

Códigos de muerte poco útiles en la Argentina. Años 2010-2019.

Pablo Caviezel, Bruno Ribotta y Sebastián Samper.

Cita:

Pablo Caviezel, Bruno Ribotta y Sebastián Samper (2025). *Códigos de muerte poco útiles en la Argentina. Años 2010-2019*. XVIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población - V Congreso Internacional de Población del Cono Sur. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Córdoba.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xviii.jornadas.aepa/42>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/exQq/y1Z>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.



XVIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población

V Congreso Internacional de Población del Cono Sur

Códigos de muerte poco útiles en la Argentina. Años 2010-2019

Pablo Caviezel

IDECBA; FCE – UBA; UNLu

pablocaviezel@yahoo.es

Bruno Ribotta

CIECS, CONICET y UNC; CEA; FCS – UNC

bruno.ribotta@unc.edu.ar

Sebastián Samper

FCE – UBA

sebasamper@gmail.com

Resumen

Conocer las causas de muerte prevalentes en un territorio es esencial para el diseño de intervenciones sanitarias eficaces y para la formulación de políticas públicas adecuadas. Sin embargo, la incorrecta determinación o clasificación de estas causas representa un obstáculo para comprender los factores que afectan a la población y, por lo tanto, limita la capacidad de respuesta ante problemas de salud. Por otra parte, la calidad de estos registros es crucial no solo para mejorar las estadísticas de mortalidad, sino también para orientar las decisiones políticas y las intervenciones sanitarias en función de las necesidades reales de cada jurisdicción.

El análisis de la forma en que se registran y anotan las causas de muerte podría evidenciar patrones regionales relacionados con factores como la capacitación del personal médico o el desempeño de los equipos de codificadores para la correcta clasificación de las causas de defunción.

Esta ponencia se presenta como continuación o, mejor dicho, como ampliación de un trabajo anterior que en aquella ocasión se centró en la calidad del registro de la anotación de la causa de muerte para la provincia de Buenos Aires y para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre 2010 y 2019 (Caviezel & Samper, 2024). Para el presente trabajo, la cobertura es nacional (Argentina) y la intención es visibilizar las heterogeneidades dentro del país a partir del análisis jurisdiccional. La palabra “jurisdicción” refiere a las 24 divisiones político-administrativas mayores del país: 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Introducción

Nadie pone en duda que conocer de qué mueren los individuos que componen una población es esencial para el diseño de un sistema preventivo que eleve -o al menos no empeore- las condiciones de vida. Mientras que el registro y las estadísticas sobre mortalidad pueden ser de muy buena calidad respecto de la cobertura -es decir, del conteo de muertes-, la calidad podría no ser tan buena respecto del contenido -es decir, la caracterización de cada una de esas muertes-. Es precisamente lo que ocurre en Argentina y que se deriva de los múltiples trabajos académicos que dan cuenta acerca de las deficiencias que tienen los registros de defunciones (véase por ejemplo Grushka, 2014 o Luque, Bertone y Ribotta, 2023). En Argentina, la recepción, el control, la codificación y el ingreso de la información del Informe Estadístico de Defunción competen al nivel jurisdiccional; es decir, a cada provincia y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En todas las instancias se siguen las recomendaciones del Modelo Internacional de Certificado Médico de Causas de Defunción, diseñado para facilitar la identificación de la *causa básica de la defunción*; es decir, la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron a la muerte, aunque esta enfermedad o lesión haya ocurrido muchos años atrás. Para lograr la adecuada anotación de las causas de muerte en el Informe Estadístico de Defunción, el médico (o profesional certificante) debe procurar identificar la causa básica de la defunción, así como las causas subsecuentes, en un orden cronológico, hasta la causa directa de muerte; es decir, aquella que produce directamente la muerte, valiéndose del listado de códigos incluido en el Clasificador Internacional de Enfermedades de referencia. Esta

secuencia de procedimientos presenta, con frecuencia, dificultades. La pregunta que nos hacemos es si estos inconvenientes son diferenciales por jurisdicción y, por supuesto, de qué niveles de dificultad estamos hablando. Para responder a estas preguntas se recurre al concepto de “códigos poco útiles de muertes” o “códigos basura”, términos que en el contexto de este trabajo son intercambiables. Así, se dispone de la información digitalizada obtenida de los Informes Estadísticos de Defunción para las muertes registradas en el país entre 2010 y 2019, ambos años incluidos y el análisis de estos códigos basura se hará por jurisdicción y para dos quinquenios: 2010-2014 por un lado y 2015-2019 por otro lado.

Marco conceptual y antecedentes

Como se sabe, las causas de muerte se clasifican siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (en adelante, CIE) que consta de cuatro caracteres alfanuméricos. A su vez, la CIE sirve para múltiples propósitos y, por lo tanto, ha sido diseñada de manera tal de poder cumplir con todos los fines para los cuales fue creada. Por otra parte, las exigencias de un mundo cambiante, del surgimiento de nuevas patologías y afecciones y del cambio también en las prácticas médicas hacen que la clasificación sea frecuentemente revisada y vaya adoptando nuevas versiones. En virtud de ello y de lo antedicho, la expresión “códigos de muerte poco útiles” hace referencia a un conjunto de diagnósticos y de otros problemas de salud que no deberían ser utilizados para indicar la causa básica de muerte de un individuo que, como fuera indicado, representa la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal (Organización Panamericana de la Salud, 2008). Operacionalmente, esto se traduce a un “listado de códigos” de la CIE que deberían evitarse al momento de identificar la causa básica de muerte.

Para esta ponencia se ha tomado la clasificación propuesta por Naghavi et al. (2010) y con algunas modificaciones consensuadas por los diferentes autores que abordaron la temática estos últimos años. La propuesta original del equipo de trabajo de Naghavi provee un listado exhaustivo de códigos que permite compatibilizar las distintas versiones y revisiones de la CIE, desde la sexta hasta la décima. De esa forma, es

posible establecer comparaciones para el período bajo análisis: 2010-2019. Por otra parte, las modificaciones consensuadas por los diferentes autores (véase Ribotta, 2014; Ribotta & Escanés, 2014; OPS, 2017) readecua la tipología para poder separar aquellos códigos que siempre fueron reconocidos como códigos basura. De esta manera, los CPU de la CIE pueden clasificarse en 5 “tipos”:

Tipo 1: códigos que no pueden o no deben ser utilizados para indicar la causa básica de defunción pues han sido creados para otros fines como, por ejemplo, indicar diagnósticos de servicios médicos. En la versión original propuesta por Naghavi, todos los códigos que comienzan por la letra R estaban incluidos aquí; pero -como se indicó- ese fragmento lo constituye el quinto tipo.

Tipo 2: causas “intermedias” de muerte. Este tipo incluye entidades clínicas (afecciones, eventos, etc.) claramente definidas pero que, en realidad, son consecuencia de causas básicas que precipitaron la cadena de eventos que llevaron a la defunción. Es cierto que tampoco son la causa inmediata de muerte; por lo que aquellos médicos y profesionales certificantes que generalmente no poseen formación suficiente en los principios de la CIE suelen utilizar estos códigos pensando erróneamente que estas causas intermedias son básicas.

Tipo 3: causas “inmediatas” de defunción. Representan las etapas finales en la vía de la enfermedad que conduce a la muerte y, por lo tanto, no son causas básicas.

Tipo 4: causas “no especificadas” dentro de un agrupamiento más grande de causas de muerte. Para muchas enfermedades, se utilizan códigos para indicar un “sitio no especificado”, lo que impide analizar la mortalidad con precisión.

Tipo 5: causas de defunción “mal definidas” que la Organización Mundial de la Salud reconoce formalmente como códigos poco útiles. Se trata de todas aquellas causas agrupadas en el capítulo R; es decir, cuyo código comienza con la letra R.

En el cuadro que sigue (Cuadro 1) se presentan los CPU clasificados por tipo, de acuerdo con la tipología descrita recientemente.

Cuadro 1. Códigos poco útiles, según tipo. CIE-10.

Tipo	Códigos
Tipo 1	A31.1, A59, A60.0, A71, A74, A63.0, B00.0, B07, B08.1, B08.8, B30, B35, B36, F32, F33, F40-F42, F45-F48, F51-F53, F60-F98, G43-G45, G47-G52, G54, G56-G58, G80-G83, H00-H04, H05.2-H05.9, H06-H69, H71-H80, H83-H93, I10, I15, I70, J30, J33, J34.2, J35, K00-K11, K14, L04-L08, L20-L25, L28-L87, L90-L92, L94, L98.0-L98.3, L98.5-L98.9, M03, M07, M09-M12, M14-M25, M35.3, M40, M43.6-M43.9, M47-M60, M63-M71, M73-M79, M95-M99, N39.3, N40, N46, N60, N84-N93, N97, Q10-Q18, Q36, Q38.1, Q54, Q65-Q74, Q82-Q84, B94.8, B94.9, Y86, Y87.2, Y89
Tipo 2	A40-A41, A48.0, A48.3, E85.3-E85.9, E86, E87, G91.1, G91.3, G91.8, G92, G93.1-G93.6, I26, I27.1, I44, I49, I50, I74, I81, J69, J80, J81, J86, J90, J93, J94, J98.1-J98.3, K65, K66, K71 (excepto K71.7), K72, K75, K76.0-K76.4, K92.0-K92.2, M86, N14, N17-N19
Tipo 3	D65, I45, I46, J96
Tipo 4	A49.9, B83.9, B99, C26, C39, C57.9, C76, C80, D00-D13, D16-D18, D20-D24, D28-D48, E88.9, I51, I99, X59, Y10-Y34
Tipo 5	R00-R99

Fuente: elaboración propia sobre la base de Ribotta y Escanés (2014).

Objetivo

Aportar al conocimiento y a la evaluación de la calidad de los registros de causa de muerte en Argentina, y cuantificar el impacto de los llamados "códigos basura", que representan categorías diagnósticas mal definidas o innecesarias. Para ello, se explora la variabilidad de estos registros a nivel nacional, identificando jurisdicciones con mayores y menores niveles de causas poco útiles.

Metodología y fuentes

La presente ponencia utiliza herramientas de la estadística para describir un conjunto de observaciones. Se trata, por lo tanto, de un estudio cuantitativo descriptivo. Cada unidad de análisis es una defunción que ha ocurrido y se registró en el país. El espacio geográfico es la República Argentina, y para el estudio de las diferencias regionales la información se presenta por jurisdicción; es decir, 23 provincias y la Ciudad Autónoma

de Buenos Aires. Llegado este punto, es importante aclarar que la jurisdicción considerada es aquella donde se registró la muerte, con total independencia de la residencia habitual de la persona fallecida.

La base de datos utilizada fue proporcionada por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación. Se recibió una base de datos de defunciones, desagregada por año calendario y que abarca desde el año 2010 hasta el año 2019, ambos inclusive. Operacionalmente y expofeso la información se ha agrupado en dos quinquenios: 2010-2014 y 2015-2019 de manera tal de atender las posibles fluctuaciones estadísticas de un año particular. Se pidió incluir en la base aquellas variables que los anteriores trabajos académicos (Ribotta; 2014; Ribotta & Escanés, 2014; Say et al, 2014; Zacca Peña et al, 2010) consideraron importantes: la edad, el sexo y el local de ocurrencia de la muerte. La evidencia es la siguiente:

- La proporción de defunciones con causa poco útil puede ser relevante en grupos poblacionales muy vulnerables en términos de salud pública (Naghavi et al, 2010). En este sentido, resultó de interés analizar qué ocurre con la registración de causa para el caso de las defunciones infantiles.
- La Organización Panamericana de la Salud verifica altas proporciones de estas causas en las muertes de mujeres en edad fértil de Argentina, El Salvador, Guatemala y Perú en el año 2007 (Say et al., 2014).
- La existencia de muertes informadas por agentes no médicos, generalmente las que ocurren fuera de los establecimientos de salud, afectan sobremanera la calidad de los registros (Ribotta & Escanés, 2014).

A continuación, el Cuadro 2 resume las variables con las que se trabajó.

Cuadro 2. Diseño de registro de variables.

Variable	Apertura
Sexo	Varón
	Mujer
Edad	Grupos quinquenales de edad, en años cumplidos
	0-1
	1-4
	5-9
	10-14
	...
	80-84
	85 y más
Local de ocurrencia	Establecimiento de salud
	Otro lugar (vivienda, vía pública, cárcel, lugar de trabajo, etc.)

Fuente: elaboración propia.

Resultados y discusión

El primer resultado que se obtuvo es, para cada jurisdicción, contar con el cálculo del porcentaje de CPU sobre el total de muertes, tanto para el primer quinquenio bajo análisis (2010-2014) como para el segundo (2015-2019). Como marco de referencia, puede tenerse en cuenta que de acuerdo con el panel de datos en línea, actualizado al año 2021, de la Organización Panamericana de la Salud, en América Latina el porcentaje de CPU sobre el total de defunciones se encuentra, en general, por debajo de la media mundial (22%). Argentina es una de las cuatro excepciones, con porcentajes de CPU no inferiores al 35 % (<https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/visualizaciones#quality>). El aliciente dentro de la cifra pesimista es que parece haber una evolución lenta pero favorable en el tiempo, puesto que dicho porcentaje pasó de 39 % en el primer quinquenio a 35 % en el segundo quinquenio bajo análisis. En general, casi todas las jurisdicciones han logrado reducir el porcentaje de CPU, con excepción de las provincias de Córdoba, Jujuy, Río Negro, San Juan, Santa Fe y Tucumán que lo mantuvieron constante y de las provincias de Corrientes, Formosa, La Pampa, La Rioja, y San Luis que no lograron bajar este porcentaje. De hecho, provincias como Buenos Aires, Misiones, Salta, Formosa y han logrado importantes reducciones, especialmente porque partieron de valores inusualmente altos. La

provincia de Tierra del Fuego, por su parte, que es la que menos defunciones tiene, ha logrado una reducción importante partiendo de un nivel más bajo. Durante el último quinquenio bajo análisis, las jurisdicciones que respectivamente menor porcentaje de CPU y mayor porcentaje de CPU registraron fueron Tierra del Fuego (12 %) y Santiago del Estero (45 %).

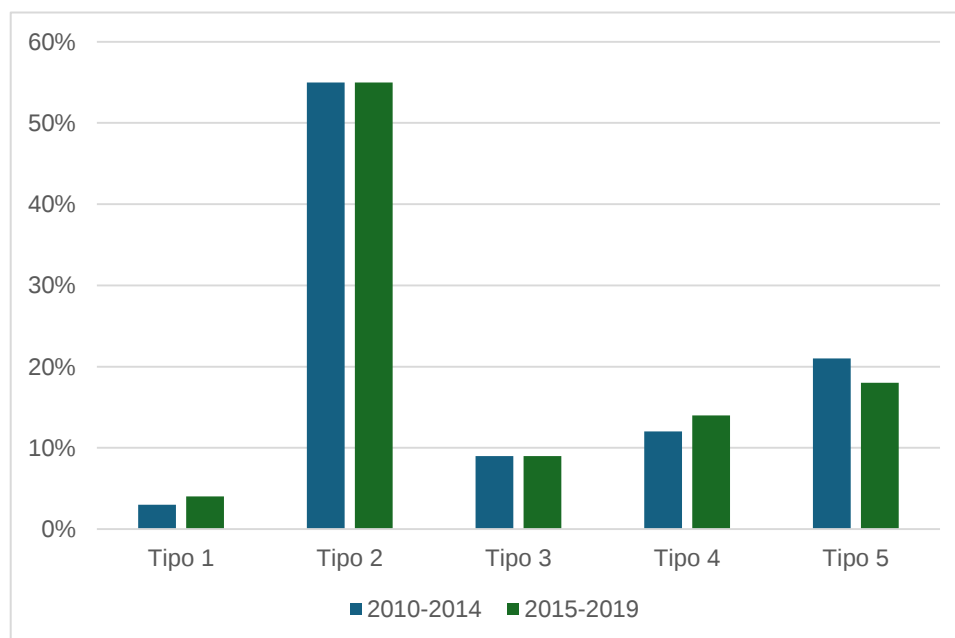
Cuadro 3. Porcentaje de CPU en el total de defunciones.
Total país y jurisdicciones. Quinquenios 2010-2014 y 2015-2019.

Jurisdicción	2014-2019	2015-2019
Total País	39%	35%
Buenos Aires	49%	40%
Ciudad de Buenos Aires	33%	30%
Catamarca	41%	40%
Córdoba	37%	37%
Corrientes	24%	27%
Chaco	32%	31%
Chubut	40%	38%
Entre Ríos	41%	40%
Formosa	20%	27%
Jujuy	36%	36%
La Pampa	29%	30%
La Rioja	41%	42%
Mendoza	25%	24%
Misiones	24%	12%
Neuquén	15%	13%
Río Negro	37%	37%
Salta	32%	24%
San Juan	18%	18%
San Luis	18%	24%
Santa Cruz	34%	29%
Santa Fe	36%	36%
Santiago del Estero	46%	45%
Tierra del Fuego	23%	12%
Tucumán	34%	34%

Fuente: elaboración propia sobre base DEIS (Ministerio de Salud de la Nación).

Un segundo análisis que se llevó adelante consistió en clasificar los CPU de acuerdo con la tipología presentada en el Cuadro 1. Llamativamente, para el total del país, la distribución de CPU por tipo se mantiene -para todos y para cada uno de los años bajo análisis- más o menos estable. En el siguiente gráfico (Gráfico 1) se presenta la distribución porcentual de los CPU por tipo en cada uno de los dos quinquenios, donde se evidencia que las ínfimas diferencias responden a fluctuaciones estadísticas y no a cambios de patrones. Evidentemente, el gran trabajo por delante es reducir los CPU tipo 2 que, por otra parte, incluye códigos de muerte poco útiles extremadamente sobreutilizados, como por ejemplo, I50x (Insuficiencias cardíacas).

Gráfico 1. Distribución porcentual de los CPU por tipo. Total país. Quinquenios 2010-2014 y 2015-2019.



Fuente: elaboración propia sobre la base DEIS (Ministerio de Salud de la Nación).

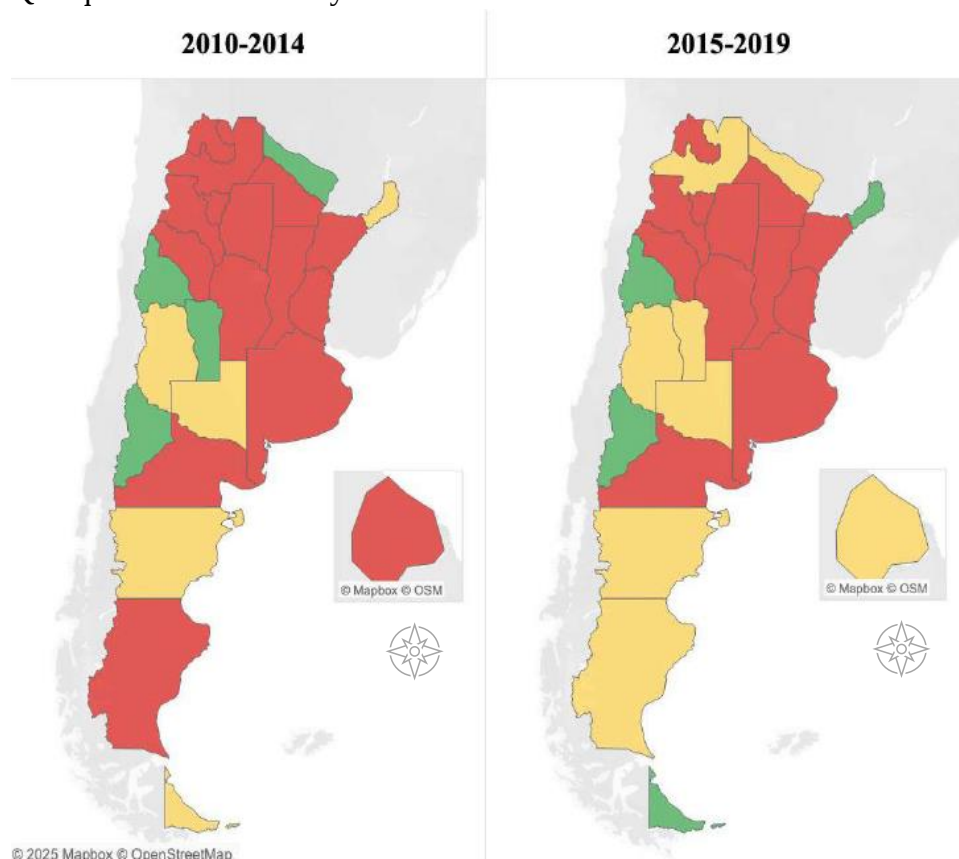
Presentar para cada una de las 24 jurisdicciones esta apertura por tipo resultaba extenso para esta ponencia, pero el análisis se hizo y las conclusiones más importantes son las siguientes, para el quinquenio 2015-2019:

- Las provincias de Misiones, San Luis y Neuquén exhiben los porcentajes más altos de CPU tipo 1: 20, 14 y 13 % respectivamente. Para todas las demás jurisdicciones, menos del 10 % de sus CPU son de tipo 1.
- Las jurisdicciones de CABA, Misiones y San Luis exhiben los porcentajes más altos de CPU tipo 2: 67, 62 y 61 % respectivamente. Para todas las demás provincias, entre el 35 % y el 60 % de sus CPU son de tipo 2.
- Las provincias de Tucumán, Buenos Aires y Salta exhiben los porcentajes más altos de CPU tipo 3: 15, 14 y 14 % respectivamente. Para todas las demás jurisdicciones, menos del 10 % de sus CPU son de tipo 3.
- Las provincias de Tierra del Fuego, San Juan y Neuquén exhiben los porcentajes más altos de CPU tipo 4: 28, 21 y 21 % respectivamente. Para todas las demás jurisdicciones, menos del 20 % de sus CPU son de tipo 4.
- Las provincias de Entre Ríos, Santiago del Estero y Chubut exhiben los porcentajes más altos de CPU tipo 5: 46, 45 y 41 % respectivamente. Este tipo de causa es el menos homogéneo; en algunas jurisdicciones el porcentaje es bajo, en otras el porcentaje es alto.

El tercer análisis correspondió al estudio de subpoblaciones particulares que, dadas sus características, tienen causas de defunción que les son propias y que, como se adelantó, captaron la atención de investigadores. Para hacer más fácil la lectura y la interpretación de los datos, se ha optado por presentar dos mapas coropléticos de la República Argentina por cada una de estas subpoblaciones. En todos los casos el mapa de la izquierda corresponde al primer quinquenio bajo estudio y el mapa de la derecha al segundo quinquenio. Cada jurisdicción está coloreada de rojo, amarillo o verde, de acuerdo con cuál es el porcentaje de CPU en el total de muertes registradas de esa subpoblación. Cuando este porcentaje es superior al 30 %, la jurisdicción está coloreada de rojo, indicando alerta. Cuando se encuentra entre 20 y 30 %, de amarillo; y cuando es menor al 20 %, la provincia está coloreada de verde, indicando un porcentaje tolerable de códigos basura, tomando como patrón la proporción media de CPU de América Latina que, como se vio, es bastante inferior a la del país. Por razones de dimensiones, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se ha “extraído” del mapa y puesto en relieve.

Las defunciones de varones son la primera subpoblación bajo estudio. Estas representan cerca del 52 % del total de las muertes. Se tomó entonces el total de defunciones de varones de cada quinquenio y, para cada período, se calculó qué porcentaje de esas defunciones fueron codificadas con CPU.

Mapa 1. Porcentaje de CPU para varones. Total país y jurisdicciones. Quinquenios 2010-2014 y 2015-2019.

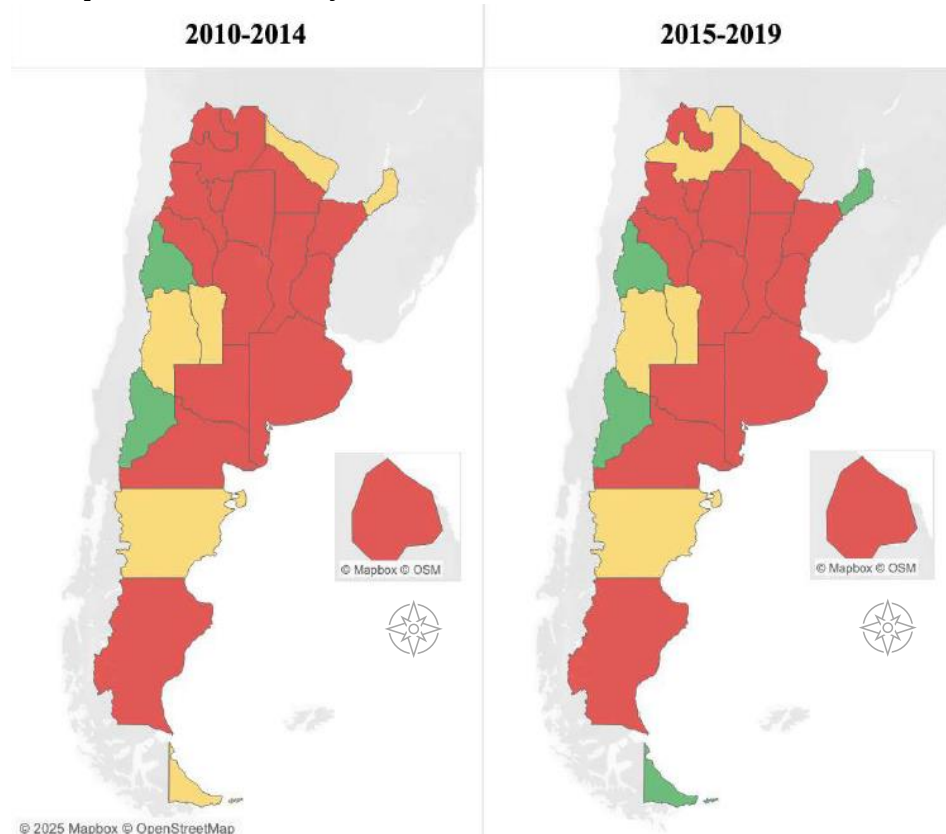


Fuente: elaboración propia sobre la base DEIS (Ministerio de Salud de la Nación).

En primer lugar, se percibe una mejoría en la codificación de las muertes de varones, puesto que varias provincias que originalmente estaban en rojo pasaron a amarillo. Sin embargo, las provincias de la franja del centro al norte del país y en especial en el este tienen deudas pendientes. Los mapas correspondientes a mujeres, como puede observarse, no se diferencian sobremanera de los de varones. La región geográfica crítica continúa siendo la más afectada; evidenciando ahora que esto es independiente

del sexo, y las jurisdicciones que habían mejorado su codificación en las muertes de varones no necesariamente lo hicieron en las muertes de mujeres.

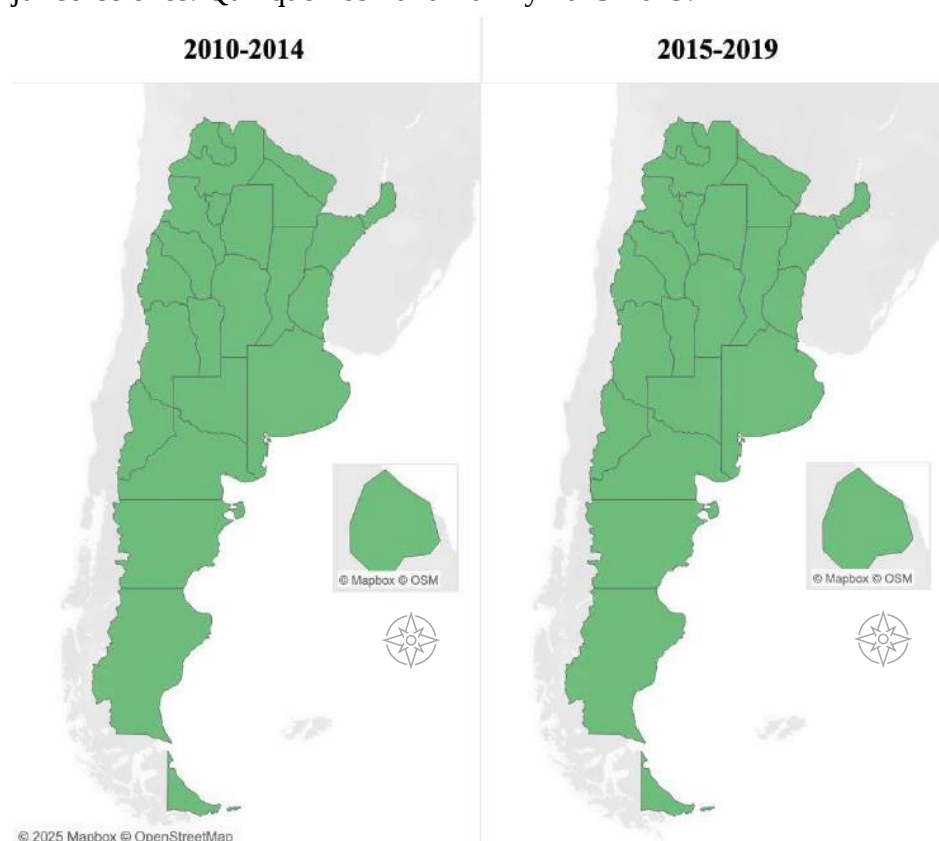
Mapa 2. Porcentaje de CPU para mujeres. Total país y jurisdicciones. Quinquenios 2010-2014 y 2015-2019.



Fuente: elaboración propia sobre la base de DEIS (Ministerio de Salud de la Nación).

Otra subpoblación de interés es la de menores de 1 año, puesto que la estructura de causas de las defunciones infantiles es distinta a la de otras edades. Se ha considerado el conjunto de defunciones infantiles -que representan aproximadamente un 2 % del total de defunciones- y mapeado (Mapa 3) el porcentaje de CPU observado en cada jurisdicción, en cada quinquenio. A diferencia de lo esperado en términos generales, no hubo en los últimos 10 años problemas con códigos basura para esta subpoblación, para ninguna jurisdicción, aunque investigaciones recientes ya habían advertido que estos porcentajes rara vez superaban el 20 % (Caviezel & Samper, 2023). Al respecto es importante destacar la existencia de programas de vigilancia y auditoría de las defunciones infantiles, que impactan favorablemente en la calidad de la certificación.

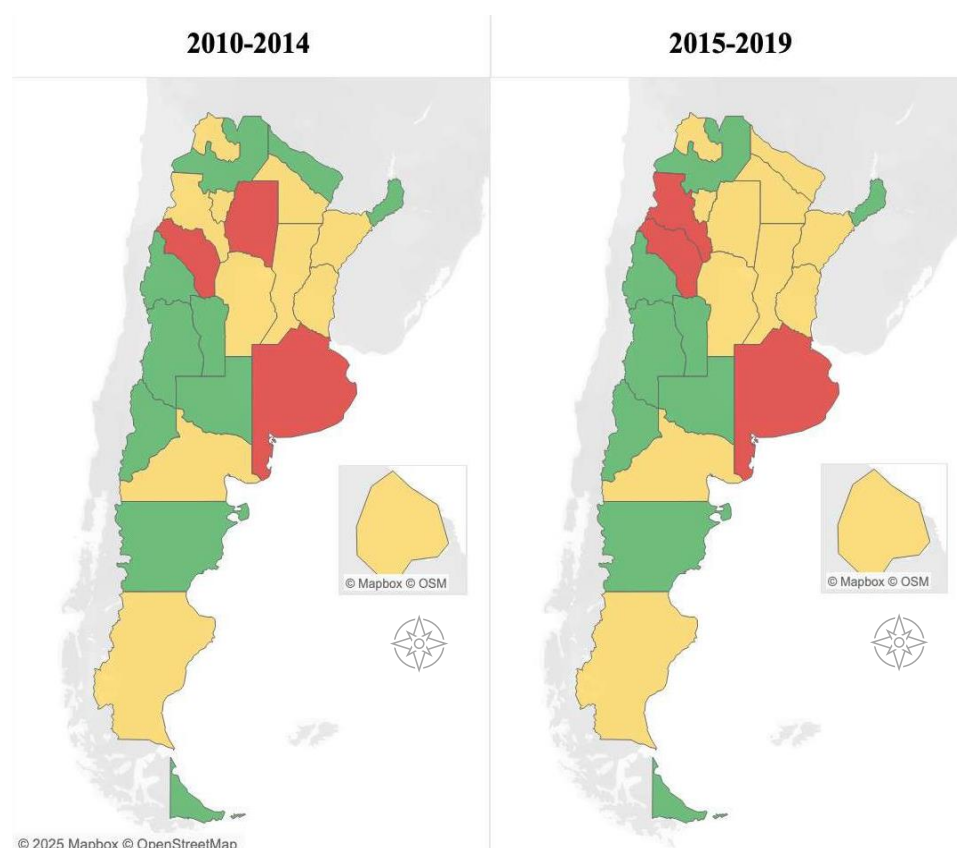
Mapa 3. Porcentaje de CPU para defunciones infantiles. Total país y jurisdicciones. Quinquenios 2010-2014 y 2015-2019.



Fuente: elaboración propia sobre la base de DEIS (Ministerio de Salud de la Nación).

Las mujeres en edad reproductiva, como se sabe, también tienen causas de muerte que les son propias y este grupo, por lo tanto, constituyó en sí mismo un grupo de interés. Representan cerca de un 3 % del total de defunciones y, dentro de ellas, se encuentran las defunciones maternas. El Mapa 4 presenta la situación para estas mujeres en edad fértil. Lo que se observa es que en general este grupo no posee códigos que son registrados con CPU excepto en la provincia de Buenos Aires, en la provincia de La Rioja y para el último quinquenio, también en la provincia de Catamarca. Santiago del Estero, por su parte, es una provincia que está al límite, pues alcanzó porcentajes de CPU para las mujeres de edad fértil superior al 30 % durante el quinquenio 2010-2014. Este hallazgo podría relacionarse acciones de monitoreo de las muertes maternas que impactan en su registro.

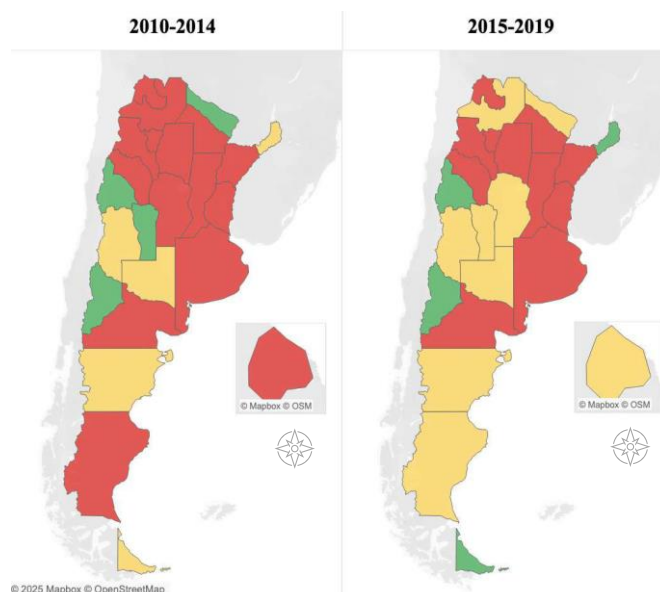
Mapa 4. Porcentaje de CPU para mujeres en edad fértil. Total país y jurisdicciones. Quinquenios 2010-2014 y 2015-2019.



Fuente: elaboración propia sobre la base de DEIS (Ministerio de Salud de la Nación).

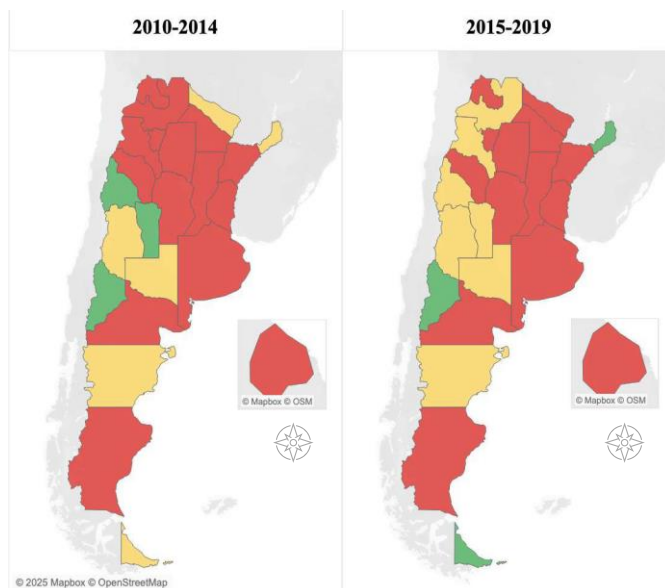
El local donde la defunción ocurre es fundamental para este análisis, porque el completamiento del Informe Estadístico de Defunción no se lleva a cabo de la misma manera en el caso de defunciones ocurridas en establecimientos sanatoriales que en las ocurridas en la vía pública, en domicilio o en otro lugar. De esta manera, los Mapas 5 y 6 presentan el porcentaje de CPU para estos dos grupos. Las defunciones ocurridas en establecimientos sanatoriales representan para estos años alrededor del 70 % del total de defunciones registradas en el país. Es notorio cómo se pierde la calidad del registro en el caso de las defunciones ocurridas fuera de establecimientos sanatoriales donde todavía los porcentajes de CPU son muy altos para este 30 % de defunciones, con independencia de la jurisdicción. Prácticamente, sólo hay verdes en las provincias de Misiones, Neuquén y Tierra del Fuego.

Mapa 5. Porcentaje de CPU para defunciones ocurridas en establecimientos sanatoriales. Total país y jurisdicciones. Quinquenios 2010-2014 y 2015-2019.



Fuente: elaboración propia sobre la base de DEIS (Ministerio de Salud de la Nación).

Mapa 6. Porcentaje de CPU para defunciones ocurridas en establecimientos no sanatoriales. Total país y jurisdicciones. Quinquenios 2010-2014 y 2015-2019.



Fuente: elaboración propia sobre la base de DEIS (Ministerio de Salud de la Nación).

Finalmente, y hasta donde la extensión de la ponencia lo permitía, se indagó en esta última etapa cuál fue el “ranking” de los CPU utilizados en cada quinquenio. Realmente no hay diferencias entre un quinquenio y otro, siguen siendo las mismas las que

encabezan el ranking. Este ranking se hizo para todo el país y el principal CPU utilizado es I50.9. En el último quinquenio bajo análisis, de cada 100 códigos poco útiles, 17 fueron I50.9; estadística que, por otro lado, se sabe por la tendencia que tienen los profesionales a establecer a la insuficiencia cardíaca como causa básica de muerte. La segunda causa que enlista este ranking es R99X: de cada 100 códigos poco útiles, 11 fueron R99X. El tercer código poco útil más usado lo constituyen las septicemias de origen no especificado, A41.9 y le siguen en importancia los J96: J96.3 y J96.9 respectivamente. Es en estos códigos donde quizás deba trabajarse más fuertemente.

Conclusiones

Hay mucho aún por hacer para mejorar la registración de las causas de muerte. Los números presentados permiten hacer un diagnóstico que exige atención y que precisa de un plan para mejorar la calidad de nuestras estadísticas vitales. No ha de pasarse por alto la crítica situación que han atravesado las estadísticas vitales durante casi todo este siglo y que, lamentablemente se agudizó en el año 2020.

De acuerdo con la bibliografía especializada (Naghavi et al, 2010, 2020), el primer eje a abordar es la *capacitación del personal que registra causas de muerte*. En este sentido, pareciera existir evidencia que indicaría que muchos errores provienen de una deficiente formación médica sobre cómo llenar el certificado. Evidentemente, en el currículum de grado o de posgrado de las carreras de medicina y afines este punto no se trabaja con precisión. Otro eje posible de solución consistiría en *reforzar los planes de auditoría médica* para que exista un sistema de control y retroalimentación. Incluso, codificadores expertos podrían asumir este rol. Por otra parte, en un mundo tan tecnificado como el que vivimos, no podríamos soslayar la posibilidad de incluir alguna herramienta de inteligencia artificial generativa -o de las automatizaciones disponibles- para tender hacia un mejoramiento en el registro de la causa básica de muerte. Otro eje a considerar es que quizás la Clasificación Internacional de Enfermedades, con sus versiones y revisiones, resulte menos amigable para algunos profesionales y requieran alguna asistencia adicional para trabajarla.

Como se ve, aún hay mucho trabajo por delante. Esperamos que las estadísticas futuras sobre esta temática traigan cifras más alentadoras y un mensaje de esperanza.

Referencias Bibliográficas

Caviezel, P. & Samper, S. (2024). Códigos de muerte “poco útiles” en la Ciudad y en la Provincia de Buenos Aires (2010-2019). *Población de Buenos Aires*, 21(33).

Grushka, C. (2014). Casi un siglo y medio de mortalidad en la Argentina. *Revista Latinoamericana de Población*, 8(15), 93-118.

Luque, M., Bertone, C. & Ribotta, B. (2023). Exactitud de las causas de muerte en Argentina. Análisis de las estrategias utilizadas para su fortalecimiento. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 80.

Naghavi, M., Makela, S., Foreman, K., O'Brien, J., Pourmalek, F. & Lozano, R. (2010). Algorithms for enhancing public health utility of national causes-of-death data. *Population Health Metrics*, 8, Article 9.

Naghavi, M., Richards, N., Chowdhury, H., Eynstone-Hinkins, J., Franca, E., Hegnauer, M., & Lopez, A. (2020). Improving the quality of cause of death data for public health policy: are all ‘garbage’ codes equally problematic? *BMC medicine*, 18(1), 55.

Organización Panamericana de la Salud (2008). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a revisión. Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud (2017). Lineamientos básicos para el análisis de la mortalidad. Washington, D.C.

Ribotta, B. & Escanés, G. (2014). Códigos “poco útiles” en los registros de defunción en Argentina, Chile, Colombia y México (2000-2011). *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 5(1).

Ribotta, B. (2014). Evaluación de la exactitud de los datos sobre la causa básica de muerte en América Latina. *Revista Peruana de Epidemiología*, 18(3), 1–9.

Say, L., Chou D., Gemmill, A., Tunçalp, O., Molle, A., Daniels, J., Gülmezoglu, A., Temmerman, M. & Alkema, L. (2014). Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Global Health* 2(6), e323-e333.

Zacca Peña, E., Gran Álvarez, M., Martínez Morales, M., & Fernández Viera, M. (2010). Calidad de las estadísticas de mortalidad en Cuba según cuantificación de causas de muerte imprecisas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(2), 102–108.