

CALIDAD DE LA CERTIFICACIÓN DE LA CAUSA BÁSICA DE LA MUERTE. ESTADO LARA 1995

* Douglas Manuel García Pérez
** Carlos Muñoz

PALABRAS CLAVE: Certificado de defunción.

RESUMEN

Con el propósito de determinar la calidad de la certificación de la causa básica de la muerte y su relación con: el médico firmante, mecanismo de la muerte, práctica de autopsia y sitio de ocurrencia, se diseñó un estudio explicativo de corte transversal, para lo cual se seleccionó la muestra de 967 certificados de defunción que fueron escogidos aleatoriamente. Los resultados encontrados muestran: Cuarenta y seis por ciento (46%) de los diagnósticos certificados fueron codificados en las categorías residuales de la CIE - 9; 50% de las defunciones extra hospitalarias correspondieron a los códigos antes mencionados. Se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.001$) de la especificidad diagnóstica por Distritos Sanitarios. En 86,5% de los certificados que se les aplicaron reglas, la causa básica fue seleccionada aplicando el principio 0 regla general. En las defunciones ocurridas en los servicios de salud, se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.0003$) de la especificidad diagnóstica y el mecanismo de la muerte. Con respecto al médico firmante más de la mitad de los certificados firmados por médicos no tratantes tenían diagnósticos discordantes con los asentados en las historias. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la especificidad diagnóstica. Se sub - registraron dos defunciones maternas. Se espera que este estudio sirva de base para futuras investigaciones, que pongan en evidencia la baja calidad de la certificación de la causa básica y que sirva de fundamento para la puesta en marcha de los correctivos necesarios por parte de las autoridades sanitarias.

KEY WORDS: Death Certificates.

SUMMARY

With the purpose of determining the quality of the certificate of basic cause of death and its relation: the physician who signs it; the mechanism of death, the practice of autopsy, and the site of occurrence, a transversal and explanatory study was carried out. A sample of 967 death certificates was randomly selected. The results showed: Forty six (46%) percent of certified diagnosis were coded in the residual categories of CIE - 9; 50% of extra - hospital deaths were included in the above mentioned codes. Statistically significant difference ($p = 0.001$) in the diagnostic specificity by sanitary districts was observed. In 86.5% of the certificates to which any rule was applied, the basic cause was selected by applying the general principle. Deaths which occurred at health services, showed statistically significant difference ($p = 0.0003$) between diagnostic specificity and mechanism of death. In the case of doctors who signed, more than a

* Profesor del Decanato de Medicina UCLA

** Director del Centro Venezolano de la Clasificación de Enfermedades.

half of certificates signed by doctors who had not treated the patients, showed diagnosis not related to those recorded in the clinical files. No differences about diagnostic specificity were observed. From three maternal deaths, two were sub registered. With the finding of this study one expects to create a base line for future investigation which can evidence the reasons for the low quality of the death certificates. Moreover, this study will be the beginning to put in practice the necessary correctives by health authorities.

INTRODUCCIÓN

Las estadísticas de mortalidad se inician en Inglaterra cuando el gobierno, por decreto, establece que todos los entierros deben ser registrados en el lugar de ocurrencia, con previa observación del cadáver e identificación de la posible causa de muerte. Las mismas comienzan a ser de utilidad para analizar el comportamiento de la mortalidad y su uso se hace cada vez más frecuente, pues ellas permiten estudiar la tendencia de algunas patologías que generan muertes en las poblaciones en relación a su trascendencia, magnitud y vulnerabilidad. En 1885 Wilham Farr relaciona la información sobre mortalidad con la natalidad, saneamiento ambiental, situación económica, abastecimiento de agua y áreas geográficas; en su revisión identifica que los registros usados hasta la fecha se basaban en criterios de clasificación que no permitían el análisis estadístico, pues cada enfermedad era registrada con tres o cuatro términos diferentes y éstos eran a su vez aplicables a varias enfermedades; además encontró el registro de algunas patologías con nombres vagos, así como el registro de las complicaciones y no el de las patologías primarias (1,2).

El valor epidemiológico de las estadísticas de mortalidad depende de la precisión con se reflejen la frecuencia de la ocurrencia de las enfermedades (3), pero su estudio y comparabilidad dependerán del cumplimiento de las pautas nacionales e internacionales (4). Dichas estadísticas son elaboradas sobre la base de la información registrada en el certificado de defunción ya que por disposición legal la legislación de muchos países, entre ellos la de Venezuela, exige que dicha información sea recabada del certificado de defunción, partiendo

del supuesto de que en éste deben estar informadas las causas de la defunción (5). La importancia de esta información radica en que permite determinar los problemas de salud de las localidades, así como la toma de decisión sobre las medidas de prevención y control de enfermedades que causan muerte (4).

Diversos autores han evaluado la correspondencia de los diagnósticos asentados en los certificados de defunción con los diagnósticos de la historia clínica; así se demuestra en una revisión hecha en los Estados Unidos, de los certificados de defunción registrados durante 1940 y 1950, donde la causa básica de la muerte era cáncer, encontrándose que un porcentaje de éstas habían sido erróneamente registradas, pues realmente correspondían a muertes por tuberculosis (3). En Brasil, un estudio realizado en Salvador refiere que de 996 muertes por cáncer, sólo 485 tenían confirmación para neoplasia y en 481 muertes por otras causas se encontraron 35 casos donde la causa básica realmente era un cáncer confirmado por biopsia (6); en un estudio llevado a cabo en Sao Paulo se evidenció la correspondencia de 43% de los certificados de defunción con los datos contenidos en las historias clínicas (7); así mismo, un estudio realizado en la localidad de Río Grande reportó sólo 27% de concordancia entre los diagnósticos contenidos en los certificados y las historias, pues de 107 defunciones registradas por gastroenteritis sólo 44 realmente se correspondían con dicho diagnóstico; de 84 muertes por causas respiratorias sólo 5 eran correctas, además de una sobre estimación de 25% de las muertes por meningitis (8); en Río de Janeiro se reporta 53% de concordancia diagnóstica (9).

En Venezuela, concretamente en el hospital José Gregorio Hernández de Catia (Caracas), se obtuvo que 19% de los certificados de defunción se correspondían con los diagnósticos contenidos en las historias (10), mientras que en otro estudio desarrollado en Falcón se observó que sólo 8,6% de los certificados discrepan con los diagnósticos de las historias (11); sin embargo en el hospital de Coro, capital del mismo estado, se encontró discrepancia en 19,5% de los certificados (12).

Las defunciones certificadas bajo la categoría de signos y síntomas mal definidos, es otro aspecto estudiado para medir la calidad de la certificación de la causa básica de la muerte; al respecto en 1935, a nivel nacional, se realizó una investigación cuyos autores encontraron que las defunciones registradas, en su mayoría fueron codificadas bajo las categorías de desconocidas o no especificadas (13). Así mismo, la OPS y la OMS realizaron durante el período de 1982 a 1984 en todo el territorio nacional, una investigación donde hallaron 18% de certificados con diagnósticos errados y que 1 % de los certificados habían sido codificados en las categorías residuales de la Clasificación Internacional de Enfermedades (14). En una revisión de la mortalidad ocurrida en el hospital José Gregorio Hernández de Catia, se reportó que las defunciones mal diagnosticadas estaban ubicadas entre las primeras causas de muerte (10); por otra parte, en el hospital de Coro 32,5% de las defunciones se registraron con diagnósticos mal definidos (12). Igualmente en los estados Zulia y Táchira se reportaron hallazgos semejantes, encontrándose unos porcentajes de 16% y 16,4% respectivamente de diagnósticos mal definidos (15). El menor porcentaje reportado (14%) fue en el estado Cojedes (16).

Con respecto a la aplicación de las reglas de selección se observó la aplicación del principio general en 60% de los certificados (13); en el estado Zulia se aplicó en 81,3% (15) y en Falcón en el 72,5% de los certificados (11).

Son pocas las referencias encontradas sobre estudios que planteen la concordancia de los diagnósticos contenidos en los certificados, 'con los contenidos en la historia, según si quien firma es el médico tratante; al respecto Blanco, A. en Venezuela para 1988 reporta que 83% de ls certificados de defunción eran firmados por el médico tratante y de éstos 96% tenían diagnósticos específicos, mientras en el 17% de los firmados por médicos no tratantes, 18,8% correspondían a signos y síntomas (1).

Muñoz, C. en su estudio realizado en el estado Falcón, concluye que los diagnósticos emitidos por los médicos tratantes o patólogos eran de mejor calidad que los emitidos por los médicos no tratantes, ya que éstos se basan en la información aportada por los familiares o el examen del cadáver (11).

Como se puede observar, los estudios antes citados enfocan el problema de la calidad de la certificación de la causa básica de la muerte abordando en forma aislada algunos de los aspectos y como además en nuestro medio no \ existen estudios publicados que permitan tener una visión clara de la situación, se diseñó una investigación para determinar la calidad de la certificación de la causa básica de la muerte en el estado Lara, en el año 1995, para lo cual se revisaron 967 certificados de defunción que fueron clasificados según el sitio de ocurrencia de la muerte, mecanismo de la defunción y médico certificador de la misma.

MATERIALES Y METODOS

Se diseñó un estudio analítico de corte transversal con el propósito de determinar la calidad de la certificación de la causa básica de la muerte en el estado Lara (1995). Para ello, se tomó una muestra al azar del 10% de las defunciones, siendo seleccionadas 967 defunciones registradas en los diferentes distritos sanitarios del estado, correspondientes a los meses de abril y diciembre de 1995.

Para obtener la información, se solicitaron las copias de los certificados de defunción a la Dirección del Centro Venezolano de la Clasificación de Enfermedades; una vez obtenidos se procedió a separar las defunciones por Distritos Sanitarios; en cada uno se agruparon según el sitio de ocurrencia, en extra hospitalarias las ocurridas en la calle o domicilio, y como ocurridas en los servicios de salud las registradas en los hospitales, clínicas y ambulatorios del estado; según el mecanismo de la defunción se dividieron en ocurridas por causa natural o las certificadas como violentas.

Los diagnósticos contenidos en los certificados fueron comparados con los diagnósticos clínicos finales de las historias y los diagnósticos de los protocolos de autopsias. Con respecto al médico tratante se procedió a revisar en las historias la firma de los médicos tratantes.

La información recolectada fue codificada según las pautas de la CIE - 9 y para la aplicación de las reglas de selección de la causa básica de la muerte se empleó el programa de selección de la causa básica de la muerte versión 6.0, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo.

Sobre la base de los criterios de la CIE - 9 y 10 se consideró:

- Regla general a aquellos certificados que informaron una secuencia lógica.
- Regla de selección 1 a aquellos que informaron más de un secuencia, es decir, dos causas escritas en la última línea informada.
- Regla de selección 2 aquellos que teniendo más de dos causas informadas no tenían secuencia.
- Con respecto a la no - especificidad diagnóstica se tomó como criterio, que al ser codificada el cuarto dígito asignado correspondiera con la categoría residual para dicha causa (2).
- Sobre la concordancia diagnóstica se consideraron aquellos certificados que al ser comparados con las historias y protocolos de autopsias tuvieran los mismos diagnósticos.
- Para decir que un diagnóstico en subregistrado o sobre estimado se tomaron en cuenta aquellos certificados que no concordaron con los diagnósticos finales registrados en la historia. Se consideraron sobre estimados los diagnósticos registrados en los certificados que no se correspondían con los diagnósticos clínicos finales de la historia, y subregistrados cuando las patologías diagnosticadas en las historias no fueron asentadas en el certificado de defunción.

Las defunciones fueron presentadas en 8 grupos, tomándose en cuenta los códigos de la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Enfermedades Infecciosas, Cáncer, Enfermedades endocrinas, Enfermedades cardiovasculares, Enfermedades del periodo perinatal, Externas, Mal definidas y otras) (2).

La información fue recolectada en un instrumento elaborado para tal fin el cual consta de VI partes: I datos de identificación, II mecanismo de la muerte, III códigos de causas de muerte, IV reglas de selección de la causa básica, V diagnósticos de la historia y protocolo de autopsia, VI médico firmante.

Los datos tabulados se presentan en cuadros de datos de asociación, gráficos de barras subdivididas y diagramas de sectores. Se empleó como medida de resumen los porcentajes y como prueba de significancia se utilizó el Chi cuadrado, para el cual se fijó un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia de 0,05. Los datos estadísticos fueron procesados bajo los programas Epi Info versión 6.0 y SPSS versión 7.5.

RESULTADOS

Los resultados fueron divididos en dos partes: La primera presenta los hallazgos obtenidos con los 967 certificados de defunción, y la segunda se refiere a las muertes ocurridas en los servicios de salud y aquellos certificados de defunciones a los que se les encontraron las historias clínicas.

De las 967 defunciones ocurridas en el estado Lara durante los meses de Abril y Diciembre de 1995, se encontró que 86,3% correspondieron a muertes por causas naturales y 13,7% a defunciones por causas violentas. Se observó con respecto a la especificidad diagnóstica que 46% de las defunciones fueron diagnosticadas en forma inespecífica; al relacionar el mecanismo de la muerte con la especificidad no se encontraron diferencias significativas desde el punto de vista estadístico ($p = 0.06$) (ver cuadro 1).

CUADRO N° 1

Defunciones según el mecanismo de muerte y la especificidad diagnóstica, Estado Lara 1995

Mecanismo de muerte	Especificidad Diagnóstica				Total	
	Sí	%	No	%	Nro.	%
Causas naturales	441	52.8	394	47.2	835	100
Causas violentas	81	61.4	51	38.6	132	100
Total	522	54	445	46	967	100

Fuente: Archivos de Estadísticas de Salud y Registros Vitales de los diferentes Centros de Salud
 $\chi^2 = 3.35$ $p = 0.06$

Con respecto al sitio de ocurrencia se evidenció que 54% de las defunciones ocurrieron fuera de los servicios de salud y 46% ocurrieron en los servicios de salud del estado. Con relación a la especificidad diagnóstica y el sitio de ocurrencia se aprecia que en las defunciones extrahospitalarias

predominan los diagnósticos inespecíficos (50,8%), mientras que en los servicios de salud predominaron los diagnósticos específicos (59,5%), encontrándose que estas diferencias son estadísticamente significativas ($p = 0,001$) (ver cuadro 2).

CUADRO N° 2

Distribución de defunciones según sitio de ocurrencia de la muerte y especificidad diagnóstica, Estado Lara 1995

Sitio	Especificidad Diagnóstica				Total	
	Sí	%	No	%	Nro.	%
Extrahospitalario	255	49.2	263	50.8	518	100
Servicio de Salud	267	59.5	182	40.5	449	100
Total	522	54	445	46	967	100

Fuente: Archivos de Estadísticas de Salud y Registros Vitales de los diferentes Centros de Salud.
 $\text{Chi}^2 = 10.1$ $p = 0.001$

Al distribuir los certificados por distritos y especificidad diagnóstica, se observaron los mayores porcentajes de inespecificidad en los Distritos Sanitarios Sanare y Cabudare, 70 y 60% de las muertes certificadas

respectivamente; al calcular la prueba de significancia se puso en evidencia que las diferencias observadas en cuanto a la especificidad por distritos es estadísticamente significativa ($p = 0.001$) (ver cuadro 3).

CUADRO N° 3

Distribución de certificados de defunción según el Distrito Sanitario y especificidad diagnóstica, Estado Lara 1995

Distritos Sanitarios	Especificidad Diagnóstica				Total	
	Sí	%	No	%	Nro.	%
Iribarren	364	57,0	275	43,0	639	100
Carora	57	45,2	69	54,8	126	100
Tocuyo	35	53,1	31	46,9	66	100
Quibor	24	60,0	16	40,0	40	100
Duaca	10	62,5	6	37,5	16	100
Siquisique	10	45,5	12	54,5	22	100
Sanare	9	30,0	21	70,0	30	100
Cabudare	8	40,0	12	60,0	20	100
Sarare	5	62,5	3	37,5	8	100
Total	522	54,0	445	46,0	967	100

Fuente: Archivos de Estadísticas de Salud y Registros Vitales de los diferentes Centros de Salud.
 $\text{Chi}^2 = 9,67$ $p = 0,001$

Con respecto a la aplicación de las reglas de selección de la causa básica de la muerte, se observa que a 64,5% de los certificados se les aplicaron reglas y en los casos donde no se aplicaron (35,5%), hubo 30,6% de certificados con causa única de muerte y 69,4% fueron certificados llenados en la parte B. Con respecto a la regla aplicada, se observó que a 86,5% de los certificados se les aplicó la regla

general para la selección de la causa básica de la muerte y sólo en 13,5% de las defunciones la causa básica fue seleccionada aplicando las reglas de selección 1y2.

Siete por ciento de las defunciones fueron certificadas con diagnósticos mal definidos y de éstas 36,8% y 29,4% correspondieron a los diagnósticos de Paro Cardiorespiratorio e

Insuficiencia Respiratoria Aguda respectivamente; en este mismo orden de ideas se observó que en los Distritos Sanitarios

De las defunciones ocurridas en los centros de salud del estado se obtuvieron los siguientes resultados: 398 (88,6%) de las defunciones fueron por causas naturales y 51 (11,4%) por causas violentas; con respecto a la especificidad 59,5% fueron diagnósticos específicos; con respecto a la especificidad y mecanismo de la defunción se observó que

Siquisique y Sanare se registraron los mayores porcentajes de certificados mal diagnosticados, correspondiendo al 43 y 41% respectivamente.

78,4% de las defunciones por causas externas fueron diagnósticos específicos, mientras que las defunciones por causas naturales sólo 57,1% fueron diagnósticos específicos; las diferencias observadas en cuanto a especificidad y mecanismo de muerte son estadísticamente significativas ($p = 0,0003$) (ver cuadro 4).

CUADRO N° 4

Distribución de defunciones ocurridas en los servicios de salud según mecanismo y especificidad, Estado Lara 1995

Mecanismo	Especificidad Diagnóstica				Total	
	Sí	%	No	%	Nro.	%
Causa natural	227	57,1	171	42,9	398	100
Causa violenta	40	78,4	11	21,6	51	100
Total	267	59,5	182	40,5	449	100

Fuente: Archivos de Estadísticas de Salud y Registros Vitales de los diferentes Centros de Salud
 $\chi^2 = 8,63$ $p = 0,0003$

De estas defunciones ocurridas en los diferentes centros de salud sólo se lograron ubicar 59,7% de las historias, observándose que hay concordancia en 53% de los diagnósticos de los certificados con los diagnósticos contenidos en las historias; sin embargo los certificados firmados por los médicos tratantes

concordaron en 56,3% con los diagnósticos de las historias, mientras que en los firmados por los médicos no tratantes predominaron los certificados sin concordancia (51,3%); a pesar de estas diferencias observadas no se encontraron evidencias de significancia estadística ($p = 0,2$) (ver cuadro 5).

CUADRO N° 5

Distribución de los certificados según el médico firmante y la concordancia con los diagnósticos de la historia, Estado Lara 1995(1)

Médico Tratante	Concordancia Diagnóstica				Total	
	Sí	%	No	%	Nro.	%
Sí	85	56,3	66	43,7	151	100
No	56	48,7	59	51,3	115	100
Total	141	53	125	47	266	100

Fuente: Archivos de Estadísticas de Salud y Registros Vitales de los diferentes Centros de Salud
 $\chi^2 = 1,51$ $p = 0,2$

En relación a la especificidad diagnóstica y el médico firmante del certificado se observó un predominio de los certificados con diagnósticos específicos (59,4%); sin embargo (ver cuadro 6).

al relacionar la especificidad diagnóstica según si se trata del médico tratante no se observan diferencias importantes

CUADRO N° 6

Distribución de certificados según el médico tratante y especificidad diagnóstica, Estado Lara 1995(1)

Médico Tratante	Especificidad Diagnóstica				Total	
	Sí	%	No	%	Nro.	%
Sí	90	59,6	61	40,4	151	100
No	68	59,1	47	40,9	115	100
Total	158	59,4	108	40,6	266	100

Fuente: Archivos de Estadísticas de Salud y Registros Vitales de los diferentes Centros de Salud

Nota: 1 se excluyeron 181 certificados por no tener historia, 2 por no identificar médico tratante.

Chi² = 0,1 p = 0,7

Con respecto a la concordancia de los diagnósticos de los protocolos de autopsia y los diagnósticos de los certificados de defunción, se observó concordancia en 52,9% de los casos y al relacionar ambos aspectos 63,7% de los protocolos de autopsia concordaron con los

diagnósticos de la historia clínica, mientras que en sólo 52% de los que no se les practicó autopsia se encontró concordancia; a pesar de estas diferencias no hubo significancia estadística (p = 0,3) (ver cuadro 7).

CUADRO N° 7

Distribución de certificados según práctica de autopsia y concordancia diagnóstica, Estado Lara 1995(1)

Autopsia	Concordancia Diagnóstica				Total	
	Sí	%	No	%	Nro.	%
Sí	14	63,7	8	36,3	22	100
No	128	52	118	48	246	100
Total	142	52,9	126	47,1	268	100

Fuente: Archivos de Estadísticas de Salud y Registros Vitales de los diferentes Centros de Salud

Nota: 1 se excluyeron 181 certificados.

Chi² = 1,09 p = 0,3

Las reglas de selección de la causa básica de la muerte fueron aplicadas en 92,6% de los certificados de defunción, observándose que a pesar de que la muerte está registrada como ocurrida en los servicios de salud del estado, un 7,4% fue certificada sin asistencia médica; es

importante resaltar que la regla general fue aplicada en 86,9% de los certificados a los que se les aplicaron reglas, mientras que en igual porcentaje (6,3 y 6,8%) se aplicaron en el resto las reglas de selección 1y2.

En los dos meses estudiados se registraron 3 muertes maternas que representan el 1,1% de las defunciones registradas; de estas tres defunciones sólo una fue reportada con una causa básica relacionada con el embarazo, parto o puerperio, mientras que las otras dos fueron subregistrados.

Al comparar 268 certificados de defunción con la respectiva historia encontrada, se procedió a determinar los diagnósticos subregistrados o sobrestimados, encontrándose que se subregistran las defunciones por enfermedades congénitas, causas externas y enfermedades endocrinas, mientras que se sobrestiman las defunciones por enfermedades infecciosas; con respecto al resto de las causas se encontró que son subregistrados en proporción similar a las que se sobrestiman.

DISCUSION Y RECOMENDACIONES

Son muchos los esfuerzos realizados tanto en el ámbito internacional como nacional para garantizar la calidad de la certificación de la causa básica de la muerte; sin embargo en el presente estudio se puso en evidencia la baja calidad de la certificación de la muerte en el estado Lara, la cual está afectada por el alto porcentaje de certificados cuya causa básica fue codificada en las categorías residuales de la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, es decir, diagnósticos útiles para los estudios de mortalidad pero inespecíficos; así mismo se evidenció que la inespecificidad diagnóstica es diferencial, encontrándose diferencias estadísticamente significativas que nos permiten afirmar con 95% de confianza que la calidad de la certificación se afecta según el distrito sanitario donde se hace la certificación ($\text{Chi}^2 = 9,67$ $p = 0,001$), con un predominio de los diagnósticos inespecíficos en los Distritos Sanitarios Carora, Sanare, Siquisique y Cabudare. Otro aspecto que altera la calidad es el sitio de ocurrencia de la muerte ($\text{Chi}^2 = 10,1$ $p = 0,001$), encontrándose mayor porcentaje de

certificados con diagnósticos inespecíficos en las defunciones ocurridas fuera de los servicios de salud; sólo se observaron porcentajes diferentes en cuanto al mecanismo de la muerte y práctica de la autopsia, no siendo éstas suficientes desde el punto de vista estadístico para afirmar que estos elementos sean factores que alteren la calidad de la certificación. Con relación a las reglas de clasificación se evidenció un predominio de los certificados con aplicación de la regla general, lo que permite afirmar que la calidad en cuanto a las normas de llenado es buena, aunque con ello no se garantiza la fidelidad y validez de la información certificada.

Con respecto a las defunciones ocurridas en los servicios de salud se observó que la calidad de la certificación está afectada por el mecanismo de la defunción, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($\text{Chi}^2 = 8,63$ $p = 0,0003$) en cuanto al porcentaje de especificidad diagnóstica, según si la defunción es violenta o por causa naturales; esto puede ser explicado por el hecho de que las muertes violentas tienen implicaciones médico legales, no se encontraron suficientes evidencias estadísticas para afirmar que la calidad esté afectada por el médico firmante del certificado o la concordancia diagnóstica, lo cual puede ser explicado por el hecho de la reducción del tamaño de la muestra que resta potencia a la determinación de la prueba de significancia estadística, además de que los certificados a los cuales se les ubicó la historia clínica en su mayoría fueron firmados por médicos no tratantes que laboran en el centro de salud donde ocurrió la muerte.

Al proceder a la revisión de las historias clínicas de las defunciones en mujeres en edad fértil en los diferentes servicios de salud del estado, se observó que sólo una muerte materna, de las tres que realmente ocurrieron, fue diagnosticada, lo que permite suponer que al año se registran 12 de las 36 muertes que ocurren y se pudiera pensar que estos registros no son válidos, pues no miden lo que se debe

medir ni son fiables porque no reflejan lo que ocurre en la realidad.

Estos hallazgos concuerdan con los resultados parciales de muchas de : las investigaciones referidas al inicio de este estudio; no obstante cabe resaltar que en un estudio realizado en 60 hospitales de los Estados Unidos se reporta una concordancia diagnóstica mucho mayor que la antes referida, la cual varía de 63% al 86%, observándose que ésta depende de si el médico certificante es el médico tratante; de igual modo el grado de especificidad experimenta variaciones, siendo más específicos los diagnósticos de los médicos tratantes (17); de igual forma en Venezuela se reporta que los diagnósticos emitidos por los médicos tratantes son en un 96% más específicos que los emitidos por los médicos no tratantes (12, 15), lo cual pone en evidencia que el Estado Lara está por debajo de este porcentaje de especificidad.

En base a los resultados obtenidos se recomienda:

- A las autoridades regionales de salud realizar talleres de formación e información para el personal médico de los diferentes distritos sanitarios, sobre la importancia de la especificidad de los diagnósticos asentados en los certificados de defunción.
- A las autoridades del Departamento de Medicina Preventiva y Social que a través de las cátedras respectivas desarrollen actividades de formación sobre la importancia epidemiológica y médico legal de la concordancia de los diagnósticos asentados en los certificados con los de la historia clínica.
- A los epidemiólogos distritales que establezcan estrategias de intervención y control del subregistro de causas de muertes, así como de muertes maternas.
- A la Maestría en Salud Pública que diseñe y desarrolle una línea de investigación sobre

calidad de registros, que abarque otros aspectos no investigados en la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Beker, R. Lineamientos Básicos para el Análisis de la Mortalidad y sus Tendencias. Organización Panamericana de la Salud. p 105. 1992.
2. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima Revisión, Volumen 2. N° 554 P 162. 1992.
3. Lilinfeld, A. y Colaboradores. Fundamentos de Epidemiología. Iberoamericana. p 319. 1987.
4. Chackiel, J. La Investigación Sobre Causas de Muerte en América Latina, Situación Actual y Perspectivas Futuras. CELADE. pp 1 - 27.1986.
5. Aray, O. y Velles. 1 Taller Calidad del Certificado de defunción. Dirección Regional del Estado Anzoátegui, Departamento de Epidemiología Regional. (Mimeografiado). 1994.
6. Schnitma, A. Analise de Fidedignidade da Declaração da Causa Básica de Morte por Câncer em Salvador, Brasil. Revista Saúde Pública. 24 (6) pp 490 - 496. 1990.
7. Fonseca, L. y Laurenti, L. Qualidade da Certificação Medica de Causa de Morte em Sao Paulo. Revista de Saúde Pública. 8 pp 21 - 29. 1984.
8. Nobre, L. Avaliação da Qualidade de Informacao Sobre la Causa Básica de Obitos Infantis no Río Grande do Sul, Brasil. Revista Saúde Pública. 23 (3) pp 207 - 213. 1989.

9. Leal, F. Qualidade Prehencimiento de Atestado de Obitos de Menores de un Ano na Regiao Metropolitana do Río de Janeiro. Revista de Saúde Pública. 24 (4) pp 311 - 318. 1990.
10. González, T. Concordancia Diagnóstica entre el Certificado de Defunción y la Historia Clínica en el Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández", Catia, Caracas, 1987. Cuaderno de la Escuela de Salud Pública N° 54. pp 53 - 63.1989.
11. Muñoz, C. Calidad de la Certificación Médica y de la Causa Básica de la Muerte 1985. Cuadernos de la Escuela de Salud Pública. N° 49 pp 57 - 74.1987.
12. Suze, C. Evaluación de los Registros de Mortalidad del Hospital General "Dr. Alfredo Van Drieken" y Precisión diagnóstica Certificada. XXXIII Asamblea General Ordinaria de la Sociedad Venezolana de Médicos Higienistas (Mimeografiado). 1984.
13. Avilan, J. 80 Años de Sanidad en Venezuela. Documento Ministerio de Sanidad. p 18. 1993.
14. Blanco, L. Análisis de la Situación de Salud en Venezuela, con Base al Estudio de la Mortalidad por Causas de Defunción 1982 - 1984. Documento MSAS, OPS. 1988.
15. Muñoz, C. Calidad de la Certificación Médica de la Defunción, Estado Zulia, 1989. Boletín de Salud Pública. N° 61 pp 27 - 40. 1991.
16. Muñoz, C. Certificación de la Defunción sin Asistencia Médica, Estado Cojedes. Centro Venezolano de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Documento Ministerio de Sanidad. 1987.
17. Araujo, Z. Evaluación del Programa de Salud Infantil en una Región del Noreste de Brasil. Tesis de Doctorado Universidad de Montreal 1993.

Trabajo de Grado presentado para optar al Título de Magister en Salud Pública (U.C.L.A.)

.....

La mayor esclavitud son los vicios.