

Estrategias para la digitalización de la información en salud

La implementación del Certificado de Defunción Digital en la provincia de Buenos Aires



*Santiago Pesci, Ricardo Wright,
Lupe Marín y Hernán Caneva**

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo describir y analizar la conformación y el proceso de puesta a prueba del Certificado de Defunción Digital (CDD), un dispositivo tecnológico que actualmente se encuentra en la etapa previa a su ejecución en todo el territorio de la provincia de Buenos Aires. Para ello, se dará cuenta de la inserción de esta herramienta en un proyecto de mayor amplitud, como es la estrategia de Salud Digital Bonaerense y se analizarán de forma contrastiva las ventajas de la digitalización de las defunciones frente al actual sistema papelizado, así como su incidencia para el diseño de políticas sanitarias.

Palabras clave

digitalización - información en salud - certificado de defunción - provincia de Buenos Aires

* Santiago Pesci: Licenciado en Economía. Dirección de Información en Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Ricardo Wright: Doctor en Ciencias de la Salud. Dirección de Información en Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Lupe Marín: Licenciada en Sociología. Dirección de Información en Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Hernán Caneva: Doctor en Ciencias Sociales. Dirección de Información en Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

1. Presentación

Las sociedades actuales se encuentran atravesadas por profundos cambios estructurales, implicando transformaciones sociales, culturales, económicas, políticas y tecnológicas. Estos cambios se ven acompañados por la reproducción de viejas y nuevas desigualdades tanto en Argentina como en el resto de la región latinoamericana (Kessler y Benza, 2020). En el ámbito de la salud pública y privada, la emergencia de Internet 2.0 y de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (Castells, 2001), al menos durante las últimas dos décadas, redefinió las formas de organización y gestión de la información sociosanitaria y sociodemográfica, permitiendo mecanismos informáticos más eficaces para relevar las problemáticas sanitarias de individuos, grupos y conglomerados y, eventualmente, intervenir sobre las mismas (Bayés-Cáceres y otros, 2020).

Desde mediados del siglo XX, el concepto de salud se enmarca en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entendida como el “completo bienestar físico y psicológico de las personas” (Blanco, 2007). Si bien –planteado en abstracto– el concepto se vuelve ciertamente vacío, su operativización en términos de políticas sanitarias constituye un objeto de preocupación central por parte del gobierno nacional y de los gobiernos provinciales. Particularmente, el territorio de la provincia de Buenos Aires (PBA), tanto por el volumen de su población como por la diversidad de situaciones sociosanitarias que presenta, se encuentra protagonizando esta “bisagra tecnológica” que ofrece oportunidades y medios para poner en práctica nuevas y más efectivas herramientas para registrar las problemáticas sanitarias de la población. En efecto, la necesidad de contar con datos completos y oportunos sobre las defunciones de las/los habitantes residentes en la PBA se ha convertido, en los últimos años, en un tema de interés central por su incidencia en la gestión de políticas sanitarias.

Más aún, la emergencia de la pandemia del COVID-19, desde comienzos del año 2020, obligó a planificar aceleradamente mecanismos y dispositivos para la detección y el registro de datos epidemiológicos de la población, bajo la necesidad de evaluar con urgencia el impacto sanitario del virus, su evolución y las estrategias más adecuadas para controlarlo/erradicarlo (Garcell y otros, 2020). Particularmente en la PBA, las campañas de testeo y vacunación dieron cuenta de los esfuerzos y avances de coordinación de recursos humanos y no humanos, de la logística y planificación, frente a la situación de emergencia sanitaria (Maceira y otros, 2021).

Es por ello que, en un contexto de epidemia y de posepidemia, se ha vuelto particularmente relevante contar con información rigurosa, fidedigna, oportuna y en tiempo real sobre las causas de muerte de la población (Pesci y otros, 2021, 2022). Su relevancia estriba en que, a partir del conocimiento exhaustivo de las causas y condiciones en las que se produce el fallecimiento de los individuos se vuelve más factible desarrollar políticas sanitarias que comprendan el alcance real de las problemáticas de salud y que propendan a un tratamiento integral de las mismas.

Este artículo tiene como objetivo describir y analizar la conformación y el proceso de puesta a prueba del Certificado de Defunción Digital (CDD), un dispositivo tecnológico que actualmente se encuentra en la etapa previa a su ejecución en todo el territorio de la PBA. Cabe mencionar que la puesta en

práctica de este dispositivo digital no constituye una iniciativa política aislada, sino que forma parte de un proyecto de mayor amplitud, como es la estrategia de Salud Digital Bonaerense. Este proyecto apunta a contar una base de datos rigurosa y detallada sobre diferentes indicadores sanitarios de la población como, por ejemplo, la historia clínica de las/los pacientes, los registros de consultas médicas y de internaciones.

Ahora bien, para dimensionar la relevancia que reviste la implementación del CDD, describiremos –de forma contrastiva– el proceso actualmente vigente para el registro de los hechos vitales de la población bonaerense y señalaremos las ventajas que esta nueva herramienta presenta frente al actual formato en papel (Chueke, 2015).

Sostenemos que el CDD resulta clave para el desarrollo de políticas sanitarias porque esta herramienta permite registrar con rigurosidad y oportunidad las condiciones y causas en las que se producen los decesos, información que se vuelve crucial para planificar y coordinar acciones que confronten con las problemáticas sanitarias subyacentes.

En esta dirección, señalaremos las principales características del CDD, enfatizando algunos elementos novedosos que presenta este formulario (entre ellos: la autopercepción de la identidad sexual de la persona fallecida, su pertenencia a comunidades indígenas o pueblos originarios y las condiciones socioeconómicas); también se enfatizará en la importancia de contar con un detalle exhaustivo de las causas de muerte de la población.

En las conclusiones, plantearemos una serie de desafíos inmediatos que se presentan para la implementación del CDD.

2. Antecedentes y contexto de emergencia del Certificado de Defunción Digital

El objetivo de esta sección consiste en describir, a grandes rasgos, el *proceso* actualmente vigente para el registro de las defunciones de la población residente en la PBA, señalando algunas de las principales dificultades que dicho proceso presenta debido a la “papelización”.

Entendiendo que la digitalización de la información en salud es una estrategia que se despliega en toda la región (Bayés-Cáceres y otros, 2020), y luego de dar cuenta de las prerrogativas legales que avalan el CDD, se describirán las estrategias empleadas a nivel provincial para la digitalización de la información en salud, haciendo hincapié en la importancia de un registro más fidedigno y oportuno de las defunciones para el desarrollo de políticas sanitarias que atiendan las problemáticas sanitarias de nuestra población.

2.1. Consideraciones legales del CDD

El certificado de defunción es el documento público oficial que acredita la muerte de una persona, el cual se encuentra regularizado por la legislación vigente (Ley N° 14078). En conformidad con el artículo 19, inciso 8° de la Ley Nacional N° 17132, este certificado debe ser confeccionado por un profesional médico, quien se encuentra obligado a extender los certificados de defunción de los pacientes fallecidos bajo su asistencia.

Cabe señalar que el proyecto de certificación digital de las defunciones en la PBA, a través de una plataforma web, se adecúa a las disposiciones legales vigentes, en línea con el Decreto N° 1501/09, el cual busca dotar de sistematicidad al proceso y delimitar en forma clara las responsabilidades de los sujetos que intervienen en el mismo.

Por esta razón, los CDD deberán contar con la firma digital de las/los profesionales médicos habilitados. La digitalización de la firma se realiza a través de operativos conjuntos entre la Dirección de Información en Salud (DIS) y el Registro Nacional de las Personas (RENAPER). Estos últimos asisten a los establecimientos y efectúan los operativos móviles.

Por otra parte, el REFEPS¹ es el padrón de profesionales que constata que el/la profesional es médico/a; sin embargo, este padrón no se utiliza para la firma, sino para generar el usuario en la plataforma de hechos vitales (donde se genera el CDD). De modo que, y como detallaremos luego, el nuevo CDD se unificará con el Informe Estadístico de Defunción y se integrará con el proceso de labrado de actas digitales del Registro Provincial de las Personas. Además, uno de los elementos novedosos del proceso es que, en la confección del CDD, no solamente participarán los médicos/as habilitados sino el personal estadístico de salud (en carácter de auxiliar) de los centros de atención pública y privada.

La unificación del Certificado de Defunción con el Informe Estadístico de Defunción permitirá contar con un solo registro, que sustituirá al actual formato en papel. El marco regulatorio de esta política estipula que las/los profesionales médicos habilitados para la emisión de Certificados de Defunción Digitales deberán encontrarse debidamente registrados en el Ministerio de Salud Provincial, contar con una matrícula vigente en el REFEPS, así como con una firma digital para efectuar esta práctica. En el caso de la firma digital, el médico/a certificante deberá realizar la legalización de su firma digital (sin token) en las entidades habilitadas, y registrarse en la plataforma oficial para la elaboración del CDD.²

1 Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud.

2 En esta dirección, cabe señalar que actualmente en los centros de salud pública más relevantes de la provincia de Buenos Aires, el Registro Nacional de las Personas (RENAPER) se encuentra realizando operativos para que las/los médicos habilitados obtengan la firma digital certificada.

2.2. El CDD como parte de la estrategia de digitalización de la información de salud

2.2.1. El circuito de la información sobre defunciones en formato papel (desventajas)

Como se anticipó en la subsección referida al marco legal del CDD, históricamente en Argentina el proceso de inscripción de los hechos vitales (nacimientos y defunciones) se realiza enteramente en formato papel. Es así que, en el momento de defunción de una persona, se confeccionan dos documentos de carácter obligatorio:

- a) el Certificado de Defunción, documento público oficial que acredita la muerte de la persona (bajo la Ley N° 14078).
- b) el Informe Estadístico de Defunción, documento que constituye una descripción estadística del hecho vital ocurrido.

Dado que ambos documentos se confeccionan en formato papel, presentan dificultades tanto para la legibilidad como para la carga de la información. Cabe señalar que, en el ámbito de la PBA, desde el año 2020 la pandemia del COVID-19 agudizó los problemas existentes en el proceso de inscripción y carga de las defunciones, puesto que muchas delegaciones permanecieron cerradas por el aislamiento preventivo y obligatorio, lo que dificultó que las inscripciones de nacimientos y defunciones se realizaran en tiempo y forma. Otros problemas de logística, como los referidos al sistema de correo y transporte de la documentación, demoraron el registro de los hechos vitales.

Considerando que el Informe Estadístico de Defunción contiene datos sumamente importantes sobre la mortalidad de la población (por ejemplo, las causas básicas y finales), resulta fundamental realizar una correcta descripción para garantizar la calidad de la información.

En efecto, el hecho de que el proceso se encuentre papelizado implica que recién al año siguiente puedan conocerse las estadísticas de mortalidad de la población bonaerense.

2.2.2. El circuito de la información sobre defunciones en formato digital (ventajas)

Entre las ventajas más relevantes que ofrece el CDD se destacan la disminución del uso del papel, de elementos de impresión, así como ahorro en costes de transporte y la disminución de costes de almacenamiento.

Es así que, al estar la información almacenada en archivos digitales a los que pueden acceder de forma simultánea varios usuarios, permite garantizar la *interoperabilidad*. Asimismo, la digitalización garan-

tiza la conservación de la información, ya que los documentos archivados digitalmente no se dañan por el paso del tiempo.³ Por otra parte, el acceso a los datos es más seguro y más veloz, garantizándose la integridad, seguridad e inviolabilidad de los mismos, ya que todo el proceso de registro y emisión del Certificado de Defunción Digital se realizará mediante una plataforma segura que cuenta con firma digital.

Probablemente, la ventaja más destacada de la digitalización del CDD en términos de políticas sanitarias es que permite conocer las causas de defunción en el mismo momento en que se están produciendo. La otra ventaja es que, al simplificar parte del proceso, integrando en un solo documento el Certificado de Defunción y el Informe Estadístico de Defunción, se reduce la carga de trabajo para las/los profesionales médicos encargados de su confección y se reducen los tiempos de los procesos administrativos involucrados.

El proceso digitalizado implica que el/la profesional, mediante el acceso a una plataforma, completa el certificado y lo firma digitalmente. Esta plataforma se conecta/comunica con el sistema de labrado de actas, de modo tal que el/la familiar de la persona fallecida ya no deberá esperar ni trasladar ningún papel del establecimiento en el que se registra la defunción. Por otra parte, desde el Registro Provincial de las Personas también se labrará el acta digitalmente, la cual se podrá entregar presencialmente al ciudadano o enviarse por mail. Pero el circuito no se detiene allí, ya que una vez que se labra el acta, también vía sistemas se comunicarán los datos tanto al Ministerio de Salud de la PBA como al Ministerio de Salud de la Nación.

Como se ha señalado antes, un valor agregado del CDD frente al vigente circuito de la inscripción y registro de las defunciones es que el personal estadístico de los centros de salud de la PBA se encontrará habilitado/a para completar los informes. La participación activa de este fundamental actor de los equipos de salud en el registro de las defunciones contribuirá a mejorar la calidad y oportunidad de los datos estadísticos, puesto que la responsabilidad de la carga del formulario no recaerá exclusivamente en las/los médicos habilitados y, por ende, reforzará el recurso humano.

2.2.3. La estrategia de Salud Digital Bonaerense

Entonces, y entendiendo que actualmente nos encontramos en una era de transformaciones tecnológicas y comunicacionales, resulta fundamental la planificación de un circuito de información más eficiente y riguroso. De este modo, en la PBA se puso en marcha una iniciativa de política sanitaria que busca obtener un sistema de gestión de la información acorde con estándares de *interoperabilidad*: la estrategia de *Salud Digital Bonaerense*.

³ Para dar un ejemplo sobre las ventajas que ofrece la digitalización, se destaca que pueden imprimirse copias exactas del original en cualquier momento, las cuales sirven como copias de seguridad de los documentos.

Como parte de dicha estrategia, la implementación del CDD tiene como objetivo digitalizar el proceso de confección de documentos destinados a la certificación de las defunciones, con el propósito de:

- *Reducir* los tiempos de los procesos administrativos involucrados.
- *Resguardar* la *seguridad e inviolabilidad* de los datos.
- Confeccionar automáticamente el Certificado de Defunción Digital (CD) y el Informe Estadístico de Defunción (IED) a partir de la información registrada en el sistema.
- *Evitar* la *duplicidad* de esfuerzos por parte del médico o médica certificante.
- Lograr mayor *calidad, oportunidad, acceso y seguridad* de los datos provenientes del sistema de salud.

En vistas de la planificación de un sistema de gestión de la información de salud, que responda a estándares de *interoperabilidad*, actualmente se están desarrollando los siguientes proyectos estratégicos que forman parte de la estrategia de *Salud Digital Bonaerense*:

- Sistema de *Gestión Camas*: proyecto que apunta al monitoreo de la disponibilidad y ocupación de camas tanto en el subsector público como privado.
- *Historia Clínica Electrónica*: es un sistema que organiza y almacena la información que surge de la atención a la ciudadanía en los efectores de salud públicos.
- *Portal de Datos Interactivos*: es un proyecto para la publicación abierta de los datos que produce el Ministerio de Salud de la PBA (estadísticas vitales, morbilidad hospitalaria, distribución de establecimientos de salud, de recursos y productividad dentro de los establecimientos). Estos datos estarán disponibles en la Plataforma de Datos Abiertos de la Gobernación.
- *Certificado de Defunción Digital*: Cabe destacar que la implementación del CDD requiere sensibilizar a los equipos de salud en la relevancia del correcto registro de los datos de mortalidad de la población, así como capacitar a médicos/as y personal estadístico en la correcta utilización de la herramienta.

Sensibilizar en la relevancia de la digitalización y correcto registro de los datos de defunción de la población estriba que se trata de un eslabón fundamental para favorecer estrategias de intervención sobre la salud. Es por ello que en la etapa inicial de la puesta en práctica del CDD resulta central concientizar a los equipos de salud sobre las diferentes determinaciones sociales, culturales y económicas de la salud. El propósito de la concientización sobre la pertinencia de una perspectiva integral de la salud es contribuir a comportamientos responsables y rigurosos frente al registro de los datos de defunción de la persona fallecida.

En esta dirección, actualmente desde la Dirección de Información en Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la PBA, se están planificando cursos y capacitaciones para la correcta utilización del

CDD. Cabe señalar que el CDD se desarrollará en todo el territorio nacional, por lo que todas las provincias se encuentran trabajando para coordinar su implementación. En lo que respecta a la PBA, el CDD se aplicará en las doce regiones sanitarias y, por ende, en todos los partidos. Por otra parte, los operativos para la capacitación en la implementación del CDD se desarrollarán en los principales establecimientos de salud públicos, priorizando aquellos que tienen poblaciones más numerosas, como son los casos de La Matanza, La Plata, Mar del Plata y Bahía Blanca.

En la siguiente sección, realizaremos una descripción de esta herramienta digital, a efectos de exponer sus características y virtudes.

3. Discusión: características y virtudes del Certificado de Defunción Digital

En esta sección describiremos algunas de las características salientes del CDD, indicando cuáles son sus virtudes respecto del actual formato en papel.

Como señalamos anteriormente, el CDD será el documento público oficial que certificará el fallecimiento de una persona. Para confeccionarlo, las/los profesionales de la salud habilitados deberán ingresar a una plataforma web los datos de la persona fallecida. La plataforma digital en la que se confecciona se encuentra sincronizada con la información que posee el Registro Nacional de las Personas (RENAPER), por lo que, al ingresar el Documento Nacional de Identidad (DNI) y el sexo de la persona fallecida, automáticamente la plataforma mostrará la información disponible. En el caso de tratarse de la inscripción de una persona N/N, se podrán ingresar manualmente los datos.

Al sincronizarse los datos de la persona fallecida con el RENAPER, el sistema muestra automáticamente los datos registrados en el DNI. A sabiendas de que recurrentemente los datos registrados en el DNI no coinciden con los datos reales, como sucede con el domicilio de residencia, la plataforma permite introducir los datos actuales. De manera que, al momento de la confección del informe, el/la profesional habilitado deberá indicar si el domicilio legal de la persona fallecida coincide o no con el domicilio real. En caso de no coincidir, deberá ingresar los datos actuales. Esta es una herramienta central que ofrece el CDD para generar información de mayor calidad, ya que se contará con datos de mayor rigor sobre la residencia del fallecido/a. Esto permitirá identificar relaciones entre las condiciones de vida y las causas de fallecimiento de las personas, contribuyendo al desarrollo de políticas sanitarias más eficaces.

Cabe destacar que el CDD permite relevar con rigor un conjunto características de las personas fallecidas cuyo registro actualmente presenta dificultades. El registro de estas características resulta crucial para dar cuenta de la situación de ciertos grupos que se encuentran especialmente vulnerabilizados por su condición sexo-genérica (por ejemplo, población travesti-trans), por su pertenencia étnica (personas pertenecientes a pueblos originarios) y por sus condiciones de vida (personas con escasos recursos económicos).

3.1. El CDD y el relevamiento de las características sexo-genéricas de la persona fallecida

Durante los últimos años, en Argentina, se han visibilizado diferentes desigualdades de género que ocurren tanto en el ámbito público como en el ámbito privado.

Estas desigualdades (educativas, laborales, sanitarias, políticas, sociales, etc.) impactan fundamentalmente sobre las mujeres y sobre las personas que no se definen a partir del binomio varón-mujer (Caneva, 2019, 2012). Según la Ley N° 26743 de Identidad de Género sancionada en Argentina en el año 2012, en el artículo 2, se define a la identidad de género, como:

La vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento de nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido.

Puede parecer una obviedad que una ley establezca que las personas deben ser tratadas dignamente. Sin embargo, la realidad fáctica de las personas trans y travestis no parece responder a dicho estandarte (Boy y otros, 2020). De hecho, es habitual que las personas travestis y trans no concurren a las instituciones de salud o dejen de hacerlo para evitar maltratos y actos de discriminación.

Es así que, según estipula la Ley N° 26743, el nombre y género autopercebido por la persona deben ser respetados en todos los instrumentos de registro utilizados en los establecimientos de salud (expedientes, historia clínica, planillas, certificados, etc.). Por estos motivos, esta Ley –en el artículo 12– establece el “trato digno”.

En este marco, la situación de vulnerabilidad socio-sanitaria de la población travesti-trans exhibe de forma pronunciada la necesidad de una intervención integral capaz de reducir los efectos de las exclusiones y violencias. Como muestra un estudio realizado por el INADI-INDEC (2012), en cuanto a las condiciones socio-educativas, cerca del 20% de las personas travestis-trans terminan el nivel secundario o polimodal, mientras que solo un 2% consiguen terminar el nivel terciario o universitario. El 64% tiene solo aprobado el nivel primario o EGB. Con relación al tipo de ocupación, alrededor del 70% de personas trans exponen estar o haber estado en situación de prostitución. En cuanto a las condiciones socio-sanitarias, cerca del 80% de esta población no posee ninguna cobertura de salud, mientras que solo el 14% posee obra social, prepaga o prepaga con contratación voluntaria. Como señala Marina (2019), este colectivo tiene una esperanza de vida de entre 35 y 41 años, mientras que el 73% de las personas travestis y trans que habitan las cárceles de la provincia de Buenos Aires padece algún tipo de enfermedad. La enfermedad más común entre ellas es el VIH-SIDA y la principal causa de muerte.

En consonancia con esta problemática y de acuerdo al marco legal vigente, el CDD se erige como una herramienta fundamental en el relevamiento de datos sobre la defunción de la población travesti-trans, al incorporar entre sus variables, la autopercepción de la identidad de la persona fallecida.

3.2. El CDD y el relevamiento de las personas fallecidas pertenecientes a pueblos originarios

Durante los últimos años, en Argentina, simultáneamente con el reconocimiento de las identidades de género, se han visibilizado diferentes desigualdades étnicas que ocurren tanto en el ámbito público como en el ámbito privado, y que afectan particularmente a los integrantes de pueblos originarios (o indígenas).⁴

Las desigualdades socio-culturales y diferentes formas de exclusión social impactan fundamentalmente sobre los miembros más vulnerables de estas comunidades (los niños/as, las mujeres y las/los adultos mayores).

Interesa destacar que el derecho a la salud de las poblaciones originarias⁵ o indígenas se fundamenta en la Constitución Nacional de nuestro país, así como en la perspectiva de los derechos humanos (DDHH) y en la OMS. En efecto, el principio de *no discriminación*, reconoce que: “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (párrafo segundo de la Constitución de la OMS).

Se entiende entonces que la situación de vulnerabilidad socio-sanitaria de los miembros de comunidades originarias requiere no solamente una tarea de visibilización sino también de transformación a través de políticas integrales que permitan el acceso de estas personas al sistema de salud. El CDD se erige como una herramienta fundamental en el relevamiento de datos sobre la defunción de la población de pueblos originarios, si bien la autopercepción de la identidad de la persona fallecida ya forma parte del Certificado de Defunción en formato papel.

4 La Naciones Unidas señalan que los “pueblos indígenas” “son comunidades, pueblos y naciones indígenas que, teniendo una continuidad histórica en las sociedades anteriores a la invasión, se consideran distintos de otros sectores de las sociedades que ahora prevalecen en esos territorios o en parte de ellos”. Es decir, los pueblos originarios constituyen sectores no dominantes en la estructura social, pero tienen la determinación de preservar, desarrollar y transmitir a futuras generaciones sus territorios ancestrales y su identidad étnica como base de su existencia continuada como pueblo, de acuerdo con sus propios patrones culturales, sus instituciones sociales y sus sistemas legales” (Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, 2013). “La población indígena en la Argentina fue sistemáticamente negada y excluida a lo largo de la historia del país. La usurpación de sus territorios a partir del siglo XIX fue acompañada por un proceso simbólico de reducción de sus diversas identidades culturales a una única identidad impuesta: la de “indio”, como equivalente a “bárbaro” o “salvaje”, lo que contribuyó a la invisibilización de su diversidad cultural”.

5 Tanto la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, como la Ley N° 23302 de Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Aborígenes, expresan que tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud ancestrales.

3.3. El CDD y el relevamiento de las condiciones de vida de la persona fallecida

Como es sabido, desde la antigüedad, se consideraba a la salud como la ausencia de enfermedad. Sin embargo, como ya hemos señalado, desde mediados del siglo XX este concepto fue reemplazado por una definición que la relaciona a un estado de bienestar y no solo a la ausencia de enfermedad.

Con este nuevo paradigma, se desarrolló la idea de que la salud es la resultante de un conjunto de factores inherentes a la persona y a otros factores relacionados con el acceso a la atención y el cuidado, al ambiente saludable, a las posibilidades de educación, a la satisfacción de necesidades básicas (por ejemplo, la vivienda) y a las condiciones de vida.

Es en este marco se consolida el análisis de los determinantes sociales de la salud, donde no solo se incluyeron otras variables, sino también se consideraron a estas como esenciales para dimensionar el impacto de los determinantes sobre la mortalidad.

Bajo este nuevo concepto, la salud de las poblaciones se considera una resultante de la combinación de factores como el contexto sociopolítico y económico, las características biológicas, psicológicas y físicas de las personas. Esta concepción resulta de gran importancia ya que de este modo se puede visibilizar cómo las desigualdades sociales generan a su vez desigualdades en la salud (Sacco, 2011).

El CDD cuenta con dos campos destinados a relevar las condiciones educativas y laborales de la persona fallecida. En cuanto al nivel de instrucción de la persona fallecida, dado que en nuestro país han coexistido dos sistemas educativos diferentes, ambos se incluyen en las categorías de esta variable. Por otro lado, para las personas que no concurren a ninguno de los niveles de los sistemas educativos mencionados, se debe marcar la categoría “Nunca asistió”. Sin embargo, si el máximo nivel alcanzado es universitario o terciario, se debe consignar estas categorías, según corresponda en incompleto o completo.

En cuanto a la situación laboral de la persona fallecida, esta variable tiene por objetivo caracterizar la situación socio-económica del difunto. En caso de fallecidos menores de 14 años, no se consignará el dato. En el CDD, el profesional encargado de la carga deberá seleccionar solo una de las siguientes alternativas:

Trabajaba o estaba de licencia: si realiza cualquier actividad paga en dinero o en especie (inclusive “changas”), o si no trabaja por hallarse de licencia por maternidad, vacaciones o enfermedad, u otra razón circunstancial (huelga, suspensión, etc.).

No trabajaba y buscaba trabajo: si no trabajaba, pero estaba buscando trabajo, es decir, preguntó en los lugares de trabajo, respondió o publicó avisos en busca de trabajo.

No trabajaba y no buscaba trabajo: en el caso de que no trabajara y no se movilizara activamente para la búsqueda de trabajo.

Por último, el CDD registra los datos de “ocupación laboral” de la persona fallecida, es decir, la ocupación que desempeñó principalmente. En el caso de que la persona fallecida no trabajase, el/la profesional encargado de la carga no deberá consignar a qué se dedicaba (por ejemplo: estudiante, ama de casa, jubilado, rentista, desocupado, etc.). En el caso de que la persona fallecida realizara un conjunto de tareas distintas, el/la profesional deberá registrar aquellas que realiza más frecuentemente.

De esta forma, el CDD permitirá relavar con cierto grado de exhaustividad la situación socioeconómica del difunto, lo cual resultará de gran relevancia para el desarrollo de políticas sanitarias.

3.4. El CDD y el registro de las causas de muerte de la persona fallecida

Luego de consignar los datos personales del difunto, el CDD requiere obligatoriamente el registro de las causas de muerte. Siguiendo el hilo argumental de este trabajo, el correcto registro de las mismas resulta un problema urgente para la generación de estadísticas vitales y demográficas de calidad. Se trata de un problema de larga data que persiste en la actualidad. El principal problema que se reconoce en la codificación de las causas de muerte en el actual proceso papelizado es que las/los médicos certificantes confunden la forma de constatación de la muerte (paro cardio-respiratorio o muerte encefálica) con la causa final de la muerte. En consecuencia, un importante porcentaje de los informes estadísticos de defunción que llegan desde el Registro Provincial de las Personas no poseen el detalle de la secuencia de eventos que desencadenaron el deceso.

Cabe señalar que, en la PBA, las *causas mal definidas* constituyen un problema central en el registro de las defunciones. En efecto, durante los años 2015 a 2019, las defunciones con causas mal definidas no han descendido (6026 defunciones en 2015; 7031 defunciones en 2016; 4935 defunciones en 2017; 5411 defunciones en 2018; 5212 defunciones en 2019).⁶

Si bien en este trabajo no detallamos incumbencias técnicas o médicas sobre las formas de muerte, cabe considerar que el CDD brinda las siguientes variables para identificar: si la muerte fue traumática⁷ o no traumática; si la muerte se produjo por una enfermedad infecto-contagiosa o transmisible;⁸ si la muerte se produjo por un accidente o siniestro vial.⁹

Por otra parte, mediante el sistema Snomed CT, el CDD permite relevar cuál fue la secuencia de eventos patológicos que causaron la muerte. Esta es una terminología clínica mantenida y actualizada

6 Datos provistos por el Departamento de Hechos Vitales y Demográficos, Dirección de Información en Salud, Ministerio de la Provincia de Buenos Aires.

7 Según los manuales de la CIE-10, se consideran traumáticas a aquellas muertes ocasionadas por causas externas.

8 Las enfermedades transmisibles son aquellas causadas por un agente patógeno, y que puede ser transmitidas de persona a persona, a través de un vector o de un objeto. En caso de que la muerte haya sido ocasionada por una enfermedad transmisible, el profesional encargado de completar el CDD debe consignar la opción “SI” (caso contrario se debe consignar la opción “No”).

9 Corresponde a siniestros ocurridos de manera accidental/intencional. En caso de que la muerte haya sido ocasionada por un siniestro vial o accidente, el profesional encargado de la carga deberá consignar “SI”.

por Snomed Internacional, que conforma un estándar global para la representación de información en salud. La Organización Mundial de la Salud tiene acuerdos con esta organización para el desarrollo conjunto de referencias cruzadas y definiciones de contenido para la Clasificación Internacional de Enfermedades, en sus versiones CIE-10 y CIE-11. Estas estructuras permiten el uso conjunto de CIE-10 y Snomed CT, donde los profesionales de la salud seleccionan conceptos de Snomed CT y pueden obtener agrupaciones automáticas en las categorías más generales de CIE-10.¹⁰

En este sentido, los profesionales encargados de la carga deberán diferenciar: *causa final*, *intermedia e inicial* o *causa básica*.¹¹ Esto refiere a las causas que intervienen en la cadena causal (una causa inmediata de muerte, una causa mediata y una causa originaria). En el CDD no es obligatorio el llenado de todos los campos correspondientes a la causa de muerte. En el caso de poseer menos de tres eventos que causan la muerte, el/la profesional deberá completar los campos desde el inciso C (causa inicial o básica) hacia A (causa final).

Cabe considerar que en cada caso el/la encargado de la carga deberá consignar el intervalo de tiempo desde el comienzo de cada afección hasta la fecha de la muerte, indicando la unidad de tiempo/periodo: (minutos, horas, días, semanas, meses, años). En caso de desconocer con exactitud la unidad de tiempo, el/la profesional deberá consignar un tiempo estimado.

Por otra parte, el CDD permite registrar *causas contribuyentes* de la defunción. Estas refieren a toda enfermedad o afección que contribuye a la muerte, es decir que en razón de sus características colabora en el deceso, pero que no está relacionada con la cadena de acontecimientos que se describe en la secuencia de eventos patológicos que desencadenaron en la muerte. Las afecciones triviales y otras afecciones que la persona fallecida haya podido padecer y que no aportaron gravedad a la evolución de su enfermedad hacia la muerte no serán consignadas como causas contribuyentes.

Finalmente, el CDD proporciona una serie de campos destinados a registrar si la muerte se provocó en una *persona gestante*.¹² Para ello, se debe consignar si la persona fallecida estuvo embarazada en los últimos 364 días previos a la muerte. El registro de este tipo de muerte reviste importancia capital, dado que es un evento altamente prevenible y que por ello refleja el nivel de calidad de la atención a la salud en general y de los servicios de salud para gestantes en particular; por otra parte, permite garantizar las condiciones de acceso a los servicios de salud y a la planificación familiar de la población femenina en edad reproductiva. En este sentido, resulta fundamental contar con un dato de calidad en este aspecto.

10 Información disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/terminologia/snomed-ct>

11 Según la CIE-10, las causas de muerte de una persona se diferencian de la siguiente manera: a) Causa final: es la que finaliza con el proceso y directamente, es decir sin derivar en ninguna otra, termina con la vida de la persona. b) Causa intermedia: es/son aquella/s que están en el medio del proceso. c) Causa básica: es la que se escribe en la última línea, porque ha dado origen a todas las registradas en las líneas superiores.

12 Este registro tiene por objetivo captar eventos de muerte materna. Según la CIE-10, se considera que la muerte materna es la muerte de persona gestante mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de defunción. Por definición en mujeres en edad reproductiva.

En esta dirección, el CDD despliega un campo para registrar si el embarazo contribuyó o no con la muerte. Este registro permite diferenciar las *defunciones obstétricas directas* (las defunciones que resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación –embarazo, trabajo de parto y puerperio– de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas) de las *defunciones obstétricas indirectas* (las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo).

Como al comienzo en otra parte del artículo, el registro de las muertes maternas y, particularmente, la detección de las muertes por abortos representa una problemática sanitaria central en la agenda pública nacional (Caneva, 2019, 2012). De esta forma, el CDD contribuye al seguimiento de esta problemática, al desplegar un conjunto de herramientas para su correcta identificación.

4. Conclusiones

La digitalización de la información en salud se erige como un asunto urgente en la agenda de las sociedades contemporáneas, con poblaciones cada vez más diversificadas y segmentadas. Desde el punto de vista del conocimiento científico sobre la salud, el paradigma de la hiperespecialización parecería perder relevancia frente a la necesidad de enfoques interdisciplinarios en el que participen profesionales de las ciencias médicas, así como de las ciencias sociales y humanas (Bayés-Cáceres y otros, 2020). Desde un punto de vista técnico-operativo, se requieren estrategias de relevamiento, coordinación y registro de la información sanitaria de la población cada vez más sofisticadas, bajo la utilización de las herramientas informáticas disponibles.

La estrategia de *Salud Digital Bonaerense*, que se despliega en el territorio de las PBA, busca articular los conocimientos científicos de profesionales de diferentes disciplinas, y proveerse de las herramientas técnicas-informáticas más avanzadas para dar cuenta de las condiciones sanitarias de la población. En nuestra consideración, el CDD resulta clave para el desarrollo de políticas sanitarias porque permitirá realizar un registro más eficiente y en tiempo real sobre las defunciones, frente al actual procedimiento, que registra las estadísticas de mortalidad con demora de aproximadamente un año. Es decir, que un conocimiento exhaustivo de las condiciones y causas (internas y externas) en las que se producen los decesos de la población provee información de suma importancia para conocer las problemáticas de salud que la afectan.

En este trabajo describimos una de las estrategias más relevantes, como es el CDD, mostrando sus principales ventajas frente al proceso papelizado. Pero las dificultades señaladas ilustran un problema estructural más profundo (Martínez y Comerci, 2019), que obedece a la producción y circulación de la información en forma física (papel). La misma conlleva diversas desventajas, puesto que se requieren amplios espacios físicos para su almacenamiento, brinda menor seguridad y su conservación resulta más dificultosa; a lo que se adicionan las ya mencionadas incumbencias del traslado y el problema

de la integridad de los datos. La obsolescencia del sistema actual pone sobre la mesa el problema de la accesibilidad y la oportunidad de los datos. Además, debe mencionarse una cuestión presupuestaria no menor a considerar, ya que el formato papel supone altos costos en insumos.

Sin embargo, el problema de la papelización de los hechos vitales es anterior a la pandemia, ya que en los últimos años el certificado de defunción en formato papel, en tanto que instrumento de registro, no cumple con las condiciones óptimas de impresión. Es así que en el año 2017 dejaron de imprimirse, por lo que actualmente los formularios se encuentran fotocopiados, lo que genera problemas de legibilidad que afectan la integridad de los datos brindados. Quedó demostrado que, en el contexto de la pandemia por COVID 19, hubiera resultado inoperante monitorear la mortalidad a partir de estas fuentes, por lo que se debió recurrir a la triangulación de fuentes de información (Pesci y otros, 2021). No obstante, estas dificultades permitieron visibilizar un área donde era importante mejorar la calidad y la oportunidad.

En definitiva, los principales desafíos para la implementación del CDD consistirán no solo en la concientización y sensibilización del personal de salud responsable de la carga de datos, sino también la planificación y coordinación de un sistema mixto en el que convivirán temporariamente el actual proceso en papel con el nuevo sistema de registro digital hasta conseguir la completa adecuación e implementación.

Referencias bibliográficas

- Argentina. Decreto N° 1501/2009 (2009) Gobierno de la Nación Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-1501-2009-159070>
- Bayés-Cáceres, E.; Pardo-Fernández, A.; Cáceres-Diéguéz, A. y Rodríguez-Sotomayor, Y. (2020). Los cambios de paradigmas de la salud pública y las tecnologías de la información y el conocimiento. *Revista Información Científica* [en línea], 99(3), 293-306. Recuperado de <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2943>
- Benza, G. y Kessler, G. (2020). *La ¿nueva? estructura social de América Latina: Cambios y persistencias después de la ola de gobiernos progresistas*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Blanco, L. (28 de marzo de 2007). El concepto de salud del ordenamiento jurídico argentino. En *Doctrina Judicial online - La Ley online* (Ref.: *Doctrina Judicial*, Año XXIII, N° 13, 1).
- Boy, M. G.; Rodríguez, F. E.; Basualdo, S. M. y Farji Neer, A. (2020). Vivir y (trans)itar la cotidianidad en contexto de COVID-19: Un informe sobre la situación de la población travesti y trans en el noroeste del Conurbano Bonaerense. En N. Goren y G. Ferrón (comps.), *Desigualdades en el marco de la pandemia. Reflexiones y desafíos* (pp. 83-94). José C. Paz: EDUNPAZ, Universidad Nacional de José C. Paz.
- Caneva, H. A. (2019). *Disputas por el aborto en Argentina: análisis crítico de discursos en dos organizaciones (2014-2016)*. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales, FaHCE-UNLP. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/77915>

- (2012). *Representaciones sobre el aborto: estudio de jóvenes escolarizados de sectores pobres de la ciudad de La Plata (2012)*. Tesis de Licenciatura en Sociología, FaHCE-UNLP. Recuperado de <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/library?a=d&c=eventos&d=Jev1765>
- Castells, M. (2001). Internet y la sociedad red. *La factoría*, 14(15), 1-13.
- Chueke, D. (2015). Panorama de la telemedicina en América Latina. España: Publicaciones de la Asociación Iberoamericana de Telesalud y Telemedicina. Recuperado de <http://es.eyeforpharma.com/ventas-y-marketing/panorama-de-la-telemedicina-en-américa-latina>
- Garcell, H. G.; Valdes, A. G. y Álvarez, L. G. (2020). COVID-19 y el problema de los tiempos en las estrategias de control. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(S1), 1-7.
- INADI-INDEC (2012). Primera Encuesta sobre Población Trans: Travestis, Transexuales, Transgéneros y Hombres Trans. Recuperado de https://www.indec.gob.ar/micro_sitios/WebEncuestaTrans/pp_encuesta_trans_set2012.pdf
- Ley N° 14783 (2015). Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de https://www.gba.gob.ar/content/ley_14783_ley_de_cupo
- Ley N° 26743 (2021). Gobierno de la Nación Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26743-197860>
- Ley N° 17132 (1967). Gobierno de la Nación Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-17132-19429>
- Maceira, D.; Olaviaga, S. e Iñarra, V. (2021). *La reorganización de los servicios de salud. Experiencias provinciales en la gestión sanitaria de la pandemia del COVID-19 en la Argentina*. Buenos Aires: Fundar.
- Marina, R. (2019). Informe: Travestis y Trans en Cárceles Argentinas: Más Migrantes, Jóvenes y sin Condena. *Agencia Presentes*. Recuperado de <https://agenciapresentes.org/2019/11/20/informe-carceles-travestis-y-trans-en-las-carceles-argentinas/>
- Martinez, B. y Comerci, S. L. C. (2019). El campo burocrático del anonimato: agentes, instituciones y recorridos del cuerpo muerto NN en Tres de Febrero y San Martín (Provincia de Buenos Aires, Argentina). *Revista M. Estudios sobre a morte, os mortos eo morrer*, 4(7), 142-161.
- Pesci, S.; Wright, R.; Marín, L.; Bolzán, A. G.; Bartel, E.; Irassar, J. I. y Ceriani, L. (2022). Efectos de la pandemia en muertes no COVID-19: Análisis en la provincia de Buenos Aires, Argentina, 2020. *Revista Argentina de Salud Pública*, 14.
- Pesci, S.; Marín, L.; Wright, R.; Kreplak, N.; Ceriani, L.; Bolzán, A. G. y Varela, T. (2021). Exceso de mortalidad por la pandemia de COVID-19 durante 2020 en la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13, 13-13.
- Sacco, N. (2011). *Estructura y movilidad social en la Argentina. Evidencias a partir de la Encuesta Permanente de Hogares (2003-2010)*. IX Jornadas de Sociología de la UBA. Carrera de Sociología-FSOC-UBA. Buenos Aires.