título de estudios para definir el nivel educativo, la condición ocupacional o la posición profesional para representar la clase social, el nivel de ingreso o la condición habitacional para definir indicadores de riqueza son algunas de las variables utilizadas por la comunidad científica para explorar la relación entre condición socioeconómica y salud (ver capítulo 3). Ahora bien, ¿estos indicadores son solo un *proxy* de una tercera variable que es la estratificación social o representan diferentes dimensiones de la misma?, ¿se puede medir el aporte independiente de cada una de estas dimensiones sobre las desigualdades en la salud para identificar la más relevante y poder definir prioridades de intervención?, ¿existen pruebas de que modificando la distribución de alguna de estas dimensiones sociales se transforma la intensidad, la dirección o la grandeza de las desigualdades en salud observadas?

Para responder a estas preguntas, que son las que un responsable en la toma de decisiones le formularía a un experto, la literatura sigue siendo bastante reticente; por un lado, por las dificultades metodológicas que estas cuestiones plantean, pero aun siendo superadas, también por la falta de información necesaria para elaborar los tipos de estudios epidemiológicos necesarios para dar respuestas con la menor incertidumbre posible. Un sistema de vigilancia que sea capaz de relacionar todas o algunas de las variables enumeradas anteriormente con indicadores de salud será capaz de responder en parte a estas preguntas.

Los tipos de políticas responsables sobre este mecanismo son aquellos capaces de influir en la estratificación social misma: políticas universales de bienestar, de regulación del mercado del trabajo, de redistribución del ingreso, de garantía de acceso a la educación

---

13. El concepto de *welfare*, entendido como el Estado social de derecho, está presente en la mayor parte de los países de la América Latina y el Caribe. Se considera que el Estado social es un sistema socio-político-económico definido por un conjunto de condiciones jurídicas, políticas y económicas. En términos generales, la mayor parte de autores de filosofía del derecho concuerdan en que un Estado social de derecho se propone fortalecer servicios y garantizar derechos, considerados esenciales para mantener el nivel de vida necesario para participar como miembro pleno en la sociedad.

y a una vivienda digna. La correlación entre salud y estratificación social es clara desde un punto de vista descriptivo, la literatura científica ha documentado ampliamente cómo distintos indicadores de posición social son capaces de predecir la salud. El sistema de monitoreo ideal para explorar este mecanismo deberá combinar información sobre los determinantes estructurales en todas sus dimensiones (cultural, material, de red social y de contexto social) directamente con el resultado de salud (incidencia, prevalencia, mortalidad, exposición a los principales factores de riesgo y mecanismos de acceso al sistema sanitario).

## 1.2. El segundo mecanismo: diferencia de exposición a los determinantes proximales

El segundo mecanismo en sucesión deriva de la posición social y de la disparidad de recursos que influyen en la probabilidad de exposición (y la dosis) a las cuatro categorías de factores de riesgo externos para el desarrollo de un problema de salud (determinantes proximales o intermedios): factores ambientales y psicosociales, de estilos de vida insalubres y condiciones de susceptibilidad/fragilidad clínica<sup>14</sup>.

Para analizar el rol de los factores de riesgo externos y de riesgo psicosocial, el punto de partida más apropiado son, probablemente, las condiciones de trabajo. Es intuitivo que las condiciones de trabajo más peligrosas para la salud (como la exposición a factores de riesgo mecánicos, físicos, químicos, ergonómicos o psicosociales) estén concentradas entre las ocupaciones que requieren de un trabajo manual o de menor calificación profesional<sup>15</sup>. Por ejemplo, desigualdades profesionales de exposición a riesgos de seguridad en los puestos de trabajo han explicado claramente diferencias por clase social en la incidencia de accidentes de trabajo y en ocasiones diferencias en la esperanza de vida en función de la carrera profesional del individuo a partir del tipo de ocupación<sup>16-17</sup>.

Entre los factores externos hay que tener en cuenta también la exposición al riesgo ambiental fuera de los lugares de trabajo. No ha habido hasta la fecha una particular atención por parte de la literatura científica a las diferencias sociales en la exposición a factores de riesgo ambiental y su relativo impacto diferencial sobre la salud. Pero cada vez que la exposición ha sido medida en función de las diferencias sociales se han observado índices de una mayor contaminación atmosférica en zonas que presentan una mayor privación sociocultural<sup>18</sup>.

14. Esta nomenclatura excluye la categoría de factores de riesgo genéticos dado que no existen pruebas contundentes de que la posición social influya significativamente en las características genéticas de un individuo.

15. Marinacci, C., D'Errico, A., Cardano, M., Perini, F., Costa, G. "Differenze per professione nelle condizioni di lavoro nocive". *Med. Lav.*, 2005; 96 (suppl.): s127-s140.

16. Vannoni, F., Mamo, C., Demaria, M., Ceccarelli, C., Costa, G. "Infortuni e mobilità lavorativa correlata a problemi di salute. Potenzialità e limiti della Rilevazione Trimestrale sulle Forze di Lavoro". *Med. Lav.*, 2005; 96 (suppl.): s85-s92.

17. Costa, G., Zengarini, N., Demaria, M., D'Errico, A., Leombruni, R. "Work and Life Expectancy. Pensions Reform and the Labour Market". *Italian Journal of Social Policy*, 1-2/2013; 113-134.

18. WHO (2010): Environment and health risks: a review of the influence and effects of social inequalities. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/home/conferences/>

Entre los factores de riesgo externos que deben ser considerados como mediadores de las desigualdades sociales en la aparición de nuevos problemas de salud están los estilos de vida poco saludables, en particular las adicciones (tabaco, alcohol y sustancias), además de la dieta poco saludable y el sedentarismo. En cuanto a las dependencias, en la literatura se sabe que la privación individual y/o de la familia influyen en la iniciación, el grado de dependencia y la capacidad de para dejar el hábito de fumar y de abusar de alcohol, mientras que las del medio social influyen reforzando la dependencia. Más compleja es la situación de la dependencia a sustancias, donde un contexto en situación de pobreza juega un papel importante para facilitar la iniciación mientras que la situación de pobreza individual limita la posibilidades de curación<sup>19</sup>. Por último no podemos dejar de considerar como factor intermedio entre la posición social y eventos sanitarios, los aspectos de oferta y demanda de los sistemas sanitarios. Se ha demostrado que las causas de las desigualdades sociales en los distintos niveles de la salud son en mayor medida externas a estos. Las medidas de prevención, los diagnósticos y los tratamientos influyen en las desigualdades en una medida relativamente menor respecto a los otros factores individuales y de contexto<sup>20</sup>. De todas maneras, los sistemas sanitarios son percibidos por la mayor parte de la población como el actor más importante en la tutela de la salud. El rol de la sanidad en la promoción de la equidad en salud puede darse en dos niveles, uno basado en los aspectos del sistema, de la arquitectura institucional, organizacional y de funcionamiento, y otro, bajo responsabilidad del llamado “gobierno clínico”; es decir, la manera en la cual pacientes y profesionales de la salud y organización sanitaria interaccionan con el objetivo de mejorar la historia natural de los problemas de salud, proceso a partir del cual se pueden moderar eventuales desigualdades tanto como generarlas.

Ahora bien, para cada una de estas categorías de factores de riesgo es importante establecer si la probabilidad de una persona a estar expuesta a ellos está influenciada por la propia posición social y si la mediación del efecto de la posición social sobre el desarrollo y/o agravamiento de los problemas de salud es independiente respecto a las otras categorías.

Este mecanismo requiere sistemas de monitoreo que sean capaces de dar cuenta de eventuales diferencias sociales en la prevalencia de los factores de riesgo involucrados. El sistema de monitoreo ideal para explorarlo deberá combinar información sobre los determinantes estructurales en todas sus dimensiones (cultural, material, de red social y de contexto social) directamente con los factores de riesgo descriptos, es decir, con los determinantes intermedios.

---

fifth-ministerial-conference-on-environment-and-health/documentation/background-documents/environment-and-health-risks-a-review-of-the-influence-and-effects-of-social-inequalities

19. Galea, S., Nandi, A., Vlahov, D. “The social epidemiology of substance use”. *Epidemiol. Rev.*, 2004; 26: 36-52.

20. WHO - Health Impact Assessment (HIA) 2013 The determinants of health. Disponible en: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

Con respecto a las políticas y acciones capaces de moderar los efectos de este mecanismo, si tenemos en cuenta, por ejemplo, que los estilos de vida poco saludables en su conjunto explican una proporción significativa de las desigualdades en salud, será necesario que las estrategias y los programas de salud pública orienten sus acciones hacia una distribución más equitativa de los estilos de vida más saludables. Desde luego, también políticas orientadas a moderar o mejorar las condiciones en seguridad laboral y aquellas orientadas a facilitar los mecanismos de acceso a la oferta sanitaria.

### 1.3. El tercer mecanismo: la vulnerabilidad

El tercer mecanismo es aquel según el cual la posición social influye en el grado de vulnerabilidad de las personas, entendido este como la capacidad de enfrentar el efecto desfavorable de un factor de riesgo, tanto previniendo la aparición del daño de salud como de la capacidad misma de afrontar un problema de salud ya manifestado evitando resultados más graves (como discapacidad o muerte) o modificando la velocidad de progresión de la enfermedad. Podemos hablar en este caso de estados de susceptibilidad individual o de fragilidad clínica, en los cuales la posición social puede influir una evolución desfavorable para la salud. Este grupo incluye dos categorías de problemas de salud:

- La primer categoría comprende los estados de predisposición\susceptibilidad a través de los cuales se puede pasar desde una exposición a un factor de riesgo a un estado de enfermedad, para los cuales esta transición puede ser interceptada y/o interrumpida con intervenciones específicas: en términos de impacto sobre la salud, los ejemplos más representativos son la susceptibilidad a una infección; la hipertensión arterial, el sobrepeso, la obesidad y el riesgo de enfermedades cardiovasculares asociadas a estos, y, por último, los estados precancerosos asintomáticos reconocibles con test de diagnósticos precoz (como son el caso del tumor de cuello de útero o del colon-recto).
- La segunda categoría incluye todas aquellas enfermedades cuyo diagnóstico, posterior a su aparición, puede ser modificado gracias a un tratamiento inmediato y a una apropiada asistencia, sea en fase aguda o de seguimiento (*follow up*); en particular, hablamos de las patologías crónicas más frecuentes que peores consecuencias traen a la esperanza de vida de la población: por ejemplo, diabetes, enfermedades isquémicas del corazón, depresión, enfermedades respiratorias crónicas, tumores (sedes tumorales de mayor frecuencia).

Es difícil examinar todos los mecanismos a través de los cuales la posición social pueda condicionar la aparición y la evolución de estos estados, ya que son específicos de cada factor de riesgo. Pero permitiéndonos generalizar se podría decir que pertenecer a los grupos más desfavorecidos de la sociedad puede afectar la vulnerabilidad de tres maneras:



- Cuando la baja posición social aumenta la susceptibilidad al efecto del factor de riesgo para la salud; desde un punto de vista biológico se trata de un mecanismo que actúa a través de las defensas inmunitarias que impiden el desarrollo de una determinada enfermedad o hace más lenta su evolución; las evidencias de que la desventaja social compromete las defensas inmunitarias son todavía limitadas, pero existen algunos estudios que han explorado esta relación con resultados semiconclusivos<sup>21-22</sup>.
- Una segunda vía en la que la posición social modifica los estados de vulnerabilidad de las personas tiene que ver con los límites de acceso a las oportunidades de prevención que sirven para interrumpir la progresión de un estado de susceptibilidad/predisposición a un daño a la salud (vacunación en el caso de enfermedades infecciosas), controles periódicos, cambios en los estilos de vida y/o acceso a fármacos (en el caso de la hipertensión o del sobrepeso), un test de diagnóstico precoz (en el caso de los estados precancerosos); ahora bien, la adopción de estas medidas de prevención por parte de personas sanas, aunque susceptibles, requiere que las mismas sean informadas del riesgo y, cuando es posible, de la disponibilidad de la solución, que sean capaces de apreciar los beneficios de una elección cuyas ventajas son para un futuro, siempre y cuando la solución sea accesible y sostenible; muchas de estas condiciones son menos frecuentes en el caso de los grupos sociales más desfavorecidos de la sociedad.
- La tercera es aquella que actúa en progresión de un problema de salud ya manifestado, progresión que podría empeorar a causa de una elección asistencial (diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación) no apropiada por tipología o calidad, por coherencia o continuidad del suministro, por *compliance* (continuidad por parte del paciente a un tratamiento), por capacidad de integración con otras necesidades asistenciales derivadas de otros problemas de salud presentes; la posición social puede influir sobre los diferentes puntos de una trayectoria terapéutica determinada y, por consiguiente, sobre el resultado de un tratamiento, sobre las habilidades cognitivas y motivacionales de la persona enferma, sobre la elasticidad en la oferta asistencial a las condiciones y necesidades de la persona, y sobre las normas de acceso requeridas por el sistema asistencial mismo; existen evidencias de que personas con un bajo nivel educativo tienen menos posibilidad de informarse, menos motivaciones para seguir en el tiempo un tratamiento y menos relaciones (entendidas estas como red de contención o ayuda) para enfrentarse, por ejemplo, a la burocracia que muchas veces presentan las organizaciones sanitarias.

Un factor común, transversal a estas tres vías en las que la posición social influye en los distintos niveles de vulnerabilidad y en sus efectos sobre la salud, es la disponibilidad

21. Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S., Gwaltney, J. M. Jr. "Social ties and susceptibility to the common cold". JAMA. 1997 Jun. 25; 277 (24): 1940-1944.

22. Berkman, L. F., Melchior, M., Chastang, J. F., Niedhammer, I., Leclerc, A., Goldberg, M. "Social integration and mortality: a prospective study of French employees of Electricity of France-Gas of France: the GAZEL Cohort". Am. J. Epidemiol., 2004 Jan 15; 159 (2):167-174.

y el acceso a redes de contención y ayuda. La asistencia puede provenir de la red familiar y de amistad a disposición, como también de los sistemas de prestación y tutela de los servicios ofrecidos por la comunidad a través de sus sistemas de asistencia social. La disponibilidad de una red de contención y ayuda y el acceso a los sistemas de prestación de servicios son menos frecuente en los sectores más desfavorecidos de una sociedad<sup>23,24,25</sup>.

El sistema de monitoreo ideal para explorar este mecanismo deberá combinar información sobre los determinantes estructurales en todas sus dimensiones (cultural, material, de red social y de contacto social) directamente con la disponibilidad y con el acceso por parte de la población a los sistemas de moderación de los efectos de la vulnerabilidad, por ejemplo, a nivel de prevención primaria, secundaria y de acceso a servicios.

#### **1.4. El cuarto mecanismo: las consecuencias sociales de la enfermedad**

El cuarto mecanismo es aquel que analiza cómo la enfermedad puede afectar sobre la carrera social de una persona; sucede, por ejemplo, en instancias de selección que sobre la base de una salud precaria se interrumpe o se modifican los procesos de movilidad social, sobre todo de un punto de vista laboral / profesional. Pero es también cuando el incurrir en gastos para hacer frente a un problema sanitario de desliza hacia situaciones que pueden llevar a una persona (o todo el núcleo familiar) a una situación de pobreza, desencadenando historias en las que no se sabe cuál es la causa, si el daño de salud o la situación de privación socioeconómica alcanzada. El mecanismo a partir del cual la enfermedad afecta a la trayectoria social de la persona puede relacionarse con la forma en que la enfermedad limita las habilidades y destrezas que son necesarias para que una persona se mantenga y avance en una posición de trabajo.

---

23. Phongsavat, P., Chey, T., Bauman, A., Brooks, R., Silove, D. "Social capital, socio-economic status and psychological distress among Australian adults". *Soc. Sci. Med.* 2006; 63: 2546-2561.

24. Hsieh, C.-H. "A concept analysis of social capital within a health context". *Nursing Forum*, 2008; 43: 151-159.

25. Giordano, G. N., Lindstrom, M. "The impact of changes in different aspect of social capital and material conditions on self rated health over time: a longitudinal cohort study". *Soc. Sci. Med.* 2010; 70: 700-710.

## Capítulo 2. Sistemas de monitoreo de las desigualdades sociales en salud: consideraciones generales

Ahora bien, para examinar los mecanismos descriptos en el capítulo anterior, un sistema de monitoreo de las desigualdades sociales en la salud deberá poder combinar información de manera simultánea sobre las tres dimensiones constitutivas del fenómeno. A saber:

- **Información sanitaria:** esta puede referirse a un evento sanitario específico, como, por ejemplo, mortalidad, morbilidad crónica, salud autopercibida y/o de patologías diagnosticadas o autoreferidas, y también, sobre los principales determinantes intermedios, es decir, los factores de riesgo más importantes para la salud, sean estos de estilos de vida, psicosociales o de acceso a servicios sanitarios.
- **Información socioeconómica:** es decir, indicadores de posición social, simples o compuestos, a nivel individual o agregado (ecológicos o de área), presentes en el mismo archivo del que deriva el dato sanitario o presente en otros archivos, siempre que estos últimos sean extendibles a los primeros.
- **Información sobre la población a riesgo (denominador):** que la población a riesgo de desarrollar el evento sanitario indagado pueda ser clasificada con el mismo indicador de posición socioeconómica de aquel que ha verificado el evento.

El modo de combinar estas tres dimensiones define el diseño del sistema de monitoreo. Este puede ser de tres tipos:

- Sistemas que recogen la información necesaria utilizando diferentes fuentes informativas rutinarias, disponibles en los sistemas estadísticos nacionales y sanitarios, para luego combinarlas entre sí.
- Sistemas de vigilancia basados en encuestas construidas *ad hoc* que recogen en un mismo archivo toda la información requerida.
- Sistemas mixtos que combinan encuestas con otros archivos disponibles como veremos más adelante.

En este capítulo repasaremos, por un lado, cuáles son las fuentes que recogen de manera sistemática los datos necesarios enumerados anteriormente; y por el otro, los diferentes diseños de sistemas y los principales aspectos teóricos que subyacen a los mismos. Las ventajas y desventajas que cada alternativa pueda presentar a nivel de calidad de los resultados estarán determinadas a partir del diseño adoptado y de las fuentes utilizadas. En este documento se discutirán de manera general, dado que la calidad y/o presencia de las fuentes que veremos pueden ser diferentes en cada país.

## 2.1. Fuentes informativas: estadísticas nacionales, sistemas institucionales de información sanitaria y encuestas permanentes

Las principales fuentes de información disponibles que pueden ser utilizadas para cubrir las necesidades de monitoreo de las variaciones sociales en la salud son: sistemas poblacionales de información estadística o **estadísticas nacionales** (IEN), **sistemas institucionales de información sanitaria** (SIS) y otras fuentes de información suplementaria presentes en muchos de los países de la región como pueden ser las **encuestas permanentes** (de hogares, de propósitos múltiples, de salud, etc.) constituidas sobre muestras representativas de la población general, que en ocasiones recogen también información relevante sobre salud y estilos de vida.

Al momento de escoger la información necesaria para el monitoreo de las desigualdades en salud es importante tener en cuenta el propósito para el cual la infraestructura que recoge y organiza los datos ha sido creada.

Los sistemas incluidos en los SIS, disponibles en muchos países, constituyen en general una gran reserva de datos recogidos de manera sistemática y rutinaria, principalmente con objetivos administrativos o de gestión y control de la población asistida y del uso de servicios. A pesar de su misión predominantemente administrativa, pueden proporcionar una buena estimación de la demanda sanitaria y ser utilizados para propósitos epidemiológicos y de epidemiología social. Eventuales problemas de calidad y exactitud del dato que estas fuentes puedan presentar para propósitos de epidemiología social, útiles para el estudio de las desigualdades en salud, dependerán de la finalidad para la cual la fuente ha sido creada.

En los últimos años y en algunos países, incluso de bajo y medio ingreso, se ha ampliado gradualmente el uso de estos sistemas para propósitos de investigación epidemiológica. Ejemplos de fuentes SIS son los registros de hospitales y recursos hospitalarios; archivos del uso de servicios sanitarios; los registros de ingresos y egresos hospitalarios que contienen información sobre la causa de la internación, intervención principal realizada durante la misma, fecha de ingreso y egreso; archivos informatizados de historias clínicas, etc. Los archivos de los certificados estadísticos de defunción que contienen la causa de muerte codificada y que sirven para actualizar las estadísticas vitales

también forman parte de este grupo. Algunos países pueden tener a disposición otras fuentes alternativas como, por ejemplo, registros de vacunación o registros de patologías específicas (registros de tumores, diabetes, etc.).

Ahora bien, los sistemas comprendidos en los SIS tienen la ventaja de tener explícitamente la finalidad de registrar fenómenos de salud y del uso de servicios, por consiguiente, son capaces de garantizar exhaustividad y exactitud del dato sanitario. Estas fuentes en cambio pueden presentar problemas con respecto a la información necesaria para la medición de variables socioeconómicas, dado que no son fuentes creadas para ese propósito. La calidad de este dato puede ser escasa o en ocasiones directamente no ser compilada.

Los archivos corrientes SIS entonces ofrecen la posibilidad de estimar con la precisión adecuada el **numerador** para el cálculo de indicadores epidemiológicos (por ejemplo: número absoluto de decesos o de internaciones hospitalarias en un año, por género y edad). El **denominador** (por ejemplo: poblaciones residentes de las cuales deriva el evento sanitario en estudio, etc.) se obtiene a partir de otras fuentes. Las principales fuentes de datos poblacionales para el cálculo del **denominador** provienen de los sistemas de información estadística o estadísticas nacionales con base poblacional (IEN), estos son los registros civiles de las personas o estadísticas vitales (en general son a nivel municipal) y de los censos de población y vivienda. Los primeros se actualizan continuamente con los movimientos de la población que reside oficialmente, es decir, con las entradas y las cancelaciones por componente natural (nacimiento/muerte) o por componente migratorio (inmigración/emigración). Los censos en cambio se realizan cada diez años y se utilizan para dar cuenta de la población real al momento de la realización del mismo, y sirven para corregir las estimaciones realizadas durante los periodos entre un censo y otro.

Así, la integración de sistemas para el cálculo de indicadores epidemiológicos puede llevarse a cabo de una forma ecológica y **transversal** (por ejemplo: cálculo de tasas anuales de mortalidad sobre la población media), o a un nivel más analítico y potencialmente **longitudinal** (por ejemplo: construcción de cohortes, seguidas en tiempo, en las cuales se calcula para el **denominador** el *tiempo/persona* de cada sujeto y al **numerador** las medidas de ocurrencia del evento de salud indagado). La primera nos permite solamente calcular estimaciones de prevalencia, mientras la segunda, dada la profundidad histórica longitudinal, sirve para construir medidas de incidencia, que son aquellas que nos permiten verificar efectos causales.

Es claro que un enfoque sobre base individual (y, generalmente, longitudinal) asegura estimaciones más válidas de las variaciones en los indicadores epidemiológicos calculados, y a los efectos del estudio de las desigualdades sociales en la salud, será posible todas las veces que la información socioeconómica esté presente en al menos una de las dos fuentes utilizadas.

Para la obtención del dato socioeconómico y así disponer de medidas de incidencia y prevalencia en función de los mismos, la primera opción sería la de recabarlos de los archivos que componen el *denominador* y propagarla a los archivos que proporcionan el *numerador*. Una segunda vía alternativa, casi intuitiva, sería la de recoger el dato socioeconómico en la misma fuente para el cálculo del *numerador*, de este modo obtendríamos en principio medidas de prevalencia y solo sobre la población asistida y no sobre la población total. Para que estos últimos nos proporcionen medidas de incidencia necesitaríamos que el mismo dato socioeconómico se encuentre y sea equiparable en la fuente que nos proporciona el *denominador*. Una tercera vía es la construcción de encuestas *ad hoc* sobre muestras poblacionales representativas que recojan simultáneamente información socioeconómica y sanitaria, a modo de constituirse al mismo tiempo, como fuente del *numerador* y del *denominador*. Estas, por su carácter transversal, nos darían en principio medidas de prevalencia. Pero seguidas en el tiempo, simulando un estudio de cohorte y conectados con archivos SIS, como, por ejemplo, de mortalidad o de egresos hospitalarios, pueden proporcionar estimaciones de incidencia de patologías y de mortalidad válidas, como veremos más adelante.

A continuación repasaremos con mayor detalle estos tres modos de llevar a cabo la combinación de datos sanitarios con datos socioeconómicos.

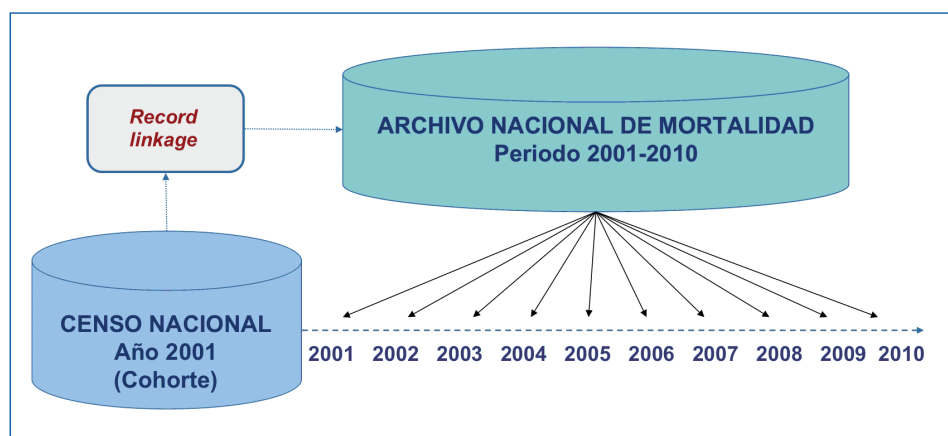
## 2.2. Maneras de combinar información socioeconómica con datos sanitarios para el estudio de las desigualdades sociales en la salud

### a) Cuando el dato socioeconómico deriva de la combinación *trámite record-linkage* (cruce de archivos) de distintas fuentes informáticas (con base poblacional)

Como se ha mencionado en este documento, en el caso del estudio de las variaciones sociales en las medidas epidemiológicas es necesario disponer de datos sobre la posición social o de otros indicadores de vulnerabilidad social a nivel individual o de área. El camino más directo y coherente para la adquisición de datos sobre los estratificadores sociales sería el de recabarlos de los archivos que componen los *denominadores* y propagarlos a los archivos que proporcionan los *numeradores*, a fin de contar con información unívoca sobre el estratificador para los casos que serán contados en el *numerador* y obtener una mayor eficiencia del sistema. El mismo deberá recoger la información una sola vez para después poder ser difundida a todos los archivos de interés epidemiológico y de monitoreo de la salud. Para tal propósito, la mejor fuente que provee datos fiables y de calidad sobre los estratificadores sociales es el censo poblacional, que proporciona cada diez años las condiciones socioeconómicas y socioculturales de los individuos (nivel educativo, condición ocupacional, posición profesional, estado civil, etc.) de las familias y de las viviendas (composición familiar, hacinamiento, tipo de vivienda y características físicas

de la misma) garantizando una buena calidad del dato sobre los determinantes estructurales. Al mismo tiempo, los censos pueden constituir la base para el desarrollo de cohortes históricas, que, integradas con fuentes SIS, nos permitirían contar los eventos de salud que fueron sucediendo en el tiempo a los individuos censados, constituyendo de este modo, la base de un estudio longitudinal-poblacional y así obtener toda la información necesaria para nuestras exigencias de monitoreo. Los individuos censados proporcionarían la cohorte que tendrá un punto de partida determinado dado por la fecha de realización del mismo. Los archivos SIS combinados a este proporcionarían el dato sobre el evento sanitario y el periodo de estudio. La figura 3 representa este ejemplo. Se trata de un estudio longitudinal de base censal. La cohorte es proporcionada por el censo nacional realizado en el año 2001, después a través de un proceso de *record-linkage* se incorporan los archivos de mortalidad para el periodo 2001-2010. Este último proporcionará los decesos (eventualmente también la causa de los mismos) para cada uno de los años en los cuales la información se encuentra disponible. De este modo, obtendríamos potencialmente tasas de mortalidad (general o por causas específicas) por nivel socioeconómico (el censo nos permitiría elegir el indicador socioeconómico más adecuado para el *outcome* de salud indagado) por un periodo de diez años. Este tipo de diseño nos permitiría también evaluar el *trend* de las variaciones sociales en la mortalidad de la población en estudio, en el caso de que quisiéramos evaluar políticas de moderación o reducción de las desigualdades sociales en un *outcome* integral, como es la mortalidad general o la esperanza de vida.

**Figura 3. Diagrama de flujo de un ejemplo de estudio longitudinal basado en un censo poblacional construido para propósitos de monitoreo de las desigualdades sociales en la mortalidad**



Ahora bien, la integración (cruce de archivos) entre datos provenientes de los registros civiles o de los censos poblacionales con otros archivos sanitarios no es una operación factible siempre y en todas partes, ya sea por razones de confidencialidad de los datos personales o por los límites en el diseño mismo de los sistemas de información. Hay

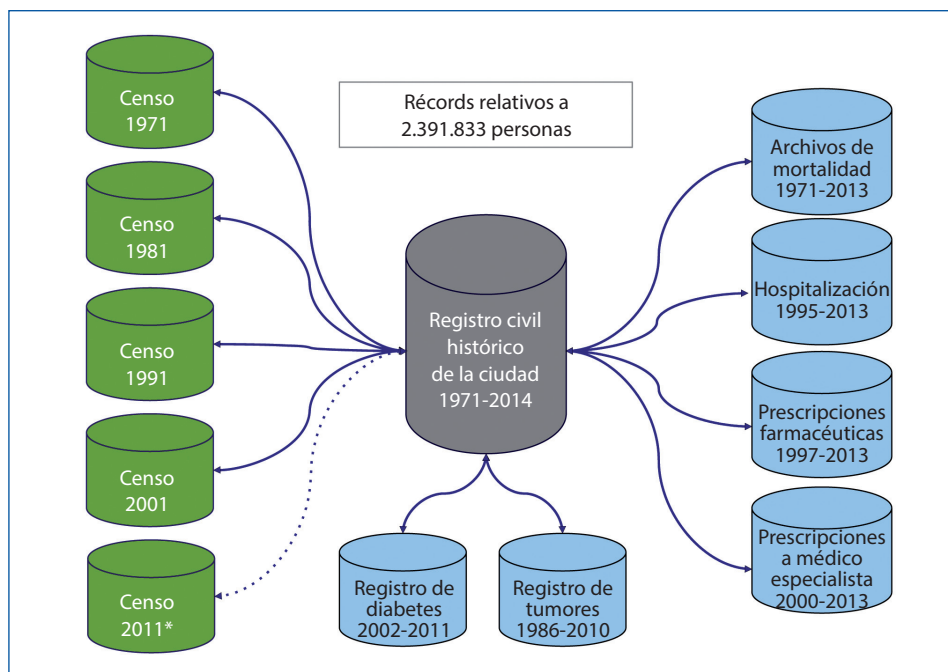
países en los que los flujos de datos están diseñados y dispuestos para ser integrados entre distintas fuentes, por ejemplo, a partir de un número identificativo personal que se aplica en todos los registros, tanto administrativos como estadísticos, y donde la protección de la confidencialidad es reglamentada por la sede u organismo de acceso y uso de los datos. Esta técnica para el cruce de datos entre distintas fuentes llamada *record-linkage* es más frecuente en países industrializados.

Sin embargo, existen otras técnicas de *linkage* distintas a las del número unívoco, más flexibles y potencialmente adaptables en contextos donde las fuentes no han sido diseñadas de antemano para tal propósito. Por ejemplo, existen técnicas probabilísticas basadas en la construcción de algoritmos que crean un número determinado de “llaves” de *linkage* (numéricas o alfanuméricas) al combinar la información identificativa del sujeto presente en diferentes registros, como pueden ser, el nombre, el apellido, el lugar y la fecha de nacimiento, la residencia, etc. De esta manera, se crea una lista jerárquica de “llaves anónimas” a partir de las cuales se puede rastrear un mismo sujeto en archivos diferentes. Cuanta más información en común contemple el algoritmo para la construcción de la o las “llave”, más eficaz será el proceso de *record-linkage*.

La figura 4 representa otro tipo de diseño de estudio longitudinal, donde la cohorte principal seguida en el tiempo no es el censo, sino el registro civil de las personas. En este caso, se trata de un estudio longitudinal metropolitano. A modo de ejemplo, la figura representa en un diagrama de flujo, el diseño y los componentes del “Estudio longitudinal de la ciudad de Torino (ELT)”, Italia. Este diseño de sistema de monitoreo aporta la posibilidad de dar a la cohorte un abordaje dinámico (simulando un estudio epidemiológico de cohorte abierta), es decir, que para el cálculo de la población en estudio, se puedan considerar las entradas y las salidas de los individuos a la cohorte tal como son verificadas en el registro civil, y calcular con precisión el numerador y denominador en términos de *tiempo/persona* (figura 5). Esto quiere decir que no es fija o cerrada como la proporcionada únicamente por el censo como veíamos en el caso anterior, donde los individuos considerados en la cohorte son solo quienes han sido censados en el momento de realización del mismo, sino que abierta y, por lo tanto, dinámica, ya que los individuos se van incorporando a la cohorte a medida que se van registrando en los archivos del registro civil. Los censos poblacionales en este caso nos proporcionan los datos socioeconómicos que serán atribuidos a los individuos de la cohorte según el periodo de estudio explorado, y los sistemas SIS (representados en el diagrama con el color celeste), los diferentes casos que irán al numerador de acuerdo al *outcome* sanitario que se desea estudiar. En este caso, las posibilidades de *outcomes* sanitarios sujetos a monitoreo, además de la mortalidad (general o por causas específicas), son también la hospitalización a través de los archivos de egresos hospitalarios (internaciones en general o por causas específicas), consumo de fármacos, consultas a especialistas e incidencia de patologías.



**Figura 4. Diagrama de flujo del “Estudio longitudinal de la ciudad de Torino”, Italia. Un ejemplo de estudio longitudinal según el registro civil de las personas construido para propósitos de monitoreo de las desigualdades sociales en la salud**

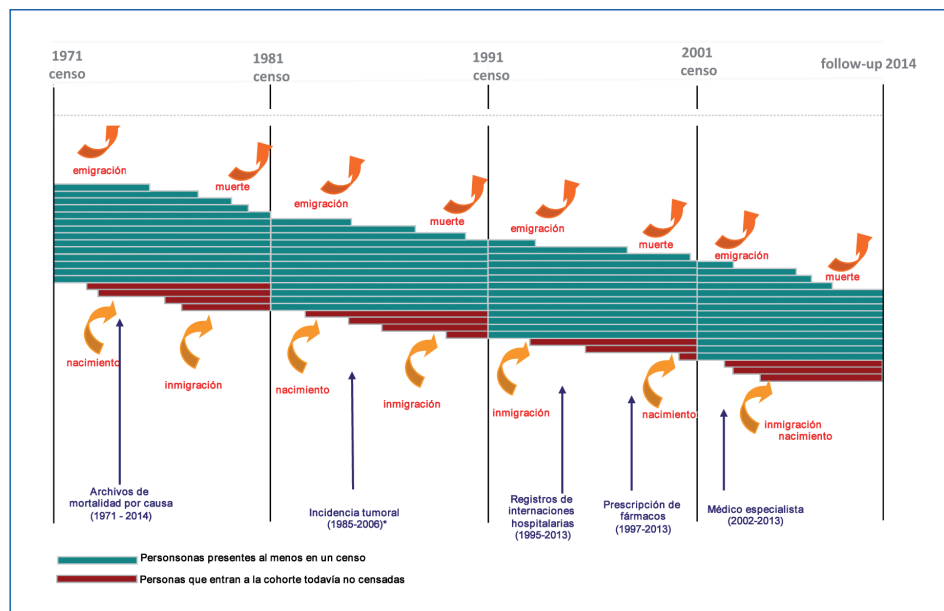


\*La edición del censo de 2011 se encuentra actualmente en fase de *record-linkage*.

Las principales ventajas de los estudios longitudinales para propósitos de monitoreo de las desigualdades sociales en la salud, desde un punto de vista metodológico y de las estimaciones que estos sistemas pueden proporcionar, son:

- Cubren toda la población en estudio (se realizan con base poblacional, pueden abarcar un municipio, una provincia, una región o una entera nación).
- La información socioeconómica y sanitaria es atribuida a nivel individual; esto nos permite superar los niveles de incertidumbre y de variabilidad interna que muchas veces las estimaciones calculadas a través de indicadores geográficos pueden presentar.
- Los censos poblacionales son la fuente más idónea para el desarrollo de variables de posición socioeconómica, ofrecen la posibilidad de estudiar fenómenos sanitarios en función de indicadores que representan todas y cada una de las dimensiones que componen el concepto de posición socioeconómica (material, cultural, ocupacional, de red social, etc.). Esto nos permite, a través de modelos logísticos apropiados, estimar el efecto independiente de cada uno de los determinantes estructurales sobre los *outcomes* de salud, y, por consiguiente, y a los efectos de definir prioridades de intervención, identificar el sector de la política que mayor potencialidades tiene de contrarrestar posibles desigualdades.

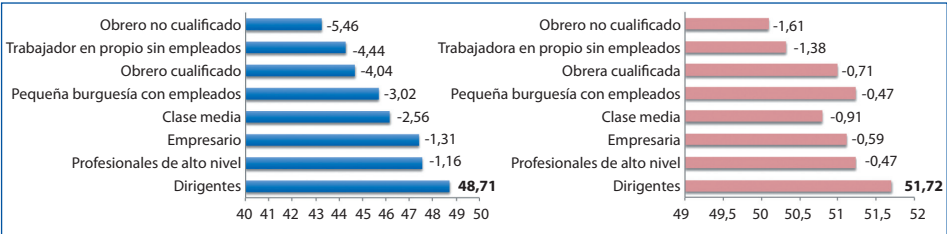
**Figura 5. Diagrama abordaje de cohorte dinámica del “Estudio longitudinal de la ciudad de Torino”, Italia**



La figura 6 es un ejemplo del resultado obtenido a partir de los datos disponibles en los archivos que componen el ELT. Se trata de la esperanza de vida a 35 años estimada en hombres y mujeres que han sido residentes en la ciudad de Torino al menos un día desde el año 1971 hasta la fecha, clasificados según la clase social definida a partir del modelo de Schizzerotto. Este esquema de clasificación, de matriz neowebberiana, ha sido validado tanto en un ámbito sociológico como epidemiológico. El modelo individual de ocho clases ocupacionales a partir de los recursos de poder autorizan o permiten a cada persona ejercer las distintas actividades laborales. Los recursos de poder considerados son cuatro: poseer medios de producción, el control organizativo, las credenciales educativas con especialización profesional y la fuerza de trabajo. En resumen, combinando la información del censo sobre la profesión declarada, la posición profesional, el lugar de trabajo, el número de empleados, el título de estudio y en ocasiones la edad, se obtiene a una definición operativa en ocho clases ocupacionales que va desde el máximo dirigente hasta el obrero no cualificado. A partir de un *record-linkage* se ha construido un *follow-up* de mortalidad hasta el año 2011<sup>26</sup>. Son 5,46 años de vida los que separan a un obrero no cualificado de un dirigente y 1,6 en las mujeres.

26. Costa, G., Zengarini, N., Demaria, M., D'Errico, Leombruni, R. "Work and Life Expectancy. Pensions Reform and the Labour Market". *Italian Journal of Social Policy*, 1-2/2013; 113-134.

**Figura 6. Diferencias en la esperanza de vida a 35 años según clase social (modelo Schizerotto basado en la profesión declarada en el censo poblacional de 2001) en la ciudad de Torino, Italia, 2011**



Fuente: “Estudio longitudinal de la ciudad de Torino”, 2011. Costa *et al.*, 2013.

Con respecto a los límites, desde un punto de vista informativo, el principal es que los estudios longitudinales basados en fuentes informativas corrientes, muchas veces, si bien son poblacionales, no abarcan todo el territorio nacional, siendo exhaustivos solo para zonas, regiones o áreas metropolitanas específicas. El segundo límite, tal vez de mayor relevancia, es el grado de factibilidad de implementación de los procesos de *record-linkage* requeridos, como decíamos anteriormente, por cuestiones relativas a normas de privacidad vigentes o, desde un punto de vista técnico, si la calidad del dato identificativo (anónimo o no) para la construcción de la clave de *linkage* no es homogéneo entre las fuentes requeridas.

**b) Cuando el dato socioeconómico es compilado en la fuente para el cálculo del numerador (fuentes sanitarias y demográficas con base poblacional)**

Una vía alternativa, casi intuitiva, derivaría de la relevación directa del estratificador social en la fuente informativa SIS. Es decir, cuando el dato socioeconómico es compilado en la fuente para el cálculo del *numerador*. En tal caso y como decíamos anteriormente, no se garantiza de antemano que la precisión en el relevamiento del dato sobre el estratificador social sea comparable a la establecida por las fuentes del *denominador*, pero siguiendo los pertinentes controles de confiabilidad del dato, alguna de estas fuentes pueden alcanzar niveles de calidad aceptables. Los flujos informativos regulados a nivel nacional que recogen datos de manera sistemática y estandarizada, como, por ejemplo, aquellos definidos por los Ministerios de Salud, generalmente recogen información sobre la proveniencia geográfica, sobre el sexo y edad, pero con menor frecuencia recogen información sobre la posición social. Algunos archivos SIS pueden constituir una excepción. De todas maneras y tomando como ejemplo los archivos de los registros de egresos hospitalarios, en ocasiones no es posible preguntar la información al paciente (o el contexto puede no permitir una relevación adecuada, como, por ejemplo, si la internación es de urgencia) o la pregunta para tal propósito, puede no ser útil o pertinente, como por ejemplo el título de estudio a un sujeto que no ha alcanzado la edad de obtener alguno o el tipo de trabajo en pacientes ancianos.

Debido al contexto en el que se recoge la información y del estado del paciente, en la mayoría de los casos quien responde puede ser un tercero, alterando la veracidad del dato, o directamente no saberlo, por ejemplo, si la pregunta utilizada es el nivel de ingreso o la ocupación. En resumen, la calidad del dato puede ser variable dependiendo del tipo de internación, la confiabilidad del mismo es hipotéticamente mayor en internaciones no agudas.

Por lo tanto, el diseño del cuestionario utilizado en fuentes SIS para el relevamiento de información sobre la posición social deberá seguir una serie de pautas que garanticen la exhaustividad previendo todos los escenarios posibles. Deberá poder clasificar, a partir de un indicador socioeconómico directo o *proxy*, a todos los grupos de edad, grupos étnicos, etc. El indicador de posición socioeconómica escogido deberá ser estable y el *setting*, es decir, el lugar en el que se lleva a cabo la relevación del dato, lo más propicio posible.

El dato relevado en la fuente SIS entonces, puede ser utilizado con propósitos descriptivos sobre la población asistida, sobre el uso de servicios y en ocasiones sobre los resultados de enfermedades, como decíamos anteriormente, garantizando calidad y exhaustividad del dato sanitario.

Un ejemplo de excepción del sistema de monitoreo en el ámbito hospitalario con muy buenos resultados son los “certificados de asistencia al parto” (CedAP) que se llevan a cabo en Italia desde el año 2001. Este es un caso más afortunado con respecto a la relevación del dato socioeconómico. Se trata de un certificado que, a través de un cuestionario estructurado, recoge datos de salud pública y estadísticos de base sobre los eventos de natalidad, mortalidad al nacer y de malformaciones. En este caso, la relevación del dato sucede en circunstancias generalmente más favorables respecto a la compilación de los certificados de egresos hospitalarios; el cuestionario se suministra a la mujer después del parto o en los días sucesivos, en condiciones de mayor tranquilidad en comparación con un individuo internado, sobre todo por algún evento agudo.

El CedAP es en el presente una de las fuentes sanitarias más ricas a nivel italiano de información epidemiológica y sociodemográfica referida al evento “natalidad” y de la trayectoria y del monitoreo del embarazo. La ficha contiene información sobre la anamnesis obstétrica y sobre el embarazo (fisiológica o patológica), información sobre el tipo de parto y asistencia sanitaria recibida, información sobre el recién nacido: peso y medición, índice APGAR, eventual presencia de malformaciones y al mismo tiempo información sociodemográfica sobre los padres, como, por ejemplo, edad de la madre al parto, residencia, título de estudio y profesión del padre y de la madre, estado civil, ciudadanía, etc.<sup>27</sup>.

---

27. Boldrini, R., Di Cesare, M., Tambrini, C. *Certificato di assistenza al parto* (CeDAP). *Analisi dell'evento nascita* - Año 2009. Ministero della Salute, 2012. Disponible en [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1731\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1731_allegato.pdf)

La presencia simultánea de información sobre el embarazo, el estado del recién nacido y la información socioeconómica de la familia de proveniencia, con niveles de exhaustividad superiores al 90% para la mayor parte de las variables, permite estimar índices y medidas epidemiológicas de ocurrencia y de asociación referidas al nacimiento y de los determinantes y condiciones que en él influyen. En este tipo de sistemas se dispone también en modo simultáneo del dato sobre el *denominador* (partos) y del *numerador* (resultado del embarazo y del parto) para el cálculo de medidas epidemiológicas en relación a los determinantes estructurales recogidos en la ficha. Por otro lado, presentan la ocasión de activar cohortes de recién nacidos para estudios prospectivos con un abordaje de “perspectiva del ciclo vital”<sup>28</sup>, como en el caso de algunas regiones italianas.

Ahora bien, las fuentes SIS en general se alimentan de datos que aportan los individuos que de algún modo u otro entran en contacto con las ofertas del servicio sanitario, y obtienen de ese modo información “objetiva”, por ejemplo, sobre el tipo y la fecha de realización de la intervención, y, en ocasiones, sobre el diagnóstico en el caso de los archivos hospitalarios, etc. Pero no siempre las necesidades de salud se traducen en demanda y uso de los servicios sanitarios; por otro lado, existen disturbios, comportamientos y condiciones influyentes, además de aspectos “subjetivos” sobre los estados de salud, que no son relevados en las fuentes SIS. Las encuestas sistemáticas de salud o propósitos múltiples, con base muestral que interrogan directamente al interesado (y/o a sus familiares), constituyen una original fuente de información alternativa que por sí misma recoge datos sobre eventos sanitarios y de tipo social superando los límites de las fuentes SIS.

### **c) Cuando el dato socioeconómico es compilado por encuestas que son fuentes tanto del numerador como del denominador (encuestas sistemáticas de salud o propósitos múltiples, base muestral)**

Como anticipábamos en el párrafo anterior mucha de la información sobre el uso de servicios y estilos de vida (determinantes intermedios) no es tratada en los flujos de datos corrientes de las fuentes SIS ni de las fuentes IEN. Para su relevamiento, en ocasiones se activan encuestas sanitarias basadas en muestras representativas de la población general, algunas *ad-hoc* y otras utilizando la infraestructura creada para las encuestas nacionales de hogares o propósitos múltiples que muchos países de la región mantienen activas. El modelo más difundido de encuesta sanitaria a nivel internacional es el de *Health Interview Surveys (HIS)*, mediante el cual se recoge directamente desde los individuos y sus familias datos sobre el estado de salud, estilos de vida y utilización de los servicios sanitarios.

---

28. WHO - Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Repercusiones para la capacitación. WHO/MNH/HPS/ 002, 2000. Disponible en: [http://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc\\_lifecourse\\_training\\_es.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc_lifecourse_training_es.pdf)

Para recoger información sobre el estado de salud de las personas se utilizan generalmente preguntas orientadas a medir la salud subjetiva (autopercebida). En ocasiones se incorpora al set de preguntas, el cuestionario estructurado SF-12 o 36, que recoge información sobre la presencia de enfermedades crónicas, agudas, de salud mental y otros indicadores del estado de salud del individuo. El SF-12 recoge también información sobre la presencia de discapacidades o limitaciones de la actividad cotidiana, el exceso ponderal, información sobre la salud oral, etc. Esta información sirve para calcular los índices compuestos de salud física y salud mental, útiles para resumir en un solo valor el estado de salud general de un individuo.

Por otro lado, puede también recoger información sobre los más importantes determinantes intermedios, aquellos referidos a la utilización y acceso a los servicios sanitarios y a las actividades de prevención primaria y secundaria, y a los factores de riesgo ligados al comportamiento y a los estilos de vida: consumo de tabaco, de alcohol, tipo de alimentación, actividad física, etc.

Con respecto a los determinantes estructurales, al tratarse de un cuestionario construido *ad hoc*, suministrado directamente al entrevistado en presencia de un entrevistador cualificado, en ocasiones nos brinda la posibilidad de incorporar preguntas sobre las características socioeconómicas y sociodemográficas en todas sus dimensiones, en los casos más virtuosos, equiparables a las recogidas por el censo poblacional. Otras veces, algunas encuestas nacionales específicas sobre salud, escogen uno o dos indicadores de posición socioeconómica (generalmente título de estudio y profesión), en este caso es necesario que la definición operativa del indicador escogido sea pertinente e interpretable a los efectos del estudio de las desigualdades sociales en la salud. Volveremos sobre este tema en el capítulo 3.

De este modo, la ventaja más significativa de las encuestas representativas es que pueden aportar información sobre las variaciones sociales en la salud (salud auto-percebida, prevalencia de los principales factores de riesgo y de los determinantes intermedios en función de los principales determinantes estructurales, etc.), señalando contemporáneamente en modo transversal el dato socioeconómico con información unívoca y simultánea sobre el denominador y el numerador. En otras palabras, contaríamos con toda la información que necesitamos en un mismo archivo.

Por otro lado, al basarse en muestras representativas de la población general, los resultados obtenidos serán extrapolables a todo el territorio nacional, y si las muestras fueron calculadas a nivel de la población subregional, es decir, por regiones o provincias, los resultados obtenidos serán representativos del agregado geográfico utilizado, razón por la cual las estimaciones obtenidas tendrán el potencial de ser comparables (siguiendo las técnicas de estandarización adecuadas) entre sí y con respecto a la media nacional.

Tabla 1. Índice de estado físico y psicológico y presencia de una o más enfermedades crónicas graves (coeficientes y ORs de modelos multinivel de regresión\*) en función de indicadores de la posición social (mutuamente controlados) y zona geográfica de residencia. Muestra representativa de la población italiana entre los 25 y 80 años, 2000 y 2005

Índice de estado físico			Índice de estado psicológico			Una o más enfermedades crónicas graves		
2000	2005		2000	2005		2000	2005	
coeff	IC95%	coeff	IC95%	coeff	IC95%	OR	IC95%	OR
Nivel educativo								
Alto	0,00	0,00		0,00		1,00		1,00
Medio	-0,63 (-0,80; 0,45)	-0,66 (-0,83; 0,48)	-0,14 (-0,34; 0,06)	-0,36 (-0,56; 0,16)		<b>1,19</b> <b>(1,10; 1,30)</b>		<b>1,14</b> <b>(1,05; 1,23)</b>
Bajo	<b>-2,07</b> <b>(-2,28; 1,86)</b>	<b>-1,96</b> <b>(-2,18; 1,74)</b>	-0,90 (-1,15; 0,66)	-0,95 (-1,20; 0,70)		<b>1,37</b> <b>(1,26; 1,48)</b>		<b>1,23</b> <b>(1,14; 1,33)</b>
Condición ocupacional								
Trabajo manual	0,00	0,00		0,00		1,00		1,00
Trabajo no manual	-0,44 (-0,63; 0,26)	-0,58 (-0,77; 0,39)	0,62 (0,40; 0,83)	0,44 (0,22; 0,66)		1,07 (0,97; 1,19)		1,02 (0,93; 1,12)
Desocupado/retirado	<b>-1,92</b> <b>(-2,12; 1,72)</b>	<b>-1,79</b> <b>(-1,99; 1,58)</b>	<b>-0,72</b> <b>(-0,95; 0,49)</b>	<b>-0,60</b> <b>(-0,84; 0,37)</b>		<b>1,56</b> <b>(1,43; 1,70)</b>		<b>1,47</b> <b>(1,36; 1,59)</b>
Tipología familiar								
Pareja con hijos o de ancianos	0,00	0,00		0,00		1,00		1,00
Monoparental o anciano solo	0,05 (-0,23; 0,33)	0,12 (-0,16; 0,40)	-0,73 (-1,06; 0,41)	-0,81 (-1,13; 0,49)		0,79 (0,70; 0,89)		0,89 (0,80; 1,00)
Parejas sin hijos	<b>-0,43</b> <b>(-0,59; 0,27)</b>	<b>-0,15</b> <b>(-0,31; 0,01)</b>	<b>-0,13</b> <b>(-0,32; 0,05)</b>	<b>0,04</b> <b>(-0,15; 0,22)</b>		1,07 (1,00; 1,14)		1,06 (0,99; 1,12)
Condición habitacional								
Casa grande o de propiedad	0,00	0,00		0,00		1,00		1,00
Pequeña o renta	-0,80 (-1,00; 0,60)	-0,94 (-1,19; 0,69)	-1,01 (-1,24; 0,78)	-0,84 (-1,12; 0,55)		<b>1,22</b> <b>(1,13; 1,33)</b>		<b>1,23</b> <b>(1,12; 1,35)</b>
Repartición geográfica								
Norte	0,00	0,00		0,00		1,00		1,00
Centro	-0,51 (-1,08; 0,07)	-0,53 (-0,90; 0,17)	-0,32 (-0,97; 0,33)	-0,39 (-1,01; 0,23)		<b>1,23</b> <b>(1,12; 1,36)</b>		1,12 (0,96; 1,31)
Sur	-1,18 (-1,68; 0,68)	-0,57 (-0,88; 0,25)	-0,87 (-1,44; 0,31)	-0,54 (-1,08; 0,00)		<b>1,28</b> <b>(1,17; 1,39)</b>		1,07 (0,93; 1,23)
Islas	-1,17 (-1,89; 0,46)	-0,89 (-1,32; 0,45)	<b>-0,06</b> <b>(-0,86; 0,74)</b>	<b>0,11</b> <b>(-0,65; 0,87)</b>		<b>1,19</b> <b>(1,06; 1,34)</b>		1,05 (0,86; 1,27)

\* Modelo multinivel ajustado por edad, tamaño de la población y la zona de altitud del municipio de residencia.

La tabla 1 es un ejemplo de los resultados obtenidos a través de la sesión de salud de la encuesta permanente para propósitos múltiples italiana. La tabla muestra los índices de estado físico y psicológico, y la prevalencia de enfermedades crónicas como indicadores de salud, en relación a una serie de estratificadores sociales. Las estimas son ajustadas recíprocamente por lo que se observa el efecto independiente de los diferentes determinantes distales sobre los distintos indicadores sanitarios. Mientras el nivel educativo juega un papel importante con respecto al índice de estado físico, la tipología familiar tiene un efecto mayor sobre el estado psicológico y la condición ocupacional sobre la prevalencia de enfermedades crónicas<sup>29</sup>.

Entre los límites que hay que tener en cuenta, el primero y más controlable es la susceptibilidad que las muestras representativas tienen a los diferentes tipos de sesgos existentes. Los principales en este caso son el sesgo de selección y de participación. El control de estos dependerá, por un lado, de la calidad del diseño muestral y, por el otro, del instrumento y de la técnica utilizados para el suministro de la encuesta y de la recolección (tipo de encuesta y capacitación del entrevistador).

Ahora bien, por su naturaleza transversal, este tipo de encuestas puede estimar solamente las medidas epidemiológicas de prevalencia (y sus variaciones sociales) y no las de incidencia. Otro de los límites atribuidos a la transversalidad temporal es que no es apropiada para el estudio de eventos sanitarios raros, poco frecuentes o de breve latencia que requieren de un seguimiento y de una profundidad temporal mayor, como la garantizada por los estudios longitudinales del punto a).

Para obtener estas últimas (medidas de incidencia sobre resultados sanitarios) es necesario seguir en el tiempo a los individuos que componen las muestras representativas para observar el desarrollo de los eventos sanitarios que se desea estudiar.

Para superar este límite, algunas encuestas nacionales han experimentado un abordaje longitudinal utilizando la muestra para construir cohortes seguidas en el tiempo a través de procesos de *record-linkage* con archivos SIS, a partir de la lógica de los sistemas descritos en el punto a. Es decir, los entrevistados y la información sobre ellos registrada en el momento de la entrevista constituyen la base de la cohorte seguida en el tiempo a través de fuentes SIS. Un sistema longitudinal de estas características incorpora información sobre la población, sobre las variables socioeconómicas, sobre el estado de salud del cual se parte y sobre los eventos sanitarios experimentados en el tiempo (o de mortalidad o de usos de servicios hospitalarios utilizados también para calcular indicadores *proxy* de incidencia de

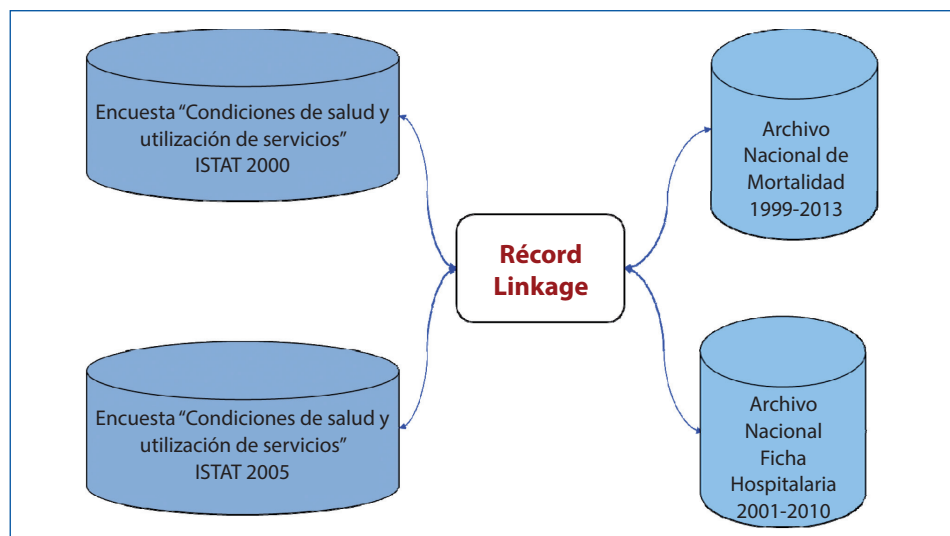
29. Marinacci C., Maggini M., Lo stato delle disuguaglianze di salute in Italia, en L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità. Costa, G., Bassi, M., Gensini, G. F., Marra, M., Nicelli, A. L., Zengarini, N. (redactores). Franco Angeli. Milano, Italia, 2014, pp. 43-69.



las patologías más frecuentes que requieren intervención hospitalaria. etc.), de acuerdo a la fuente SIS utilizada. El valor agregado respecto a los estudios longitudinales metropolitanos que veíamos en el punto a, es que sus resultados pueden ser extrapolables a todo un territorio nacional, dependiendo de la calidad de la muestra y de la calidad de los procesos de *record-linkage*.

La figura 7 representa un ejemplo de este sistema longitudinal mixto basado en encuestas de salud. Se trata del “Estudio longitudinal italiano” (ELI), construido a partir de las encuestas de salud realizadas en los años 2000 y 2005 (actualmente se encuentra en proceso la incorporación de la última edición realizada en el año 2012), y los archivos de mortalidad y de egresos hospitalarios.

**Figura 7. Diagrama de flujo del “Estudio longitudinal italiano”. Un ejemplo de estudio longitudinal basado en las encuestas nacionales de salud construido para propósitos de monitoreo de las desigualdades sociales en la salud**



Las tablas 2 y 3 son ejemplos de los resultados obtenidos a partir de los datos del ELI correspondiente a la edición de la encuesta de salud del año 2000 con un *follow-up* de mortalidad hasta el año 2007. Se trata de un análisis de la mortalidad general y de los principales grupos de causas específicas en función del título de estudio declarado de los 123.056 individuos, de entre 25 y 74 años, que componen la muestra representativa de la encuesta<sup>30</sup>.

30. Marinacci, C., Grippo, F., Pappagallo, M., Sebastiani, G., Demaria, M., Vittori, P., Caranci, N., Costa, G. "Social inequalities in total and cause-specific mortality of a sample of the Italian population, from 1999 to 2007". *Eur. J. Public. Health*, 2013 Aug.; 23 (4): 582-587.

**Tabla 2.** Mortalidad general por título de estudio, n° de muertes, tasas crudas, RR (modelo de Poisson) ajustados por edad y lugar de nacimiento. Italia, año 2000

	Título de estudio	N.º muertes	Tasas crudas	RR	IC 95%	
<b>Hombres</b>	Universitario	98	393,19	<b>1</b>		
	Escuela Secundaria	354	376,00	<b>1,16</b>	<b>0,88</b>	<b>1,54</b>
	Escuela Media	506	509,04	<b>1,46</b>	<b>1,12</b>	<b>1,91</b>
	Escuela Primaria o menos	1.588	1.858,98	<b>1,79</b>	<b>1,39</b>	<b>2,32</b>
	<i>p=0,01 per trend lineare</i>					
<b>Mujeres</b>	Universitario	42	169,00	<b>1</b>		
	Escuela Secundaria	169	181,95	<b>1,12</b>	<b>0,70</b>	<b>1,80</b>
	Escuela Media	208	241,11	<b>1,22</b>	<b>0,77</b>	<b>1,94</b>
	Escuela Primaria o menos	1.149	960,40	<b>1,63</b>	<b>1,05</b>	<b>2,54</b>
	<i>p=0,06 per trend lineare</i>					

Fuente: "Estudio longitudinal italiano", 2000. Marinacci *et al.*, 2013.

Tabla 3. Mortalidad general y por grandes grupos de causas en función del nivel educativo, tasas crudas, RR (modelo de Poisson) ajustados por edad y lugar de nacimiento. Italia, 2000

HOMBRES															
Enfermedades del sistema circulatorio			Tumores			Enfermedades del aparato respiratorio			Enfermedades del aparato digestivo			Causas externas			
Título de estudio	Nº	Tasas crudas	RR (IC 95%)	Nº	Tasas crudas	RR IC 95%	Nº	Tasas crudas	RR (IC 95%)	Nº	Tasas crudas	Nº	Tasas crudas	RR (IC 95%)	
Universitario	28	112,3	1	43	172,5	1	2	8,0	1	6	24,1	6	24,1	1	
Secundario	102	108,3	1.22 (0.79-1.86)	169	179,5	1.27 (0.79-2.04)	7	7,4	1.25 (0.32-4.86)	12	12,8	0.62 (0.22-1.73)	23	24,4	1.07 (0.39-2.93)
Medio inferior	164	165,0	<b>1.70 (1.13-2.55)</b>	230	231,4	1.51 (0.95-2.39)	13	13,1	1.98 (0.55-7.19)	20	20,1	0.92 (0.36-2.39)	31	31,2	1.34 (0.51-3.57)
Primario	510	597,0	<b>1.82 (1.24-2.69)</b>	695	813,6	<b>1.80 (1.16-2.81)</b>	81	94,8	3.35 (0.99-11.37)	92	107,7	2.11 (0.88-5.09)	56	65,6	1.75 (0.66-4.62)
Test per il trend	p=0.02			p<0.01			p=0.05			p=0.28			p=0.04		
MUJERES															
Enfermedades del sistema circulatorio			Tumores			Enfermedades del aparato respiratorio			Enfermedades del aparato digestivo			Causas externas			
Título de estudio	Nº	Tasas crudas	RR (IC 95%)	Nº	Tasas crudas	RR (IC 95%)	Nº	Tasas crudas	RR (IC 95%)	Nº	Tasas crudas	Nº	Tasas crudas	RR (IC 95%)	
Universitario	10	40,2	1	17	68,4	1	0	-	1	3	12,1	1	4	16,1	1
Secundario	38	40,9	1.10 (0.48-2.55)	93	100,1	1.50 (0.88-2.57)	4	4,3		2	2,2	0.18 (0.03-1.28)	11	11,8	0.74 (0.23-2.38)
Medio inferior	45	52,2	1.08 (0.47-2.47)	112	129,8	1.64 (0.96-2.78)	7	8,1	1.76 (0.47-6.57)	10	11,6	0.82 (0.20-3.39)	9	10,4	0.60 (0.18-2.00)
Primario	373	311,8	1.63 (0.76-3.51)	486	406,2	<b>1.99 (1.19-3.31)</b>	36	30,1	1.90 (0.60-6.04)	60	50,2	1.52 (0.40-5.76)	28	23,4	0.68 (0.21-2.17)
Test per il trend	p=0.16			p=0.02			p=0.12			p=0.48			p=0.18		

Fuente: "Estudio longitudinal italiano", 2000. Marinacci *et al*, 2013.



## Capítulo 3. Indicadores de la posición social para el estudio de las desigualdades en salud.

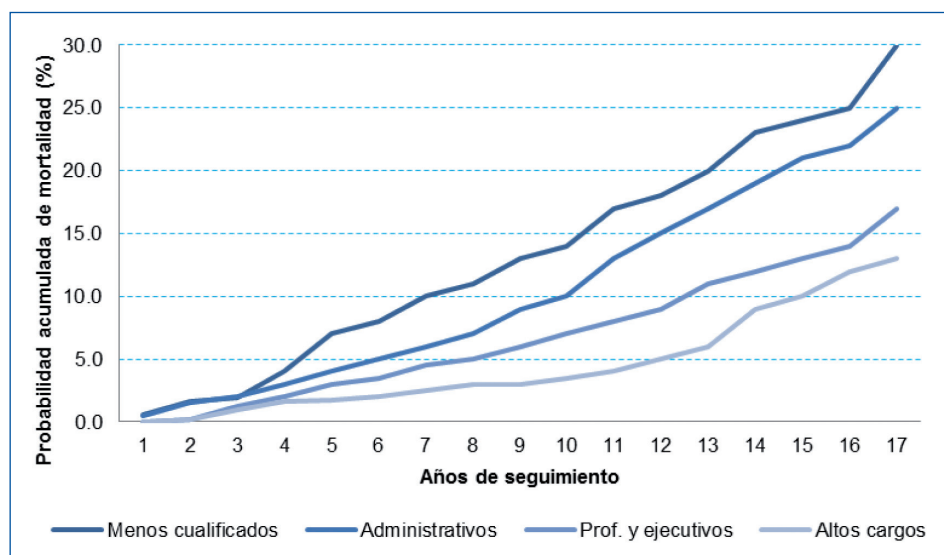
### Consideraciones generales

A la hora de elegir los indicadores de la posición social y estratificadores para el estudio y monitoreo de las desigualdades sociales en la salud, es importante tener en cuenta, en primer lugar, que la forma, la intensidad y la dirección de las desigualdades puede variar dependiendo de una serie de factores. La literatura epidemiológica ha demostrado ampliamente que estos tres aspectos de las desigualdades dependen de la dimensión de la salud considerada (incidencia, prevalencia o mortalidad), de la entidad nosológica en estudio (enfermedad específica), del género (el perfil epidemiológico de una determinada enfermedad, la prevalencia a un mismo factor de riesgo, etc., puede diferir en ambos sexos, así como hay enfermedades solo femeninas y solo masculinas cuyos determinantes sociales son específicos del género), de la dimensión socioeconómica utilizada en la medición y, por supuesto, de la edad.

Muchas enfermedades pueden presentar desigualdades sociales en forma de “umbral”; es decir, que el efecto desfavorable sobre la salud se manifestaría solo a partir de un cierto “umbral” o momento de la escala de posición social utilizada (del nivel de instrucción, de la clase social, del nivel de ingreso, de la riqueza acumulada...). Otras, y sobre todo en los indicadores de salud integrados como son la mortalidad general o la esperanza de vida, sugieren que no existe un “umbral”, sino más bien un “gradiente”, es decir, que a cada posición en la escala social le correspondería un nivel de salud menos favorable de la posición superior, y más favorable de la posición inferior, como se puede observar en las figuras 8 y 9. La primera referida a la mortalidad general estudiada en una cohorte de funcionarios en la ciudad de Londres en relación a la posición profesional (figura 8), y la segunda referida a la esperanza de vida al nacer en relación a los niveles de ingreso familiar en la ciudad de Torino (figura 9). Estos dos ejemplos ilustrativos, el primero basado en un estudio epidemiológico de la histórica cohorte *Whitehall* en los años noventa y el segundo en datos del “Estudio longitudinal de la ciudad de Torino”, representan en modo claro la idea y la lógica del gradiente.

Según el informe final de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS<sup>31</sup>, esta lógica del gradiente social en las desigualdades en la salud se presenta en modo sistemático, en todas las partes del mundo donde ha sido posible medirla y en la mayor parte de los *outcomes* de salud utilizados.

**Figura 8. Mortalidad por todas las causas, por año de seguimiento y categoría. Cohorte de hombres funcionarios Whitehall (Londres), entre 40-64 años**



Fuente: Marmot *et al.*, 1995.

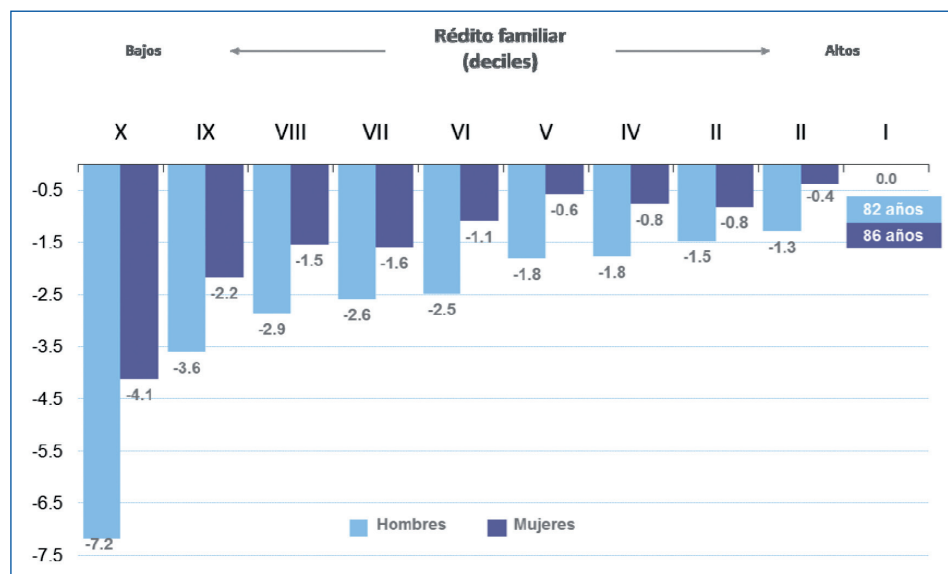
Otra variabilidad importante a tener en cuenta es aquella referida a la intensidad de las desigualdades. Es diversa entre los géneros (menos intensa entre las mujeres), entre las generaciones (menos intensa entre los ancianos) y entre grupos étnicos (de intensidad variable entre diversos grupos).

En el capítulo 1 referido a los principales mecanismos de generación, adelantábamos que a través de la literatura epidemiológica se documenta que las variaciones en estas dos dimensiones, género y grupo étnico, pueden desempeñar un papel importante en las desigualdades en salud.

Decíamos que la correlación entre el género y las variaciones sociales en la salud es compleja, debido a que la intensidad de las desigualdades puede variar entre ambos sexos al variar el indicador de salud considerado, y que, por otro lado, los mismos indicadores de posición social tienen una capacidad predictiva diferente en ambos géneros

31. WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health.* Geneva, World Health Organization, 2008.

**Figura 9. Diferencias en la esperanza de vida al nacer según los niveles de ingreso familiar en la ciudad de Torino, Italia, 2011**



Fuente: "Estudio longitudinal de la ciudad de Torino".

a causa de tener perfiles epidemiológicos diferentes y en ocasiones por cuestiones culturales dependiendo del contexto social explorado<sup>32</sup>.

Adelantábamos también que ciertos grupos étnicos pueden tener un perfil epidemiológico que presenta diferentes niveles de vulnerabilidad y que, además, género y etnia están también relacionados en modo particular con el concepto de discriminación, definido como: "relaciones de clase, género o raza injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias". Personas en situación de discriminación han presentado estados de salud inferiores respecto a quienes no lo están<sup>33</sup>.

Ahora bien, para satisfacer las exigencias cognitivas que estos aspectos de carácter epidemiológico y sociocultural presentan (diferencias de género, etnia y lógica del gradiente social en las desigualdades sociales en la salud), es evidente que un sistema de monitoreo debe poder asegurar el análisis desagregado por género y por grupo étnico, al mismo tiempo que contar con la presencia de al menos un indicador de

32. Krieger, N. "Genders, sexes, and health: what are the connections - and why does it matter?". *Int. J. Epidemiol.*, 2003; 32 (4): 652-657.

33. Krieger, N., Smith, K., Naishadham, D., Hartman, C., Barbeau, E. M. "Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health". *Soc. Sci. Med.* 2005; 61 (7): 1576-1596.

posición social cuya escala sea ordinal (o continua) y cuya definición operativa permita representar la lógica del gradiente social.

En el taller llevado a cabo en Costa Rica en abril de 2013 se ha definido el *pool* de indicadores para el estudio de las desigualdades en salud en los países adherentes al área temática de salud de EUROsocial, considerando precisamente el género y la etnia como las dos variables nominales fundamentales a tener en cuenta en América Latina. Con respecto a los indicadores de posición social, cuyas características permitirían representar la lógica del gradiente social, se han seleccionado el nivel educativo y el nivel de ingreso.

Este capítulo, en virtud de justificar la incorporación de dichos indicadores de posición social al *pool* de indicadores elegidos, repasa los principales argumentos teóricos recogidos de la literatura científica que subyacen a cada uno. Da particular relevancia a los límites y ventajas de los mismos, y también identifica las referencias bibliográficas más relevantes para profundizar en este argumento esencial que es la medición de la posición social para propósitos de epidemiología social.

### 3.1. Indicadores de posición socioeconómica identificados en un taller de Costa Rica en abril de 2013. Encuadre teórico y justificación

Para un tratamiento más analítico de los indicadores de posición social, se recomienda consultar la literatura sobre las medidas utilizadas más frecuentemente para el estudio de las desigualdades sociales en la salud<sup>34, 35, 36</sup>. La documentación afirma que los indicadores de posición socioeconómica pueden cubrir los diferentes aspectos o dimensiones de la desventaja social en términos de credenciales educativas (título de estudio), de recursos de poder (clase social y posición profesional), de recursos materiales (nivel de ingreso y calidad habitacional), de recursos de red o ayuda (tipología familiar, etc.) y del contexto social (a través de los indicadores de área). La figura 10 muestra todas las dimensiones enumeradas que constituyen el concepto de “posición socioeconómica” y las operacionaliza identificando los indicadores más frecuentemente utilizados en los estudios de epidemiología social.

El investigador escogerá una o más dimensiones relevantes (y el correspondiente indicador), también en relación a las sugerencias que aporta la literatura referida al evento sanitario específico que será objeto de estudio.

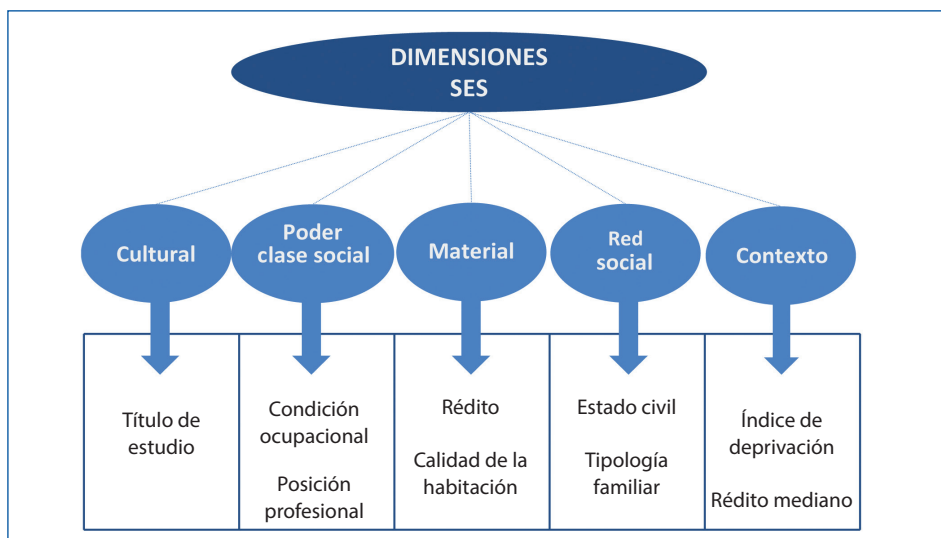
34. Galobardes, B. et al. “Indicators of socioeconomic position” (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, 60 (1): 7-12.

35. Evans, T., Brown, H. “Road traffic crashes: operationalizing equity in the context of health sector reform”. *Injury Control and Safety Promotion*, 2003, 10 (1-2): 11-12.

36. Costa, G., Spadea, T., Cardano, M. “Disuguaglianze di salute in Italia”. *Epidemiologia e prevenzione*, 2004: 28 (3).



**Figura 10. Definición operativa de los indicadores de posición social más frecuentemente utilizados en el estudio de las desigualdades sociales en la salud para medir las diferentes dimensiones de la desventaja social (SES)**



Otra consideración general antes de pasar a la revisión de los indicadores seleccionados en Costa Rica, tiene que ver con el concepto mismo de “posición socioeconómica”. Este concepto es comúnmente utilizado en contextos de investigación sanitaria y de epidemiología social. Sin embargo, muchas veces, los investigadores le dan un significado intuitivo. La gran cantidad de maneras de medir la posición social identificadas en la literatura sociológica (incluso sanitaria o epidemiológica), indica por sí sola, la complejidad del fenómeno. La variedad de términos utilizados, tales como clase social, estratificación social, estatus social o socioeconómico, en ocasiones descuidando las bases teóricas que cada uno supone en términos sociológicos, puede alterar o dificultar la interpretación de los mismos.

Para un mayor detalle de la discusión sobre este tema se aconseja la lectura del artículo de Krieger *et al.*<sup>37</sup>, que sugiere la utilización del término “posición socioeconómica”. La misma está determinada por los factores sociales y económicos que influyen en la posición que los individuos o grupos ocupan en la estructura de una sociedad. Esta definición sintética engloba conceptos provenientes de diferentes disciplinas y corrientes de pensamiento. Esta definición es la escogida por la Comisión de los determinantes sociales de la salud promovida por la OMS ya citada en este documento.

Para una mayor taxonomía de los indicadores de la posición socioeconómica, sus bases teóricas y su consiguiente interpretación y uso en epidemiología social, se recomienda

37. Krieger, N., Williams, D. R., Moss, N. E. „Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines”. *Annu. Rev. Public. Health*, 1997; 18: 341-378.

la lectura de los artículos de Galobardes *et al.*<sup>38, 39</sup>. Existe también una revisión sistemática de la literatura realizada por Cabieses *et al.*<sup>40</sup>, publicada en castellano por la *Revista Panamericana de la Salud* en el año 2011, que resume los conceptos básicos desarrollados por Krieger y Galobardes, entre otros, y algunas implicaciones específicas para la América Latina.

Los conceptos básicos que se describen a continuación están basados en la lectura de estos artículos y en la experiencia personal en la utilización de los indicadores en diversos proyectos de epidemiología social.

## Orígenes teóricos

Muchos de los conceptos que subyacen a la utilización de la posición socioeconómica en investigación epidemiológica encuentran sus orígenes en los trabajos de Karl Marx y Max Weber. Marx propuso una categorización determinada por la “clase social”, donde la posición del individuo en la sociedad está influenciada por la relación de estos con los “medios de producción”. Las clases sociales y las relaciones de clase estarían caracterizadas por el inherente conflicto entre los “trabajadores explotados” y los “explotadores capitalistas” propietarios de los medios de producción, dando así al estudio de la sociedad un enfoque materialista. Weber en cambio sugirió que la estratificación social estaba fundada en más de una dimensión, donde al aspecto puramente material y económico, se le suma la idea de prestigio social, determinado por los atributos de la familia de origen, de estilos de vida y redes sociales, y de poder político, este último fuertemente influenciado por la profesión. De esta manera, la sociedad estaría jerárquicamente estratificada a partir de estos atributos (materiales, de estatus y de poder), creando grupos cuyos miembros comparten un mercado común de oportunidades sociales, incorporando así un enfoque llamado funcionalista.

La idea de posición socioeconómica utilizada en la investigación epidemiológica incorpora componentes de estas dos corrientes, es decir, la distinción jerárquica entre individuos de una sociedad generada por relaciones económicas interdependientes y la distinción jerárquica basada en el prestigio y la reputación.

## Nivel de educación

El nivel de educación es el indicador de posición social más frecuentemente utilizado en investigación epidemiológica. Su uso e interpretación encuentra sus orígenes en el criterio de dominancia de la teoría weberiana.

---

38. Galobardes, B. *et al.* “Indicators of socioeconomic position (part 1)”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, 60 (1): 7-12.

39. Galobardes, B. *et al.* “Indicators of socioeconomic position (part 2)”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, 60 (2): 95-101.

40. Cabieses, B., Zitko, P., Pinedo, R., Espinoza, M., Albor, C. “¿Cómo se ha medido la posición social en investigación en salud? Una revisión de la literatura internacional”. *Rev. Panam. Salud Pública*, 2011; 29 (6): 457-468.

La definición operativa puede asumir un carácter de variable continua establecido por los años de estudio o por las credenciales educativas alcanzadas (máximo título de estudio obtenido). Por otro lado, es un indicador relativamente estable en edad adulta. A diferencia de los indicadores basados en criterios puramente materiales o que toman como referencia la posición profesional, que son más susceptibles a cambios en el curso de la vida, es razonable pensar que a partir de una cierta edad (adulto joven) es estable, asumiendo relevancia en estudios longitudinales y transversales. Por otro lado, permite clasificar a personas sin una posición fija en el mercado de trabajo como, por ejemplo, trabajadores ocasionales o jornaleros, mujeres amas de casa, ancianos y retirados.

El nivel de educación se obtiene fácilmente a través de cuestionarios autosuministrados y generalmente presenta una tasa de respuesta significativamente mayor que otros indicadores más sensibles y, por lo tanto, más difíciles de clasificar, como la profesión, el nivel de ingreso u otros indicadores de riqueza acumulada que pueden presentar una mayor resistencia a ser declarados.

En cuanto a su interpretación, más allá de que muchas veces es utilizado como indicador de posición socioeconómica en modo general, puede aportar diferentes interpretaciones en la explicación de asociaciones con *outcomes* sanitarios. En este sentido, por un lado, el nivel educativo puede representar la posición de la familia de origen en estudios que utilizan la perspectiva del ciclo vital (*Early Life*) y, por otro, es un fuerte predictivo de las oportunidades de empleo en la vida adulta y por consiguiente del nivel de ingreso.

Los conocimientos y la cualificación adquirida a través de los años de estudio pueden inferir en el funcionamiento cognitivo de las personas haciéndolas más receptivas a los mensajes relacionados con la educación para la salud, a campañas de prevención y facilitar el acceso a los servicios sanitarios. Como adelantábamos en el primer capítulo de este documento, el nivel de educación puede influir sobre las diferentes etapas de una trayectoria terapéutica determinada y, por consiguiente, sobre el resultado de un tratamiento, sobre las habilidades cognitivas y motivacionales de la persona enferma a llevarlo a cabo, sobre la elasticidad en la oferta asistencial a las condiciones y necesidades de la persona, y sobre las normas de acceso requeridas por el sistema asistencial mismo; existen evidencias de que personas con un bajo nivel educativo tienen menos posibilidad de informarse, menos motivaciones para seguir en el tiempo un tratamiento y menos relaciones (entendidas estas como red de contención o ayuda) para afrontar, por ejemplo, la burocracia que muchas veces presentan las organizaciones sanitarias.

## Nivel de ingreso

El nivel de ingreso es el indicador de posición socioeconómica que más directamente mide los recursos materiales disponibles. Las veces que ha sido posible medir su

contribución independiente sobre *outcomes* de salud es el indicador que explica la mayor parte de las diferencias observadas seguido por el nivel de educación.

El nivel de ingreso influye sobre una amplia gama de circunstancias que tienen consecuencias directas sobre la salud a través de la capacidad de obtener una vivienda, la exposición medioambiental, la dieta y las condiciones de trabajo. Es tanto una medida causal de condiciones materiales que de manera directa afectan a la salud (en términos de pobreza absoluta), como una medida indirecta de posición socioeconómica (pobreza relativa).

Con respecto a su efecto directo sobre la salud, la falta de condiciones materiales que protejan del frío, la humedad y la contaminación del aire se asocia a peores condiciones sanitarias. Por otra parte, no solo es importante el ingreso absoluto de una persona, sino además su ingreso relativo, es decir, dónde se ubica su ingreso con respecto a la escala económica de su sociedad. De ahí el uso creciente de quintiles de ingreso como indicador de posición socioeconómica. El nivel de ingreso ha sido medido principalmente a nivel individual y familiar, sumando los ingresos cuando más de un miembro tiene un trabajo remunerado.

En cuanto a su interpretación, el nivel de ingreso individual resulta un buen indicador de cambios recientes de salud, en tanto que el ingreso familiar es un buen predictor de prestigio social. Al mismo tiempo, las mediciones de riqueza acumulada (ingreso acumulado en el tiempo) combinan el ingreso económico con el total de activos de vivienda y predicen la salud y la posición social en el curso de vida.

Una de las limitaciones de este indicador recae en que algunas poblaciones lo consideran un aspecto sensible y privado, por lo cual se suele optar por categorizarlo o por preguntar por el gasto del hogar como *proxy* del ingreso.

Además, el ingreso varía según ocupaciones y género, tiende a ser inconsistente con requerimientos educacionales (por ejemplo, por desigualdades en el ingreso según el género), es edad-dependiente y también difícil de comparar entre regiones y a través del tiempo.

## Capítulo 4. Estado del arte de las fuentes informativas existentes en los países participantes en EUROsociAL II para el desarrollo de sistemas de monitoreo de las desigualdades en salud

Con el objetivo de conocer la situación y las características de los sistemas informativos presentes en los países participantes en EUROsociAL II y en virtud de evaluar el grado de adaptabilidad, aplicación y desarrollo de los sistemas de monitoreo expuestos en el capítulo 2, se ha desarrollado un cuestionario que ha sido enviado a los representantes de cada nación.

El cuestionario se estructura en tres partes:

- El punto uno está orientado a conocer la presencia en cada territorio de las fuentes o registros del sistema de salud actualmente activos y si la información que recoge dichas fuentes puede ser utilizada para propósitos de monitoreo de las desigualdades sociales. Es decir la presencia o no de estratificadores sociales en el set de variables recogidas por las fuentes rutinarias del sistema de salud.
- El punto dos está orientado a examinar la presencia de encuestas en la región (de salud o propósitos múltiples, etc.) y la información que estas recogen sobre los distintos tipos de determinantes sociales de la salud (distales o proximales) e indicadores de salud (salud autopercibida, enfermedades crónicas, discapacidad, etc.).
- El punto tres del cuestionario está orientado a indagar sobre experiencias de cruce de archivos a través de procesos de *record-linkage* a nivel individual o agregado de las fuentes declaradas.

Todos los países participantes al área temática de salud de EUROsociAL II (México, Costa Rica, Panamá, Colombia, Ecuador, Perú, Chile, Uruguay y Paraguay) diligenciaron el cuestionario y lo presentaron en la reunión sobre monitoreo de la equidad en salud, que el programa organizó en Lima el 24 y 25 de julio de 2014. Los resultados de los cuestionarios recibidos se encuentran en el anexo 1.

En términos generales, de la información recogida resulta que algunos países se encuentran más familiarizados y propensos al desarrollo del primer tipo de sistema (Uruguay,

Chile, México) y otros del segundo (Colombia, Costa Rica). Algunos de estos países están trabajando en el desarrollo de informes sobre la situación de las inequidades en salud con resultados preliminares. Del relevamiento de fuentes resulta que el 75% de los países participantes posee actualmente activa al menos una encuesta sanitaria con al menos un indicador de posición socioeconómica entre la información recogida. El 50% de estos contiene al menos uno de los estratificadores escogidos en Costa Rica. Con respecto a la predisposición de las fuentes para efectuar procesos de *record-linkage* que permitan el cruce de información entre los diferentes archivos, el 75% de los países ha declarado poseer la infraestructura necesaria para efectuarlos, ya sea entre fuentes sanitarias entre sí, como entre fuentes sanitarias y no sanitarias de carácter demográfico.

De la información recogida surgen dos tipos recomendaciones:

- Por un lado, en el caso de ausencia de estratificadores sociales en las fuentes del sistema de salud, evaluar la posibilidad de incorporar las variables consideradas para el monitoreo de la equidad (al menos un estratificador de los escogidos en el taller de Costa Rica, título de estudio o nivel de ingresos); en esta misma línea, en aquellos países que ya tienen en curso una encuesta permanente sobre salud (o que prevén en sus planos de desarrollo incorporar tal sistema) se debe introducir al set de variables recogidas al menos uno de los estratificadores en cuestión.
- La segunda línea de desarrollo consiste en evaluar la posibilidad real de efectuar cruce de archivos (del sistema de salud y de las estadísticas nacionales) a través de procesos de *record-linkage*, estimulando la construcción de un “estado de situación” de las fuentes disponibles en cada territorio, teniendo en cuenta dos ejemplos como el “Estudio longitudinal italiano” y el “Estudio longitudinal de la ciudad de Torino”.

En fin, cabe subrayar que la publicación de los cuestionarios compilados apunta a estimular la transferencia de experiencias y conocimientos entre los distintos países participantes.

## Conclusiones

Las nociones y los conceptos hasta aquí expuestos aportan la información básica para el desarrollo de sistemas informativos capaces de satisfacer las necesidades de monitoreo expresadas en la tercera recomendación del informe final de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud<sup>41</sup>.

La misma se refiere, en primer lugar, a la necesidad de medir y analizar las desigualdades en salud, y en segundo lugar, medir el impacto de las políticas y acciones implementadas para disminuirlas.

A partir del esquema propuesto por Diderichsen<sup>42</sup>, pudimos identificar los diferentes mecanismos de generación, los determinantes sociales involucrados en cada uno de ellos (sean estructurales o intermedios) y los sistemas informativos corrientes que recogen la información necesaria para la creación de instrumentos de medición. De este modo entonces, estaríamos sentando las bases para comenzar a dar respuesta al primer aspecto de la recomendación de la OMS.

Para responder al segundo aspecto, en cambio (la medición del impacto sobre las diferentes políticas y acciones), si bien los instrumentos de medición son los mismos, deberíamos en primera instancia, definir qué entendemos por política de acción sobre las desigualdades en la salud, es decir, acciones idóneas capaces de interrumpir, detener o moderar los efectos del mecanismo. La clasificación de las intervenciones que tienen un potencial impacto sobre la equidad en salud y las implicaciones para los diferentes sectores de la política merecerían otro documento especialmente dedicado.

De todas maneras, a través del mismo esquema de Diderichsen, vimos en modo resumido que los mecanismos de generación de las desigualdades sociales pueden originarse en diferentes áreas del funcionamiento de una sociedad. El esquema identifica

---

41. WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008.

42. Diderichsen, Evans and Whitehead. "The social basis of disparities in health". In Evans *et al.* (eds.). *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York: Oxford UP, 2001.

también cómo a cada uno de los puntos de la cadena causal le correspondería un espacio de intervención determinado por el tipo de política y sectores responsables, dejando claro la necesidad de evidencias específicas por sector y competencias.

A modo de conclusión y para remarcar una vez más el carácter intersectorial y multidisciplinario que supone la acción (medición y políticas) contra las desigualdades en salud y de reducción del gradiente, el esquema de Diderichsen presenta a los actores responsables en la toma de decisiones múltiples opciones par activar medidas, según el mecanismo a intersectar, pudiendo elegir entre:

- a) Acciones, normalmente de competencia de políticas no sanitarias, que reequilibran la estratificación social según esquemas más equitativos o que reducen los efectos de la misma impactando sobre las capacidades individuales de valorizar las oportunidades de salud y de control de los recursos (si pensamos en políticas de educación, fiscales, económicas, de estado de bienestar, etc.).
- b) Acciones que reducen la exposición insalubre a los factores de riesgo ambientales, de estilos de vida, psicosociales, de condiciones de trabajo, estas son de competencia sanitaria y no sanitaria.
- c) Acciones para reducir la vulnerabilidad, ya sea a través de intervenciones en grado de prevenir las complicaciones de un problema de salud ya manifestado (de competencia exclusivamente sanitaria), como de intervenciones en grado de reducir los efectos desfavorables de los principales factores de riesgo para la salud, de competencia del sector sanitario (por ejemplo, intervenciones de medicina de iniciativa, de vigilancia sanitaria) y de políticas no sanitarias.
- d) Acciones que contienen los efectos sociales de un estado de salud comprometido (entre las cuales se encuentran intervenciones que actúan sobre la movilidad laboral y social), que se colocan en el dominio de las políticas sociales.

Un segundo grupo de políticas tiene que ver con intervenciones orientadas a reducir el impacto desfavorable sobre la salud en los grupos de alto riesgo, también llamados “grupos vulnerables” (ancianos frágiles, mujeres solas, personas en situaciones de pobreza extrema, minorías étnicas en situación de discriminación, etc.). Las necesidades sanitarias de los grupos vulnerables podrán ser identificadas a partir de sistemas de vigilancia que permitan el análisis estratificado por estos grupos para poder definir prioridades y en modo preciso la población *target*.

En resumen, el éxito de políticas orientadas a reducir el gradiente social y de intervenciones específicas sobre grupos de alto riesgo, identificados a través de los sistemas de vigilancia, dependerá del grado de coordinación entre los diversos sectores involucrados, no solo en la fase de diseño de la política, sino también en una fase anterior, en el diseño y desarrollo de los sistemas de monitoreo utilizados.



## Bibliografía consultada

- Berkman, L. F., Melchior, M., Chastang, J. F., Niedhammer, I., Leclerc, A., Goldberg, M. "Social integration and mortality: a prospective study of French employees of Electricity of France-Gas of France: the GAZEL Cohort. *Am. J. Epidemiol.*, 2004 Jan 15; 159 (2): 167-174.
- Boldrini, R., Di Cesare, M., Tambrini, C. Certificado di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita – Año 2009. Ministero della Salute, 2012. Disponible en [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1731\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1731_allegato.pdf)
- Cabieses, B., Zitko, P., Pinedo, R., Espinoza, M., Albor, C. "¿Cómo se ha medido la posición social en investigación en salud? Una revisión de la literatura internacional". *Rev. Panam. Salud Pública*, 2011; 29 (6): 457-468.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S., Gwaltney, J. M. Jr. "Social ties and susceptibility to the common cold". *JAMA*. 1997, Jun. 25; 277 (24): 1940-1944.
- Costa, G., Zengarini, N., Demaria, M., D'Errico, Leombruni, R. "Work and Life Expectancy. Pensions Reform and the Labour Market". *Italian Journal of Social Policy*, 1-2/2013; 113-134.
- Costa, G., Bassi, M., Gensini, G. F., Marra, M., Nicelli, A. L., Zengarini, N. (redactores). *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Franco Angelli. Milano, Italia, 2014
- De Vogli, R., Mistry, R., Gnesotto, R., Cornia, G. A. "J. Epidemiol. Community Health. Has the relation between income inequality and life expectancy disappeared?". *Evidence from Italy and top industrialised countries*. 2005 Feb.; 59 (2): 158-162.
- Diderichsen, F., Evans, T., Whitehead, M. "The social basis of disparities in health". In: Evans *et al.* (eds.). *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York: Oxford UP, 2001.
- Galea, S., Nandi, A., Vlahov, D. "The social epidemiology of substance use". *Epidemiol Rev.*, 2004; 26: 36-52.
- Galobardes, B. *et al.* "Indicators of socioeconomic position" (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006; 60 (1): 7-12.
- Galobardes, B. *et al.* "Indicators of socioeconomic position" (part 2). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006; 60 (2): 95-101.
- Giordano, G. N., Lindstrom, M. "The impact of changes in different aspect of social capital and material conditions on self rated health over time: a longitudinal cohort study". *Soc. Sci. Med.*, 2010; 70: 700-710.
- Hamer, L., Jacobson, B., Flowers, J. *et al.* "Health Equity audit made simple. Working document". NHS HAD 2003. <http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/equityauditfinal.pdf>
- Hsieh, C.-H. "A concept analysis of social capital within a health context". *Nursing Forum*, 2008; 43: 151-159.
- Krieger, N., Williams, D. R., Moss, N. E. "Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines". *Annu. Rev. Public Health*, 1997; 18: 341-378.

- Krieger, N. "Genders, sexes, and health: what are the connections-and why does it matter?". *Int. J. Epidemiol.*, 2003; 32 (4): 652-657.
- Krieger, N., Smith, K., Naishadham, D., Hartman, C., Barbeau, E. M. "Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health". *Soc Sci. Med.*, 2005; 61 (7): 1576-1596.
- Kuehlein, T., Sghedoni, D., Visentin, G., Gérvas, J., Jamoule, M. "Prevención cuaternaria, actividad del médico general". *PrimaryCare*, 2010; 10 (18): 350-354.
- Marinacci, C., d'Errico, A., Cardano, M., Perini, F., Costa, G. "Differenze per professione nelle condizioni di lavoro nocive". *Med. Lav.*, 2005; 96 (suppl.): s127-s140.
- Marinacci, C., Grippo, F., Pappagallo, M., Sebastiani, G., Demaria, M., Vittori, P., Caranci, N., Costa, G. "Social inequalities in total and cause-specific mortality of a sample of the Italian population, from 1999 to 2007". *Eur. J. Public Health*, 2013 Aug.; 23 (4): 582-587.
- Marmot, M., Atkinson, T., Bell, J. "Fair Society, Healthy Lives". *The Marmot Review. Executive Summary*, 2010.
- Phongsavan, P., Chey, T., Bauman, A., Brooks, R., Silove, D. "Social capital, socio-economic status and psychological distress among Australian adults". *Soc. Sci. Med.*, 2006; 63: 2546-2561.
- Vannoni, F., Mamo, C., Demaria, M., Ceccarelli, C., Costa, G. "Infortuni e mobilità lavorativa correlata a problemi di salute. Potenzialità e limiti della Rilevazione Trimestrale sulle Forze di Lavoro". *Med. Lav.*, 2005; 96 (suppl.): s85-s92.
- WHO - Health Impact Assessment (HIA) 2013. The determinants of health. Disponible en: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
- WHO - Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Repercusiones para la capacitación. WHO/MNH/HPS/ 002, 2000.
- WHO (2010). Environment and health risks: a review of the influence and effects of social inequalities. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008.

**ANEXO**  
**Identificación de fuentes disponibles**  
**para el desarrollo de sistemas de**  
**monitoreo de las desigualdades sociales**  
**en la salud**

*Cuestionario para países*



## Introducción

La construcción de datos capaces de informar sobre el grado de equidad social en los distintos niveles de la salud (incidencia, prevalencia o mortalidad) y en la utilización de servicios sanitarios tiene como principal objetivo el de acompañar políticas públicas para combatir desigualdades, tanto desde el sector salud, como desde otros sectores no sanitarios, a partir de la etapa de diseño y elaboración de la misma, hasta su puesta en práctica y posterior evaluación. Los principales diagramas explicativos utilizados por la comunidad científica para explorar los mecanismos de generación de las desigualdades sociales en la salud han puesto en evidencia como estas pueden originarse en diferentes áreas del funcionamiento de una sociedad<sup>1</sup>. Esto significa que cualquier estrategia de moderación de las desigualdades de salud debe contar con la cooperación de todos los sectores, y estos deben ser capaces de hacer su parte en la identificación y corrección de los mecanismos de generación que están bajo su responsabilidad. Para este propósito, sin embargo, es necesario que cada actor social involucrado en la toma de decisiones esté en condiciones de examinar el contexto y las acciones correctas a fin de identificar y evaluar las desigualdades de salud potencialmente evitables gracias a su intervención. Por lo tanto es requisito esencial que cada actor tenga a su disposición la información adecuada sobre la distribución social de los problemas de salud y posteriormente sea capaz de evaluar las consecuencias de las medidas adoptadas.

El primer paso entonces para el diseño e implementación de un sistema de monitoreo y evaluación de la equidad en salud supone la puesta en relación de información sanitaria con datos sociodemográficos y socioeconómicos. Utilizando las fuentes informativas corrientes y administrativas del sistema de salud y de las estadísticas nacionales, la combinación de datos sanitarios con datos socioeconómicos se podría obtener de tres maneras diferentes:

---

1. WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008.

- a) *Cuando el dato socioeconómico es compilado en la fuente para el cálculo del numerador (fuentes sanitarias y demográficas con base poblacional)*

Estos son los sistemas basados en fuentes informativas corrientes y administrativas del sistema de salud orientadas a inspeccionar un aspecto sanitario específico, que puede contener dentro del grupo de variables compiladas regularmente, información de carácter socioeconómico y sociodemográfico. Los archivos de mortalidad por causa o estadísticas vitales, las fichas de hospitalización, los registros de patología y otras fuentes que además de compilar el dato relativo al evento sanitario indagado y la información demográfica básica como el sexo y la edad, en ocasiones recogen también información de carácter socioeconómico como por ejemplo el nivel educativo, la condición ocupacional, la posición profesional o algún otro indicador o *proxy*<sup>2</sup> de la posición social del individuo, además del grupo étnico de pertenencia.

**El punto uno del cuestionario está orientado a averiguar la presencia en el territorio de este tipo de registros del sistema de salud y si la información que recoge puede ser utilizada para propósitos de monitoreo de las desigualdades sociales en la salud.**

- b) *Cuando el dato socioeconómico es compilado por encuestas que son fuentes tanto del numerador como del denominador (encuestas sistemáticas de salud o encuestas de hogares o propósitos múltiples, base muestral)*

Estas pueden ser las encuestas permanentes de hogares o de propósitos múltiples que en algunos casos compilan datos sanitarios en la encuesta general o introducen directamente una sección dedicada a la salud que en ocasiones recoge también datos útiles para la construcción de indicadores de posición social. Otro ejemplo de estas son los sistemas de vigilancia epidemiológica sobre calidad de vida o los distintos tipos de encuestas de salud creadas para indagar un aspecto específico, como, por ejemplo, de salud sexual y reproductiva, de HIV, etc.

**El punto dos del cuestionario está orientado a averiguar la presencia de encuestas en la región y la información que estas recogen sobre los distintos tipos de determinantes sociales de la salud.**

- c) *Cuando el dato socioeconómico deriva de la combinación trámite record-linkage (cruce de registros) de distintas fuentes informáticas (con base poblacional)*

Estos son los sistemas basados sobre procesos de *record-linkage* individual o contextual entre diferentes fuentes de información derivados de las estadísticas nacionales

---

2. Por variable *proxy* se entiende cualquier indicador para uso estadístico que describe un fenómeno no directamente observable.

con el objetivo de combinar información sociodemográfica y socioeconómica con datos de salud que no contienen información socioeconómica. Un ejemplo de estos son los estudios longitudinales nacionales o metropolitanos que combinan información que proviene de archivos sanitarios, como, por ejemplo, los archivos de mortalidad por causa, de hospitalización, de patologías específicas, de consumo de fármacos, etc., con información sociodemográfica y socioeconómica proveniente del registro civil de las personas y de los censos poblacionales.

**El punto tres del cuestionario está orientado a averiguar experiencias de cruce de archivos (*record-linkage*) en el país.**

La información recolectada ha sido utilizada en el marco de la reunión de trabajo regional de EUROsociAL sobre Monitoreo de la Equidad en Salud (Lima, Perú, julio 2014).





# Colombia

## 1) Archivos sanitarios

¿Cuáles de los siguientes sistemas informativos corrientes del sistema sanitario nacional o de estadísticas nacionales están presentes en el territorio nacional, qué tipo de cobertura poseen y recogen algún tipo de información de carácter socioeconómico o sociodemográfico?:

	Sí	No	Cobertura (nacional, regional)	¿Recoge en forma sistemática información de carácter socioeconómico, como, por ejemplo, título de estudio, ocupación, rédito, etnia, etc.?	LINKAGE (posibilidad de cruce con otras fuentes)
a) Archivos de mortalidad por causa	X		Nacional, departamental, municipal	Sí	Sí
b) Registro de hospitales	X		Nacional, departamental, municipal	No	Sí
c) Registro de hospitalización (egresos hospitalarios)	X		Nacional, departamental, municipal	Sí	Sí
d) Registro de historias clínicas		X		No	No
d) Registros de consumo de fármacos	X		Nacional, departamental, municipal	No	Sí
e) Registros de cobertura de vacunación obligatoria	X		Nacional, departamental, municipal	Sí	Sí
f) Registros de patologías (tumores, diabetes, etc.)	X		Nacional, departamental, municipal	Sí	Sí
g) Otros registros (especificar en comentarios)	X		Nacional, departamental, municipal	Sí	Sí

## **Espacio para comentarios sobre otras fuentes disponibles del sistema sanitario:**

Otras fuentes disponibles son:

- 1. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA.** Sistema de información creado para realizar la provisión en forma sistemática y oportuna de datos sobre la dinámica de eventos de interés en salud pública y de notificación obligatoria que afecten o puedan afectar a la salud de la población colombiana través de Unidades Primarias Generadoras del Dato UPGD en todo el país, con el fin de a) orientar las políticas y la planificación en salud pública, b) tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud, c) optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones, y d) racionalizar y optimizar los recursos disponibles para lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.
- 2. Registro de Localización y Caracterización de Personas en Situación de Discapacidad RLCPD.** Sistema de información que permite recolectar información continua y actualizada de las personas con discapacidad, para localizarlas y caracterizarlas en los departamentos, distritos, municipios y localidades del país. Esto con el fin de disponer de la información a nivel nacional para el apoyo al desarrollo de planes, programas y proyectos orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad en Colombia.
- 3. Registro de Actividades de Protección Específica y Detección Temprana PEDT.** Mediante la Resolución 4505 de 2012 expedida a nivel nacional, Colombia establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, realizadas en los servicios de salud, para su integración al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). Este reporte de obligatorio cumplimiento por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) incluidas las de régimen de excepción de salud y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.
- 4. Análisis de Situación de Salud ASIS.** Los Análisis de Situación de Salud han sido definidos como “procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean estos, competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) (Organización Panamericana de la Salud OPS, 1999). Por tanto, son considerados también como fuentes de

información para la medición de desigualdades en salud y análisis de equidad en salud, que recientemente se impulsa en Colombia.

## **2) Encuestas nacionales**

¿Existen en el país encuestas de cobertura nacional o regional sobre salud y \ o calidad de vida o encuestas permanentes de hogares también llamadas de propósitos múltiples? ¿Es posible enumerarlas siguiendo la siguiente matriz de clasificación?

Recoge información sobre:	TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICACIONES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No - Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELLEVAN DATOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DIVERSAS DE LAS ENUMERACIONES EN EL PUNTO 1: morbilidad, discapacidad, salud percibida, enfermedades crónicas, etc.	Encuesta Nacional de Salud ENS	Sí Estrato \ Seguridad social en salud	Sí Enfermedades no transmisibles \ trasmisibles; morbilidad sentida, discapacidad. salud ambiental	Hogares, personas, IPS, usuarios de IPS	Muestreo estratificado, multietápico y por conglomerados Muestra hogares: 41.543 Encuestas a personas: 164.474 Encuesta a IPS: 1.170 Privadas y mixtas: 608 Públicas: 562 Encuesta a usuarios de las IPS: 123.917 Consulta externa: 93.737 Urgencias: 19.795 Hospitalización: 10.385	
	Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENS	Sí Estrato \ Seguridad social en salud	Sí Enfermedades transmisibles; salud sexual y reproductiva	Hogares, personas de zonas urbanas y rurales excluyendo Amazonia y Orinoquia	Muestreo estratificado, multietápico y por conglomerados Hogares: 51.447	
	Encuesta Nacional de Situación Alimentaria y Nutricional ENSIN	Sí Estrato \ Seguridad social en salud \ Sisben	Sí Salud nutricional	Hogares, personas de zonas urbanas y rurales excluyendo Amazonia y Orinoquia Personas entre 0 y 64 años	Muestreo estratificado, multietápico y por conglomerados Hogares: 50.760	

Recoge información sobre:	TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICACIONES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No - Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DIVERSAS DE LAS ENUMERACIONES EN EL PUNTO 1:</b> morbilidad, discapacidad, salud percibida, enfermedades crónicas, etc.	Encuesta Nacional de Salud Bucal ENSAB	Sí	Sí Salud bucal	Hogares, personas de zonas urbanas y rurales Constituida por la población colombiana con edades simples de 1, 3, 5, 12, 15 y 18 años; las gestantes entre 20 y 49 años; los adultos (excluyendo las gestantes) entre 20 y 79 años. Todos residentes en las viviendas particulares ocupadas en 16 subregiones que a su vez conforman las seis regiones del país	Muestra probabilística <ul style="list-style-type: none"><li>Se realizó un recuento de 100.137 viviendas en 3.359 manzanas \ segmentos incluidos en la muestra de los 197 municipios seleccionados</li><li>En los segmentos se seleccionaron 23.283 personas, logrando 20.534 (88%) encuestas con sus respectivos exámenes (20% en centros poblados o veredas)</li></ul>	
	Encuesta Nacional de Salud Mental	Sí	Sí Salud mental	Hogares, personas de 18 a 65 años de las zonas urbanas	1.070 municipios de 25 departamentos de Colombia 4.544 personas provenientes de 5.526 hogares	

Recoge información sobre:	TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICACIONES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No - Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELLEVAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LA SALUD:</b> indicadores de posición socioeconómica: educación, empleo, posición profesional, rédito, condiciones de habitabilidad (vivienda, saneamiento), etc.	Encuesta Nacional de Salud ENS	Sí Estrato \ educación, empleo, vivienda saneamiento	Sí Enfermedades no transmisibles \ trasmisibles; morbilidad sentida, discapacidad	Hogares, personas, IPS, usuarios de IPS	Muestreo estratificado, multietápico y por conglomerados  Muestra hogares: 41.543 Encuestas a personas: 164.474 Encuesta a IPS: 1.170 Privadas y mixtas: 608 Públicas: 562 Encuesta a usuarios de las IPS: 123.917 Consulta externa: 93.737 Urgencias: 19.795 Hospitalización: 10.385	
	Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENS	Sí Estrato \ seguridad social en salud	Sí Enfermedades transmisibles; salud sexual y reproductiva	Hogares, personas de zonas urbanas y rurales excluyendo Amazonía y Orinoquía	Muestreo estratificado, multietápico y por conglomerados Hogares: 51.447	

Recoge información sobre:	TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICACIONES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No - Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LA SALUD:</b> indicadores de posición socioeconómica: educación, empleo, posición profesional, rédito, condiciones de habitabilidad (vivienda, saneamiento), etc.	Encuesta Nacional de Situación Alimentaria y Nutricional ENSIN	Sí Estrato \ seguridad social en salud \ Sisben	Sí Salud nutricional	Hogares, personas de zonas urbanas y rurales excluyendo Amazonía y Orinoquía Personas entre 0 y 64 años	Muestreo estratificado, multietápico y por conglomerados Hogares: 50.760	
	Encuesta Nacional de Salud Bucal ENSAB	Sí	Sí Salud bucal	Edades simples de 1, 3, 5, 12, 15, 18-79 años	Modelo teórico de la determinación social Muestra probabilística, logrando 20.534, con examen clínico odontológico	
	Encuesta Nacional de Salud Mental	Sí	Sí Salud mental	Hogares, personas de 18 a 65 años de las zonas urbanas	1.070 municipios de 25 departamentos de Colombia 4.544 personas provenientes de 5.526 hogares	

Recoge información sobre:	TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICACIONES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No - Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
DETERMINANTES INTERMEDIOS	FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES COMPORTAMENTALES DE LA SALUD: hábitos y estilos de vida	Encuesta Nacional de Salud ENS	Sí Enfermedades no transmisibles \ trasmisibles; morbilidad sentida, discapacidad	Hogares, personas, IPS, usuarios de IPS	Muestreo estratificado, multietápico y por conglomerados  Muestra hogares: 41.543 Encuestas a personas: 164.474 Encuesta a IPS: 1.170 Privadas y mixtas: 608 Públicas: 562 Encuesta a usuarios de las IPS: 123.917 Consulta externa: 93.737 Urgencias: 19.795 Hospitalización: 10.385	
	factores de riesgo), tabaco, alcohol, actividad física, dieta, etc.	Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS	Sí Enfermedades transmisibles; salud sexual y reproductiva	Hogares, personas de zonas urbanas y rurales excluyendo Amazonía y Orinoquía	Muestreo estratificado, multietápico y por conglomerados Hogares: 51.447	
		Encuesta Nacional de Salud Bucal ENSAB	Sí Salud bucal	Edades simples de 1, 3, 5 12, 15, 18-79 años	Modelo teórico de determinación social Muestra probabilística, logrando 20.534, con examen clínico odontológico	



Recoge información sobre:	TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICACIONES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No - Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
<b>DETERMINANTES DEL SISTEMA DE SALUD:</b> 1) cobertura de aseguramiento, prestaciones y servicios de salud 2) accesibilidad a los servicios de salud 3) utilización de los servicios de salud	Encuesta Nacional de Salud Mental	Sí	Sí Salud mental	Hogares, personas de 18 a 65 años de las zonas urbanas	1.070 municipios de 25 departamentos de Colombia 4.544 personas provenientes de 5.526 hogares	
	Encuesta de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2008			Hogares, personas	Población general de 12 a 65 años de edad, de hogares particulares. 39.000 hogares. Al final se obtuvo una muestra efectiva de 29.164 personas	
	Encuesta Nacional de Situación Alimentaria y Nutricional ENSIN	Sí Estrato \ seguridad social en salud \ Sisben	Sí Salud nutricional	Hogares, personas de zonas urbanas y rurales excluyendo Amazonia y Orinoquía Personas entre 0 y 64 años	Muestreo estratificado, multietápico y por conglomerados hogares: 50.760	
<b>DETERMINANTES INTERMEDIOS</b>						

### 3) Cruce de archivos

¿Existen en el país experiencias de cruce de archivos (*record-linkage*) a partir de un número identificativo personal u otra clave de identificación (individual o de área) presente en todos los registros, tanto administrativos como estadísticos, que permita la integración entre archivos provenientes de los registros civiles, de estadísticas vitales o de los censos poblacionales con otros archivos sanitarios?

Sí. Se tiene. Por ejemplo actualmente, la información proveniente del Módulo ND-RUAF (Nacimientos y Defunciones del Registro Único de Afiliados) se puede cruzar con las otras fuentes de información, como la información de afiliaciones a salud, el Registro Individual de Prestación de Servicios RIPS, el Registro de Localización y Caracterización de Personas en Situación de Discapacidad RLCPD, el Registro Único de Víctimas RUV, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA, con los registros de programas de asistencia social, los registros de focalización de programas sociales, entre otros.

Colombia, en materia de salud y protección social, ya no solicita estadísticas (datos agregados) a los actores e instituciones sino registros nominales y a través de herramientas de inteligencia de negocios cruza la información de la persona proveniente de diferentes fuentes de información, lo que permite complementar la información de cada persona y presenta los resultados agregados. Este proceso es permanente. Existen diferentes mecanismos de disposición de información a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO. Ver [www.sispro.gov.co](http://www.sispro.gov.co)

#### Material sugerido para consulta:

##### 1. Guía Metodológica Nacional para la caracterización de Fuentes de Información para la Salud en Colombia

El objetivo de esta guía es describir las estrategias, métodos y herramientas utilizadas por la Dirección de Epidemiología y Demografía (DED) en coordinación con la Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación (OTIC) para caracterizar dinámicamente, es decir, en diferentes momentos, el flujo de información, la calidad, la oportunidad y la cobertura de los datos que se generan a partir de las distintas fuentes de información para la salud. Los logros y productos generados en el cumplimiento de este objetivo han de permitir al MSPS implementar estrategias pertinentes según las necesidades de mejoramiento de cada fuente de información ajustadas a las circunstancias, funciones y alcances de cada instancia y actor, tanto interno como externo, así como intra o extrasectorial, de acuerdo a sus responsabilidades legales.

Disponible en el siguiente enlace en el Repositorio Institucional Digital RID

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia%20definitiva%2019062014.pdf>

## **2. Guía Metodológica del Sistema Nacional de Encuestas y Estudios Poblacionales**

El objetivo de esta guía es describir las estrategias, métodos y herramientas utilizadas por la Dirección de Epidemiología y Demografía (DED) en coordinación con la Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación (OTIC) para caracterizar dinámicamente, es decir, en diferentes momentos, el flujo de información, la calidad, la oportunidad y la cobertura de los datos que se generan a partir de las distintas fuentes de información para la salud. Los logros y productos generados en el cumplimiento de este objetivo, han de permitir al MSPS implementar estrategias pertinentes según las necesidades de mejoramiento de cada fuente de información ajustadas a las circunstancias, funciones y alcances de cada instancia y actor, tanto interno como externo, así como intra o extrasectorial, de acuerdo a sus responsabilidades legales.

El documento completo puede ser consultado en formato pdf en el siguiente enlace del RID:

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/estudios%20poblacionales.pdf>

## **3. Guía Metodológica para Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales ROSS**

Esta guía ROSS proporciona una colección de herramientas y material para apoyar la estructuración y funcionamiento de los observatorios en salud de Colombia, y está dirigida a todos aquellos actores de cada nivel del sector salud, sociedades científicas, investigadores, academia, sociedad civil y demás actores interesados en documentar y ampliar la evidencia sobre los resultados de salud y su relación con desigualdades desde las distintas perspectivas que implica su análisis.

El documento completo en formato pdf puede ser consultado en el siguiente enlace del RID:

[http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ROSS\\_001.11.2013.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ROSS_001.11.2013.pdf)

## **4. Guía Observatorio para Medición de Desigualdades y Análisis de la Equidad en Salud ODES Colombia**

El propósito de esta guía es establecer el marco de operación del observatorio para la medición de desigualdades en salud y análisis de la equidad en salud en Colombia —ODES Colombia—, en el marco del Sistema Nacional de Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento ROSS, en comunicación con los lineamientos de los Análisis de Situación de Salud ASIS, el Observatorio Nacional de Salud ONS y con el Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021, con el fin de posicionarlo como una herramienta disponible para facilitar la construcción de capacidades institucionales para el monitoreo de las desigualdades en salud en Colombia.

Los resultados del ODES proporcionarán evidencia sobre el fenómeno de las desigualdades y de sus implicaciones sobre el desarrollo y bienestar de la población,

con el fin de entregar recomendaciones que puedan orientar la toma de decisiones dentro de una agenda política que aboga por la equidad.

El documento completo en formato pdf puede ser consultado en el siguiente enlace del RID:

[http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ODES\\_001\\_Gu%C3%ADa\\_ODES%2007112013.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ODES_001_Gu%C3%ADa_ODES%2007112013.pdf)

A continuación, cada enlace permite consultar los resultados de caracterización de las siguientes fuentes de información disponibles en Colombia:

**1. Informe de Caracterización de la Fuente de Información Registro para la Localización y caracterización de Personas con Discapacidad**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20RLCPD.zip>

**2. Informe de Caracterización de la Fuente Protección Específica y Detección Temprana**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Informe%20de%20Caracterizaci%C3%B3n%20de%20la%20fuente%20PEDT1.zip>

**3. Informe de Caracterización de la Fuente de Información Observatorio VIH Seguimiento a Embarazadas y Estrategia para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil de VIH**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20ESTRATEGIA%20VIH.zip>

**4. Informe de Caracterización de la Fuente de Información Registro de Personas con Cáncer**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20C%C3%81NCER.zip>

**5. Informe de Caracterización de la fuente de Información Registro Único de Afiliados**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20RUAF.zip>

**6. Informe de Caracterización de la Fuente de Información Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Ocupacional**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20SIVECAO.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20SIVECAO.zip)

**7. Informe de Caracterización de la Fuente de Información Base de Datos Única de filiados**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20BDUA.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20BDUA.zip)

**8. Informe de Caracterización de la Fuente de información Censo Fuerzas Militares**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20CENSO%20FFMM.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20CENSO%20FFMM.zip)

**9. Informe de Caracterización de la Fuente de Información Censo de Instituciones que Atienden al Adulto Mayor**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20CENSO%20INSTITUCIONES%20ADULTO%20MAYOR.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20CENSO%20INSTITUCIONES%20ADULTO%20MAYOR.zip)

**10. Informe de Caracterización de la Fuente de Información Censos de Población Indígena y Rom**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20CENSOS%20IND%C3%8DGENAS%20Y%20ROM.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20CENSOS%20IND%C3%8DGENAS%20Y%20ROM.zip)

**11. Informe de Caracterización de la Fuente de Información Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2008**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20CONSUMO%20SPA.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20CONSUMO%20SPA.zip)

**12. Informe de Caracterización de la Fuente de Información Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20DONACI%C3%93N%20Y%20TRASPLANTE.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20DONACI%C3%93N%20Y%20TRASPLANTE.zip)

**13. Informe de Caracterización de la Fuente de Información Censo de Pacientes con Enfermedades Huérfanas**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20ENFERMEDADES%20HU%C3%89RFANAS.zip>

**14. Informe de Caracterización de la Fuente de Información Registro de Personas con Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20ERC-HTA-DM.zip>

**15. Informe de Caracterización de la Fuente de Información del Etiquetado y Empaquetado de los Productos del Tabaco y sus Derivados**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20ETIQUETADO%20TABACO%20Y%20DERIVADOS.zip>

**16. Informe de Caracterización de las Fuentes de información del Infecciones Asociadas a la Atención en Salud**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20IAAS.zip>

**17. Informe de Caracterización de la Fuente de información Influenza Vigilancia Centinela**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20INFLUENZA.zip>

**18. Informe de Caracterización de la Fuente de Información Reporte Malaria**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20SISMALARIA.zip>

**19. Informe de Caracterización de la Fuente de Información Sistema de Información y Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20SIVELCE.zip>

**20. Informe de Caracterización de la Fuente de Información SIVICAP**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ Informe%20de%20caracterizacion%20SIVICAP.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/Informe%20de%20caracterizacion%20SIVICAP.zip)

**21. Informe de Caracterización de la Fuente de Información Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20SIVIGILA.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20SIVIGILA.zip)

**22. Informe de Caracterización de la Fuente de Información Reporte Mortalidad Materna basado en la Web**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20SIVEMMBW.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20SIVEMMBW.zip)

**23. Informe de Caracterización de la Fuente de Información del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI Nominal Web**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ InformeDeCaracterizaci%C3%B3nPAIWEB.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/InformeDeCaracterizaci%C3%B3nPAIWEB.zip)

**24. Informe de Caracterización de la Fuente de Información Reporte de Transfusión y Bancos de Sangre**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20BANCOS%20DE%20SANGRE.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20BANCOS%20DE%20SANGRE.zip)

**25. Informe de Caracterización de la Fuente de Información de le Cuenta de Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Transporte**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20ECAT.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20ECAT.zip)

**26. Informe de Caracterización de la Fuente de Información Más Familias en Acción**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20M%C3%81S%20FAMILIAS%20EN%20ACCI%C3%93N.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20M%C3%81S%20FAMILIAS%20EN%20ACCI%C3%93N.zip)

**27. Informe de Caracterización de la Fuente Recobro de Medicamentos y Procedimientos No POS al FOSYGA**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20RECOBROS%20FOSYGA.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20RECOBROS%20FOSYGA.zip)

**28. Informe de Caracterización de la Fuente de Información Red Unidos**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20RED%20UNIDOS.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20RED%20UNIDOS.zip)

**29. Informe de caracterización de la fuente de información Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20REPS.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20REPS.zip)

**30. Informe de Caracterización de la Fuente de Información Riesgos Laborales**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20RIESGOS%20LABORALES.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20RIESGOS%20LABORALES.zip)

**31. Informe de Caracterización de la Fuente de Información Registro Individual de Prestación de Servicios**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20RIPS.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20RIPS.zip)

**32. Informe de Caracterización de la Fuente de Información Registro Único de Víctimas**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20RUV.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20RUV.zip)

**33. Informe de Caracterización de la Fuente de Información Seguimiento a Cohortes**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20SEGUIMIENTO%20A%20COHORTES.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20SEGUIMIENTO%20A%20COHORTES.zip)



**34. Informe de Caracterización de la Fuente de información del Sistema de Información de Apoyo a la Notificación e Investigación de Eventos en Salud Pública**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20SIANIESP.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20SIANIESP.zip)

**35. Informe de Caracterización de la Fuente Sistema de Información y Monitoreo de Eventos**

Disponible para consulta en el siguiente enlace del RID:

[http: \ \ www.minsalud.gov.co \ sites \ rid \ Lists \ BibliotecaDigital \ RIDI \ VS \ ED \ GCFI \ INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20SIME.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/INFORME%20DE%20CARACTERIZACI%C3%93N%20SIME.zip)



# Costa Rica

## 1) Archivos sanitarios

¿Cuáles de los siguientes sistemas informativos corrientes del sistema sanitario nacional o de estadísticas nacionales están presentes en el territorio nacional, qué tipo de cobertura poseén y recogen algún tipo de información de carácter socioeconómico o sociodemográfico?:

	Sí	No	Cobertura (nacional, regional)	¿Recoge en forma sistemática información de carácter socioeconómico como por ejemplo título de estudio, ocupación, rédito, etnia, etc.?	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
a) Archivos de mortalidad por causa	X		Nacional	Parcial	Sí
b) Registro de hospitales	X		Nacional/ Regional	Parcial	Sí
c) Registro de hospitalización (egresos hospitalarios)	X		Institucional	Parcial	No
d) Registro de historias clínicas	X		Institucional	Parcial	No
d) Registros de consumo de fármacos		X			
e) Registros de cobertura de vacunación obligatoria	X		Nacional	Parcial	Sí
f) Registros de patologías (tumores, diabetes, etc.)	X		Nacional	Parcial	Sí
g) Otros registros (especificar en comentarios)	X		Nacional	Sí	Sí

**Espacio para comentarios sobre otras fuentes disponibles del sistema sanitario:  
Registros de Mortalidad Materno-Infantil**

## **2) Encuestas nacionales**

¿Existen en el país encuestas de cobertura nacional o regional sobre salud y \ o calidad de vida o encuestas permanentes de hogares también llamadas de propósitos múltiples? ¿Es posible enumerarlas siguiendo la siguiente matriz de clasificación?

Recoge información sobre:		TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICADORES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No -Cuál)	UNIDAD Estadística (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
<b>ESTADO DE SALUD</b>	<b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DIVERSAS DE LAS ENUMERADAS EN EL PUNTO 1:</b> morbilidad, discapacidad, salud percibida, enfermedad crónicas, etc.	Censos Nacionales de Población	Información básica sobre los habitantes del país, la cantidad y distribución geográfica de la población, sexo, edad, parentesco entre los miembros del hogar, migración, etnia, empleo, grupo ocupacional, rama de actividad, categoría ocupacional, desempleo, inactividad, necesidades básicas insatisfechas, nivel educativo, asistencia a la educación regular, alfabetización y fecundidad	Cobertura de la seguridad social, discapacidad y mortalidad	Individuo	Poblacional	Sí
<b>DETERMINANTES ESTRUCTURALES</b>	<b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LA SALUD:</b> indicadores de posición socioeconómica: educación, empleo, posición profesional, rédito, condiciones de habitabilidad (vivienda, saneamiento), etc.	Censos de vivienda	Situación y condiciones habitacionales de la población en términos del tipo de vivienda, número de aposentos, tipo y estado de los materiales de construcción, disponibilidad de servicios básicos: procedencia del agua, tenencia de agua intradomiciliaria, tenencia de la luz eléctrica, combustible utilizado para cocinar, tenencia y tipo de servicio sanitario y equipamiento de la vivienda	Solo cuando se incluye un módulo con preguntas sobre salud	Vivienda	Muestra	Sí

Recoge información sobre:		TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICADORES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No - Cuál)	UNIDAD Estadística (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
DETERMINANTES INTERMEDIOS	<b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES COMPORTAMENTALES DE LA SALUD:</b> hábitos y estilos de vida (factores de riesgo), tabaco, alcohol, actividad física, dieta, etc.	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	Hombres y las mujeres de 15 a 79 años de edad, residentes de las diversas regiones del país y de las zonas urbanas y rurales	Caracterización de la salud sexual y la salud reproductiva en grupos poblacionales específicos	Individuo	Muestra	No
	<b>DETERMINANTES DEL SISTEMA DE SALUD:</b> 1) cobertura de aseguramiento, prestaciones y servicios de salud 2) accesibilidad a los servicios de salud 3) utilización de los servicios de salud	Encuesta Nacional de Nutrición	Preescolares, escolares, mujeres en edad fértil, mujeres adultas, hombres adultos y población adulta mayor	Estado nutricional	Individuo	Muestra	No

# Chile

## 1) Archivos sanitarios

¿Cuáles de los siguientes sistemas informativos corrientes del sistema sanitario nacional o de estadísticas nacionales están presentes en el territorio nacional, qué tipo de cobertura poseen y recogen algún tipo de información de carácter socioeconómico o sociodemográfico:

	Sí	No	Cobertura (nacional, regional)	¿Recoge en forma sistemática información de carácter socioeconómico como por ejemplo título de estudio, ocupación, rédito, etnia, etc.?	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
a) Archivos de mortalidad por causa	X		Nacional	Actividad, ocupación, sexo, edad, comuna de residencia y/o región de residencia, nivel de instrucción (años de estudio), ruralidad y las mismas variables para ambos padres de un fallecido menor de un año	Sí
b) Registro de hospitales		X			
c) Registro de hospitalización (egresos hospitalarios)	X		Nacional	Previsión y desagregación de esta en caso del asegurador público (FONASA), etnia, sexo, edad, comuna de residencia y/o región de residencia, ocupación	Sí
d) Registro de historias clínicas		X			
d) Registros de consumo de fármacos		X			
e) Registros de cobertura de vacunación obligatoria	X		Nacional	Recoge sexo, edad y comuna de residencia de las personas	Sí

	Sí	No	Cobertura (nacional, regional)	¿Recoge en forma sistemática información de carácter socioeconómico como por ejemplo título de estudio, ocupación, rédito, etnia, etc.?	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
f) Registros de patologías (tumores, diabetes, etc.)	X		Regional	Registros poblacionales de cáncer recogen ocupación, sexo, edad, comuna de residencia y/o región de residencia	
g) Otros registros (especificar en comentarios)	X		Nacional		Sí

### Espacio para comentarios sobre otras fuentes disponibles del sistema sanitario:

- Registro de enfermedades de notificación obligatoria: recoge información de etnia, sexo, edad, comuna de residencia y/o región de residencia y ocupación
- Sistema nacional de información de salud ocupacional: recoge ocupación, actividad, sexo, edad, comuna de residencia y/o región de residencia
- Bases de datos de nacimientos: recoge información de sexo, edad, comuna de residencia y/o región de residencia, además de actividad, ocupación, nivel de instrucción y ruralidad para ambos padres del nacido vivo

## 2) Encuestas nacionales

¿Existen en el país encuestas de cobertura nacional o regional sobre salud y \ o calidad de vida o encuestas permanentes de hogares también llamadas de propósitos múltiples? Es posible enumerarlas siguiendo la siguiente matriz de clasificación?



Recoge información sobre:		TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICADORES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No - Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
<b>ESTADO DE SALUD</b>	<b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DIVERSAS DE LAS ENUMERADAS EN EL PUNTO 1:</b> morbilidad, discapacidad, salud percibida, enfermedades crónicas, etc.	Encuesta Nacional de Salud (2003-2009)	Sí Ingreso, educación, previsión de salud, empleo, seguridad social	Sí, se informa respecto de 42 problemas de salud	Individuo	Representativa, nacional, regional, urbano-rural	Sí
		Encuesta de Calidad de Vida (2000-2006)	Sí Ingresos, educación, empleo, condiciones de habitabilidad, entorno social	Calidad de vida asociada a salud	Individuo	Representativa, nacional, regional, urbano-rural	Sí
		Encuesta Mundial de Salud Escolar (2004-2013)	Tipo de colegio	Sí autoreporte de enfermedades y hábito	Individuo	Representativa, nacional	No
		Encuesta Nacional de Salud del Trabajador	Sí Ingresos, educación, ocupación, empleo, ocupación, seguridad social	Sí, accidentes y enfermedades laborales	Individuo	Representativa, nacional, regional, urbano-rural	

Recoge información sobre:		TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICADORES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No - Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
<b>DETERMINANTES ESTRUCTURALES</b>	<b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LA SALUD:</b> indicadores de posición socioeconómica: educación, empleo, posición profesional, rédito, condiciones de habitabilidad (vivienda, saneamiento), etc.	Encuesta de Caracterización Socioeconómica CASEN (cada 4 años)	Sí Ingreso, educación, empleo	Sí, acceso, previsión, autoreporte de enfermedades	Hogares	Representativa, nacional, regional, comunal y representatividad urbano-rural	Sí
		Encuesta Nacional de Salud (2003-2009)	Sí Ocupación, educación, condiciones de habitabilidad	Sí, tipo de vivienda, materialidad, hacinamiento, saneamiento, tipo de ocupación y nivel educacional y alfabetismo	Individuo	Representativa, nacional, regional, urbano-rural	Sí
		Encuesta Mundial de Salud Escolar (2004-2013)	Sí Educación	Sí, nivel de curso	Individuo	Representatividad nacional	No
		Encuesta Nacional de Salud del Trabajador	Sí Empleo, ocupación, nivel profesional	Sí, tipo de empleo, grado de ocupación en relación al tiempo y al trabajo, nivel profesional	Individuo	Representativa, nacional, regional, urbano-rural	Sí

Recoge información sobre:		TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICADORES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No - Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
<b>DETERMINANTES INTERMEDIOS</b>	<b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES COMPORTAMENTALES DE LA SALUD:</b> hábitos y estilos de vida (factores de riesgo), tabaco, alcohol, actividad física, dieta, etc.	Encuesta Nacional de Salud	Sí, Ingreso, hábitos y estilos de vida	Sí, se informa respecto de 42 problemas de salud, incluye sedentarismo, tabaquismo, dieta, consumo alcohol, salud mental, actividad física, sobrepeso y obesidad, consumo alimentos, diabetes, hiperlipidemia, HTA	Individuo	Representativa, nacional, regional, urbano-rural	Sí
		Encuesta de Calidad de Vida	Sí Ingresos, entorno social, educación	Sí, calidad de vida asociada a salud. Percepción de salud, entorno social, participación social	Individuo	Representativa, nacional, regional, urbano-rural	Sí
		Encuesta Nacional de Salud del Trabajador	Sí Ingreso, ocupación, educación	Sí, estilos de vidas asociados al consumo de tabaco, alcohol, medicamentos y drogas. Hábitos de la vida familiar, laboral y social	Individuo	Representativa, nacional, regional, urbano-rural	

Recoge información sobre:		TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICADORES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No - Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
<b>DETERMINANTES INTERMEDIOS</b>	<b>DETERMINANTES DEL SISTEMA DE SALUD:</b> 1) cobertura de aseguramiento, prestaciones y servicios de salud 2) accesibilidad a los servicios de salud 3) utilización de los servicios de salud	Encuesta Mundial de Salud Escolar (2004-2013)	Tipo de colegio	Sí, tabaquismo, consumo de alcohol y drogas, conducta sexual, actividad física, actividades de riesgo, consumo de alimentos, salud mental	Individuo	Representatividad Nacional	No
		Encuesta de Caracterización Socioeconómica CASEN (cada 3 años)	Sí Ingreso, educación, cobertura	Sí, acceso	Hogares	Nacional, regional, comunal y con representatividad	
		Encuesta Nacional de Salud	Sí Prevención de salud, acceso a servicios de salud	Sí, tipo de prevención de salud, acceso a atención primaria	Individuo	Representativa, nacional, regional, urbano-rural	Sí
		Encuesta Nacional de Salud del Trabajador	Sí Ingreso, ocupación, educación, acceso	Sí, prevención de salud laboral, acceso	Individuo	Representativa, nacional, regional, urbano-rural	
		Encuesta de Calidad de Vida (2000-2006)	Sí Acceso a servicios de salud, percepción	Sí, atención primaria	Individuo	Representativa, nacional, regional, urbano-rural	Sí

Recoge información sobre:		TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICADORES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No - Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
<b>DETERMINANTES INTERMEDIOS</b>	<b>DETERMINANTES DEL SISTEMA DE SALUD:</b> 1) cobertura de aseguramiento, prestaciones y servicios de salud 2) accesibilidad a los servicios de salud 3) utilización de los servicios de salud	Encuesta Mundial de Salud Escolar (2004-2013)	Sí	No	Individuo	Representatividad Nacional	No
		Encuesta de Caracterización Socioeconómica CASEN (cada 4 años)	Sí Previsión de salud, acceso al sistema. previsional de salud	Sí, control, estado de salud, cobertura, tipo de previsión	Hogares	Representatividad Nacional, regional, comunal y representatividad urbano-rural	Sí

### 3) Cruce de archivos

¿Existen en el país experiencias de cruce de archivos (*record-linkage*) a partir de un número identificativo personal u otra clave de identificación (individual o de área) presente en todos los registros, tanto administrativos como estadísticos, que permita la integración entre archivos provenientes de los registros civiles, de estadísticas vitales o de los censos poblacionales con otros archivos sanitarios?

Hay experiencias a nivel de investigación de cruce de datos a nivel de número de identificación de la persona (RUN, Rol Único Nacional). Este RUN se utiliza en los diferentes sistemas de vigilancia y de registros vitales, y en algunos de servicios como el Registro Nacional de Inmunizaciones y el Registro de Egresos Hospitalarios, lo que permite vincular información entre ellos y con encuestas en que el RUN es solicitado, como, por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud.

# Ecuador

## 1) Archivos sanitarios

¿Cuáles de los siguientes sistemas informativos corrientes del sistema sanitario nacional o de estadísticas nacionales están presentes en el territorio nacional, qué tipo de cobertura poseen y recogen algún tipo de información de carácter socioeconómico o sociodemográfico?:

	Sí	No	Cobertura (nacional, regional)	Recoge en forma sistemática información de carácter socioeconómico como por ejemplo título de estudio, ocupación, rédito, etnia, etc.?	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
a) Archivos de mortalidad por causa	X		Nacional, provincial y cantonal	Sí	
b) Registro de hospitales	X		Nacional, provincial y cantonal	No	
c) Registro de hospitalización (egresos hospitalarios)	X		Nacional, provincial y cantonal	No	
d) Registro de historias clínicas		X			
d) Registros de consumo de fármacos	X		Nacional, provincial y cantonal. Por unidades operativas	No	
e) Registros de cobertura de vacunación obligatoria	X		Nacional, provincial y cantonal. Por unidades operativas (2013)	No	

	Sí	No	Cobertura (nacional, regional)	Recoge en forma sistemática información de carácter socioeconómico como por ejemplo título de estudio, ocupación, rédito, etnia, etc.?	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
f) Registros de patologías (tumores, diabetes, etc.)		X			
g) Otros registros (especificar en comentarios)					

**Espacio para comentarios sobre otras fuentes disponibles del sistema sanitario:**

## 2) Encuestas nacionales

¿Existen en el país encuestas de cobertura nacional o regional sobre Salud y \ o Calidad de Vida o encuestas permanentes de hogares también llamadas de Propósitos Múltiples? Es posible enumerarlas siguiendo la siguiente matriz de clasificación?



Recoge información sobre:	TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICACIONES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No - Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
ESTADO DE SALUD  FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DIVERSAS DE LAS ENUMERADAS EN EL PUNTO 1: morbilidad, discapacidad, salud percibida, enfermedades crónicas, etc.	Encuesta Condiciones de Vida (ECV) - 2006	Sí. Se puede estratificar por: datos de la vivienda del hogar, fuentes de energía del hogar, nivel de Instrucción, rama de actividad	Sí. Desarrollo de niños, permanencia de niños, programa de alimentación, alimentación de niño, peso al nacer, inmunización, vitaminas, desparasitación lactancia materna, presencia de enfermedades y acceso a servicios, seguros, hábitos y prácticas, información antropométrica, fecundidad y salud materna	Personas	Nacional, provincial	No
	Encuesta Nacional de Salud, Salud Reproductiva y Nutrición (ENSANUT) - 2012	Sí. Se puede estratificar por: características de la vivienda, acceso a tecnología, posesión de bienes, hábitos de consumo, nivel de instrucción, actividad económica del hogar	Sí. Acceso a la salud, uso de servicios y gasto de salud, atención ambulatoria, hospitalización, atención de salud preventiva, control prenatal, atención de parto, control postparto, acceso a programas sociales, mujeres en edad fértil, lactancia materna, salud de la niñez, factores de riesgo, actividad física, antropometría, salud sexual y reproductiva en hombres, bioquímica y flebotomía	Personas	Nacional, provincial	No
	Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) - 2009		Sí. Fecundidad, planificación familiar, anticonceptivos, salud materna, atención de parto, mortalidad infantil y en la niñez, nutrición en niños, salud del niño, infecciones de transmisión sexual, acceso y gastos de la salud	Personas	Nacional, Pichincha, Quito	No

Recoge información sobre:	TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICACIONES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No -Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
<b>ESTADO DE SALUD</b>  <b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DIVERSAS DE LAS ENUMERADAS EN EL PUNTO 1:</b> morbilidad, discapacidad, salud percibida, enfermedades crónicas, etc.	Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) - 2010	Sí	Sí. Pruebas de sangre, orina (exámenes de flebotomía), estados de salud, acceso a servicios de salud, presencia de enfermedades	Personas	Nacional, provincial	No
	Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) - 2013	Sí	Sí. Cobertura de programas sociales (vacunas)	Personas	Nacional, provincial, principales ciudades	No
	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos y Rurales (ENIGHUR) - 2012	Sí. Características de la vivienda, equipamiento y propiedades del hogar, percepción del nivel de vida, nivel de instrucción, ocupación, ingreso	Sí. Programas sociales de salud, fecundidad y mortalidad, gastos en medicamentos y servicios de salud	Personas	Nacional, provincial	No

Recoge información sobre:		TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICACIONES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No - Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
DETERMINANTES ESTRUCTURALES	FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES	Censo 2010	Sí. Se puede estratificar por: nivel de instrucción, ingresos, rama de actividad, condiciones de la vivienda	Sí. Empleo, condiciones de vivienda y saneamiento, educación	Personas	Nacional, provincial y cantonal	No
	DE LA SALUD: indicadores de posición socioeconómica: educación, empleo, posición profesional, rédito, condiciones de habitabilidad (vivienda, saneamiento), etc.	Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico - 2010	Sí. Se puede estratificar por: características de la vivienda, acceso a tecnología, posesión de bienes, hábitos de consumo, nivel de instrucción, actividad económica del hogar	Sí. Educación, empleo, hábitos de consumo	Personas	Nacional, provincial	No
		Encuesta Condiciones de Vida (ECV) - 2006	Sí	Sí. Empleo, condiciones de vivienda y saneamiento, educación	Personas	Nacional, provincial	No

Recoge información sobre:	TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICACIONES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No - Cual)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
DETERMINANTES ESTRUCTURALES	FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES	Sí	Sí. Empleo, condiciones de vivienda y saneamiento, educación	Personas	Nacional, provincial	No
	DE LA SALUD: indicadores de posición socioeconómica: educación, empleo, posición profesional, rédito, condiciones de habitabilidad (vivienda, saneamiento), etc.	Sí	Sí. Empleo, condiciones de vivienda y saneamiento, educación	Personas	Nacional, provincial	No
		Sí	Sí. Empleo y saneamiento, educación	Personas	Nacional, provincial, principales ciudades	No

Recoge información sobre:		TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICACIONES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No - Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
DETERMINANTES INTER-MEDIOS	FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES	Encuesta Condiciones de Vida (ECV) - 2006	Sí	Sí. Hábitos de fumar y beber alcohol, actividad física. Acceso a servicios, seguros	Personas	Nacional, provincial	No
	COMPORTAMIENTOS DE LA SALUD: hábitos y estilos de vida (factores de riesgo), tabaco, alcohol, actividad física, dieta, etc.	Encuesta Nacional de Salud, Salud Reproductiva y Nutrición (ENSANUT) - 2012	Sí	Sí. Consumo de tabaco, alcohol, Factores de riesgo, actividad física, antropometría. Acceso a la salud, Uso de servicios y gasto de salud, atención ambulatoria, atención de salud preventiva, acceso a programas sociales	Personas	Nacional, provincial	No
	DETERMINANTES DEL SISTEMA DE SALUD: 1) cobertura de aseguramiento, prestaciones y servicios de salud 2) accesibilidad a los servicios de salud 3) utilización de los servicios de salud	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos y Rurales (ENIGHUR) - 2012 (tabaco y alcohol)	Sí	Sí. Gasto en bebidas alcohólicas y tabaco, gasto en comida preparada fuera del hogar.	Personas	Nacional, provincial	No
		Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) - 2010	Sí	Sí. Factores de riesgo, acceso y uso de los servicios.	Personas	Nacional, provincial	No

### 3) Cruce de archivos

¿Existen en el país experiencias de cruce de archivos (*record-linkage*) a partir de un número identificativo personal u otra clave de identificación (individual o de área) presente en todos los registros, tanto administrativos como estadísticos, que permita la integración entre archivos provenientes de los registros civiles, de estadísticas vitales o de los censos poblacionales con otros archivos sanitarios?

El Ecuador ha realizado algunos esfuerzos para mejorar la calidad de la información, a pesar de que es un proceso que conlleva mucho tiempo, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) está trabajando en realizar un sistema en el cual se pueda entrelazar las instituciones y poder ver los movimientos (registros) de las personas en las distintas instituciones públicas. Sin embargo, a la fecha de hoy no se cuenta con la posibilidad de realizar cruce de archivos.

# México

## 1) Archivos sanitarios

¿Cuáles de los siguientes sistemas informativos corrientes del sistema sanitario nacional o de estadísticas nacionales están presentes en el territorio nacional, qué tipo de cobertura poseen y recogen algún tipo de información de carácter socioeconómico o sociodemográfico?:

	Sí	No	Cobertura (nacional, regional)	Recoge en forma sistemática información de carácter socioeconómico como por ejemplo título de estudio, ocupación, rédito, etnia, etc.?	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
a) Archivos de mortalidad por causa	X		Nacional	Sociodemográfico: edad, sexo, entidad de residencia, entidad de defunción, pueblos indígenas, hablaba lengua indígena, afiliación a servicios de salud, escolaridad, ocupación, estado conyugal, 125 municipios con menor índice de desarrollo humano.	No.
b) Registro de hospitales	X		Nacional	Sociodemográfico: entidad, institución, tipo de unidad, jurisdicción, municipio	Sí, por medio de la Clave Única de Establecimiento en Salud (CLUES)
c) Registro de hospitalización (egresos hospitalarios)	X		Nacional	Edad, sexo, entidad de residencia, entidad de atención, pueblos indígenas, hablaba lengua indígena, municipios indígenas, afiliación a servicios de salud, 125 municipios con menor índice de desarrollo humano	No.
d) Registro de historias clínicas		X			No

	Sí	No	Cobertura (nacional, regional)	Recoge en forma sistemática información de carácter socioeconómico como por ejemplo título de estudio, ocupación, rédito, etnia, etc.?	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
d) Registros de consumo de fármacos		X			No
e) Registros de cobertura de vacunación obligatoria	X		Nacional	Municipios, municipios indígenas, 125 municipios con menor índice de desarrollo humano	No
f) Registros de patologías (tumores, diabetes, etc.)	X		Nacional	Edad, sexo, derechohabiencia	No
g) Otros registros (especificar en comentarios)	X		Nacional	Sociodemográfico: edad, sexo, derechohabiencia, actualmente trabaja, escolaridad, ocupación, entidad de nacimiento de la madre, grado de marginación	INEGI, CONAPO

### **Espacio para comentarios sobre otras fuentes disponibles del sistema sanitario:**

Sistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) [dgis.salud.gob.mx](http://dgis.salud.gob.mx), [pda.salud.gob.mx/cubos](http://pda.salud.gob.mx/cubos)

## **2) Encuestas nacionales**

¿Existen en el país encuestas de cobertura nacional o regional sobre salud y \ o calidad de vida o encuestas permanentes de hogares también llamadas de propósitos múltiples? ¿Es posible enumerarlas siguiendo la siguiente matriz de clasificación?



Recoge información sobre:		TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICADORES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No -Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
<b>ESTADO DE SALUD Y DETERMINANTES INTERMEDIOS</b>	<b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD, DIVERSAS DE LAS ENUMERADAS EN EL PUNTO 1:</b>	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)	Sí Rural: localidades con menos de 2.500 habitantes Urbano: localidades con 2.500 o más habitantes y menos de 100.000 habitantes no incluidas en el estrato metropolitano Metropolitano: localidades con 100.000 habitantes o más, capitales de los estados o áreas metropolitanas Localidades de nueva creación: localidades que aparecen en el Censo de Población 2010 y no aparecen en el Censo de Población 2005	Sí Cuantifica la frecuencia, distribución y tendencia de las condiciones y determinantes de salud y nutrición. Examina la respuesta social organizada frente a los problemas de salud y nutrición de la población, en particular, examina la cobertura, utilización y calidad percibida de los servicios de salud Genera evidencia sobre la cobertura de protección en salud de las familias mexicanas. Informa sobre el desempeño del sistema de salud y sobre los retos para los planes futuros	Niños de 0 a 4 y de 5 a 9 años, adolescentes de 10 a 19 años, adultos de 20 años o más y utilizadores de servicios de salud ambulatorios en los últimos 15 días	Nacional, con representatividad por ámbito urbano y rural y para cada una de las entidades del país.	No

Nota: la ENSANUT abarca información respecto a comportamientos y determinantes del sistema de salud.

Recoge información sobre:		TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICADORES SOCIALES (Si \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Si \ No - Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
DETERMINANTES ESTRUCTURALES	FUENTES DE INFORMACIÓN QUE REVELAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LA SALUD:	Encuesta Nacional de Ingreso y Gastos de los Hogares	<b>Área urbana:</b> localidades de 2.500 y más habitantes. <b>Área rural:</b> localidades menores de 2.500 habitantes	Afiliación, morbilidad, servicios médicos, atención médica, motivos de no atención	El hogar, la vivienda y los integrantes del hogar	Nacional  35.146 viviendas  Esquema de muestreo:  probabilística, a su vez estratificado, bietápico y por conglomerados, donde la unidad última de selección es la vivienda y la unidad de observación es el hogar	No
	indicadores de posición socioeconómica: educación, empleo, posición profesional, rédito, condiciones de habitabilidad (vivienda, saneamiento), etc.						

### 3) Cruce de archivos

¿Existen en el país experiencias de cruce de archivos (*record-linkage*) a partir de un número identificativo personal u otra clave de identificación (individual o de área) presente en todos los registros, tanto administrativos como estadísticos, que permita la integración entre archivos provenientes de los registros civiles, de estadísticas vitales o de los censos poblacionales con otros archivos sanitarios?

En México existe la Clave Única de Registro de Población (CURP), la cual es un código único que está compuesto de letras y números, y sirve para identificar a cada uno de los habitantes del país. Esta clave es utilizada en los registros de las instituciones de salud, pero no es la única y no aparece en todos los sistemas de información.

El sistema de salud mexicano es un sistema fragmentado, en el que las diversas instituciones cuentan con sistemas independientes de recopilación y procesamiento de la información, lo que dificulta el intercambio.

Debido a las condiciones geográficas, demográficas y socioeconómicas del país, no se cuenta con la infraestructura necesaria para instaurar un sistema universal con archivos electrónicos que interactúen entre sí.

A día de hoy, en nuestro país, se cuenta con el Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales (SIIPP-G) como una herramienta de información y análisis de cobertura nacional, que integra de forma estructurada y sistematizada la información objetiva y fehaciente respecto de los programas a cargo de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como de sus objetivos, metas, indicadores, unidades responsables, prioridades y beneficiarios de los mismos. Si bien con el SIIPP-G se han hecho cruces para identificar duplicidades de los beneficiarios de instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, no existe experiencia alguna en el cruce de archivos para la obtención de información más detallada en materia de salud.



## Panamá

### 1) Archivos sanitarios

¿Cuáles de los siguientes sistemas informativos corrientes del sistema sanitario nacional o de estadísticas nacionales están presentes en el territorio nacional, qué tipo de cobertura poseen y recogen algún tipo de información de carácter socioeconómico o sociodemográfico:

	Sí	No	Cobertura (nacional, regional)	¿Recoge en forma sistemática información de carácter socioeconómico como por ejemplo título de estudio, ocupación, crédito, etnia, etc.?	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
a) Archivos de mortalidad por causa	x		N y R	Edad, sexo, provincia, distrito, corregimiento	<a href="http://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones">http://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones</a> . Estadísticas vitales
b) Registro de hospitales	x		N y R	Nacional y regional	<a href="http://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones">http://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones</a> . Panamá en cifras
c) Registro de hospitalización (egresos hospitalarios)	x		N y R	Nacional y regional	<a href="http://www.minsa.gob.pa">www.minsa.gob.pa</a> Registros y Estadísticas de Salud Ministerio de Salud <a href="http://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/subcategoria">www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/subcategoria</a>
d) Registro de historias clínicas	x		N y R	Nacional y regional	<a href="http://www.minsa.gob.pa">www.minsa.gob.pa</a> Registros y Estadísticas de Salud Ministerio de Salud
d) Registros de consumo de fármacos					

	Sí	No	Cobertura (nacional, regional)	¿Recoge en forma sistemática información de carácter socioeconómico como por ejemplo título de estudio, ocupación, crédito, etnia, etc.?	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
e) Registros de cobertura de vacunación obligatoria	x		N y R	Nacional y regional	<a href="http://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones">http://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones</a> . Estadísticas vitales Panamá en cifras <a href="http://www.minsa.gob.pa">www.minsa.gob.pa</a> Registros y Estadísticas de Salud Ministerio de Salud
f) Registros de patologías (tumores, diabetes, etc.)	x		N y R	Nacional y regional	<a href="http://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones">http://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones</a> . Estadísticas vitales Panamá en cifras <a href="http://www.minsa.gob.pa">www.minsa.gob.pa</a> Registros y Estadísticas de Salud Ministerio de Salud Registros Nacional del Cáncer / <a href="http://190.34.154.93/rncp/">http://190.34.154.93/rncp/</a>
g) Otros registros (especificar en comentarios)	x		N y R		

### Espacio para comentarios sobre otras fuentes disponibles del sistema sanitario:

Encuestas nacionales ¿Existen en el país encuestas de cobertura nacional o regional sobre salud y \ o calidad de vida o encuestas permanentes de hogares también llamadas de propósitos múltiples? ¿Es posible enumerarlas siguiendo la siguiente matriz de clasificación?

Recoge información sobre:		TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFI- CADORES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMA- CIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No - Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
ESTADO DE SALUD	<b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN, DIVERSAS DE LAS ENUMERADAS EN EL PUNTO 1:</b> morbilidad, discapacidad, salud percibida. enfermedades crónicas, etc.	Estudio \ encuesta \ PENDIS	Sí	Sí	Individuo/ vivienda	Muestra	-
		Estudio \ encuesta \ ENV	Sí	Sí	Individuo	Muestra	-
<b>DETERMI- NANTES ESTRUC- TURALES</b>	<b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LA SALUD:</b> indicadores de posición socioeconómica: educación, empleo, posición profesional, rédito, condiciones de habitabilidad (vivienda, saneamiento), etc.	Encuestas	Sí	Sí	Individuo	Nacional	-
<b>DETERMI- NANTES INTERME- DIOS</b>	<b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES COMPORTAMENTALES DE LA SALUD:</b> hábitos y estilos de vida (factores de riesgo), tabaco, alcohol, actividad física, dieta, etc. <b>DETERMINANTES DEL SISTEMA DE SALUD:</b> 1) cobertura de aseguramiento, prestaciones y servicios de salud 2) Accesibilidad a los servicios de salud 3) Utilización de los servicios de salud	Encuesta de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar	Sí	Sí	Individuo	Muestra	-
		Encuestas de estilos de vida saludables \ ENSCAVI	Sí	Sí	Individuo	Muestra	-

### 3) Cruce de archivos

¿Existen en el país experiencias de cruce de archivos (*record-linkage*) a partir de un número identificativo personal u otra clave de identificación (individual o de área) presente en todos los registros, tanto administrativos como estadísticos, que permita la integración entre archivos provenientes de los registros civiles, de estadísticas vitales o de los censos poblacionales con otros archivos sanitarios?

Panamá está en el proceso de integración respecto al cruce de archivos. Las instalaciones de salud de nuestro país (hospitales, centros de salud) están usando el expediente electrónico único, este proceso se está dando paulatinamente a nivel nacional.

Dentro del Ministerio de Salud, existe el Departamento de Registros y Estadísticas de Salud, pertenecientes a la Dirección de Planificación. En el Departamento de Registros y Estadísticas por acuerdo interinstitucional suministran la información de nacimientos y defunciones.

#### Sitografía

[www.senadis.gob.pa/wp-content/uploads/2010/10/informe-pendis.pdf](http://www.senadis.gob.pa/wp-content/uploads/2010/10/informe-pendis.pdf)

[www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones](http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones)

[www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones](http://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones).

[www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/subcategoria](http://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/subcategoria)

[www.ministeriopublico.gob.pa/minpub/.../CONAPRED](http://www.ministeriopublico.gob.pa/minpub/.../CONAPRED)

[www.gorgas.gob.pa/](http://www.gorgas.gob.pa/)



# Paraguay

## 1) Archivos sanitarios

¿Cuáles de los siguientes sistemas informativos corrientes del sistema sanitario nacional o de estadísticas nacionales están presentes en el territorio nacional, qué tipo de cobertura poseen y recogen algún tipo de información de carácter socioeconómico o sociodemográfico?:

	Sí	No	Cobertura (nacional, regional)	¿Recoge en forma sistemática información de carácter socioeconómico como por ejemplo título de estudio, ocupación, rédito, etnia, etc.?	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)	Observaciones
a) Archivos de mortalidad por causa	x		Nacional y regional	Edad, etnia, sexo y nivel de escolaridad		Certificado de Defunción. Subsistema de Información de Estadísticas Vitales. Departamento de Bioestadística
b) Registro de hospitales	X		Nacional	Edad, sexo, profesional médico	Interrelacionar con otros sistemas del Ministerio de salud	Informes detallados del stock, consumos. movimientos de los productos, ajustes. Registro del profesional que receta
c) Registro de hospitalización (egresos hospitalarios)	X		Regional	Ocupación, profesión, etnia, escolaridad, edad y estado civil		No está implementado en el 100% de los servicios. Subsistema de Egresos Hospitalarios. Departamento de Bioestadística.

	Sí	No	Cobertura (nacional, regional)	¿Recoge en forma sistemática información de carácter socioeconómico como por ejemplo título de estudio, ocupación, rédito, etnia, etc.?	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)	Observaciones
d) Registro de historias clínicas	X		Regional	Sexo, edad, patología por la cual ingresó al nosocomio		Actualmente no está informatizado a nivel país. Regiones Sanitarias \ MSP y BS
d) Registros de consumo de fármacos	X		Nacional	Edad, sexo, profesional médico	Interrelacionar con otros sistemas del Ministerio de salud	Informes de los consumos a través de cargas de Recetas con el n° de registro del profesional. Movimientos del Productos
e) Registros de cobertura de vacunación obligatoria	x		Nacional, regional y distrital	Recoge datos de edad, zona rural o urbana de residencia y de población indígena		Seguimiento de cohortes por cantidad de vacunados. Registro de nacidos vivos. DGEEC poblacional y plan piloto de Sistema Nominal en avance
f) Registros de patologías (tumores, diabetes, etc.)	X		Nacional	Recoge datos de edad, zona y sexo		Se puede obtener por medio de los egresos hospitalarios y el registro diario de consultas. Subsistema de Atención Ambulatoria \ Departamento de Bioestadística. Subsistema de Egresos Hospitalarios \ Departamento de Bioestadística
g) Registro diario de consultas	x		Regional	Escolaridad, edad, sexo, área y etnia		Subsistema de Atención Ambulatoria \ Departamento de Bioestadística No está informatizado en un 100%

	Sí	No	Cobertura (nacional, regional)	¿Recoge en forma sistemática información de carácter socioeconómico como por ejemplo título de estudio, ocupación, rédito, etnia, etc.?	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)	Observaciones
h) Ficha clínica	x		Regional	Escolaridad, edad, sexo, estado civil, etnia, profesión, ocupación y área		La ficha clínica se completa una sola vez en la primera consulta. No está informatizado en un 100%. Subsistema de Atención Ambulatoria \ Departamento de Bioestadística

**Espacio para comentarios sobre otras fuentes disponibles del sistema sanitario:**

## 2) Encuestas nacionales

¿Existen en el país encuestas de cobertura nacional o regional sobre salud y \ o calidad de vida o encuestas permanentes de hogares también llamadas de propósitos múltiples? ¿Es posible enumerarlas siguiendo la siguiente matriz de clasificación?

Recoge información sobre:		TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICADORES SOCIALES	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No - Cuáles)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - Otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representa- tiva)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
ESTADO DE SALUD	FUENTES DE INFORMACIÓN QUE REVELAN DATOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN, DIVERSAS DE LAS ENUMERADAS EN EL PUNTO 1: morbilidad, discapacidad, salud percibida, enfermedades crónicas, etc.	Encuesta CEPEP Centro Paraguayo de Estudios de Población	Región	Salud sexual y reproductiva	Mujer en edad fértil	Nacional N = 6.540	
		Encuesta Permanente de Hogares, DGEE y C. Dirección General de Estadísticas y Censo	País	Contiene un apartado sobre tenencia de seguro médico y condición de la población enferma o no	Hogar	Nacional = 6.024	
DETERMI- NANTES ESTRUC- TURALES	FUENTES DE INFORMACIÓN QUE REVELAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LA SALUD: Indicadores de posición socioeconómica: educación, empleo, posición profesional, rédito, condiciones de habitabilidad (vivienda, saneamiento)	Encuesta Continua de Empleo DGEE y C. Dirección General de Estadísticas y Censos	Asunción y departamento central	No	Hogar	Asunción y departamento central N= 980	
		Censo económico nacional DGEE y C. Dirección General de Estadísticas Encuestas y Censos	Nacional	No	Propietarios, gerentes, administrado- res, contadores y encargados	Nacional N=224,242 unidades económicas	

Recoge información sobre:		TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICADORES SOCIALES	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No - Cuáles)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - Otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representa- tiva)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
<b>DETERMI- NANTES INTERME- DIOS</b>	<b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE REVELAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES COMPORTAMENTALES DE LA SALUD:</b> hábitos y estilos de vida (factores de riesgo), tabaco, alcohol, actividad física, dieta, etc., determinantes del sistema de salud: 1) Cobertura de aseguramiento, prestaciones y servicios de salud 2) Accesibilidad a los servicios de salud 3) Utilización de los servicios de salud	Encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	Nacional	Sí Hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares accidentes vasculares cerebral, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas	Hogar	Nacional: 2.538	
		Informes de relevamientos sobre la situación de uso del sistema	País	No está relacionado al historial clínico por lo cual solo se conoce el consumo del paciente relacionado al medicamento	Directores de los estableci- mientos, funcionarios de depósitos y farmacias		Relacionar con otros sistemas de información del ministerio.
		Informes de % de los datos reportados por el Sistema		En proceso de relacionar con el historial clínico para conocer la patología			

### 3) Cruce de archivos

¿Existen en el país experiencias de cruce de archivos (*record-linkage*) a partir de un número identificativo personal u otra clave de identificación (individual o de área) presente en todos los registros, tanto administrativos como estadísticos, que permita la integración entre archivos provenientes de los registros civiles, de estadísticas vitales o de los censos poblacionales con otros archivos sanitarios?

En la Dirección General de Información Estratégica en Salud se trabaja con ese tipo de información por medio del programa estadístico para las ciencias sociales SPSS. Generalmente, la variable de identificación de las bases es el número de cédula que se usa para emparejar los casos y unir las bases de datos. Este procedimiento se puede hacer siempre y cuando las bases de datos tengan una variable en común.

# Perú

Nuestro agradecimiento especial a todas aquellas instituciones entrevistadas que han apoyado la realización de esta publicación, las cuales representaron una fuente invaluable de información; de manera particular, al Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II, del Ministerio de Salud del Perú, representado por el Dr. Walter Vigo Valdez, coordinador general y su equipo conformado por la Dra. Yuleika Rodríguez Calviño y el Dr. Enrique Velásquez Hurtado, quienes amablemente compartieron información para la identificación de las fuentes disponibles para el desarrollo de sistemas de monitoreo de las desigualdades sociales en la salud.

## 1) Archivos sanitarios

¿Cuáles de los siguientes sistemas informativos corrientes del sistema sanitario nacional o de estadísticas nacionales están presentes en el territorio nacional, qué tipo de cobertura poseen y recogen algún tipo de información de carácter socioeconómico o sociodemográfico:

	Sí	No	Cobertura (nacional, regional)	¿Recoge en forma sistemática información de carácter socioeconómico como por ejemplo título de estudio, ocupación, rédito, etnia, etc.?	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
a) Archivos de mortalidad por causa	X		Nacional y regional	No	Sí, por distritos, RENIEC
b) Registro de hospitales	X		Nacional hasta distrital <sup>1</sup>	No	Sí
c) Registro de hospitalización (egresos hospitalarios)	X		Nacional y regional	No	Sí, por distritos

	Sí	No	Cobertura (nacional, regional)	¿Recoge en forma sistemática información de carácter socioeconómico como por ejemplo título de estudio, ocupación, rédito, etnia, etc.?	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
d) Registro de historias clínicas		X <sup>2</sup>	Establecimien- to	Sí	No
d) Registros de consumo de fármacos	X		Nacional y regional	No	Sí, por distritos
e) Registros de cobertura de vacunación obligatoria	X		Nacional y regional	No	Sí (encuestas Nac)
f) Registros de patologías (tumores, diabetes, etc.)	X		Nacional y regional	No	Sí, por distritos
g) Otros registros (especificar en comentarios)	X <sup>3</sup>		Nacional y regional	No	Sí, por distritos

1. La información es posible tenerla en todos los niveles de desagregación administrativa (nacional, Dirección Regional de Salud, Red y Microrred) y geográfica (nacional, regional, provincial y distrital).

2. Algunos hospitales tienen registro de historia clínica electrónica (hospitales públicos), pero no está sistematizado el proceso.

3. Vigilancia epidemiológica obligatoria, vigilancia nutricional, hechos vitales (nacimientos), Sistema de Información Administrativo Financiera, Sistema Integrado de Gestión Administrativa, Registros Nacional de Establecimientos de Salud (públicos y privados), Sistema de Registros de Información de Laboratorios de Salud Pública (inicialmente para VIH y Tuberculosis).

## **Espacio para comentarios sobre otras fuentes disponibles del sistema sanitario:**

## **2) Encuestas nacionales**

¿Existen en el país encuestas de cobertura nacional o regional sobre salud y \ o calidad de Vida o encuestas permanentes de hogares también llamadas de propósitos múltiples? ¿Es posible enumerarlas siguiendo la siguiente matriz de clasificación?



Recoge información sobre:		TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICADORES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No - Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
<b>ESTADO DE SALUD</b>	<b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DIVERSAS DE LAS ENUMERADAS EN EL PUNTO 1: morbilidad, discapacidad, salud percibida, enfermedades crónicas, etc.</b>	ENAH	Sí, pobreza, ocupación, etnia	Sí, morbilidad en los últimos 14 días	Individuo, hogares	Muestra representativa	Por regiones
		ENDES	Sí, pobreza, ocupación, etnia	Sí, morbilidad en los últimos 14 días	Individuo (madres y niños)	Muestra representativa	Por regiones
		Censo de Población y Vivienda	Sí, pobreza, ocupación, etnia	Sí, aseguramiento	Individuo	Poblacional	Por regiones
<b>DETERMINANTES ESTRUCTURALES</b>	<b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LA SALUD: indicadores de posición socioeconómica: educación, empleo, posición profesional, rédito, condiciones de habitabilidad (vivienda, saneamiento), etc.</b>	ENAH	Sí, pobreza, ocupación, etnia	Sí, morbilidad en los últimos 14 días	Individuo, hogares	Muestra representativa	Por regiones
		ENDES	Sí, pobreza, ocupación, etnia	Sí, morbilidad en los últimos 14 días	Individuo (madres y niños)	Muestra representativa	Por regiones
		Censo de Población y Vivienda	Sí, pobreza, ocupación, etnia	Sí, aseguramiento	Individuo	Poblacional	Por regiones
<b>DETERMINANTES INTERMEDIOS</b>	<b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES COMPORTAMENTALES DE LA SALUD: hábitos y estilos de vida (factores de riesgo), tabaco, alcohol, actividad física, dieta, etc.</b>	ENAH	Sí, pobreza, ocupación, etnia	Sí, morbilidad en los últimos 14 días	Individuo, hogares	Muestra representativa	Por regiones
		ENAH	Sí, pobreza, ocupación, etnia	Sí, morbilidad en los últimos 14 días	Individuo, hogares	Muestra representativa	Por regiones

Recoge información sobre:		TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICACIONES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No - Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
DETERMINANTES INTERMEDIOS	DETERMINANTES DEL SISTEMA DE SALUD: 1) Cobertura de aseguramiento, prestaciones y servicios de salud 2) Accesibilidad a los servicios de salud 3) Utilización de los servicios de salud	ENDES	Sí, pobreza, ocupación, etnia	Sí, morbilidad en los últimos 14 días	Individuo	Muestra representativa	Por regiones
		Censo de Población y Vivienda	Sí, pobreza, ocupación, etnia	Sí, aseguramiento	Individuo	Poblacional	Por regiones

### 3) Cruce de archivos

¿Existen en el país experiencias de cruce de archivos (*record-linkage*) a partir de un número identificativo personal u otra clave de identificación (individual o de área) presente en todos los registros, tanto administrativos como estadísticos, que permita la integración entre archivos provenientes de los registros civiles, de estadísticas vitales o de los censos poblacionales con otros archivos sanitarios?

Para la focalización de individuos y hogares, sin embargo, la fuente no es compartida por razones de confidencialidad y seguridad.



# Uruguay

## 1) Archivos sanitarios

¿Cuáles de los siguientes sistemas informativos corrientes del sistema sanitario nacional o de estadísticas nacionales están presentes en el territorio nacional, qué tipo de cobertura poseen y recogen algún tipo de información de carácter socioeconómico o sociodemográfico?:

	Sí	No	Cobertura (nacional, regional)	¿Recoge en forma sistemática información de carácter socioeconómico como por ejemplo título de estudio, ocupación, rédito, etnia, etc.?	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
a) Archivos de mortalidad por causa	X		Nacional	Recoge de manera sistemática etnia y nivel educativo pero con grandes problemas de calidad que las hacen no utilizables	Existe la posibilidad de LINKAGE a través del documento de identidad
b) Registro de hospitales		X			
c) Registro de hospitalización (egresos hospitalarios)	X		Nacional	La unidad de observación es el acto asistencial y no la persona, por lo tanto, no hay datos de carácter socioeconómico, excepto la estratificación por tipo de prestador de salud (público/privado)	N/S
d) Registro de historias clínicas		X*			
d) Registros de consumo de fármacos	X			Existen registros pero no vinculados a consumo, sino producción, comercialización, dispensación de recetas, etc. (sin base poblacional)	

	Sí	No	Cobertura (nacional, regional)	¿Recoge en forma sistemática información de carácter socioeconómico como por ejemplo título de estudio, ocupación, rédito, etnia, etc.?	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
e) Registros de cobertura de vacunación obligatoria	X		Nacional	La unidad de observación es el acto asistencial y no la persona, por lo tanto, no hay datos de carácter socioeconómico, excepto la estratificación por departamento	N/S
f) Registros de patologías (tumores, diabetes, etc.)	X		Nacional	Registro Nacional de Cáncer	N/S
g) Otros registros (especificar en comentarios)	X			Sistema Informático Perinatal, Certificado de Nacido Vivo Electrónico, Registro Único de Afiliados, Sistema Nacional de Información (producción asistencial, no es base poblacional)	

\* En el marco del proyecto SALUD.UY se está avanzando en el mediano plazo hacia la digitalización de la historia clínica.

### Espacio para comentarios sobre otras fuentes disponibles del sistema sanitario:

## 2) Encuestas nacionales

¿Existen en el país encuestas de cobertura nacional o regional sobre salud y \ o calidad de vida o encuestas permanentes de hogares también llamadas de propósitos múltiples? ¿Es posible enumerarlas siguiendo la siguiente matriz de clasificación?

Recoge información sobre:		TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICADORES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No -Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representa- tiva)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
ESTADO DE SALUD	FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN, DIVERSAS DE LAS ENUMERADAS EN EL PUNTO 1:	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR). Edición 2006 y 2014 (en curso)	Edad, sexo, situación conyugal, nivel educativo alcanzado, alfabetismo, ascendencia étnica, (2012), condición de actividad, cantidad de empleos (2012), Composición del hogar (2012), ingreso del hogar. INSE (Índice de Nivel Socioeconómico 2012).	Consumo de tabaco, consumo de alcohol, hábitos alimentarios, actividad física, antecedentes HTA, diabetes, colesterol, insuficiencia renal crónica, medidas antropométricas (estatura, peso, cintura, presión arterial) y bioquímicas (glucemia, lípidos, triglicéridos, colesterol hdl y creatininemia). Tamizaje de salud (fecatest, colonoscopia, examen mamario, mamografía, papanicolaou) (2012). Lesiones (2012). Atención de la salud (2012), aseguramiento (2012)	Individuo	Población urbana (localidades de 10.000 hab. y más de 25 a 64 años (población adulta) del Uruguay)	Nombre*
	morbilidad, discapacidad, salud percibida. enfermedades crónicas, etc.						

Recoge información sobre:	TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICADORES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No -Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
<b>ESTADO DE SALUD</b>  <b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN, DIVERSAS DE LAS ENUMERADAS EN EL PUNTO 1:</b> morbilidad, discapacidad, salud percibida, enfermedades crónicas, etc.	Encuesta Nacional de Salud 2014 (en curso)	Edad, sexo, situación conyugal, ascendencia étnica, nivel educativo, condición de actividad, ocupación, ingreso del hogar, características de la vivienda, saneamiento, agua potable, calefacción	Utilización y acceso a los servicios de salud de los individuos (consulta médica, análisis clínicos, tratamientos, consulta odontológica, medicamentos, internación, intervención quirúrgica, artefactos y equipamiento terapéutico). Estado de salud (autopercepción, dependencia, discapacidad, salud mental, morbilidad, accidentabilidad) hábitos alimentarios, consumo de tabaco, consumo de marihuana, consumo de alcohol, actividad física, gasto en salud de los integrantes del hogar gasto en salud del hogar, atención de la salud, aseguramiento	Individuo y hogares	Población urbana (localidades de 5.000 y más habitantes) mayores de un año de edad, integrantes de hogares particulares de todo el país.	Nombre*
	Encuesta Longitudinal de Protección Social (2013)	Etnia, nivel educativo, ingresos, sexo, categoría ocupacional, lugar de residencia	Cobertura, aseguramiento, acceso y utilización, ENT diagnosticadas, discapacidad	Individuo	Muestra representativa del todo el país	Nombre*



Recoge información sobre:		TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICADORES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No -Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representa- tiva)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
ESTADO DE SALUD	FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN, DIVERSAS DE LAS ENUMERADAS EN EL PUNTO 1: morbilidad, discapacidad, salud percibida. enfermedades crónicas, etc.	CENSO (Módulo Discapacidad)	Edad, sexo, nivel educativo, categoría ocupacional	Discapacidad (auditiva, visual, motora, mental)	Viviendas, hogares y personas	Población total	Nombre*
		Encuesta Mundial de Salud Escolar 2006 y 2012	Edad, sexo, área geográfica, ascendencia étnica (2012)	Consumo de alcohol y drogas, comportamiento alimentario, higiene, salud mental, actividad física, factores de protección, comportamientos sexuales que contribuyen a la infección del VIH, de otras ETS y embarazos no deseados, consumo de tabaco, violencia y daños no intencionados	Individuo	Población escolarizada en Educación Media (Ciclo Básico y 1º año de Bachillerato), entre los 12 y 16 años, de liceos públicos y privados de todo el país.	NO
		Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ) (2008)	Sexo, edad, ingresos, lugar de residencia y nivel educativo	Cobertura, acceso y utilización, salud mental, salud sexual y reproductiva, consumo de sustancias y hábitos alimenticios	Individuo	Muestra representativa de las personas entre 15 y 29 años, para país urbano.	NO

Recoge información sobre:		TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICADORES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No -Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
ESTADO DE SALUD	FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN, DIVERSAS DE LAS ENUMERADAS EN EL PUNTO 1: morbilidad, discapacidad, salud percibida, enfermedades crónicas, etc.	Encuesta de Prevalencia de Violencia Doméstica	Edad, situación conyugal, ascendencia étnica, nivel educativo, alfabetismo, condición de actividad	Discapacidad / dependencia en el hogar, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de medicamentos, consumo de drogas no legales, intentos de autoeliminación, hipertensión arterial, diabetes, atención SSYR, violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, violencia hacia menores a cargo	Individuo	Mujeres de 15 y más años que asisten a consultas en servicios de salud a nivel nacional	Nombre*

Recoge información sobre:		TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICADORES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No -Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
DETERMINANTES ESTRUCTURALES	FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LA SALUD:	Encuesta Continua de Hogares	Etnia, nivel educativo, ingresos, condición de actividad, categoría ocupacional, características de la vivienda, saneamiento, agua potable, calefacción	Atención de salud, aseguramiento, políticas alimentarias	Individuos y hogares	Población residente en hogares particulares de todo el país	No
	indicadores de posición socioeconómica: educación, empleo, posición profesional, rédito, condiciones de habitabilidad (vivienda, saneamiento), etc.	Encuesta Nacional de Salud 2014 (en curso)	Edad, sexo, situación conyugal, ascendencia étnica, nivel educativo, condición de actividad, ocupación, ingreso del hogar, características de la vivienda, saneamiento, agua potable, calefacción	Utilización y acceso a los servicios de salud de los individuos (consulta médica, análisis clínicos, tratamientos, consulta odontológica, medicamentos, internación, intervención quirúrgica, artefactos y equipamiento terapéutico). Estado de salud (autopercepción, dependencia, discapacidad, salud mental, morbilidad, accidentabilidad), hábitos alimentarios, consumo de tabaco, consumo de marihuana, consumo de alcohol, actividad física, gasto en salud de los integrantes del hogar, gasto en salud del hogar, atención de la salud, aseguramiento	Individuo y hogares	Población urbana (localidades de 5.000 y más habitantes) mayores de un año de edad, integrantes de hogares particulares de todo el país	Nombre*

Recoge información sobre:	TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICADORES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No -Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
<b>DETERMINANTES ESTRUCTURALES</b>  <b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LA SALUD:</b> indicadores de posición socioeconómica: educación, empleo, posición profesional, rédito, condiciones de habitabilidad (vivienda, saneamiento), etc.	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR). Edición 2006 y 2014 (en curso)	Edad, sexo, situación conyugal, nivel educativo alcanzado, alfabetismo, ascendencia étnica, (2012), condición de actividad, cantidad de empleos (2012), composición del hogar (2012), ingreso del hogar. INSE (índice de Nivel Socioeconómico 2012)	Consumo de tabaco, consumo de alcohol, hábitos alimentarios, actividad física, antecedentes HTA, diabetes, colesterol, insuficiencia renal crónica, medidas antropométricas (estatura, peso, cintura, presión arterial) y bioquímicas (glucemia, lípidos, triglicéridos, colesterol HDL y creatinina), tamizaje de salud (fecatest, colonoscopia, examen mamario, mamografía, papanicolaou) (2012), lesiones (2012), atención de la salud, (2012), aseguramiento (2012)	Individuo	Población urbana (localidades de 10.000 hab. y más de 25 a 64 años (población adulta) del Uruguay	Nombre*
	Encuesta Longitudinal de Protección Social (2013)	Etnia, nivel educativo, ingresos, sexo, categoría ocupacional, lugar de residencia	Cobertura, aseguramiento, acceso y utilización, ENT diagnosticadas, discapacidad	Individuo	Muestra representativa del todo el país	Nombre*

Recoge información sobre:		TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICADORES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No -Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
<b>DETERMINANTES INTER-MEDIOS</b>	<b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES COMPORTAMENTALES DE LA SALUD:</b> hábitos y estilos de vida (factores de riesgo), tabaco, alcohol, actividad física, dieta, etc.	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR). Edición 2006 y 2014 (en curso)	Edad, sexo, situación conyugal, nivel educativo alcanzado, alfabetismo, ascendencia étnica, (2012), condición de actividad, cantidad de empleos (2012), composición del hogar (2012), ingreso del hogar. INSE (Índice de Nivel Socioeconómico 2012)	Consumo de tabaco, consumo de alcohol, hábitos alimentarios, actividad física, antecedentes hta, diabetes, colesterol, insuficiencia renal, crónica, medidas antropométricas (estatura, peso, cintura, presión arterial) y bioquímicas (glucemia, lípidos, triglicéridos, colesterol HDL y creatinina), tamizaje de salud (fecatest, colonoscopia, examen mamario, mamografía, papanicolaou) (2012) Lesiones (2012) Atención de la salud (2012), Aseguramiento (2012)	Individuo	Población urbana (localidades de 10.000 hab. y más) de 25 a 64 años (población adulta) del Uruguay	Nombre*
	<b>DETERMINANTES DEL SISTEMA DE SALUD:</b> 1) Cobertura de aseguramiento, prestaciones y servicios de salud 2) Accesibilidad a los servicios de salud 3) Utilización de los servicios de salud						

Recoge información sobre:	TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICADORES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No -Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
<b>DETERMINANTES INTER-MEDIOS</b>  <b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES COMPORTAMENTALES DE LA SALUD:</b> hábitos y estilos de vida (factores de riesgo), tabaco, alcohol, actividad física, dieta, etc.  <b>DETERMINANTES DEL SISTEMA DE SALUD:</b> 1) Cobertura de aseguramiento, prestaciones y servicios de salud 2) Accesibilidad a los servicios de salud 3) Utilización de los servicios de salud	Encuesta Nacional de Salud 2014 (en curso)	Edad, sexo, situación conyugal, ascendencia étnica, nivel educativo, condición de actividad, ocupación, ingreso del hogar, características de la vivienda, saneamiento, agua potable, calefacción	Utilización y acceso a los servicios de salud de los individuos (consulta médica, análisis clínicos, tratamientos, consulta odontológica, medicamentos, internación, intervención quirúrgica, artefactos y equipamiento terapéutico). Estado de salud (autopercepción, dependencia, discapacidad, salud mental, morbilidad, accidentabilidad), hábitos alimentarios, consumo de tabaco, consumo de marihuana, consumo de alcohol, actividad física, gasto en salud de los integrantes del hogar, gasto en salud del hogar, atención de la salud, aseguramiento	Individuo y hogares	Población urbana (localidades de 5.000 y más habitantes) mayores de un año de edad, integrantes de hogares particulares de todo el país	Nombre*

Recoge información sobre:		TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICADORES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No -Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
<b>DETERMINANTES INTER-MEDIOS</b>	<b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES COMPORTAMENTALES DE LA SALUD:</b> hábitos y estilos de vida (factores de riesgo), tabaco, alcohol, actividad física, dieta, etc.	Encuesta Longitudinal de Protección Social (2013)	Etnia, nivel educativo, ingresos, sexo, categoría ocupacional, lugar de residencia	Cobertura, aseguramiento, acceso y utilización, ENT diagnosticadas, discapacidad	Individuo	Muestra representativa del todo el país	Nombre*
	<b>DETERMINANTES DEL SISTEMA DE SALUD:</b> 1) Cobertura de aseguramiento, prestaciones y servicios de salud 2) Accesibilidad a los servicios de salud 3) Utilización de los servicios de salud	Encuesta Mundial de Salud Escolar 2006 y 2012	Edad, sexo, área geográfica, ascendencia étnica (2012)	Consumo de alcohol y Drogas, comportamiento alimentario, higiene, salud mental, actividad física, factores de protección, comportamientos sexuales que contribuyen a la infección del VIH, de otras ETS y embarazos no deseados, consumo de tabaco, violencia y daños no intencionados	Individuo	Población escolarizada en Educación Media (Ciclo Básico y 1º año de Bachillerato), entre los 12 y 16 años, de liceos públicos y privados de todo el país	NO

Recoge información sobre:	TIPO DE FUENTE (Encuesta \ Censo)	ESTRATIFICADORES SOCIALES (Sí \ No - Cuáles)	INFORMACIÓN SOBRE SALUD (Sí \ No - Cuál)	UNIDAD ESTADÍSTICA (Individuo - otra)	COBERTURA (Poblacional - Muestra representativa)	LINKAGE (Posibilidad de cruce con otras fuentes)
<b>DETERMINANTES INTER-MEDIOS</b>  <b>FUENTES DE INFORMACIÓN QUE RELEVAN DATOS SOBRE LOS DETERMINANTES COMPORTAMENTALES DE LA SALUD:</b> hábitos y estilos de vida (factores de riesgo), tabaco, alcohol, actividad física, dieta, etc.  <b>DETERMINANTES DEL SISTEMA DE SALUD:</b> 1) Cobertura de aseguramiento, prestaciones y servicios de salud 2) Accesibilidad a los servicios de salud 3) Utilización de los servicios de salud	Encuestas sobre consumo de drogas de estudiantes de enseñanza media (2003, 2006, 2007, 2009, 2011)	Sexo, edad, lugar de residencia	No	Individuo	Estudiantes de 2º Enseñanza Media Básica, 1º y 3º Enseñanza Media Superior	N/S
	Encuesta nacional de hogares sobre consumo de drogas (1998, 2001, 2006, 2011)	Sexo, edad, lugar de residencia, categoría ocupacional	Uso problemático de alcohol y	Individuo	Muestra representativa de las personas entre 15 y 65 años	N/S
	Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ) (2008)	Sexo, edad, ingresos, lugar de residencia y nivel educativo	Cobertura, acceso y utilización, salud mental, salud sexual y reproductiva, consumo de sustancias y hábitos alimenticios	Individuo	Muestra representativa de las personas entre 15 y 29 años, para país urbano	No

\* No se releva con la finalidad de habilitar el *record-linkage*.



### 3) Cruce de archivos

¿Existen en el país experiencias de cruce de archivos (*record-linkage*) a partir de un número identificativo personal u otra clave de identificación (individual o de área) presente en todos los registros, tanto administrativos como estadísticos, que permita la integración entre archivos provenientes de los registros civiles, de estadísticas vitales o de los censos poblacionales con otros archivos sanitarios?

Sí. Sistema de Información Integrada del Área Social (SIIAS) a través del documento de identidad.

Sus objetivos son:

- Generar un sistema integrado de información interinstitucional que vincule datos de los distintos organismos, tanto de sus programas sociales, su ejecución y sus respectivos beneficiarios. Se orienta a la consolidación de un registro único de personas, que deberá dar cuenta de los beneficios de los distintos programas sociales a los que estas acceden, permitiendo a su vez, identificar aquellos potenciales beneficiarios no integrados al sistema de protección social.
- Permitir a decisores, gestores e investigadores tener una visión integrada de la política social y su alcance, al mismo tiempo que posibilitar la elaboración y el desarrollo de un plan estratégico de políticas sociales de alcance global.
- Establecer los estándares necesarios para la articulación y coordinación de las diferentes instituciones que realizan políticas sociales integradas al sistema, desde la perspectiva de un intercambio sistemático y permanente de información.
- Modernizar los procesos informáticos de las diferentes dependencias para la entrada, modificación, análisis y evaluación de la información.
- Facilitar el acceso de la ciudadanía a la información pública.

Dispone de información de dos tipos:

- 1) De los *beneficiarios*. Son de dos tipos: a) de identificación básica (CI, nombre, fecha de nacimiento, sexo, dirección, etc.) y; b) permanentes y controlados (varían en función del programa que se trate, pero, como ejemplo, se pueden citar la información de la vivienda, de asistencia escolar, situación laboral, cobertura médica, etc.). La base del sistema son los registros administrativos individuales, dado que a partir de ellos será posible integrar las bases de datos que los distintos organismos sostienen para administrar sus propios programas.
- 2) De *programas sociales*. Por ejemplo: Asignaciones Familiares, Maestros Comunitarios, Programa Aduana.

En la primera edición del SIIAS, los sistemas de información articulados en el proyecto refieren en general, a programas y prestaciones dirigidas a la *infancia y la adolescencia*.

**Cuadro 1. Organismos y sistemas incluidos en el primer módulo del SIAS**

Organismo	Sistema
BPS	Asignaciones Familiares (AFAM)
MIDES	Programa Maestros Comunitarios (con ANEP-CEP) Programa Aulas Comunitarias (con ANEP-CES) Formación Profesional Básica (con ANEP-CETP) Programa de Impulso a la Universalización del Ciclo Básico (con ANEP-CES) Programa Puente
MSP	Sistema de Información Perinatal RUCAF Certificado de Nacido Vivo
ASSE	Padrón de usuarios de ASSE Módulo Aduana
INAU	Sistema de Información Para la Infancia (SIPI)

De acuerdo a la normativa vigente en materia de protección de datos sensibles y confidencialidad, el tratamiento de la información se realiza en dos niveles:

- *Agregado o estadístico.* En el que se procesará la información combinando variables de los distintos sistemas, básicamente a través de la construcción de indicadores. Los mismos podrán utilizar información de beneficiarios o de programas, no permitiendo la identificación individual de las personas.
- *Tratamiento individual o del hogar.* Aquí sí será posible la identificación de las personas, pudiendo conocer su vínculo con los distintos programas y prestaciones de los distintos organismos proveedores de información.

## Agradecimientos

El programa EUROsociAL agradece la colaboración de las personas que recolectaron la información solicitada en sus respectivos países. Los indicamos a continuación por la integridad de la información y para fines de posibles futuros contactos acerca del monitoreo de la equidad en salud.

País	Colombia
Nombre de la persona que compila el cuestionario	<p>Nota: cuestionario fue diligenciado por las siguientes personas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Martha Lucía Ospina Martínez, directora de Epidemiología y Demografía.</li> <li>2. Jose Ivo Montaña Caicedo, asesor Gestión de Conocimiento y Fuentes de Información, Dirección de Epidemiología y Demografía</li> <li>3. Claudia Milena Cuéllar Segura, coordinadora Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de Información, Dirección de Epidemiología y Demografía</li> <li>3. Ana Carolina Estupiñan Galindo, líder grupo Salidas de Información, Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de Información, Dirección de Epidemiología y Demografía</li> <li>4. Herney Alonso Rengifo Reina, líder grupo de Estudios, Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de Información, Dirección de Epidemiología y Demografía</li> <li>5. Patricia Delgado Rodríguez, asesora Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación OTIC</li> <li>6. Juan Carlos Rivillas, líder Observatorios y registros Nacionales. Dirección de Epidemiología y Demografía</li> </ol>
Cargo	Grupo Gestión del Conocimiento y Fuentes de información, Dirección de Epidemiología y Demografía
Institución	Ministerio de Salud y Protección Social MSPS
Fecha de compilación	27 de mayo de 2014 y actualizado en febrero 6 de 2015
Correo electrónico	<p>Martha Lucía Ospina Martínez: <a href="mailto:mospina@minsalud.gov.co">mospina@minsalud.gov.co</a>            Jose Ivo Montaña Caicedo: <a href="mailto:jmontano@minsalud.gov.co">jmontano@minsalud.gov.co</a>            Claudia Milena Cuéllar Segura: <a href="mailto:ccuellar@minsalud.gov.co">ccuellar@minsalud.gov.co</a>            Ana Carolina Estupiñan Galindo: <a href="mailto:aestupinan@minsalud.gov.co">aestupinan@minsalud.gov.co</a>            Herney Alonso Rengifo Reina: <a href="mailto:hrengifo@minsalud.gov.co">hrengifo@minsalud.gov.co</a>            Patricia Delgado Rodríguez: <a href="mailto:pdelgado@minsalud.gov.co">pdelgado@minsalud.gov.co</a>            Juan Carlos Rivillas: <a href="mailto:jrivillas@minsalud.gov.co">jrivillas@minsalud.gov.co</a></p>

País	Costa Rica
Nombre de la persona que compila el cuestionario	César Augusto Gamboa Peñaranda
Cargo	Director de Dirección Garantía Acceso Servicio de Salud
Institución	Ministerio de Salud
Fecha de compilación	Mayo 2014
Correo electrónico	<a href="mailto:cesargamboams@gmail.com">cesargamboams@gmail.com</a>

País	Chile
Nombre de la persona que compila el cuestionario	Marie Josette Iribarne Wiff
Cargo	Profesional de Departamento de Desarrollo Estratégico
Institución	Ministerio de Salud, Chile
Fecha de compilación	27 de julio 2014
Correo electrónico	<a href="mailto:jjiribarne@minsal.cl">jjiribarne@minsal.cl</a>

País	Ecuador
Nombre de la persona que compila el cuestionario	Víctor Flores P.
Cargo	Analista
Institución	Ministerio de Salud Pública
Fecha de compilación	14 de mayo 2014
Correo electrónico	<a href="mailto:victor.flores@msp.gob.ec">victor.flores@msp.gob.ec</a>

País	México
Nombre de la persona que compila el cuestionario	Sebastián García Saisó
Cargo	Director General de Calidad y Educación en Salud
Institución	Secretaría de Salud
Fecha de compilación	2 de julio de 2014
Correo electrónico	<a href="mailto:sebastian.garcia@salud.gob.mx">sebastian.garcia@salud.gob.mx</a>

País	Panamá
Nombre de la persona que compila el cuestionario	Jamileth Cortés
Cargo	Técnica de la Dirección de Planificación
Institución	Ministerio de Salud
Fecha de compilación	Junio 2014
Correo electrónico	<a href="mailto:jcortes@minsa.gob.pa">jcortes@minsa.gob.pa</a>

País	Paraguay
Nombre de la persona que compila el cuestionario	Luis Olmedo
Cargo	Director General
Institución	DIGIES/MSP y BS
Fecha de compilación	28 de mayo de 2014
Correo electrónico	<a href="mailto:lolmedo@gmail.com">lolmedo@gmail.com</a>

País	Perú
Nombre(s) de la(s) persona(s) que compila(n) el cuestionari	1. Walter Vigo Valdez 2. Yuleika Rodríguez Calviño 3. José Enrique Velásquez Hurtado
Cargo	1. Coordinador General 2. Coordinadora de Evaluación y Gestión de Evidencias 3. Consultor PARSALUD II
Institución	Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud
Fecha de compilación	19 de mayo de 2014, actualizado 19 de noviembre 2014.
Correo electrónico	<a href="mailto:yrodriguez@parsalud.gob.pe">yrodriguez@parsalud.gob.pe</a>

Nuestro agradecimiento especial a todas aquellas instituciones entrevistadas que han apoyado la realización de esta publicación, las cuales representaron una fuente invaluable de información; de manera particular, al Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD, II del Ministerio de Salud del Perú, representado por el Dr. Walter Vigo Valdez, coordinador general y su equipo conformado por la Dra. Yuleika Rodríguez Calviño y el Dr. Enrique Velásquez Hurtado, quienes amablemente compartieron información para la identificación de las fuentes disponibles para el desarrollo de sistemas de monitoreo de las desigualdades sociales en la salud.

País	Uruguay
Nombre de la persona que compila el cuestionario	1. Alejandra Toledo 2. Fabricio Méndez
Cargo	Analistas, Economía de la Salud, DIGESNIS-MSP
Institución	Ministerio de Salud Pública
Fecha de compilación	2 de junio de 2014
Correo electrónico	<a href="mailto:atoledo@msp.gub.uy">atoledo@msp.gub.uy</a> , <a href="mailto:fmendez@msp.gub.uy">fmendez@msp.gub.uy</a>

Consortio Liderado por



Socios Coordinadores



Participan más de 80 Socios Operativos y Entidades Colaboradoras de Europa y América Latina

**EUROsocial** es un programa de cooperación regional de la Unión Europea con América Latina para la promoción de la cohesión social, mediante el apoyo a políticas públicas nacionales, y el fortalecimiento de las instituciones que las llevan a cabo. EUROsocial pretende promover un diálogo euro-latinoamericano de políticas públicas en torno a la cohesión social. Su objetivo es contribuir a procesos de reforma e implementación en diez áreas clave de políticas, en ciertas temáticas, seleccionadas por su potencial impacto sobre la cohesión social. El instrumento del que se dota es el de la cooperación institucional o aprendizaje entre pares: el intercambio de experiencias y la asesoría técnica entre instituciones públicas de Europa y de América Latina.

