

INT-0317

DANE-COLOMBIA

SEMINARIO INTERNACIONAL DE CALIDAD ESTADISTICA

(1-3 de junio de 1994, Bogotá)

=====

LA CALIDAD DE LAS ESTADISTICAS VITALES EN AMERICA LATINA

Dirk Jaspers Faijer
CELADE

Santiago de Chile, mayo de 1994

CELADE - SISTEMA DOCPAL
DOCUMENTACION
SOBRE POBLACION EN
AMERICA LATINA

INDICE

- I. INTRODUCCION**
- II. CARACTERISTICAS DE LAS ESTADISTICAS VITALES EN AMERICA LATINA**
 - Cobertura de los registros
 - Cobertura del registro de defunciones
 - Cobertura del registro de nacimientos
 - Calidad de la información de las estadísticas vitales
 - Causas de muerte
 - Causas mal definidas
 - Certificación médica
- III. ALGUNAS ANOTACIONES FINALES**

Bibliografía

I. INTRODUCCION

Cada vez que las estadísticas vitales son abordadas en reuniones internacionales resalta un común denominador: la evaluación de su calidad y el consenso acerca de la necesidad de acelerar su mejoramiento.

Esta preocupación por la calidad de las estadísticas vitales es absolutamente comprensible si se considera que, en cuanto al registro de las defunciones, por ejemplo únicamente cinco de los veinte países latinoamericanos tienen una cobertura superior al 90%. Si, por otra parte, se analiza la calidad misma de la información disponible (por ejemplo, en cuanto a información sobre causas de muerte), esa preocupación se hace aún más patente.

A pesar de los muchos intentos para mejorar la calidad de los registros de hechos vitales, no se han observado mejoras en los últimos 30 años. Incluso más, es muy probable que la situación haya empeorado en los últimos años debido a las reformas económicas y estatales puestas en práctica en la región, que podrían haber afectado la continuidad de las estadísticas.

Por otra parte, el interés por contar con estadísticas oportunas y de buena calidad es creciente, debido a la necesidad de diseñar, focalizar y evaluar de manera informada las políticas y programas sociales, todo esto en un contexto de limitados recursos financieros y dentro de un marco de descentralización de la gestión pública.

Lo anterior viene a significar que, por falta de estadísticas oportunas y de buena calidad, muchos países deberán recurrir -tanto para el diseño de las políticas así como para la asignación de recursos- a indicadores "out-of-date", generalmente basados en datos censales o provenientes de encuestas, y a proyecciones. Es obvio que, de esta forma, el impacto de los programas no puede ser óptimo, y además se incurre el riesgo de pérdida de recursos ya de por sí limitados.

Sin embargo, y la experiencia lo ha mostrado, lograr una mejora en la cobertura y calidad¹ de las estadísticas vitales² no es una tarea simple, debido a los múltiples factores intervinientes. Los problemas de las estadísticas vitales se originan, principalmente de la operación de dos tipos de factores:

- los relacionados con la declaración, o no, de un fallecimiento o nacimiento por parte de los interesados (por ejemplo, padres y familiares); y,
- los relacionados con el propio sistema de registro.

Los primeros pueden considerarse como "ambientales", mientras que los segundos son de tipo administrativo-institucional.

Los factores de índole "ambiental" son un reflejo de las características que asume el desarrollo social y económico y de las condiciones culturales de un país; en otras palabras, mientras no existan razones o incentivos para declarar un nacimiento (por ejemplo, la percepción de asignaciones familiares, seguro médico, educación gratuita, etc.) o una defunción (por ejemplo, pensiones o seguros de vida, autorización de entierro), difícilmente se podrá conseguir que tales hechos se declaren únicamente para cumplir con un requisito legal. Existen excepciones en este sentido, ya que otros factores pueden influir en la decisión de inscribir un hecho vital, tales como, por ejemplo, los de tipo religioso. Adicionalmente, existen factores, relacionados con aspectos de carácter administrativo-institucional, que pueden influir, en forma negativa, en la decisión de inscribir un hecho. Por ejemplo, dificultades de acceso a los lugares de registro, el tiempo que se gastará en efectuar los trámites, así como sus eventuales costos. En este último caso habrá, por parte de los interesados, una evaluación de los costos de inscripción respecto a los posibles beneficios que de ese registro pudieran derivarse.

Por otra parte están los factores de tipo administrativo-institucional. Debe tenerse presente que las estadísticas vitales implican un sistema de gran envergadura dentro del aparato estatal, con cobertura nacional (que va desde el lugar donde se registra el hecho -sea en la municipalidad, notaría, hospital u otro lugar autorizado-, el envío o recolección de la información a niveles administrativos

¹ Aunque en el título de este documento se utiliza la expresión "calidad" en forma genérica, al interior de él se distingue entre cobertura y la calidad misma de la información registrada.

² El análisis de las estadísticas vitales se restringe en este documento al registro de nacimientos y defunciones.

superiores, hasta la centralización de toda la información a nivel nacional, incluido además el tiempo que va desde el procesamiento de la información hasta su publicación). Por lo cual existen muchas instancias donde pueden surgir errores.

Asimismo, dado que el sistema de las estadísticas vitales opera en forma conjunta con el registro civil, no existe una única instancia estatal responsable, sino que esa responsabilidad es compartida entre las oficinas pertinentes (generalmente entre la oficina encargada de la estadísticas y la oficina nacional del registro nacional, aunque en varios países también los ministerios de salud - como uno de los principales usuarios- tiene responsabilidades, por ejemplo, en el tema de causas de muerte).

De lo anterior se desprende que los problemas que se encuentran en las estadísticas pueden tener varias posibles fuentes de error. Mientras que los factores llamados "ambientales" afectan en forma directa la cobertura de los hechos, los factores de tipo administrativo-institucional pueden causar deficiencias tanto en la cobertura como en la calidad de información.

Las posibilidades de mejoramiento de las estadísticas vitales dependen de la situación de partida. Es decir, mientras mayores sean las deficiencias en la cobertura y calidad de la información más difícil será su mejoramiento a corto plazo, dado que los orígenes de los problemas (desarrollo social y económico, así como el funcionamiento del aparato estatal) son de carácter estructural. Sin embargo, se estima que países cuyos registros tienen cobertura de sus hechos vitales superiores al 80%, como por ejemplo Colombia, deban estar en condiciones de mejorar sus estadísticas en un plazo relativamente breve y a bajo costo (NNUU, 1991).

En las siguientes secciones se presentarán algunos de los tipos de errores que presentan las estadísticas vitales en América Latina, así como su intensidad. En particular se hará referencia a la cobertura de los registros de defunciones y nacimientos, así como a los problemas que surgen con las causas de muerte.

Finalmente se presentarán algunas reflexiones sobre las posibilidades y necesidades de mejorar la cobertura y la calidad de las estadísticas vitales.

II. CARACTERÍSTICAS DE LAS ESTADÍSTICAS VITALES EN AMÉRICA LATINA

Uno de los primeros problemas con que se encuentra un interesado en estudiar la mortalidad basándose en las estadísticas vitales encuentra es la falta de la disponibilidad y accesibilidad de información básica actualizada, ya que muy pocos países publican oportunamente sus estadísticas, y otros ni siquiera las publican (aunque puedan estar disponibles en la oficina de estadística, como el caso de Costa Rica) o lo hacen con mucho atraso. Por otra parte, es difícil encontrar información detallada necesaria para cualquier estudio de cierta profundidad. Así, por ejemplo, en los últimos anuarios de estadística de Colombia, no hay información sobre las defunciones según grupos quinquenales de edad, ni sobre nacimientos según edad de la madre. Tampoco hay una explicación sobre qué representan los números de nacimientos, es decir, si corresponden a los registrados en un año determinado o a los nacidos y registrados en ese año.

Incluso si se pudiera tener acceso a los microdatos, es muy posible encontrarse con sorpresas. Por ejemplo, guiados por el contenido de los formularios de registro pueden surgir temas de investigación de particular interés; sin embargo, al analizar la base de datos puede encontrarse que no todas las variables fueron transcritas a la base de datos.

En lo que sigue se analizará la cobertura de las estadísticas vitales en América Latina (limitándose a las estadísticas de nacimientos y defunciones) así como algunos indicadores de la calidad de la información, enfatizando los problemas del registro de defunciones, sobre el que se cuenta con mayores antecedentes (véase Jaspers Faijer y Orellana, 1991)

Cobertura de los registros.

La primera característica (y acaso la más importante) que debe ser abordada es la cobertura¹ de las estadísticas vitales. Tal como se señaló en la introducción, las fuentes de error de cobertura pueden ser varias y, de tal manera, aun cuando se haya inscrito en forma legal un nacimiento o una defunción, esto no implica necesariamente que el acontecimiento quede reflejado adecuadamente en las cifras que se publican finalmente.

Las estimaciones del subregistro de las estadísticas de nacimientos y defunciones que se presentan a continuación han sido obtenidas a través de la comparación de las cifras registradas con las estimaciones del número de nacimientos y defunciones implícitas en las estimaciones (y proyecciones) oficiales de población de cada país.

Cobertura del registro de defunciones

El grado de cobertura del sistema de estadísticas vitales, en lo que se refiere al registro de las defunciones, es muy variable en América Latina: hay países que registran casi todas sus muertes (y publican los resultados) y otros donde ni siquiera se conoce el número de defunciones registradas, o en los que solamente un 50% de ellas quedan inscritas.

Si se agrupan los países de acuerdo al criterio (subjetivo) que considera una cobertura superior al 90% como "buena", entre 80 y 89% de cobertura como "satisfactoria", "regular" cuando la cobertura es del 70 al 79% y como "deficiente" aquella inferior al 70%, se obtienen los resultados que se presentan en el Cuadro 1.

En el período 1980-1985, menos de la mitad de los países latinoamericanos contaban con estadísticas que pudieran ser calificadas como buenas o satisfactorias (con un subregistro inferior al 20%). Además, es notorio que entre 1960 y 1985 esta situación no cambió sustancialmente y que aún hay ocho países con subregistro superior al 30%.

Ningún país de la región ha logrado una mejoría notable en su cobertura durante tal período (véase el cuadro 2), excepto Venezuela, que entre 1960 y 1980 bajó el subregistro de un 25 a menos de un 10 por ciento, aun cuando en el siguiente quinquenio aumentó a un 13 por ciento. Un caso similar es el de Cuba, que cuenta con una muy buena tradición en el campo de las estadísticas. El elevado porcentaje de subregistro que presenta en el período 1960-1965 debería considerarse como una excepción, atribuible a que este período cubre también los años cercanos a la revolución de 1959 (Chackiel, 1987).

Cuadro 1
**AMERICA LATINA: CLASIFICACION DE LOS PAISES SEGUN GRADO DE COBERTURA DE LAS
 ESTADISTICAS DE DEFUNCIONES**

Clasificación	Cobertura									
	Total				Grandes grupos de edad, 1980-1985					
					0-14			15 y +		
	1960- 1965	1975- 1980	1980- 1985 ^{a/}	1987 ^{b/}	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Buena	3	7	5	3	3	3	2	8	10	7
Satisfactoria	5	3	4	2	2	3	3	4	1	4
Regular	4	2	4	2	5	4	5	2	4	3
Deficiente	7	8	5	-	7	7	7	3	2	3
Sin información	1	-	3	13	3	3	3	3	3	3

Notas:

^{a/} Según la base de datos de la OPS.

^{b/} La base de datos de la OPS para este año sólo contiene información para siete países. Estas estimaciones de la cobertura de las defunciones registradas son muy aproximadas, dado que las defunciones provienen de las proyecciones de población (lo que, para el período 1985-1990 significa, en la mayoría de los casos, una proyección de la mortalidad).

En el caso de Colombia se observó un deterioro importante entre 1960 y 1980, ya que pasó de un subregistro de 10% a 26%. Estimaciones más recientes indican un posible mejoramiento, situando el subregistro en un 20%.²

Lo dicho hasta ahora se refiere a totales nacionales y, por tanto, puede esconder varios problemas de mayor envergadura. Una primera aproximación para profundizar puede estar en el análisis de la cobertura según grandes **tramos de edades**. Así, al estudiar el subregistro en las defunciones adultas (15 años y más), se observa que es *muy inferior al promedio nacional* en todos los países, salvo Cuba. Esto implica que hay más países donde puede analizarse la mortalidad adulta con estadísticas de cierta confiabilidad (12 países presentan subregistros inferiores al 20% para la mortalidad adulta; véanse los cuadros 1 y 2).

Al mismo tiempo, queda en evidencia que las investigaciones sobre la mortalidad de menores de 15 años se ven mucho más limitadas, ya que existen únicamente tres países con menos del 10% de subregistro en los registros de defunciones correspondientes a este período. Además, cabe señalar que existe, aun en países con buenas estadísticas, la tendencia a que los niños nacidos vivos pero fallecidos en los primeros días no aparezcan en las estadísticas, por haber sido declarados como muertes fetales (Guzmán y Orellana, 1987). Este sesgo no afecta solamente la cobertura de las defunciones, sino también el registro de nacimientos.

En Colombia, por ejemplo, mientras que el subregistro en las defunciones menores de 5 años (según Pabón y Ruiz, 1986) en el período 1979-1981 alcanzaba un 33%, en los mayores de 5 años fue de apenas 17%. Cabe señalar además que dentro del grupo de menores de cinco se observó mejor cobertura en los menores de un año (69%) que en los de 1 a 4 años (61%), lo que pudiera explicarse por el hecho de que parte importante de la mortalidad infantil haya ocurrido en hospitales y haber redundado así en un mejor registro.

Cuadro 2

AMÉRICA LATINA: PORCENTAJE DE SUBREGISTROS DE DEFUNCIÓNES, CAUSAS MAL DEFINIDAS
Y TOTAL SIN INFORMACIÓN, 1960-1988

	Subregistro			Causas mal definidas					Total sin información		
	1960-1965a/	1975-1980b/	1980-1985d/	1965a/	1978a/	1980-1985d/	1987-1988	1960-1965	1978	1980-1985	
Argentina	5.8	2.1	4.1	12.4	4.3	3.2	---	17.5	6.3	7.2	
Bolivia	64.1	62.7	---	23.2	---	---	---	72.4	---	---	
Brasil	34.4	19.6	29.0	39.7	---	21.4	---	60.4	---	44.2	
Colombia c/	10.1	26.5	14.9	13.5	8.6	6.5	---	22.2	32.8	20.4	
Costa Rica c/	11.7	13.7	7.5	9.2	8.0	5.7	2.3	19.8	20.6	12.8	
Cuba	26.4	4.3	6.4	1.6	0.0	0.3	0.2	27.6	4.3	6.7	
Chile c/	3.7	6.3	1.5	7.7	10.8	8.7	8.1	11.1	16.4	10.1	
Ecuador	12.8	18.9	22.4	21.7	16.5	15.7	15.0	31.7	32.3	34.6	
El Salvador c/	28.3	31.4	34.0	34.4	28.5	21.5	---	53.0	51.0	48.2	
Guatemala	12.7	4.9	10.7	16.0	18.2	12.4	---	26.7	22.2	21.8	
Haití	---	79.5	---	---	---	---	---	---	---	---	
Honduras	49.8	51.0	48.5	41.0	34.0	36.2	---	70.4	67.7	67.1	
México	11.3	9.3	12.5	18.6	8.9	5.4	5.2	27.8	17.4	17.2	
Nicaragua	56.4	39.0	---	19.9	27.0	---	---	65.1	55.5	---	
Panamá	25.2	25.2	25.7	18.6	10.8	9.6	8.2	39.1	33.3	32.8	
Paraguay	58.5	31.1	43.2	25.8	19.4	21.6	---	69.2	44.5	55.5	
Perú	42.6	35.7	52.5	13.7	8.4	7.7	---	50.5	41.1	56.2	
Rep. Domin. c/	54.6	44.8	41.4	32.1	31.9	17.5	---	69.2	62.4	51.7	
Uruguay	6.0	2.9	3.5	6.7	6.9	7.9	6.2	12.3	9.6	11.1	
Venezuela	24.8	9.4	12.7	17.0	14.2	12.2	13.2	43.6	22.3	23.4	

a/ Chackiel, J., "La investigación sobre causas de muerte en América Latina", Notas de Población No. 44, CELADE (excepto los países indicados con c/).

b/ Información proveniente de anuarios de estadísticas vitales y del Demographic Yearbook (excepto los países indicados con c/).

c/ Información proveniente de los informes sobre proyecciones de cada país.

d/ Información proveniente de la base de datos de la OPS (Novena Revisión).

Por otra parte, aunque a niveles totales no se observan *grandes y sistemáticas diferencias por sexo* en el subregistro en América Latina, sí se observa una clara tendencia a un mejor registro de las muertes adultas masculinas que de las femeninas; Brasil es el caso extremo, donde se omite el registro de solamente un 6% de las defunciones masculinas y, en cambio, el subregistro asciende a un 26% en el caso de las femeninas (véase el cuadro 3). En Colombia también puede observarse este hecho, con un subregistro que llega casi al doble en las defunciones femeninas (véase cuadro 3).

Cabe señalar que en varios países se ha observado que este diferencial en la cobertura por sexo es más marcado en edades reproductivas jóvenes lo que, conjuntamente con una menor precisión de las causas de muerte en las mujeres en esas edades, hace sospechar un posible vínculo con la mortalidad materna, la cual, como se sabe, queda subregistrada en todos los países.

Otros problemas con el subregistro de las estadísticas se observan al analizarlas a niveles geográficos menores. Aún países con buena cobertura a nivel nacional, pueden tener divisiones administrativas, en particular aquellas de carácter rural, donde hay subregistro de importancia. Esto el caso por ejemplo de Argentina, donde ciertas provincias aisladas tienen coberturas inferiores al 70 % (INDEC, 1988). Parte de estas diferenciales puede explicarse por problemas de calidad de la información sobre lugar de residencia habitual del difunto, ya se que se sospecha que se declare como residencia habitual el lugar de ocurrencia (por ejemplo, el lugar de ubicación del hospital donde el fallecido recibió su última atención médica).

El "Estudio Nacional de Salud" (Pabón y Ruiz, 1986) muestra claramente los problemas de cobertura en Colombia a nivel de regiones y secciones, encontrando secciones con cobertura de 100% hasta inferiores al 40%. Este estudio encontró además que parte de los problemas de cobertura en 1981 se explicó por no haber grabado toda la información.

Cuadro 3

AMERICA LATINA: PORCENTAJE DE SUBREGISTRO, CAUSAS MAL DEFINIDAS Y TOTAL SIN INFORMACION, POR SEXO Y GRANDES GRUPOS DE EDADES, 1980-1985

	% de subregistro						% mal definidas						% sin información						
	0-14		15 y +		0-14		15 y +0-14		15 y +		0-14		15 y +		0-14		15 y +		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	
Argentina	14.4	16.3	15.0	2.4	3.5	2.6	6.5	6.6	6.5	2.7	2.5	2.6	20.0	21.8	20.5	5.0	5.9	5.1	
Bolivia	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Brasil	52.8	44.7	49.5	5.9	26.1	15.4	24.6	26.0	25.2	19.7	21.1	20.3	64.4	59.1	62.2	24.4	41.7	32.6	
Colombia	25.7	21.6	24.0	8.7	15.0	11.5	5.6	6.1	5.8	5.8	7.9	6.7	29.9	26.4	28.4	14.0	21.7	17.4	
Costa Rica	19.7	21.1	20.3	2.7	5.3	3.9	4.9	4.7	4.8	5.5	6.5	5.9	23.6	24.8	24.1	8.1	11.5	9.6	
Cuba	4.5	4.2	4.4	7.1	6.2	6.7	0.5	0.5	0.5	0.3	0.3	0.3	5.0	4.7	4.9	7.4	6.5	7.0	
Chile	5.7	5.1	5.4	-0.5	3.0	1.1	7.9	8.0	7.9	8.0	9.9	8.8	13.1	12.7	12.9	7.5	12.6	9.8	
Ecuador	37.2	31.8	34.8	11.5	18.2	14.6	11.4	12.6	12.0	16.2	21.3	18.5	44.4	40.4	42.6	25.8	35.6	30.4	
El Salvador	54.9	53.8	54.4	21.1	11.8	18.0	11.6	12.9	12.2	19.3	36.2	25.3	60.1	59.8	60.0	36.3	43.7	38.7	
Guatemala	13.7	13.2	13.5	0.4	17.2	7.7	11.2	11.4	11.3	11.3	16.9	13.5	23.4	23.1	23.3	11.7	31.2	20.2	
Haití	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Honduras	63.5	62.7	63.1	28.4	35.0	31.4	32.7	33.1	32.9	34.7	44.3	38.9	75.4	75.0	75.2	53.2	63.8	58.1	
México	28.7	28.0	28.4	3.6	4.9	4.2	5.0	5.5	5.2	4.8	6.4	5.5	32.3	32.0	32.1	8.2	11.0	9.5	
Nicaragua	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Panamá	29.6	29.2	29.4	22.5	27.3	24.6	11.3	11.6	11.5	8.4	9.5	8.9	37.6	37.4	37.5	29.0	34.2	31.3	
Paraguay	57.1	56.0	56.6	36.9	30.9	34.1	20.3	20.7	20.5	19.9	23.9	21.9	65.8	65.1	65.5	49.5	47.4	48.5	
Perú	58.7	57.3	58.0	48.3	45.1	46.8	5.7	5.7	5.7	7.2	8.9	8.1	61.1	59.7	60.4	52.0	50.0	51.1	
Rep. Domin.	55.9	56.2	56.0	29.4	29.4	29.4	11.5	11.8	11.7	21.8	26.3	23.8	61.0	61.4	61.1	44.8	48.0	46.2	
Uruguay	7.0	10.7	8.6	1.0	5.5	3.1	8.9	9.5	9.1	7.7	6.1	7.0	15.3	19.2	16.9	8.6	11.3	9.9	
Venezuela	24.8	21.2	23.3	8.4	7.5	8.0	11.9	12.9	12.3	11.1	13.4	12.1	33.7	31.4	32.7	18.6	19.9	19.1	

Fuente: Cálculos elaborados con información disponible en la base de datos de la OPS (Novena Revisión).

Cobertura del registro de nacimientos

Un análisis similar para las estadísticas de nacimientos es una labor más compleja, debido a las diferentes formas en que los países publican esta información. Algunos publican los nacimientos que han sido registrados en un año determinado y por tanto incluyen las inscripciones tardías (o sea, nacidos en años anteriores), otros presentan únicamente los registrados y ocurridos en el año, no considerando así los que fueron inscritos tardíamente. Finalmente, unos pocos países publican también los nacimientos ocurridos realmente en un año determinado (y registrados en un intervalo superior a los 15 meses, que es el que generalmente se considera). En este sentido, cualquier comparación podría conducir a interpretaciones erróneas.

De todas maneras cabe señalar que la cobertura del registro de nacimientos es superior al de defunciones. Sin embargo, si sólo se consideran los nacimientos ocurridos y registrados en el mismo año (incluyendo generalmente los inscritos en los primeros tres meses del año siguiente), la cobertura puede ser inferior, debido a la inscripción tardía. Este es el caso, por ejemplo, de Chile en la década de los ochenta, donde se estima que el porcentaje de inscripción tardía es cercano al 10% (considerando las inscripciones hasta 7 años después del de nacimiento) (Pérez, 1990).

Lo anterior se refleja en las estimaciones de subregistro, correspondientes a 1975-1980, o sea hace unos 15 años, que se presentan en el cuadro 4 (proveniente de OPS, *Las condiciones de salud en las Américas*, 1990).

La situación de Colombia se inscribe dentro de este marco. Los números de nacimientos registrados y publicados (nota: la última cifra encontrada corresponde al año 1987) en los anuarios no explicitan cuáles nacimientos se consideran. De esta manera, es difícil de emitir un juicio sobre la diferencia en el porcentaje de subregistro calculado para los quinquenios 1975-80 y 1980-85, 16% y 0%, respectivamente (DANE, *Proyecciones nacionales de población, 1950-2025*). Es difícil suponer que en ese último quinquenio no hubo subregistro en los nacimientos y, por tanto, cabe pensar que las estadísticas publicadas se refieren a los nacimientos registrados sin considerar el año de ocurrencia.

CUADRO 4			
Nacimientos registrados y estimados según característica del registro en países seleccionados, 1975-1980.			
Características del registro y países	Nacimientos (miles)		% de Discrepancia
	Registrados	Estimados	
Nacimientos registrados en un año sin considerar año de ocurrencia			
Brasil	2.485	3.671	32,4
Cuba	163	162	0,0
Honduras	146	148	1,3
Jamaica	59	59	0,0
México	2.343	2.279	-2,8
Nicaragua	110	118	6,5
Perú	557	617	9,7
República Dominicana	177	187	5,3
Uruguay	57	58	1,2
Venezuela	471	476	1,1
Nacimientos ocurridos y registrados en el año			
Argentina	666	677	1,6
Bolivia	140	235	40,4
Canadá	361	379	4,7
Costa Rica	63	67	6,0
Chile	225	255	11,8
Ecuador	227	290	21,7
El Salvador	171	178	4,0
Estados Unidos de América	3.340	3.621	8,0
Panamá	53	56	4,8
Trinidad y Tobago	28	28	0,0

CELADE - SISTEMA DOCPAL
DOCUMENTACION
SOBRE POBLACION EN
AMERICA LATINA

Calidad de la información de las estadísticas vitales

Además de los problemas con la cobertura, que pueden tener varios orígenes, la calidad de la información recolectada también está sujeta a diferentes sesgos. Ya hemos comentado, al pasar, algunos de ellos, tal como el hecho que el lugar de residencia del difunto (o de la madre de un recién nacido) no siempre queda bien registrado (al cambiarlo, por ejemplo, por lugar de ocurrencia). Otras variables que muestran con frecuencia deficiencias son, entre otras: actividad económica (del difunto o de los padres en caso de un nacimiento), nivel de instrucción, edad (en particular cuando se pregunta tanto por año de nacimiento como por años cumplidos, o por la edad de los fallecidos en el primer año de vida cuando se requiere información sobre el número de días, semanas o meses vividos), estado civil, etc. (véase, por ejemplo, R.Alvarado, 1991).

A su vez, las fuentes de error pueden ser varias (partiendo por la información suministrada por el informante), pero también se aprecian con frecuencia errores de procesamiento (codificación, transcripción y tabulación). Se sospecha que parte de los errores originados en el momento del registro, se debe a una mala preparación por parte del responsable del llenado, quien considera que sólo está cumpliendo una función meramente administrativa.

Muchos de los errores mencionados en el párrafo anterior no salen a la luz con frecuencia, dado que no se hacen las evaluaciones necesarias y por otra parte, no todas estas variables se utilizan para la publicación de los resultados. Sin embargo, hay un dato que sí es de preocupación general: la causa básica de muerte en el registro de defunciones.

Este es un dato de suma importancia dado que generalmente constituye la fuente para obtener mayor información sobre la morbilidad de la población y la transición epidemiológica que, a su vez, es un insumo esencial para la formulación de programas y políticas de salud.

Causas de muerte

Dadas sus características especiales, el tema de las causas de muerte casi puede considerarse como un tópico separado. La calidad de la información depende, en primera instancia, de la competencia de la persona que llene esta parte del formulario; generalmente lo hace un médico, pero también hay muchos casos en que el formulario es llenado por otro funcionario. Si bien es cierto que es el médico el llamado a cumplir este trámite, muchas veces delega tal función en un subalterno con menor capacitación. Esta situación ha podido ser comprobada en varios países (véase, por ejemplo, Alvarado, 1991). Incluso se dan casos en los que el médico cumple con esta función como un mero trámite administrativo utilizando además una letra de difícil legibilidad.

Por otra parte, el proceso de codificación de las causas suele dar lugar a equívocos, ya que dada la existencia de un gran número de enfermedades (de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades), esta etapa requiere la concurrencia de personal capacitado para tal fin. Así, existen algunos estudios de evaluación de calidad de la información sobre causas de muerte que muestran serios problemas en el llenado y en el proceso de codificación. Por ejemplo, Puffer y Wynne (1968) en una de sus conclusiones indicaban que sólo el 67 por ciento de las causas de muertes de adultos urbanos en varios países de América Latina en la década de los sesenta, estaban correctamente clasificadas. En el caso de Colombia, Pabón y Ruiz mostraron claramente en su estudio (Pabón y Ruiz, 1986) los problemas con las causas de muerte en las estadísticas correspondientes a 1981, al establecer, por ejemplo, que en un 31% de los formularios que recogieron información sobre causa de muerte hubo errores de codificación.

Por otra parte, suelen surgir problemas de codificación de las causas de muerte, después de la introducción de una nueva revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, algo que debe tenerse presente en los próximos años al tener disponible ahora la décima Revisión.

Para indagar en forma general sobre la calidad de la información sobre causas de muerte, suelen usarse dos indicadores: el porcentaje de causas mal definidas y el porcentaje de defunciones registrado con certificación médica.

Causas mal definidas

Además de los problemas mencionados arriba, debe recordarse que la precisión de la información sobre las causas de muerte depende, en gran parte, de si los fallecidos han podido o no contar con asistencia médica antes de su muerte. Por lo tanto, el grado de buena definición de las causas es también una medida indirecta y aproximada del nivel de disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud pública y es un factor de peso en la "mala definición".

El grado de conocimiento de las respectivas causas básicas del total de las defunciones registradas es, al igual que el subregistro, bastante variable de un país a otro (véase cuadro 2). En todo caso, la variabilidad es de menor grado que la cobertura del registro, lo que podría explicarse por el hecho de que gran parte de los fallecidos que se registran viven en zonas urbanas y pertenecen a los estratos socioeconómicos más favorecidos, y que, por consiguiente, tuvieron la posibilidad de contar con asistencia médica en el período previo a su muerte.

Si bien en el caso de los porcentajes de subregistro se indicó que la situación general no había cambiado mayormente desde 1960, en el caso de las causas de muerte mal definidas podemos ser algo más positivos. Entre 1960 y 1985 se observaron mejoras sustanciales en la gran mayoría de países, que disminuyeron el porcentaje de causas de muerte mal definidas en forma notable (véase el cuadro 2).

Aunque anteriormente se comentó que las defunciones adultas fueron notoriamente mejor registradas que las correspondientes al grupo 0-14 años, en el caso de las causas de muerte mal definidas no se observa un patrón generalizado. Las diferencias en los porcentajes de causas mal definidas según los diversos grupos de edades son generalmente pequeñas, con una tendencia generalizada a un leve aumento con la edad, para alcanzar valores máximos en el grupo abierto final de 80 y más años.

Por otra parte, en la gran mayoría de los países, las causas de las defunciones masculinas quedan mejor registradas que las causas de las femeninas.

Las mayores diferencias entre los sexos se dan principalmente en las edades reproductivas, en tanto que en las edades avanzadas las diferencias son mínimas. Parte de esta diferencia podría tener su explicación en la relativamente importante incidencia de las muertes por "accidente" —que es una

causa fácilmente identificable— entre la población masculina. Sin embargo, si consideramos además el significativo subregistro de la mortalidad femenina en este grupo de edades en varios países de la región, surge de inmediato, tal como ya se comentó anteriormente, un vínculo entre ese comportamiento y la mortalidad materna, cuyo subregistro es de sobra conocido; allí podría estar una posible explicación de la diferencia observada entre sexos. En todo caso, cabe hacer presente la necesidad de análisis de mayor profundidad sobre el tema.

Finalmente, si recordamos que varios países, además de no contar siempre con información correcta sobre la causa de muerte de las defunciones registradas, muestran deficiencias en la cobertura del registro, queda claro que los estudios sobre causas de muerte son muy limitados, puesto que solamente cuentan con la información necesaria de una parte de las personas fallecidas (véase las columnas "sin información" en cuadro 2). Por ejemplo, en el caso de Colombia para el año 1978, no se sabía la causa de muerte de una de cada tres personas fallecidas (siendo el resultado de un subregistro de 26.5% y del 8.6% de causas mal definidas).

Asimismo, cabe señalar que, dado el mayor subregistro en los menores de 15 años, los estudios sobre causas de muerte de la población adulta pueden contar con información más completa (más aún para la población adulta masculina, que tiene mejor cobertura y menor porcentaje de causas mal definidas, véase cuadro 3). Este último hecho ha permitido llevar a cabo estudios sobre causas de muerte, con todas las reservas del caso (Ruiz y Rincón, 1991).

Certificación médica

El porcentaje de causas mal definidas, puede considerarse como un primer indicador sobre la calidad de la información. Sin embargo, para tener una manifestación más directa de la calidad de la información, cabe también examinar la proporción de las causas de muerte certificadas por un médico, pues debe suponerse que en estos casos el diagnóstico de la enfermedad que produjo la muerte será más certero, aún considerando los comentarios expuestos anteriormente.

En el cuadro 5 se presentan los porcentajes de las defunciones registradas con certificación médica de algunos años seleccionados. Cabe señalar, en primera instancia, que esa información es muy escasa en muchos países de la región. De todas maneras, puede observarse nuevamente gran

heterogeneidad, pues se registran valores extremos que van de 100 a 38 por ciento en los años más recientes. Asimismo se puede comprobar que los países de menor mortalidad y de menor subregistro son los que tienen los mejores índices. A semejanza de lo señalado respecto a las causas mal definidas, también en este caso existe una tendencia a mejorar la calidad de la información con el transcurso del tiempo.

Efectuar un análisis de este indicador por tramos de edades es, por falta de información para la gran mayoría de los países, una labor necesariamente muy limitada. La única información disponible se refiere a Colombia, Costa Rica, Chile (Castillo y Mardones, 1986a y 1986b) y Panamá. En los países de mayor mortalidad y subregistro (Colombia y Panamá) se observó un porcentaje más elevado de certificación médica en las defunciones adultas, en ambos casos con niveles superiores al 80% (en el grupo 0-14 años este porcentaje es inferior al 75%). En Chile y Costa Rica no se observan diferencias tan claras pero, en todo caso, van en la misma dirección. Finalmente, como ya se señaló anteriormente en relación a las causas mal definidas, el porcentaje sin certificación médica es también en este caso más elevado en el grupo abierto, por lo menos en estos cuatro países.

La falta de información sobre certificación médica en muchos países hace interesante el análisis de la relación entre el porcentaje de causas de muerte mal definidas y el de sin certificación médica, ya que con dicho análisis se conocería con mayor exactitud "la capacidad" del porcentaje de causas mal definidas, para ser empleado como indicador de la calidad de la información. Al analizar los porcentajes de causas mal definidas y los sin certificación médica por grupos de edades de algunos países, así como a niveles subnacionales, se confirma la estrecha relación existente entre ambos indicadores; en general, se cumple la regla de que a un menor porcentaje de causas mal definidas corresponde un mayor porcentaje de certificación médica.

Cuadro 5

AMERICA LATINA: PORCENTAJE DE CERTIFICACION MEDICA PARA ALGUNOS PAISES,
1960, 1985

País	Años					Ultimo año disponible
	1960	1970	1975	1980	1985	
ARGENTINA	-	-	-	98.9	-	99.3 (82)
COLOMBIA	47.5	65.7	72.1	80.9	83.6	88.6 (88)
COSTA RICA	48.5	56.7	61.0	62.2	74.7(*)	76.0 (88)(*)
CUBA	-	-	-	100.0	-	100.0 (83)
CHILE	72.1	72.6	83.4	89.6	91.0	93.6 (88)
REP. DOMINICANA	48.6	48.6	36.8	-	-	38.9 (76)
ECUADOR	34.1	43.6	49.6	64.5	76.4	77.1 (87)
EL SALVADOR	-	35.7	37.1	51.3	46.5	46.5 (84)
GUATEMALA	-	21.8	-	37.9	-	37.9 (80)
MEXICO	-	75.8	78.5	87.0	-	87.9 (81)
PANAMA	46.9	-	69.3	77.5	81.1	83.3 (88)
PARAGUAY	-	-	36.2	-	-	36.2 (74)
PERU	44.2	-	-	-	-	66.6 (78)
URUGUAY	-	99.7	-	-	-	99.8 (78)
VENEZUELA	-	79.4	-	-	-	83.1 (77)

(*) Porcentajes que corresponden a "con asistencia médica"; los porcentajes "con certificación médica" debieran ser 94.0 y 96.5, respectivamente.

Nota: Los porcentajes para cada país responden a la información disponible; en algunos casos se tomó directamente el año a que se refiere el cuadro (o alrededor de este), y en otros un promedio de dos a tres años alrededor del presentado en el cuadro.

Fuente: Anuarios de estadísticas vitales o anuarios estadísticos correspondientes.

III. ALGUNAS ANOTACIONES FINALES

Tal como se mostró en las secciones anteriores, las estadísticas vitales muestran una variada gama de problemas en América Latina, tanto en cuanto a la cobertura como en la calidad de la información.

Por otra parte, también se señaló la importancia de las estadísticas vitales para el diseño, seguimiento y evaluación de los programas y políticas de desarrollo, así como la necesidad y posibilidades del mejoramiento de las estadísticas.

En particular, aquellos países que ya tienen una cobertura relativamente elevada, tal como es el caso de Colombia, están en condiciones de mejorar sus estadísticas con medidas sencillas y de bajo costo. Por ejemplo, solamente algunos esfuerzos para lograr una presentación de las estadísticas más adecuada, más oportuna y de fácil acceso, conducirían a un mayor uso de ellas y, finalmente, a mayores exigencias en su calidad. Por otra parte, los funcionarios vinculados con la recolección y procesamiento de la información se verán estimulados, al ver que su trabajo tiene utilidad práctica y que es algo más significativo que una mera rutina administrativa.

Una de las preocupaciones principales de los organismos encargados del registro civil y las estadísticas vitales debe estar en asegurar que cada nacimiento y defunción registrado quede incorporado en las publicaciones finales. Es más, considerando que en varios países la exigencia de documentos legales (de nacimiento y de defunción) está creciendo, se estima que el registro de los hechos ha ido en aumento, pero que las estadísticas aún no lo reflejan debido a los problemas de tipo administrativo-institucional.

En el intertanto, se requiere, tal como señalaron Pabón y Ruiz (1986) -que detectaron entre otros problemas que no se había grabado toda la información disponible- una mejor supervisión y control de calidad en las diferentes fases de recolección y procesamiento del dato.

La evaluación y el mejoramiento de los sistemas de las estadísticas vitales en los años próximos parece tener oportunidad también por otras razones. Por una parte, muchas oficinas de estadísticas están en proceso de descentralización de sus actividades hacia divisiones administrativas menores, lo que implica la necesidad de reflexionar sobre su estructura y funcionamiento institucional, dentro de

lo cual se debe considerar necesariamente lo referente a las estadísticas vitales. Además, y dentro del contexto del proceso general de reestructuración del aparato estatal en varios países de la región, las oficinas públicas están obligadas a incrementar su eficiencia, que ya por sí sola requiere una evaluación detallada de su funcionamiento actual. Respecto a este último punto, ha de cuidarse que no ocurra lo inverso, ya que hay indicios que en algunos países se ha deteriorado la cobertura y calidad de las estadísticas vitales.

Por otra parte, estamos alcanzando una época que a veces se ha calificado como de "revolución tecnológica", la cual está ofreciendo muchas posibilidades para superar una gran cantidad de los problemas administrativo-institucionales que afectan actualmente a las estadísticas vitales, y contribuiría también a mejorar la eficiencia de los trabajos, así como promover un mejor uso de las estadísticas. Aunque esto no debe llevar al descuido del control de calidad de la información.

Notas

1 Cabe señalar que en el tema de las estadísticas vitales tradicionalmente suele hablarse de cabalidad y alcance en lugar de cobertura -término utilizado prioritariamente al referirse a censos de población. Entonces, lo convencional es entender por cabalidad la medida en que se da cuenta de los nacimientos y defunciones, en los lugares donde se aplica el sistema de inscripción. En cambio, alcance se refiere a la medida en que el sistema de inscripción se aplica a toda la población. Dado que las estadísticas, generalmente no especifican el alcance de sus registros, se prefiere utilizar aquí el término cobertura, aunque en la práctica también podría emplearse cabalidad, ya que en teoría el registro civil se aplica a toda la población. Por otra parte, para indicar la importancia de la falta de registro, se utilizará la expresión subregistro.

2 Según el cuadro, el subregistro en Colombia habría bajado de un 27 a un 15% entre 1975 y 1985. Sin embargo, este resultado se debe a que en la base de datos de la OPS solamente se cuenta con información para los años 1981, 1984 y 1985.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

Alvarado, Ricardo (1991), "Hacia una evaluación sistemática y mejoramiento permanente de la calidad de las estadísticas sobre hechos vitales", documento presentado al Taller latinoamericano sobre estrategias para acelerar el mejoramiento de los sistemas de registro civil y estadísticas vitales, 2-6 de diciembre de 1991, Buenos Aires, Argentina.

Castillo, Berta y G. Mardones (1986a), "Defunciones por causas mal definidas en los servicios de salud en Chile", *Revista Médica de Chile*, vol. 114, No. 4, abril 1986, Santiago, Chile.

----- (1986b), "Certificación médica en los servicios de salud de Chile", *Revista Médica de Chile*, vol. 114, no. 7, Santiago, Chile.

CELADE (1990), *REDATAM Informa*, vol. N° 2, Serie OI, N°54, Santiago, Chile.

Chackiel, Juan (1987), "La investigación sobre causas de muerte en la América Latina", *Notas de Población*, CELADE No. 44, agosto 1987, Santiago, Chile.

Díaz, Erwin (1987), *Causas de muerte en Guatemala, 1960-1979*, CELADE, Serie OI, N°1001, noviembre 1987, San José, Costa Rica.

García, Víctor (1990), *Mortalidad y características socio-económicas de la tercera edad*, CELADE, UCR, DGEC. Serie OI, No. 1004, enero 1990, San José, Costa Rica.

Guzmán, J.M. y Orellana, H. (1987), "Mortalidad infantil, neonatal y postneonatal en algunos países de América Latina", *Notas de Población*, CELADE.

INDEC (1988), "Tablas de mortalidad 1980-1981, total y jurisdicciones", *Estudios INDEC*, N°10, Buenos Aires.

Jaspers Faijer, D. y H. Orellana (1991), "Evaluación de las estadísticas vitales para estudios de causas de muerte en América Latina", documento presentado al Seminario sobre causas de muerte y prevención de la mortalidad en los países en desarrollo, CELADE/IUSSP/OPS, Santiago de Chile, 7-11 de octubre de 1991.

Muñoz, Claudia y F. Zuluaga (1991), "Informe sobre el estado actual de los sistemas de estadísticas vitales y de registro civil de Colombia", documento presentado al Taller latinoamericano sobre estrategias para acelerar el mejoramiento de los sistemas de registro civil y estadísticas vitales, 2-6 de diciembre de 1991, Buenos Aires, Argentina.

OMS (1978), "Manual de clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción", vol.I, Publicación Científica N°353, Washington.

OPS (1990), "Las condiciones de salud en las Américas". Volumen I, Publicación Científica, N°524, edición 1990, Washington.

Orellana, Hernán y G. Villalón (1990), "Compatibilización de las revisiones séptima, octava y novena de la clasificación internacional de enfermedades. Aplicación a Chile, 1960-1985". INE-CELADE, Serie OI, N°43, Fascículo F/CHI.8, Santiago, Chile.

Pabón, Aurelio y M. Ruiz (1986) *La mortalidad en Colombia*, Volumen V: Niveles ajustados de mortalidad por secciones del país 1973-1985, y análisis de causas por sexo y edad 1979-1981, Instituto Nacional de Salud, Bogotá.

Pérez, Juan Carlos (1990), "Chile: Estimación de la oportunidad de inscripción de los nacimientos, 1955-1988", Instituto Nacional de Estadísticas de Chile y CELADE.

Puffer, Ruth y G. G. Wynne (1968), "Características de la mortalidad urbana", *Informe de la Investigación Interamericana de la Mortalidad en la Niñez*, Publicación Científica no. 151, OPS/OMS, Washington D.C.

Puffer, Ruth y C. Serrano (1973), "Características de la mortalidad en la niñez", *Informe de la Investigación Interamericana de la Mortalidad en la Niñez*, Publicación Científica no. 262, OPS/OMS, Washington D.C.

Ruiz, Magda y M. Rincón (1991), *Accidentes y muertes violentas en Colombia. Un estudio sobre las características y las consecuencias demográficas. 1965-1988*, Instituto Nacional de Salud/CELADE, San José, Costa Rica.

Vallin, Jacques (1988), *Seminario sobre causas de muerte*. INED-CELADE, Serie E, N°31, abril 1988, Santiago, Chile.