



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Consumo
Servicio de Estadísticas sanitarias
Unidad Estadística y Cartográfica

MEMORIA TÉCNICA DE LA ACTIVIDAD “Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones”

Sumario

MEMORIA TÉCNICA DE LA ACTIVIDAD “Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones”	1
0. IDENTIFICACIÓN.....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. ÁMBITO DE ESTUDIO	8
3. RECOGIDA O CAPTURA DE DATOS	10
4. FLUJO O PROCESO DE TRABAJO	11
5. PLAN DE DIFUSIÓN	12
6. CALIDAD	14





0. IDENTIFICACIÓN

- **Código y denominación de la actividad:** 04.02.13 Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones
- **Organismo responsable:** Consejería de Salud y Consumo.
- **Unidad ejecutora:** Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Área de Adicciones e Inclusión. Jefatura de Seguimiento de Programas y Gestión del Conocimiento.
- **Organismos colaboradores y convenio:** Convenio de colaboración entre el Ministerio de Justicia/Consejería de Justicia y la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía (actualmente pendiente de tramitación).



1. INTRODUCCIÓN

- **Objetivos:** Mejorar el conocimiento sobre el consumo problemático de sustancias en Andalucía y su impacto en la mortalidad y en la utilización de los servicios de la red pública de atención a las adicciones y las urgencias hospitalarias.
- **Marco conceptual:**

El Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, SIPASDA se compone por una parte de una aplicación informática vía web que registra la información relativa a la asistencia que reciben las personas usuarias con problemas de adicciones. Su diseño está orientado a facilitar la planificación, gestión y evaluación de los programas asistenciales del Plan Andaluz sobre Drogas. A partir de esta aplicación web se obtiene el Indicador Tratamiento, Urgencias y Mortalidad.

Indicador Tratamiento.- Se define como el número de admisiones a tratamiento en los centros ambulatorios por abuso o dependencia de las sustancias psicoactivas recogidas en la clasificación de sustancias adoptadas por el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) y de dependencias sin sustancia (juego patológico u otras adicciones comportamentales). Se trata, por tanto, de un indicador de prevalencia de la morbilidad asistida en Andalucía.

Este indicador nos ofrece información sobre las pautas de consumo de la población que inicia un tratamiento en la red asistencial de Andalucía, lo que permite definir perfiles de personas usuarias en función de su tipo de adicción, resultando muy útil para elaborar estrategias preventivas y de intervención aportando asimismo conocimientos sobre cambios en las pautas de consumo que indican futuras tendencias.

Se obtiene a través de la Ficha de Información Básica de Admisión a Tratamiento (FIBAT), que se rellena cuando un paciente es admitido a tratamiento en un centro ambulatorio. Tiene información sobre tres áreas:

- Variables socio-demográficas
- Aspectos relacionados con el inicio de tratamiento
- Adicción que motiva el tratamiento

Está compuesta por un total de 31 ítems. Un número de ítems es común en todos los centros de tratamiento ambulatorio que hay en Europa, han sido propuestos por el Centro de Monitorización Europeo sobre Drogas y Adicciones (EMCDDA). Otros han sido propuestos por la Comunidad Autónoma de Andalucía para ajustarse a la población y al consumo que se da en esta región y para adecuarse a los objetivos del III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (III PASDA).

Indicador de Urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.- Es el número de urgencias hospitalarias en personas de 15 a 54 años que han consumido sustancias psicoactivas de manera no médica.

Indicador de Mortalidad.- Se define como el número anual de muertes por reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas en personas de 10 a 64 años en un área



geográfica dada. La causa directa y fundamental de la muerte es una reacción adversa aguda a una sustancia psicoactiva, es decir, se trata de muertes inducidas o provocadas directamente por el consumo reciente de sustancias psicoactivas. Estas muertes son denominadas Muertes por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas o *Muertes RASUPSI*.

- **Marco jurídico:**

- Acuerdo de Gobierno de la Junta de Andalucía del 19 de abril de 2016 , por el que se aprueba el III PASDA.
- Decreto 209/2002, de 23 de julio, II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. 22 de agosto de 2002.
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 12/1989, de la Función Estadística Pública (B.O.E. de 11 de mayo de 1989).
- Ley 4/1989, de 12 de diciembre, de Estadística de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- Ley 9/2023 de 25 de septiembre, por la que se aprueba el Plan Estadístico y Cartográfico de Andalucía 2023-2029 y sus programas estadísticos y cartográficos de desarrollo.

- **Antecedentes:**

El Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones se puso en marcha en 1985. Para ello se creó el Comisionado para las Drogodependencias (actual Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental Y Adicciones) como órgano autonómico de coordinación y planificación, y los Centros Provinciales de Drogodependencias con la misión de desarrollar los Planes de Adicciones en el ámbito provincial.

Al Comisionado para las Drogodependencias se le encomienda la puesta en marcha de un Plan director que desarrolla las competencias de la administración autonómica, con un papel fundamental en la planificación, financiación, coordinación y ordenación funcional de las intervenciones y programas. El Plan desarrolla la gestión de los recursos y programas preventivos, asistenciales, de incorporación social y de apoyo al movimiento asociativo, que se realiza mediante convenios de colaboración con las Diputaciones Provinciales, a través de los Centros Provinciales de Drogodependencias, centros especializados en la atención a las drogodependencias, constituidos como eje operativo en el ámbito provincial.

En 1998, el Consejo de Gobierno Andaluz, a instancias de la Consejería de Asuntos Sociales, crea la Fundación Andaluza para la Atención a la Drogodependencia (FADA) (más tarde, Fundación Andaluza para la Atención a la Drogodependencia e Incorporación Social, y en la actualidad integrada en la Agencia Andaluza de Servicios Sociales y Dependencia), con el objetivo de mejorar la gestión de los centros de rehabilitación de drogodependientes en régimen de internado.



Por acuerdo de Gobierno de la Junta de Andalucía del 19 de abril de 2016 , se aprueba el III PASDA.

Andalucía cuenta con un sistema de información, que fue desarrollado y puesto en marcha por el Comisionado para las Drogodependencias en colaboración con el Plan Nacional sobre Drogas a finales de 1986. El primer antecedente del Sistema de Información en Andalucía lo encontramos en la puesta en funcionamiento del Indicador Tratamiento en 1987. En 2002 se incorpora a este registro de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia a sustancias psicoactivas, el tabaco, y en el año 2003 los tratamientos provocados por adicciones sin sustancia, concretamente el juego patológico. A partir de enero de 2003 se puso en marcha la aplicación web a través de la cual se permiten registrar la FIBAT y actualmente todas las fichas se encuentran informatizadas.

Los antecedentes sobre el Indicador de Urgencia datan de 1996, cuando dicho indicador comenzó a registrarse en Andalucía, coordinado por el Plan Nacional sobre Drogas, aunque entre los años 1998 y 2000 no se recogieron datos. A partir del año 2001 comenzó de nuevo su registro y, en esta ocasión, se ha mantenido de manera continuada a lo largo de estos años. Desde entonces se han introducido ciertas modificaciones en su definición y en el procedimiento del registro mismo.

Entre los años 1996 y 2003, se registraban exclusivamente las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. En el año 2003 esto cambió y se incluyeron los casos en los que se registraban todos los episodios de urgencias en los que se menciona el uso de sustancias psicoactivas (excepto en los que se menciona exclusivamente tabaco), independientemente de que esté relacionado o no con la urgencia. Esto da lugar a un giro en la interpretación del indicador. Así, no se registra sólo a las personas que tienen un problema de salud debido al consumo de sustancias psicoactivas, sino que además, pasa de ser un indicador del uso del servicio de urgencias en personas consumidoras habituales de sustancias psicoactivas.

Posteriormente se produjo otro cambio en la definición estableciéndose que deben registrarse las urgencias, en las que aparece un consumo no-médico de cualquier sustancia psicoactiva legal o ilegal, siempre que estén motivadas por la búsqueda de efectos psíquicos, la existencia de dependencia o un intento de suicidio. En Andalucía se lleva a cabo el registro en 6 hospitales andaluces.

En cuanto al Indicador Mortalidad, los primeros datos que se conocen en España sobre las muertes asociadas al consumo de opiáceos se centran en torno a los años 80. Debido a los elevados índices de mortalidad se optó por establecer un registro que pudiera certificar las muertes por reacción aguda a estas drogas. Dicho circuito consistía en obtener la información de los Institutos Anatómicos Forenses (IAF) junto con las instituciones encargadas de realizar análisis toxicológicos. De esta manera, se creó el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). En 1989 se recogieron retrospectivamente los datos de mortalidad correspondientes a los años 1983 a 1989 en seis grandes ciudades de varias comunidades autónomas (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Bilbao). A partir de 1990, y especialmente, a partir de 1991, se ha ido ampliando la cobertura de este indicador a otras muchas zonas del ámbito nacional. En Andalucía, la recogida del indicador de mortalidad se lleva a cabo en los 8 Institutos de Toxicología.

En cuanto a la actividad como estadística oficial, se incluyó en el Programa Estadístico de 1994, con el nombre de “Sistema Andaluz de Información sobre Drogodependencias”. En el Programa de 1998 pasó a denominarse “Estadística sobre drogodependencias en Andalucía”, en 2003 “Estadística sobre inicios



a tratamiento del Plan Andaluz de Drogas” y desde 2005 hasta 2015 adquirió el nombre de “Estadística sobre admisiones a tratamiento del Plan Andaluz sobre Drogas” ofreciendo datos desde el año 2001. A partir de 2016, esta actividad pasará a denominarse “Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones”.

- **Restricciones y alternativas:**

- *Restricciones externas:*

En el *Indicador de Urgencias* nos encontramos con varias limitaciones metodológicas:

Se desconoce si las semanas seleccionadas son representativas del indicador urgencias a lo largo de cada mes, pudiendo extraer conclusiones erróneas. Dado que la selección de las semanas se realiza desde el Plan Nacional, con el objetivo de obtener una muestra representativa a nivel de todo el Estado, no es posible realizar una selección diferente de las semanas.

No existe por el momento un sistema de información que registre de manera continua los episodios de urgencias por consumo no médico de sustancias psicoactivas en todos los servicios de urgencias hospitalarios de Andalucía.

Aún son seis los hospitales andaluces, por lo que los resultados no son representativos del total de la Comunidad Autónoma. Los sucesivos cambios en la definición del indicador provocan que no sea comparable con los de años anteriores. Estas modificaciones vienen definidas por el Plan Nacional sobre Drogas para todas las Comunidades Autónomas.

El *Indicador Mortalidad* también presenta varias limitaciones metodológicas: Imposibilidad de recoger información sobre algunas variables recogidas en la hoja de inscripción.

- *Alternativas:*

La alternativa para el registro de *Indicador Urgencias Hospitalarias* sería incorporar un check en la historia de urgencias para que el personal médico de urgencias, cliquee los episodios relacionado con consumo de sustancias con fines no médicos. De esa forma se podría obtener la información directa.

Sería necesario también ampliar los hospitales monitorizados y el registro realizarlo de forma continua, pero por la metodología de recogida de datos en estos momentos no es posible.

Con relación al *Indicador Mortalidad*, sería conveniente poder registrar los datos con mayor celeridad, pero para ello se necesita obtener los resultados de los análisis toxicológicos y anatomopatológicos en un tiempo menor.

- **Comparabilidad territorial:** La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas promueve y financia la obtención de información sobre los problemas relacionados con las drogas en base a diferentes indicadores de consumo problemático. La información de estos indicadores ayuda a diseñar y evaluar, sobre la base del conocimiento, intervenciones relacionadas con el consumo de drogas, y contribuir en último término a mejorar la salud de la población. El Ministerio de Sanidad informa anualmente, desde 1987, del número y las características de las personas que reciben asistencia sanitaria por consumo de drogas en Centros de Tratamiento Ambulatorios de las diferentes Comunidades Autónomas, de las urgencias hospitalarias por consumo agudo de sustancias psicoactivas



y de las muertes relacionadas con el consumo . Se gestiona como una colaboración interinstitucional en el que tienen un papel esencial las Comunidades y Ciudades Autónomas, así como las instituciones de las que procede la información.

Respecto al desarrollo de actividades similares en otros ámbitos territoriales, podemos decir que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI) elabora las actividades “Indicadores de Consumo de Sustancias Psicoactivas del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías: Admisiones a Tratamiento”, “Indicadores de Consumo de Sustancias Psicoactivas del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías: Mortalidad por reacción aguda”, “Indicadores de Consumo de Sustancias Psicoactivas del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías: Urgencias” y la “Encuesta sobre Alcohol y Drogas en Población General en España ”.

Y en cuanto a otras Comunidades Autónomas, la gran mayoría de ellas difunden datos desagregados para su territorio, como por ejemplo, la Consejería de Salud y Bienestar de Castilla-La Mancha a través de la actividad “Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones a Drogas (SEIPAD)”, las estadística “SISTEMA AUTONÓMICO VALENCIANO DE INFORMACIÓN SOBRE ADICCIONES (SAVIA)” que realiza la Consellería de Sanidad de la Comunitat Valenciana. La mayoría de las Comunidades (Castilla y León, Cataluña, Cantabria,...) realizan encuestas sobre consumo de drogas en los domicilios y en los centros escolares.idad produce información estadística de referencia para posibles actuaciones sanitarias y políticas en materia de Salud Sexual y Reproductiva.



2. ÁMBITO DE ESTUDIO

- **Objeto de estudio:**
 - *Indicador Tratamiento:* Admisiones de personas a tratamiento en un centro ambulatorio público o concertado, por consumo de alguna sustancia psicoactiva o por juego patológico.
 - *Indicador Urgencia:* episodios de urgencias en personas de 15 a 54 años que han consumido sustancias psicoactivas de manera no médica durante una semana de cada mes, según unos criterios específicos de inclusión y exclusión.
 - *Indicador de Mortalidad:* personas fallecidas entre los 10 y los 64 años, cuya causa de muerte es la reacción adversa aguda a sustancias psicoactivas según unos criterios específicos de inclusión y exclusión.
- **Resolución, escala o desagregación del objeto de estudio:** Desagregación territorial máxima alcanzada con la que se trabaja para los indicadores de tratamiento y urgencias (centro de atención, hospital). Para el indicador de mortalidad la desagregación es provincial.
- **Fenómenos o variables:**

Variables del *Indicador Tratamiento*

- Número de Admisiones a tratamiento.
- Variables sociodemográficas: Edad en el momento de la admisión, edad de inicio del consumo, tiempo desde el inicio del consumo y sexo de las personas usuarias.
- Información relacionada con la adicción que motiva el tratamiento: Tipo de adicción, Vía más habitual de administración de la droga principal.

Variables del *Indicador Urgencias*.-

- Episodios: se trata de las distintas intervenciones a las personas atendidas.
- Variables sociodemográficas: Edad, lugar de nacimiento y sexo.
- Resolución de la urgencia: Alta médica, Alta voluntaria, Ingreso hospitalario, derivación, defunción y resolución desconocida.
- Sustancia psicoactiva relacionada con la urgencia: alcohol, hipnosedantes, cocaína, cannabis, opiáceos, anfetaminas, alucinógenos y otras.
- Episodios de urgencias atendidos por consumo de alcohol exclusivamente.



Variables del *Indicador Mortalidad*.-

- Personas fallecidas.
- Variables sociodemográficas: Edad, lugar de nacimiento y sexo.
- Información clínica sobre las personas fallecidas, consumo de sustancias y suicidio.
- Tipos de sustancias y metabolitos detectados.



3. RECOGIDA O CAPTURA DE DATOS

- **Sujeto informante:** Consejería competente en materia de Salud y Consumo, como responsable de las fuentes.
- **Tipología de datos a suministrar:** Los datos primarios que se van a obtener son de personas físicas.
- **Periodicidad:** Anual
- **Método de obtención:**

Esta actividad estadística se realiza a partir de la explotación de información de fuentes y registros administrativos, concretamente de la fuente que se detalla a continuación:

Nombre oficial de las fuentes administrativas:

- Ficha de información básica de admisión a tratamiento (FIBAT)
- Ficha de registro del Indicador urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas
- Ficha de registro del Indicador mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas

Organismo responsable de la gestión de las fuentes:

Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Consejería competente en materia de Salud y Consumo

Departamento administrativo que gestiona las fuentes:

Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Área de Adicciones e Inclusión. Jefatura de Seguimiento de Programas y Gestión del Conocimiento.

Mecanismos que se han desarrollado para comprobar su fiabilidad:

La fiabilidad de las fuentes se basa en que los registros se realizan en formularios previamente establecidos, con sistemas de validación de errores, omisiones y duplicidades.

Circuito de información existente entre el gestor de la fuente administrativa y la unidad ejecutora de la actividad:

El gestor de la fuente y el organismo responsable de la actividad son coincidentes, por lo que se accede directamente a la misma.



4. FLUJO O PROCESO DE TRABAJO

- **Preparación y tratamiento base de la información:**

Una vez recogidos los datos correspondientes a cada Indicador, la Jefatura de Seguimiento de Programas y Gestión del Conocimiento de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía lleva a cabo el tratamiento y análisis de los datos y elabora los informes anuales correspondientes a cada indicador que se publican en la web de la Consejería competente en esta materia.

El Indicador de tratamiento tiene dos publicaciones en BADEA: Admisiones a tratamiento e Intervenciones psicoeducativas para las que se prepara la información de manera adecuada al formato previsto en la plataforma, se carga y se da el aprobado técnico. La publicación final se realiza en el Servicio de Estadísticas Sanitarias de la Consejería de Salud y Consumo.

- **Garantía del secreto estadístico y protección de datos personales.**

Para los tres indicadores recogidos, se aplica la normativa vigente reflejada en la Ley Orgánica de Protección de Datos. La anonimización de los registros y la desagregación máxima alcanzada en la difusión eliminan la posibilidad de identificación directa o indirecta de las personas.

- **Codificación, estándares, nomenclaturas y clasificaciones utilizadas:**

- Clasificaciones oficiales y clasificaciones diseñadas para la actividad en concreto. Para la Clasificación de Sustancias Psicoactivas se utiliza la Clasificación Internacional elaborada por el Grupo Pompideu. La Clasificación Diagnóstica del Indicador Urgencias es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Versión IV-Revisada (DSM IV-R).
- Exhaustividad de las clasificaciones: Sí, son clasificaciones exhaustiva. En el caso de las admisiones a tratamiento por adicciones comportamentales, no existe una clasificación internacionalmente reconocida, por lo que se ha procedido a asignar códigos específicos para cada una de ellas en el SIPASDA.
- Diseño de las clasificaciones: El DSM IV-R es elaborado por American Psychiatric Association (APA). La clasificación de sustancias psicoactivas la elaboró el grupo de trabajo de Observatorio Europeo para las Drogodependencias y Toxicomanías Pompideu.
- Soporte de las clasificaciones: electrónico y papel
- Acrónimos: DSM-IV-R, APA.

- **Mantenimiento, conservación y actualización:**

La información se almacena en el SIPASDA.



5. PLAN DE DIFUSIÓN

Producto 1: Consultas detalladas del Indicador de admisiones a tratamiento

- **Tipo de resultados y formatos:** Tablas y gráficos, descargables en archivos PDF, Excel, PC-Axis, CSV, Ods, JSON.
- **Periodicidad:** Anual.
- **Usuarios:** actualmente no se realizan encuestas de satisfacción y ni de la calidad percibida por los usuarios. Por lo que no se aplica al proceso de generación de la información el feedback del usuario.

Producto 2: Consultas detalladas sobre intervenciones psicoeducativas

- **Tipo de resultados y formatos:** Tablas y gráficos, descargables en archivos PDF, Excel, PC-Axis, CSV, Ods, JSON.
- **Periodicidad:** Anual.
- **Usuarios:** actualmente no se realizan encuestas de satisfacción y ni de la calidad percibida por los usuarios. Por lo que no se aplica al proceso de generación de la información el feedback del usuario.

Producto 3: Informe de admisiones y readmisiones a tratamiento

- **Tipo de resultados y formatos:** Informes, descargables en archivos PDF
- **Periodicidad:** Anual. El último publicado es de 2021
- **Usuarios:** actualmente no se realizan encuestas de satisfacción y ni de la calidad percibida por los usuarios. Por lo que no se aplica al proceso de generación de la información el feedback del usuario.

Producto 4: Informe de intervenciones psicoeducativas

- **Tipo de resultados y formatos:** Informes, descargables en archivos PDF
- **Periodicidad:** Anual. El último publicado es de 2021
- **Usuarios:** actualmente no se realizan encuestas de satisfacción y ni de la calidad percibida por los usuarios. Por lo que no se aplica al proceso de generación de la información el feedback del usuario.

Producto 5: Informe de Urgencias

- **Tipo de resultados y formatos:** Informes, descargables en archivos PDF
- **Periodicidad:** Anual. El último publicado es de 2021
- **Usuarios:** actualmente no se realizan encuestas de satisfacción y ni de la calidad percibida por los usuarios. Por lo que no se aplica al proceso de generación de la información el feedback del usuario.



Producto 6: Informe de mortalidad

- **Tipo de resultados y formatos:** Informes, descargables en archivos PDF
- **Periodicidad:** Anual. Irregular. El último publicado es de 2021
- **Usuarios:** actualmente no se realizan encuestas de satisfacción y ni de la calidad percibida por los usuarios. Por lo que no se aplica al proceso de generación de la información el feedback del usuario.



6. CALIDAD

• Respeto al productor de los datos:

Reproducibilidad del proceso:

Todos los pasos siguen una secuencia planificada y se encuentran estandarizados y documentados, por lo que son fácilmente reproducibles.

Oportunidad y puntualidad:

Oportunidad: El informe del Indicador Tratamiento se elabora siempre en el primer trimestre del año siguiente al analizado; la elaboración de los informes correspondientes a los Indicadores de Urgencias y Mortalidad depende del momento en que se recibe la totalidad de los datos.

Puntualidad: El informe de Indicador de Tratamiento se publica siempre en las fechas previstas. Los informes de Urgencias y Mortalidad tienen más variabilidad debido a las restricciones externas descritas.

• **Respeto a los procesos:** El SIPASDA contiene diferentes mecanismos internos automatizados, para garantizar la calidad de los datos introducidos (controles de rango, límite de fechas, preguntas llave, control de duplicidades). Periódicamente se realizan consultas específicas para comprobar la calidad de los datos registrados.

• Respeto a los resultados:

Los datos de los indicadores incluidos en la actividad estadística son definitivos cuando son publicados y no están sujetos a revisión.

◦ *Relevancia y utilidad:* la información sobre el indicador de tratamiento es relevante y de utilidad debido a que abarca la totalidad de la población objeto de estudio. El indicador mortalidad utiliza una población suficiente para extraer conclusiones por lo que resulta útil y relevante dada la importancia del fenómeno en estudio. Con relación al indicador de urgencia, la información no es suficiente pues no abarca a la totalidad de la población

◦ *Precisión y confiabilidad:* la información es precisa en cuanto que las variables diseñadas ofrecen la información real del fenómeno medido, y confiable en cuanto a que la información se genera a través de un proceso planificado y estandarizado.

◦ *Nivel de estandarización o conformidad:* los datos y metadatos han sido obtenidos aplicando los principios del “Código de Buenas Prácticas de las Estadísticas Europeas”.

◦ *Esquema de calidad:* no se sigue ningún estándar.