

¿Qué debemos mejorar en el registro de las estadísticas vitales?

Victoria Mazzeo¹

El sistema de registro civil constituye la fuente básica de información para recopilar las estadísticas vitales en forma continua, de allí que sea esencial pensar en la relación que existe entre la función de registrar y la función estadística. Cada vez que ocurre un hecho vital, sea éste matrimonio, nacimiento o defunción, se inscribe en el registro civil con el fin de asentarlos legalmente. Además de este objetivo legal, por cada hecho vital se completa un informe estadístico cuyos datos son el insumo para la producción de las estadísticas vitales. Es decir, que si bien una parte de la información recogida se utiliza con fines jurídicos y como probatoria de la inscripción,² otra sirve para atender las necesidades de los programas demográficos, sociales y económicos.³

Es sabido que para que un sistema de registro proporcione datos adecuados a las necesidades, debe contar con procedimientos que aseguren la uniformidad de la inscripción de cada hecho vital y la posibilidad de disponer de respuestas completas y confiables a las preguntas del formulario estadístico. Pero, por otro lado, la recolección de los datos depende del proceso de comunicación, en el que intervienen los miembros de la población, quienes los proporcionan por sí mismos y/o por otras personas y los registradores civiles. Este proceso se desarrolla en un ámbito que, frecuentemente, no es el

adecuado y que muchas veces está condicionado por la carga afectiva que se asocia a los hechos vitales. Por lo tanto, los datos se encuentran sujetos a los errores atribuibles al proceso de comunicación, a la veracidad de las respuestas brindadas por los informantes y a la predisposición de los registradores para completar las preguntas en los formularios estadísticos.

Un párrafo aparte merece la certificación de la causa de muerte, ya que existen otros problemas que no se pueden evaluar sólo a partir de dicha certificación, sino mediante otro tipo de análisis.⁴ Uno de los problemas más graves en este sentido es la deficiente calidad del registro de la causa de muerte, dato que siempre informa un médico, pero ocurre que no siempre su certificación es tan específica como se requiere.⁵ En ocasiones, el profesional desconoce todas las causas intervinientes y, por lo tanto, la certificación es incompleta o poco exhaustiva. En otros casos se evita colocar la información detallada ya que se supone, equivocadamente, que los datos volcados en el informe estadístico pueden ser utilizados en procesos judiciales.

El objetivo de esta nota es alertar al lector, mediante una serie de evidencias empíricas, sobre algunos problemas que han afectado la calidad de los datos que ha producido en años recientes el sistema de estadísticas vitales en la

¹ Demógrafa social. Responsable de la Unidad de Análisis Demográfico de la DGEYC del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

² Éstos son los certificados de nacimiento, defunción o prenupcial y las actas de inscripción de los mismos hechos.

³ Éstos son los informes estadísticos de nacido vivo, defunción, defunción fetal y matrimonio.

⁴ Análisis de causas mal definidas.

⁵ La sección destinada al registro de la causa de muerte responde al modelo recomendado por la OMS en la Conferencia para la Sexta Revisión Decenal de la Clasificación Internacional de Enfermedades realizada en 1948.

ciudad. Se han tomado como referencia los diagnósticos⁶ que habitualmente se elaboran en la Dirección General de Estadística y Censos, en el marco de la Comisión Permanente ad hoc para el Mejoramiento de las Estadísticas Vitales de la Ciudad de Buenos Aires.⁷ Por otro lado, a partir del año 2001, momento en el que se comienza a codificar el lugar de ocurrencia, y con el objeto de observar si la distribución de los “ignorados” es diferencial según establecimiento, para los nacimientos y las defunciones el análisis se efectúa según el establecimiento asistencial donde ocurrió el hecho.

Es necesario formular dos aclaraciones. La primera se relaciona con el cambio de formularios que se efectuara en 2001 y que, posiblemente, incida en la calidad de los datos. La otra tiene que ver con los hechos vitales que se analizan en este informe.

En efecto, durante el año 2001 se implementaron nuevos formularios para la recolección de datos del Subsistema de Estadísticas Vitales; los mismos se aprobaron en la XV Reunión Nacional de Estadísticas de Salud, realizada en la Ciudad de Buenos Aires del 26 al 30 de junio de 1999. Su implementación en la ciudad no fue simultánea para todos los hechos vitales: en el caso de los matrimonios se hizo a partir del 1º de enero de 2002, un año después de lo que estaba previsto por el Subsistema,⁸ mientras que los formularios de nacimientos a partir de marzo de 2001.⁹ Para las defunciones generales, de menores de un año y fetales, los nuevos formularios comenzaron a usarse a partir de julio de 2001.¹⁰

⁶ Orientados a la evaluación del sistema, incorporan la omisión por pregunta con el objeto de formular propuestas que permitan, en los casos necesarios, mejorar su captación.

⁷ Creada por Decreto N° 158 (17-02-1994).

⁸ Los formularios fueron provistos por la imprenta con retraso.

⁹ Algunas circunscripciones continuaron enviando los formularios anteriores hasta el mes de septiembre de 2001 y, en el caso de la Circunscripción 14, hasta septiembre de 2002.

¹⁰ Con respecto a este tema puede consultarse Mazzeo, 2004.

Asimismo, cabe consignar que, para los matrimonios, defunciones de menores de un año y defunciones fetales, el análisis abarca el total de los hechos ocurridos y registrados en la ciudad, mientras que para los nacimientos y defunciones generales se toman los hechos ocurridos y registrados en la ciudad de residentes en la misma y de residencia desconocida.

¿En qué preguntas hubo casos “ignorados” y cuál ha sido su incidencia?

A continuación se presenta una síntesis de la presencia y magnitud de los datos “ignorados” en las preguntas que deben completarse en los formularios vigentes según hecho vital para el período 1995-2004.

En el informe estadístico de matrimonio

Se ha encontrado que la calidad¹¹ de la información recabada en general es buena (Tabla 1), con excepción de las preguntas referidas a las variables económicas y de educación para ambos contrayentes. En el bienio 2002-2003 mejoró la calidad del nivel de instrucción, pero empeoró la de provincia de nacimiento para ambos cónyuges. Para el año 2004, debido al “reparo telefónico”, lograron desaparecer los casos “ignorados” en todas las preguntas.¹²

Los cambios introducidos en el formulario a partir de 2001 no son relevantes.¹³ No obstante, la modificación del diseño, especialmente en la pregunta sobre lugar de nacimiento habría incidido en la calidad del dato. El formulario

¹¹ De aquí en adelante calidad se tomará como sinónimo de participación de “ignorado” en el total de casos.

¹² Se efectuaron 1.107 reparos en el período enero-septiembre, el 62% de los cuales correspondió a lugar de nacimiento.

¹³ Se elimina la pregunta “los contrayentes son primos hermanos”, se incorpora la fecha de nacimiento para ambos contrayentes y se modifica la categorización de la pregunta sobre máximo nivel de instrucción alcanzado y situación laboral.

anterior indagaba sobre la provincia y el país (aclarando que era sólo para extranjeros); en el nuevo formulario se pregunta primero por el país y luego la provincia, y en el manual de instrucciones se aclara que la provincia se completa sólo para los nacidos en el país. Es decir, el nuevo diseño cambió el orden interno de la pregunta y colocó las especificaciones en el instructivo, no en el formulario, como figuraba en el anterior. Este cambio, según informaron algunas registradoras civiles, habría incidido en que se omitiera consignar la provincia de nacimiento de los contrayentes nacidos en el país y que se incrementara, para el bienio 2002-2003, el peso relativo del “ignorado” para esta pregunta.

En el informe estadístico de nacido vivo

Las preguntas formuladas en este informe estadístico presentan en su mayoría una calidad aceptable (Tabla 2). Sin embargo, existen algunas que registraron altas participaciones de “ignorado” durante el período analizado, ellas son: semanas de gestación, fecha de nacimiento de la madre, total de embarazos, total de hijos nacidos vivos, país de residencia de la madre, máximo nivel de instrucción de la madre, situación de convivencia de la madre, cobertura de salud de la madre y del padre y en la condición de actividad de uno de los padres. Mención especial merece la pregunta sobre la fecha de la última menstruación, ya que para la tercera parte de los casos no se registra esa información.

A partir del año 2002 mejoró la calidad en las preguntas referidas a peso al nacer, semanas de gestación y a las relacionadas con la cobertura de salud y situación laboral de los padres. En 2004,¹⁴ se redujo en los siguientes datos de la madre: edad, fecha de nacimiento, país de residencia, máximo nivel de instrucción, cobertura

de salud y situación de convivencia, en la cobertura de salud del padre y en la condición de actividad de uno de los padres.

La ausencia de información podría estar motivada por la existencia del Art. 242 del Código Civil, que legisla sobre el reconocimiento de la maternidad aun sin que medie el reconocimiento expreso materno. Este artículo determina que cuando el nacimiento deba ser inscrito en las Delegaciones de los Centros Asistenciales por denuncia del hospital, si no se hubiera logrado la inscripción con el consentimiento materno expreso y hubiera vencido el plazo legal (40 días de ocurrido el parto), el Registro Civil debe realizar una inscripción “por defecto o de hecho” del nacimiento y notificárselo a la madre (GCBA, 2003).¹⁵ En estos casos los informes estadísticos sólo contienen los datos mínimos sobre el recién nacido y sus padres, ya sea los relevados por el establecimiento y/o los que figuran en el certificado de nacimiento.

Con el propósito de conocer su incidencia en la ausencia de información, se lo identificó en la base de nacimientos del 2004, para tres meses del año.¹⁶ En el Cuadro 1 se detalla, para las preguntas con altas proporciones de “ignorado”, su participación relativa en el total de casos sin datos de cada una.

Los valores presentados permiten inferir que una alta proporción de “ignorado” de esas preguntas se explicaría por la existencia de casos inscritos como Art. 242. Sólo para tres preguntas tendría una baja incidencia, pero por motivos distintos. En el caso del peso al nacer y tiempo de gestación, la explicación se

¹⁴Debido a un refuerzo de capacitación que se hiciera en el año 2003 a los registradores civiles de las delegaciones y al “reparo telefónico”.

¹⁵ El último párrafo de la norma en cuestión indica que es menester notificar a la madre acerca de la inscripción del nacimiento de su hijo y que a los fines de dar cumplimiento a las prescripciones legales se establece este sistema de notificación.

¹⁶ Se seleccionaron como muestra del año los meses de octubre a diciembre.

Cuadro 1

Participación relativa de los casos Art. 242 en el total de casos sin dato de cada pregunta. Octubre a diciembre de 2004

Pregunta	Peso relativo
Cobertura de salud de la madre	40,0
Cobertura de salud del padre	49,0
Edad de la madre	70,6
Fecha de la última menstruación	8,9
Instrucción de la madre	75,0
País de residencia de la madre	65,3
Peso al nacer	13,9
Situación conyugal de la madre	66,1
Situación laboral	70,0
Tiempo de gestación	12,3
Total de embarazos	64,7
Total de nacidos vivos	64,7

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

encuentra en el hecho de que son preguntas que figuran en el certificado de nacimiento y, por lo tanto, el registrador civil puede obtener de allí los datos para volcarlos en el informe estadístico.¹⁷ En “fecha de la última menstruación” la baja incidencia del Art. 242 en el total de “ignorado” estaría demostrando que la pregunta tiene muy poca respuesta, no sólo por la existencia de este artículo, sino para el total de los hechos registrados, debido quizás a que no siempre la madre se encuentra presente en el momento de la inscripción, y aun en los casos en que se encontrara, no es un dato que recuerde con precisión.¹⁸

Teniendo en cuenta el lugar de ocurrencia de los casos inscritos por el Art. 242 (Cuadro 2), se observa que la mayoría se registró en las delegaciones de las maternidades dependientes del gobierno de la ciudad con mayor cantidad de nacimientos.

¹⁷ Esto no explica el alto peso relativo en la edad de la madre, que también figura en el certificado de nacimiento.

¹⁸ Para profundizar la evaluación de esta pregunta puede consultarse Mazzeo y otros, 2005.

Cuadro 2

Distribución de los casos inscritos por el Art. 242 según establecimiento de ocurrencia. Octubre a diciembre de 2004

Establecimiento asistencial	Peso relativo
Piñero	18,6
Sardá	16,3
Rivadavia	14,4
Durand	11,5
Álvarez	9,6
Argerich	8,7
Penna	5,6
Santojanni	4,5
Vélez Sarsfield	4,2
Pirovano	3,7
Resto	2,9
Total	100,0

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

En el informe estadístico de defunción

La mayoría de las preguntas formuladas en los informes estadísticos de defunción presentan mala calidad (Tabla 3), con pesos relativos de “ignorado” que, en algunos casos, impiden el análisis de la variable. A continuación se presenta para las defunciones generales¹⁹ y de menores de un año, el detalle por pregunta según intervalo de importancia del peso relativo promedio del “ignorado”.

En las defunciones generales

Preguntas con más de 3 y hasta 15 por ciento: atención médica durante la enfermedad o lesión, condición de actividad y máximo nivel de instrucción del padre (para los menores de 14 años, excluidos los menores de un año).

Preguntas con más del 40 por ciento: embarazo en los últimos 12 meses, cobertura de salud y máximo nivel de instrucción. Para las defunciones de menores de 14 años (excluidos los menores de un año): nivel de instrucción, edad y situación de convivencia de la madre y condición de actividad de padre/madre.

¹⁹ Definidas como las muertes de 1 año y más.

Es decir que las preguntas para las que no se registra “ignorado” o el mismo es relativamente bajo son: atendió el médico que suscribe, fecha de nacimiento, fecha de defunción, edad al morir, sexo, lugar de ocurrencia y residencia habitual (país, provincia y departamento).

En las defunciones de menores de un año

Preguntas con más de 3 y hasta 15 por ciento: atención médica durante la última enfermedad o lesión, fue atendido por el médico que suscribe y residencia habitual de la madre (departamento).

Preguntas con más del 15 y hasta el 20 por ciento: peso al nacer.

Preguntas con más del 20 y hasta el 40 por ciento: peso al morir, edad de la madre, cantidad de embarazos, situación conyugal/convivencia de la madre, máximo nivel de instrucción de la madre, condición de actividad del padre o madre y semanas completas de gestación.

Preguntas con más del 40 por ciento: cobertura de salud de la madre y máximo nivel de instrucción del padre.

Es decir que las preguntas para las que no se registra “ignorado” o el mismo es relativamente bajo son: edad al morir, sexo, tipo de parto y residencia habitual de la madre (país y provincia).

Los resultados presentados permiten concluir que la calidad de los informes estadísticos de defunción, posibilitan el análisis mínimo de la mortalidad de la población residente en la ciudad, es decir la composición de las muertes por edad y sexo.

En el informe estadístico de defunción fetal

La mayoría de las preguntas formuladas en el informe estadístico de defunción fetal, también adolecen de mala calidad (Tabla 3), con pesos relativos de “ignorado” que, en algunos casos,

impiden el análisis de la variable. A continuación se presenta el detalle por pregunta según intervalo de importancia del peso relativo promedio del “ignorado”.

Preguntas con más de 3 y hasta 15 por ciento: peso, edad de la madre y residencia habitual de la madre (país, provincia y departamento).

Preguntas con más del 20 y hasta el 40 por ciento: presentaba señales de maceración, fecha de la última menstruación, fecha de nacimiento, total de embarazos, total de defunciones fetales, máximo nivel de instrucción de la madre, cobertura de salud de la madre, situación conyugal/de convivencia de la madre, máximo nivel de instrucción del padre, cobertura de salud del padre y condición de actividad del padre/madre.

Es decir que las preguntas para las que no se registra “ignorado”, o éste es relativamente bajo, son: la madre estuvo internada, sexo, fecha de expulsión, tipo de embarazo, cantidad de nacidos vivos y de defunciones fetales producto del embarazo, semanas completas de gestación y total de hijos nacidos vivos.

Por lo tanto, en lo referente a las muertes fetales la calidad de los datos sólo permite, para las mujeres parturientas residentes en la ciudad, el análisis según semanas de gestación y sexo. Al mismo tiempo, no pueden dejar de relativizarse los hechos registrados, debido al subregistro de inscripción de las defunciones fetales precoces (menores de 28 semanas de gestación). Tal vez la normativa aporte una explicación cuando explicita que el acta de defunción fetal debe labrarse cuando la expulsión se produce sin vida y hubieran transcurrido más de 180 días desde la concepción; cuando la edad gestacional fuera inferior se expide licencia de inhumación sin labrar el asiento respectivo (GCBA, 2003).

Certificación de la causa de muerte

Además de la edad, el sexo y el lugar de residencia de los fallecidos, existe un dato que brinda información indispensable para obtener un diagnóstico de salud de la población: la causa de la muerte. La inclusión de su certificación en el informe estadístico tiene como objeto identificar la causa que operó como desencadenante del proceso que condujo a la muerte (que se denomina causa básica); su conocimiento es de gran interés para la programación y evaluación de las acciones de salud y para las investigaciones epidemiológicas.

Por razones de competencia profesional el médico es quien tiene la responsabilidad de suministrar tal información; por consiguiente, de su certificación depende que las estadísticas reflejen lo más fielmente posible el perfil de la mortalidad. Para ello, el profesional debe certificar la causa de muerte con suficiente detalle y evitar informar síntomas o el modo de morir (paro cardiorrespiratorio no traumático) como única causa; de lo contrario se desconocerá la causa desencadenante del proceso que condujo a la muerte.

Con el objeto de conocer la calidad de la certificación médica se consideró oportuno analizar la participación de las causas mal definidas en el total de muertes. Se ha considerado como mal definidas²⁰ a las causas contenidas en el Capítulo XVIII “Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte” (R00-R99), al que se adicionaron, para las muertes de menores de un año y fatales, las causas “Otros trastornos originados en el período perinatal” (P90-P96).

²⁰ Teniendo en cuenta la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (OPS, 1995), que se aplica desde 1997.

Los valores presentados en el Cuadro 3 permiten afirmar que la calidad de la certificación es aceptable, si bien ha empeorado en el último trienio.

Cuadro 3

Participación de las causas mal definidas en el total de muertes.

Ciudad de Buenos Aires, 1997-2004

Año	Generales	- 1 año	Fetales
1997	1,9	2,6	2,9
1998	1,7	1,2	3,0
1999	1,7	1,4	2,3
2000	2,0	1,8	3,9
2001	2,5	2,0	8,0
2002	3,0	2,9	2,9
2003	3,6	2,7	2,7
2004	2,1	3,3	3,5

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

Una mención especial merece la certificación de las llamadas “causas externas”²¹ debido a la baja calidad del registro en las variables del apartado “en caso de muerte violenta”, en especial las preguntas abiertas donde el médico debe describir las circunstancias y el lugar en que se produjo. No obstante, también se registran altos pesos relativos de “ignorado” en las respuestas a la pregunta precodificada²² (Cuadro 4).

¿En qué establecimientos hay mayor incidencia de los casos “ignorados”?

Como ya se señalara, a partir del año 2001²³ se analizó la calidad de las preguntas consideradas relevantes en el análisis de la natalidad y la mortalidad según establecimiento de ocurrencia.²⁴

No obstante haberse obtenido la importancia del “ignorado” en las preguntas seleccionadas según establecimiento, a efectos del análisis se

²¹ Causas externas de morbilidad y mortalidad - Capítulo XX - X Revisión.

²² La respuestas posibles son: accidente, suicidio, homicidio y se ignora.

²³ Momento a partir del cual se codifica el establecimiento de ocurrencia.

²⁴ A tal efecto se seleccionaron según hecho vital las preguntas de mayor peso relativo del “ignorado” y se tabularon según lugar de ocurrencia, con el propósito de conocer la importancia del mismo según establecimiento.

Cuadro 4

Muertes violentas. Distribución de las respuestas a la pregunta precodificada.
Ciudad de Buenos Aires, 1997-2004

Año	Accidente	Suicidio	Homicidio	Ignorado	Total
1997	14,8	22,8	19,2	43,3	100,0
1998	14,9	18,8	15,0	51,3	100,0
1999	14,8	20,4	18,5	46,3	100,0
2000	17,5	25,3	16,9	40,3	100,0
2001	21,6	32,5	22,6	23,3	100,0
2002	17,4	29,5	22,0	31,2	100,0
2003	18,8	32,5	23,4	25,3	100,0
2004	23,3	27,5	17,5	31,7	100,0

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

distinguieron dos grandes grupos: a) hospitales dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) y b) hospitales nacionales, de obra social o privados.²⁵

Con respecto a las preguntas utilizadas en el análisis de los nacimientos, cabe señalar que la pregunta referida a la fecha de la última menstruación en todos los establecimientos ha tenido una alta ausencia de respuesta. En el resto de las preguntas el peso relativo del “ignorado” es mayor en los hospitales dependientes del GCBA. Entre ellos, los que presentan mayor incidencia han sido: la maternidad Sardá y los hospitales Durand, Rivadavia y Fernández;²⁶ para el otro grupo, los hospitales Churruca y Naval.

En el caso de las preguntas seleccionadas para el análisis de las muertes infantiles, si bien los dos grupos presentan altos niveles de “ignorado”, comparativamente los establecimientos del GCBA registran niveles menores.²⁷ Se destacan en el primer grupo los hospitales Álvarez, Ramos Mejía, Santojanni y Piñero y en el segundo la Clínica Bazterrica, la Clínica y Maternidad Suizo

Argentina, el Sanatorio Güemes y los hospitales de Clínicas, Italiano y Militar.

Para las muertes fetales, también ambos grupos presentan elevados niveles de “ignorado”, si bien en los hospitales dependientes del gobierno de la ciudad la situación empeora para las preguntas sobre instrucción y cobertura de salud de la madre. Los hospitales Argerich, Penna y Santojanni presentan niveles superiores en el primer grupo y, dentro del segundo, se destaca la Clínica y Maternidad Suizo Argentina.

En las preguntas seleccionadas para el análisis de la mortalidad general, ambos grupos presentan altos niveles de “ignorado”, si bien la pregunta sobre cobertura de salud tiene peor calidad en los establecimientos dependientes del gobierno de la ciudad.²⁸ En cuanto a la pregunta “estuvo embarazada en los últimos 12 meses”, que debe completarse para todas las muertes de mujeres de 10 a 59 años cumplidos y que es fundamental para mejorar la captación de la mortalidad materna, registra más del 90 por ciento de “ignorado”, sin importar el lugar de ocurrencia. Los establecimientos del primer grupo que registran peor calidad en los datos son los hospitales: Argerich, Santojanni, Ramos Mejía, Durand y Piñero; en el otro grupo: el Sanatorio Méndez, el Instituto Antártida, el Hospital Churruca, el Hospital de Clínicas, el Sanatorio Colegiales y el Sanatorio Metropolitano.

Finalmente, con respecto a las muertes de niños de entre 1 y 13 años, las preguntas referidas a la instrucción, la edad y la situación de convivencia de la madre, variables fundamentales en el análisis diferencial de la mortalidad de los niños, presentan mala calidad en todos los establecimientos de ambos grupos donde se registraron casos.

²⁵ Por razones de espacio no se presentan las tablas, pero pueden consultarse en Mazzeo y otros, 2005.

²⁶ Los tres primeros tienen alta incidencia de inscripción por el Art. 242.

²⁷ Excepto en la preguntas recibió atención médica, peso al nacer y al morir.

²⁸ Es el 63,7 por ciento comparado con el 33,3 por ciento en el resto de los establecimientos.

Bibliografía

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2003), *Normativas básicas del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*, Buenos Aires, Dirección General del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas (GCBA).

Mazzeo, Victoria (1992), *Importancia de la calidad de la certificación de la causa de muerte en el estudio de la mortalidad de los residentes en la Ciudad de Buenos Aires*, Documento presentado en el Taller de la Ciudad de Buenos Aires para Acelerar el Mejoramiento de las Estadísticas Vitales y Registro Civil, Buenos Aires, mimeo.

——— (2004), El registro de los hechos vitales de la Ciudad de Buenos Aires, *Revista Población de Buenos Aires*, año I, número 0, Buenos Aires, Dirección General de Estadística y Censos, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Mazzeo, Victoria y otros (2005), *Serie de diagnósticos sobre la calidad de la información de las estadísticas vitales ocurridas y registradas en la Ciudad de Buenos Aires en el período 1993-2004*, mimeo.

Ministerio de Salud (1998), *Informe Estadístico de Defunción. Guía para los médicos sobre el empleo del Modelo Internacional para el registro de la causa de muerte*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.

——— (2000), *Modelos de formularios e instructivos del Sistema de Estadísticas Vitales*, Buenos Aires, Dirección de Estadística e Información de Salud, Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

OPS-OMS (1995), *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión*, Ginebra.

Anexo

Tabla 1

Importancia del ignorado en las preguntas relevadas en el informe estadístico de matrimonio, 1995-2004

Pregunta	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
edad del contrayente	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,7	-	-	-
país de nacimiento del contrayente	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,7	0,2	0,2	0,0
provincia de nacimiento del contrayente	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	3,5	4,1	0,0
estado civil anterior del contrayente	0,0	-	-	-	-	-	0,5	0,2	0,2	-
instrucción del contrayente	0,5	0,5	0,5	2,0	0,5	2,5	3,7	1,0	0,6	-
condición de actividad del contrayente	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,5	0,4	0,3	-
edad de la contrayente	0,2	0,2	0,1	0,0	0,4	0,2	0,8	-	-	-
país de nacimiento de la contrayente	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2	0,9	0,4	0,3	-
provincia de nacimiento de la contrayente	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	3,5	3,9	-
estado civil anterior de la contrayente	0,0	-	-	-	-	-	0,5	0,6	0,3	-
instrucción de la contrayente	2,4	1,6	1,5	2,6	1,4	2,6	3,5	1,3	0,7	-
condición de actividad de la contrayente	0,6	0,3	0,4	0,3	0,2	0,2	0,5	0,5	0,3	-

Fuente: elaboración sobre la base de las estadísticas vitales.

Tabla 2

Importancia del ignorado en las preguntas relevadas en el informe estadístico de nacimiento, 1995-2004

Pregunta	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
fecha de nacimiento	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
sexo	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	-	0,0
peso al nacer	3,6	3,0	3,2	3,0	2,4	3,9	2,8	1,7	1,7	0,9
tipo de embarazo	-	-	-	-	0,0	-	-	-	-	-
nacidos vivos	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	-	-
defunciones fetales(1)	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-
semanas de gestación	6,4	5,3	5,2	5,2	5,4	7,0	4,2	3,4	1,8	1,2
fecha última menstruación(1)	-	-	-	-	-	-	43,5	38,6	33,2	32,6
atención del parto	1,8	1,4	2,3	2,4	2,0	2,0	1,0	0,7	0,7	0,5
lugar de ocurrencia	1,2	0,8	1,5	1,7	0,9	0,7	-	-	-	-
edad de la madre	4,4	3,9	3,8	3,2	2,4	2,5	2,7	2,0	2,0	0,7
fecha nacimiento madre(1)	-	-	-	-	-	-	8,0	8,7	6,0	2,9
total embarazos	1,9	2,3	2,1	2,4	3,0	3,5	4,7	3,0	1,7	3,3
total hijos nacidos vivos	1,9	2,3	2,1	2,4	3,0	3,5	4,7	3,0	1,7	3,3
total defunciones fetales	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
país residencia madre	5,4	4,7	4,1	3,4	3,1	4,0	5,3	4,4	3,9	1,7
provincia residencia madre	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-
departamento resid. madre	0,4	0,2	0,6	0,3	0,3	0,2	3,9	3,7	2,0	-
máximo niv.instrucción madre	6,9	6,6	6,3	6,4	6,7	8,3	7,1	4,9	5,0	2,3
cobertura salud madre(1)	-	-	-	-	-	-	21,9	8,4	8,7	3,7
situación conyugal/convivencia	6,9	6,3	6,6	6,4	6,7	8,4	7,0	4,9	6,3	2,3
máximo niv.instrucción padre	3,8	1,9	2,0	1,6	1,8	1,9	1,1	1,1	1,0	0,6
cobertura salud padre(1)	-	-	-	-	-	-	15,4	4,8	5,4	1,9
condición actividad padre/madre(1)	-	-	-	-	-	-	7,9	5,9	5,7	2,9

Nota: (1) Se incorpora en los formularios implantados a partir del 2001.

Fuente: elaboración sobre la base de las estadísticas vitales.

Tabla 3

Importancia del ignorado en las preguntas relevadas en el informe estadístico de defunciones, 1995-2004

Pregunta	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Defunciones generales										
atención médica durante la última enfermedad o lesión	11,2	12,1	10,8	9,2	7,9	6,3	15,3	17,1	6,6	5,5
atendió el médico que suscribe	3,9	-	-	-	-	-	1,1	1,3	0,5	0,5
embarazo en los últimos 12 meses(1)	-	-	-	-	-	-	93,1	96,1	88,8	93,6
fecha de nacimiento	1,0	4,4	3,8	1,8	1,6	1,9	2,5	0,1	0,1	0,1
fecha de defunción	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	-	-	-	-	-
edad al morir	0,5	1,1	0,8	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	-	0,1
sexo	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-
lugar de ocurrencia(1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
país de residencia habitual	0,3	-	-	-	-	-	2,9	1,0	0,7	0,8
provincia de residencia habitual	0,1	0,0	0,0	-	-	0,9	-	-	-	-
departamento de residencia habitual	3,4	0,0	0,0	-	0,0	0,9	0,6	0,3	0,2	0,1
cobertura de salud(1)	-	-	-	-	-	-	76,1	52,1	47,4	46,5
máximo nivel de instrucción	76,9	78,0	79,0	69,7	70,3	69,8	68,0	73,3	73,0	72,8
condición de actividad	9,0	4,7	4,3	2,7	2,0	2,1	4,9	5,4	8,1	9,2
Para menores de 14 años										
máximo nivel de instrucción de la madre(1)	-	-	-	-	-	-	73,8	58,3	43,1	67,2
edad de la madre(1)	-	-	-	-	-	-	77,6	63,3	49,5	68,1
situación de convivencia de la madre(1)	-	-	-	-	-	-	70,1	56,7	44,0	63,8
máximo nivel de instrucción del padre(1)	-	-	-	-	-	-	16,7	-	3,9	11,8
condición actividad padre/madre(1)	-	-	-	-	-	-	71,0	55,8	43,1	62,9

(continúa)

Tabla 3
(conclusión)

Pregunta	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Defunciones de menores de 1 año										
atención médica durante la última enfermedad o lesión	6,6	7,0	5,4	4,4	2,7	3,0	12,6	16,5	12,6	9,6
atendió el médico que suscribe	-	-	-	-	-	-	1,6	2,8	9,6	17,6
fecha de nacimiento	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
fecha de defunción	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
edad al morir	0,5	1,7	0,3	0,6	0,1	0,5	-	-	-	-
sexo	0,0	0,4	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	-	-
lugar de ocurrencia(1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
país de residencia habitual de la madre	-	-	-	-	-	-	2,3	2,5	1,0	6,5
provincia de residencia habitual de la madre	0,4	0,1	-	0,1	-	1,1	2,3	-	-	-
departamento de residencia habitual de la madre	10,3	10,2	10,7	12,0	6,2	5,1	3,5	1,2	1,9	0,5
cobertura de salud de la madre(1)	-	-	-	-	-	-	69,8	30,7	36,2	44,8
peso al nacer	21,0	22,1	21,8	20,6	22,7	19,7	17,8	15,0	15,1	18,9
peso al morir	27,2	27,7	28,8	28,0	27,0	24,2	20,5	17,3	18,7	23,5
tipo de parto	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	-	-
edad de la madre	23,7	24,8	26,5	24,7	25,9	22,3	27,6	33,1	33,2	41,6
cantidad de embarazos y nacimientos	25,6	30,1	29,1	30,7	32,5	29,1	22,9	20,1	19,5	24,0
situación conyugal/	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
de convivencia de la madre	27,4	28,9	31,2	27,9	32,0	27,7	34,0	31,1	32,5	42,1
máximo nivel de instrucción de la madre	39,8	39,7	42,6	44,3	42,4	38,9	38,8	33,0	33,0	42,1
condición de actividad padre/madre	35,2	37,5	34,5	31,8	33,9	31,9	30,7	31,1	32,2	41,3
máximo nivel de instrucción del padre(1)	-	-	-	-	-	-	53,7	40,0	40,3	50,1
defunciones fetales producto del embarazo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
semanas completas de gestación	-	-	-	-	-	-	65,9	21,0	19,7	20,5
Defunciones fetales										
la madre estuvo internada(1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
presentaba señales de maceración(1)	-	-	-	-	-	-	82,6	37,3	29,5	25,0
sexo	1,2	2,7	2,6	0,6	0,8	0,2	0,2	1,4	0,9	1,2
fecha de expulsión o extracción	1,5	1,5	0,3	0,2	0,0	0,2	1,9	0,7	0,7	-
peso	7,3	10,6	10,5	10,4	9,7	10,2	10,6	5,5	5,6	4,7
tipo de embarazo	0,0	-	-	-	-	-	1,6	-	-	-
nacidos vivos producto del embarazo(1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
defunciones fetales producto del embarazo(2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
semanas completas de gestación	0,2	-	-	-	-	-	5,4	1,7	1,6	2,7
fecha última menstruación normal previa(1)	-	-	-	-	-	-	77,0	35,4	26,8	26,5
edad de la madre	11,1	14,0	14,4	10,6	9,9	12,6	17,1	11,7	11,9	9,9
fecha de nacimiento(1)	-	-	-	-	-	-	52,1	23,7	12,4	26,5
total de embarazos	29,1	33,6	33,0	25,2	26,9	27,2	27,5	19,6	17,1	12,4
total de hijos nacidos vivos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
total de defunciones fetales	29,1	33,6	33,0	25,2	26,9	27,2	27,5	19,6	17,1	12,4
país de residencia habitual de la madre	9,9	22,2	16,8	12,2	7,4	0,6	29,1	11,5	10,4	9,4
provincia de residencia habitual de la madre	6,9	0,4	0,6	0,7	1,8	17,8	-	-	-	-
departamento de residencia habitual de la madre	15,0	4,9	4,3	5,4	5,2	20,7	3,6	0,5	-	0,6
máximo nivel de instrucción de la madre	31,3	39,8	36,2	31,3	33,7	28,7	34,5	21,8	27,0	22,8
cobertura de salud de la madre(1)	-	-	-	-	-	-	78,2	30,9	31,3	33,4
situación conyugal/de convivencia de la madre	23,7	30,5	25,9	22,6	24,0	20,5	38,5	26,1	27,5	23,3
máximo nivel de instrucción del padre(1)	-	-	-	-	-	-	51,6	15,0	11,3	12,2
cobertura de salud del padre(1)	-	-	-	-	-	-	78,2	23,2	18,0	24,0
condición de actividad padre/madre	32,1	32,3	36,4	30,3	31,8	28,9	30,0	21,3	26,1	22,3

Nota: (1) Se incorpora en los formularios implantados a partir del 2001.

(2) Se comenzó a ingresar a partir del 2001.

Fuente: elaboración sobre la base de las estadísticas vitales.