



## **Taller Regional sobre el uso, completitud y calidad de las Estadísticas de Nacimientos y Defunciones.**

**“Fortaleciendo los Registros Administrativos con miras al seguimiento de la Agenda 2030 y del Consenso de Montevideo”**

Santiago de Chile, 10 al 12 de Septiembre de 2018



# EL SALVADOR



**GOBIERNO  
DE EL SALVADOR**

- **Dirección General de Estadística y Censos**
- **Ministerio de Salud**
- **Registro Nacional de Personas Naturales**
- **UNFPA – El Salvador**

**“El Salvador cuenta con la capacidad estadística para producir 103 de los indicadores globales propuestos. Sin embargo, se han determinado 165 indicadores nacionales adicionales como respuesta a los requerimientos de las metas de la Agenda 2030, así como para enriquecer el análisis estadístico de los ODS.”.**

## **Valoraciones identificadas del proceso de validación y definición de metas e indicadores nacionales**



- ✓ **Mejorar la calidad de los registros administrativos, que complementan la información estadística disponible.**
- ✓ **Fortalecer los sistemas gerencial de información institucional y su integración interinstitucional.**
- ✓ **Fortalecer las capacidades de generación de información estadística y niveles de desagregación (con particular atención a género, edad, territorios y grupos poblacionales que viven en situación de mayor vulnerabilidad).**

[www.odselsalvador.gob.sv](http://www.odselsalvador.gob.sv)



# ESTADÍSTICAS DE HECHOS Y ACTOS VITALES.

**“Las Estadísticas Vitales sirven de base para la planificación y toma de decisiones, relativas al desarrollo económico y social del país”.**

# Principales Usuarios de la Información

- DIGESTYC (Proyecciones de Población).
- Ministerio de Salud.
- Ministerio de Educación.
- Banco Central de Reserva.
- Ministerio de Relaciones Exteriores.
- ISDEMU.
- Secretaría de Inclusión Social.
- Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia.
- Alcaldías Municipales.
- OPS, UNFPA, CELADE, SICA, UNICEF, FAO, BID, NACIONES UNIDAS, etc.

### Nacimientos:



- Establecimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud:
  - Ministerio de Salud (MINSAL)
  - Instituto del Seguro Social (ISSS)
  - Sanidad Militar.
  - Bienestar Magisterial
- Hospitales Privados.
- Otros. (Comunitarios)

Generan  
Plantares o  
Boleta de  
Nacimiento

Generan  
Certificado o  
Constancia de  
Defunción

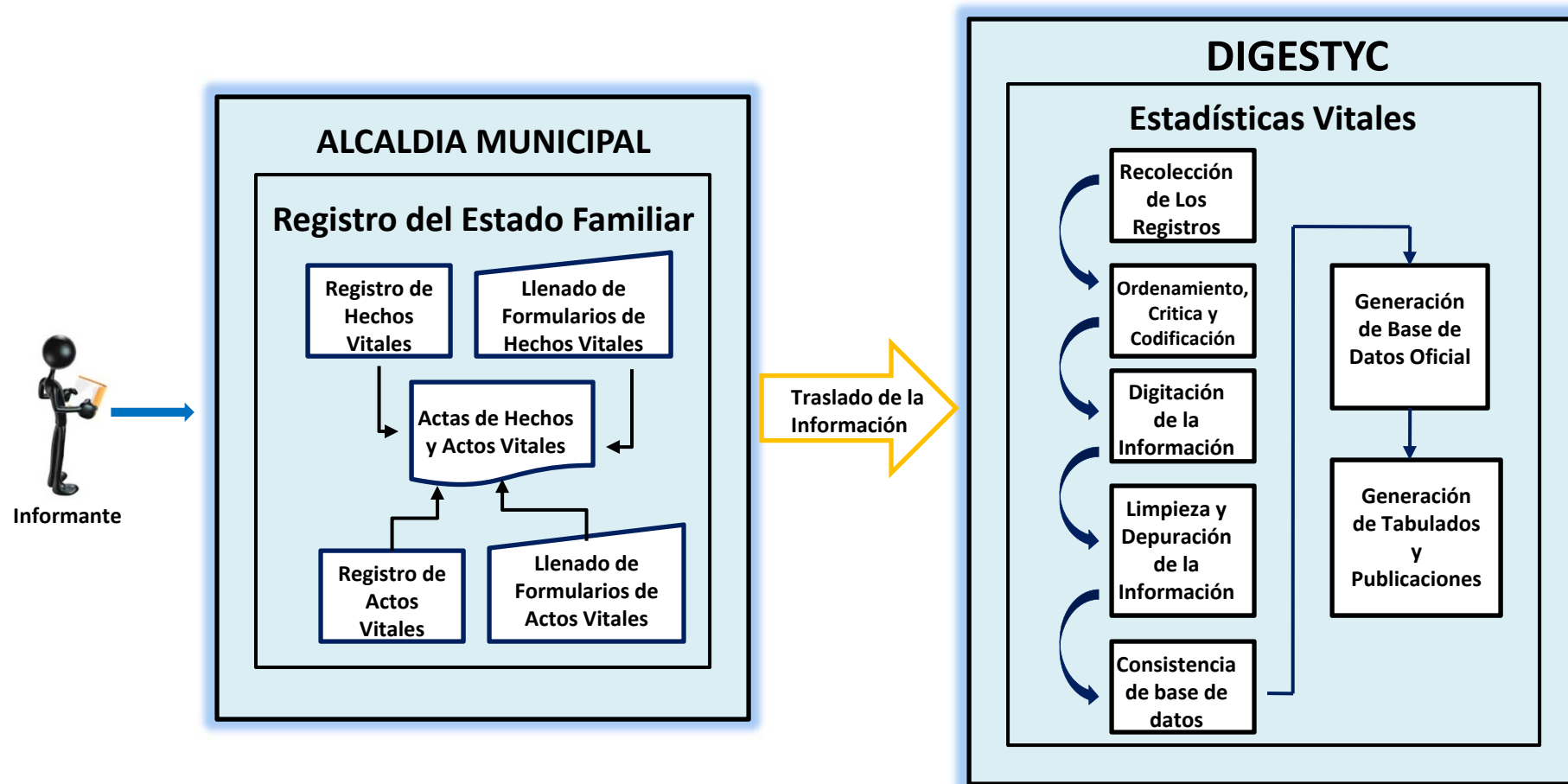
**Padres o  
Familiares**

### Defunciones:



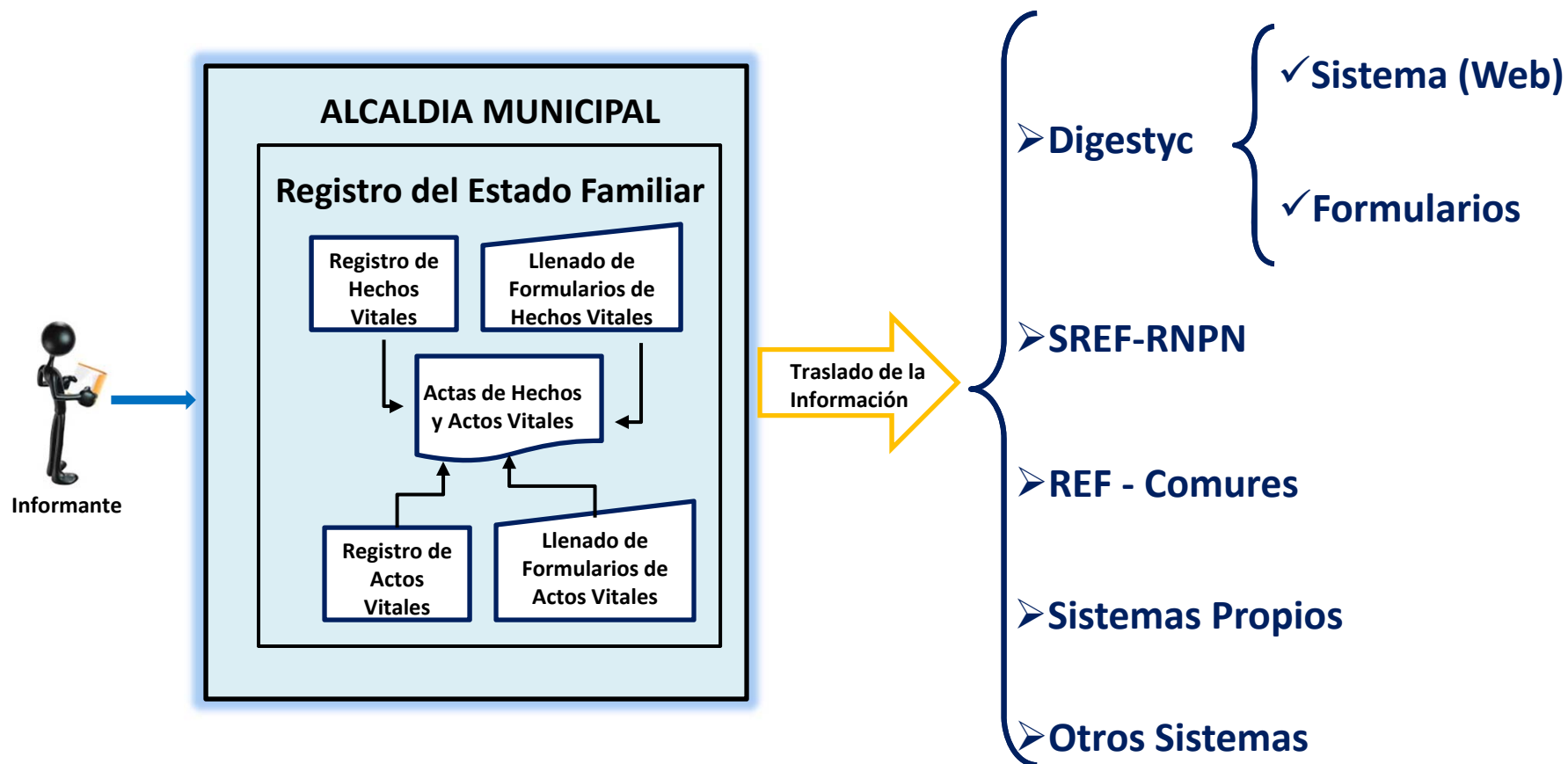
- Establecimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud:
  - Ministerio de Salud (MINSAL)
  - Instituto del Seguro Social (ISSS)
  - Sanidad Militar.
  - Bienestar Magisterial
- Hospitales Privados.
- Medicina Legal.
- Otros (comunitarios)

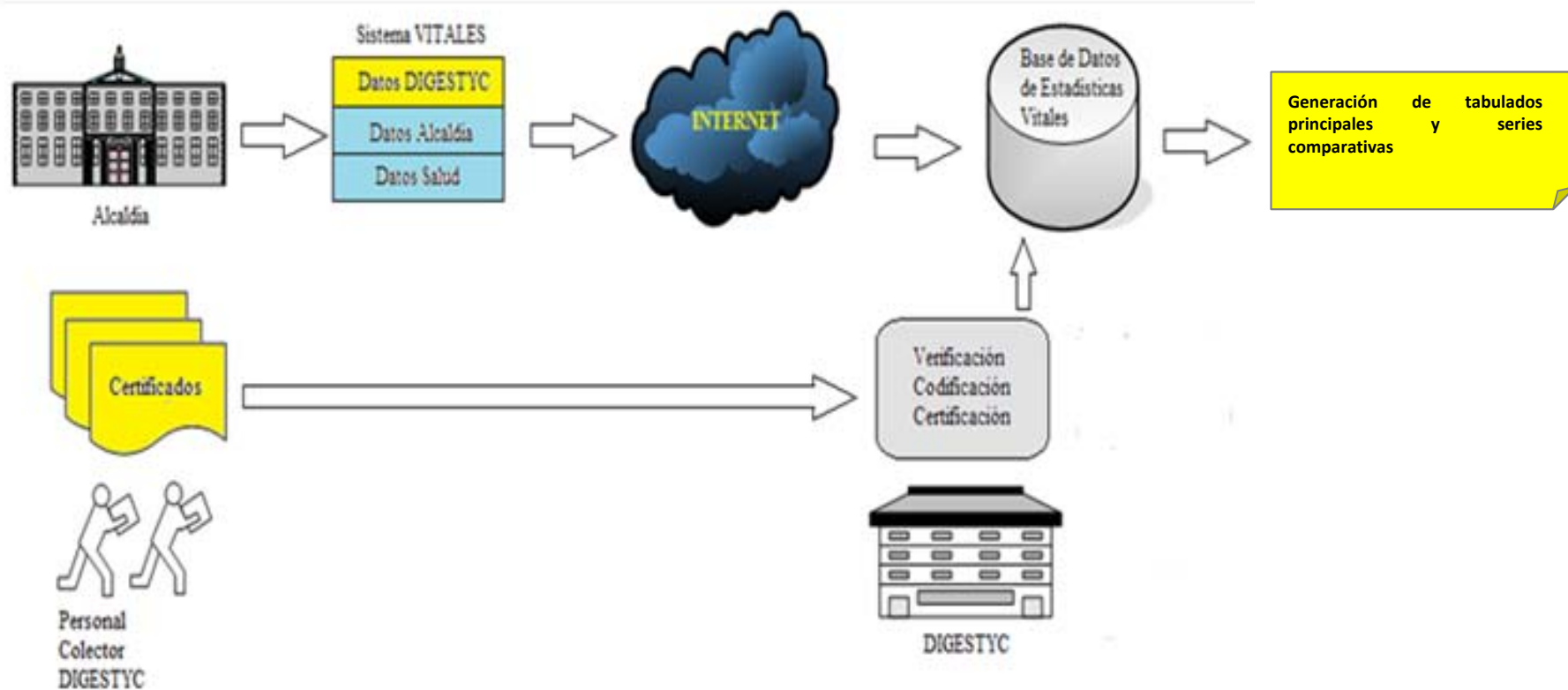




**La responsabilidad de la información plasmada en el registro, recae en el personal médico, la población informante y en el Registro del Estado Familiar de cada Alcaldía.**

# Proceso actual en Alcaldías

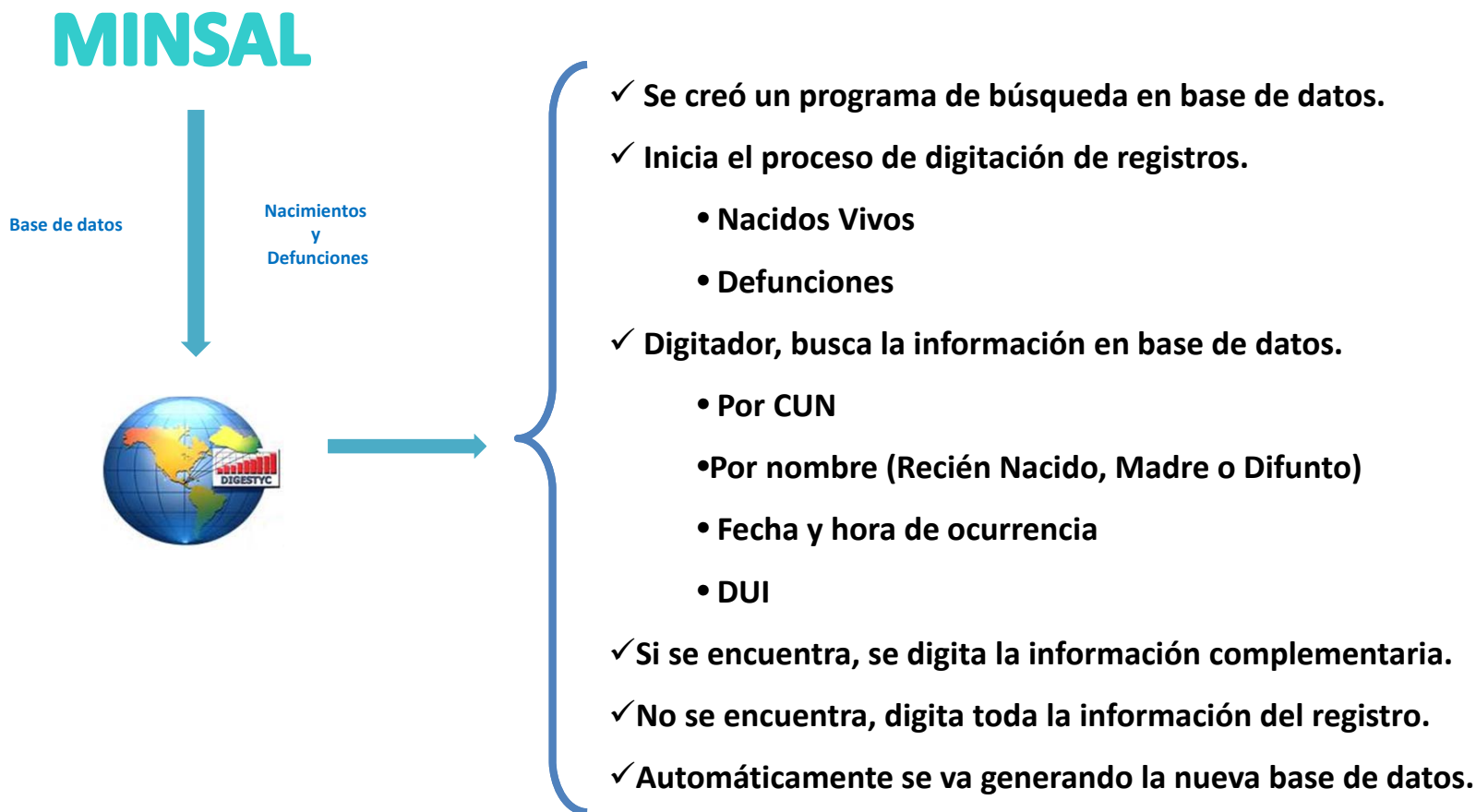




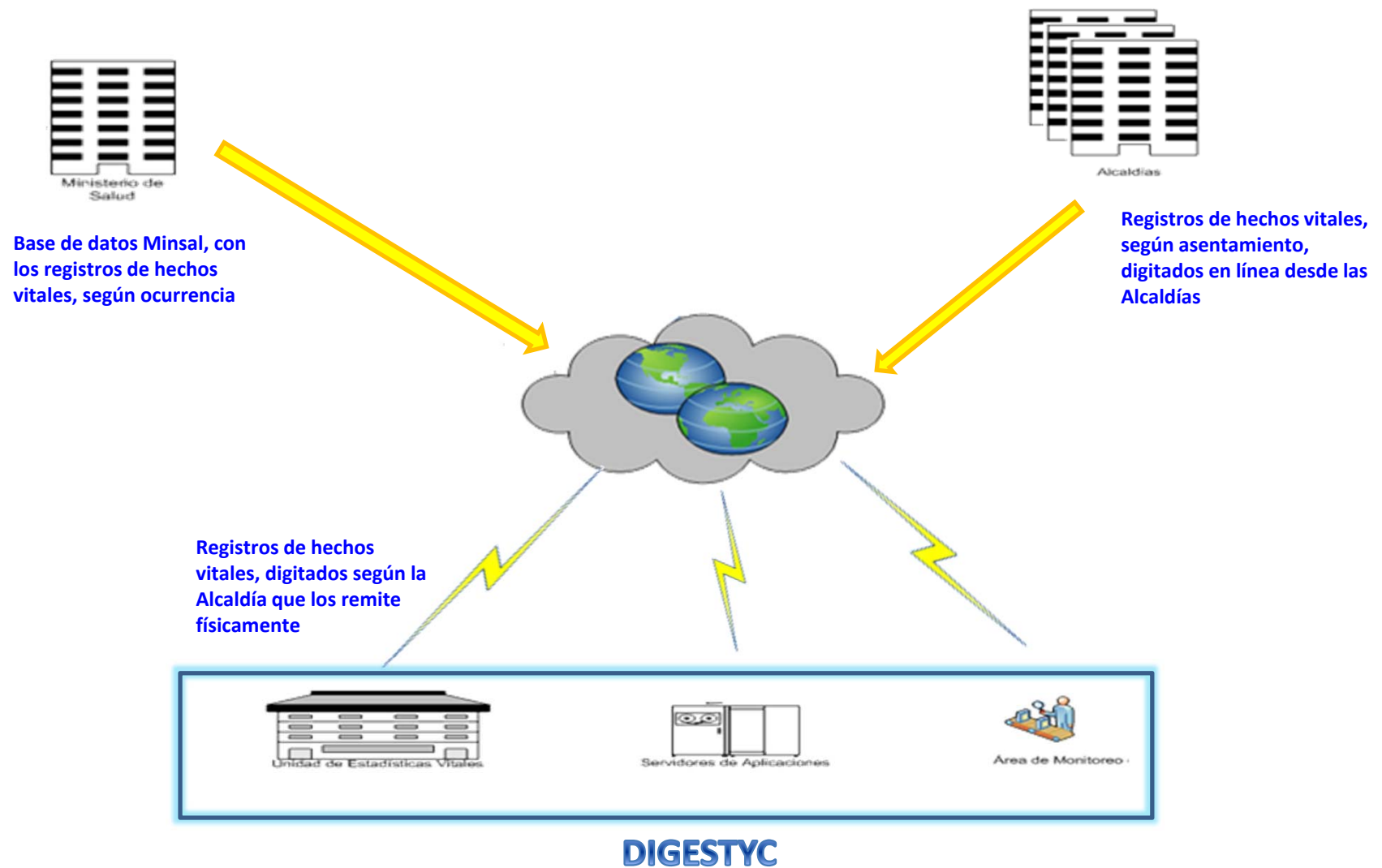
## BASE DE DATOS – MINSAL (SIMMOW)



# Proceso Actual de integración



# Proceso Actual





**DIGESTYC**  
Dirección General de Estadística y Censos



**GOBIERNO  
DE EL SALVADOR**

# PROCESO DE ACTUALIZACION DE ESTADISTICAS DE HECHOS VITALES Y HOMOLOGACION DE BASES DE DATOS CON MINSAL.

**Con el apoyo de:**



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**





## Objetivo:

- Establecer el mecanismo por medio del cual ambas Instituciones (SNIS a través del MINSAL y DIGESTYC) definan la metodología para producir los datos estadísticos homologados y así poder determinar y conciliar los indicadores de País.

## Objetivo Específico:

Conformación de un Sistema Integrado de bases de datos, para generar estadísticas de calidad y oportunas sobre Nacidos Vivos, Defunciones y Nacidos Muertos, que contribuyan al conocimiento de las características demográficas de El Salvador.

## Con este sistema ha logrado:

- **Obtener una base de datos actualizada y homologada.**
- **Disponer de información homogénea y comparable.**
- **Obtener y proporcionar datos oportunos y confiables.**
- **Mejorar y acortar procesos de recolección y captura de datos.**



**DIGESTYC**  
Dirección General de Estadística y Censos



# Estrategias para la Homologación de las Bases de Datos

### **1) Análisis y homologación de la estructura de las bases de datos.**

**Definir las variables y su estructura y valorar eliminar o incorporar nuevas**

### **2) Utilización de la base de datos del Minsal de hechos ocurridos en los establecimientos de salud.**

**A partir de la generación del CUN el Minsal traslada desde su servidor, la información del registro al servidor de Digestyc .**

### **3) Homologación de Resultados.**

**Luego del proceso de limpieza y depuración de las bases de datos se generan los principales tabulados para revisión.**

### **4) Oficialización, Difusión de Resultados y Entrega de base de Datos.**

- Entrega de Bases de Datos a Organismos e Instituciones que lo requieren.**
- Actualización de Pagina Web con tabulados de resultados principales.**
- Generación de Publicaciones (Anuario y Boletines).**

# Logros



- Intercambio de bases de datos y homologación de resultados.
- Articulación del Registro del Estado Familiar a través de Digestyc.
- La generación del Código Único de Nacimiento como identificador administrativo de niños y niñas.
- Se esta avanzando en la actualización de las bases de datos oficiales.
- Construcción de indicadores con información oportuna y de mayor calidad.



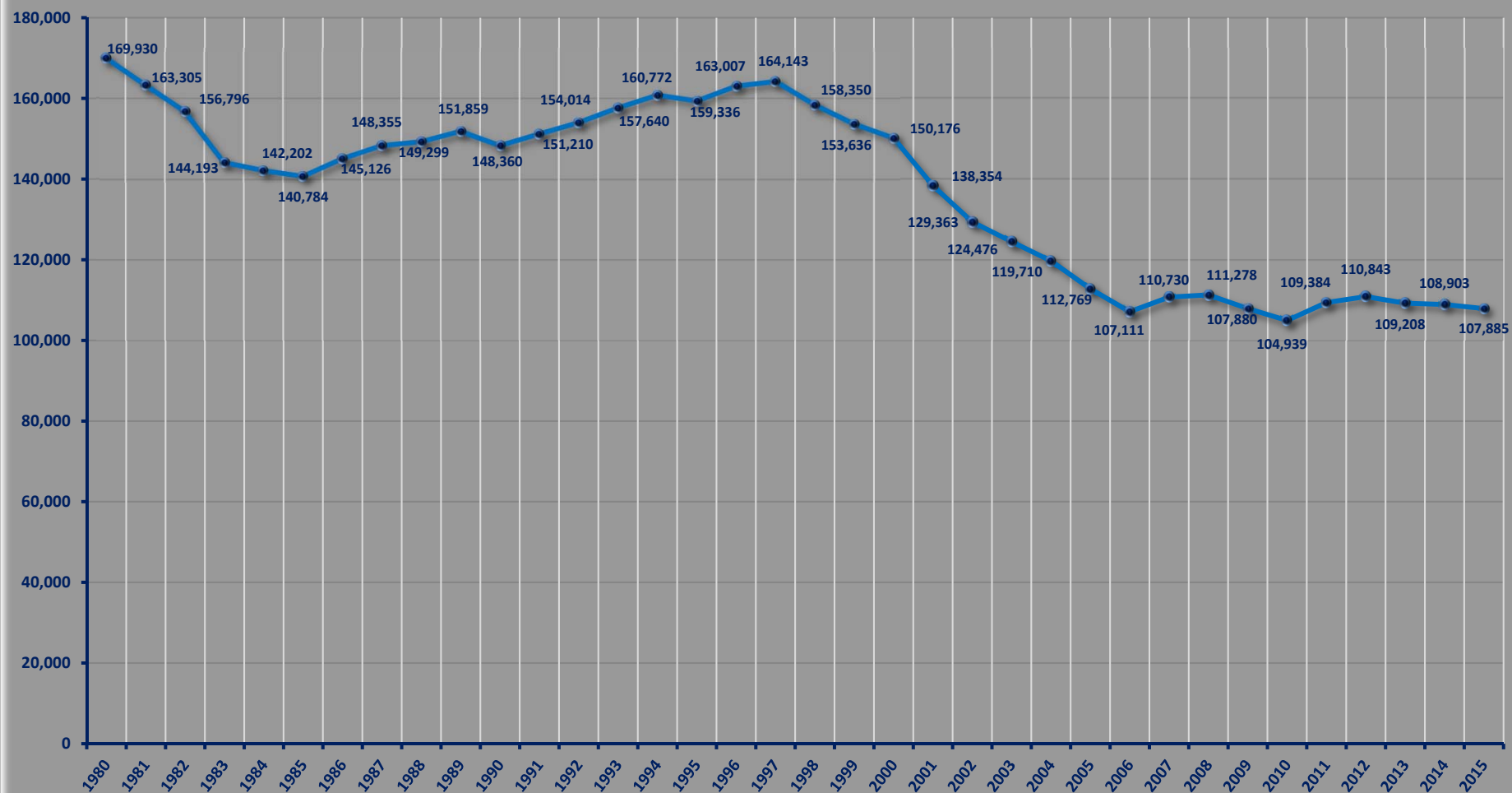
# Retos



- Creación de registros administrativo nacional.
- Identificación oficial de niños y niñas desde el nacimiento.
- Disminuir el subregistro.
- Diseñar formularios estandarizados de uso compartido a nivel nacional.
- Unificar los procesos de registro de información a nivel de las alcaldías y garantizar el intercambio de datos.
- Implementar el sistema automatizado de codificación de causas de muerte.

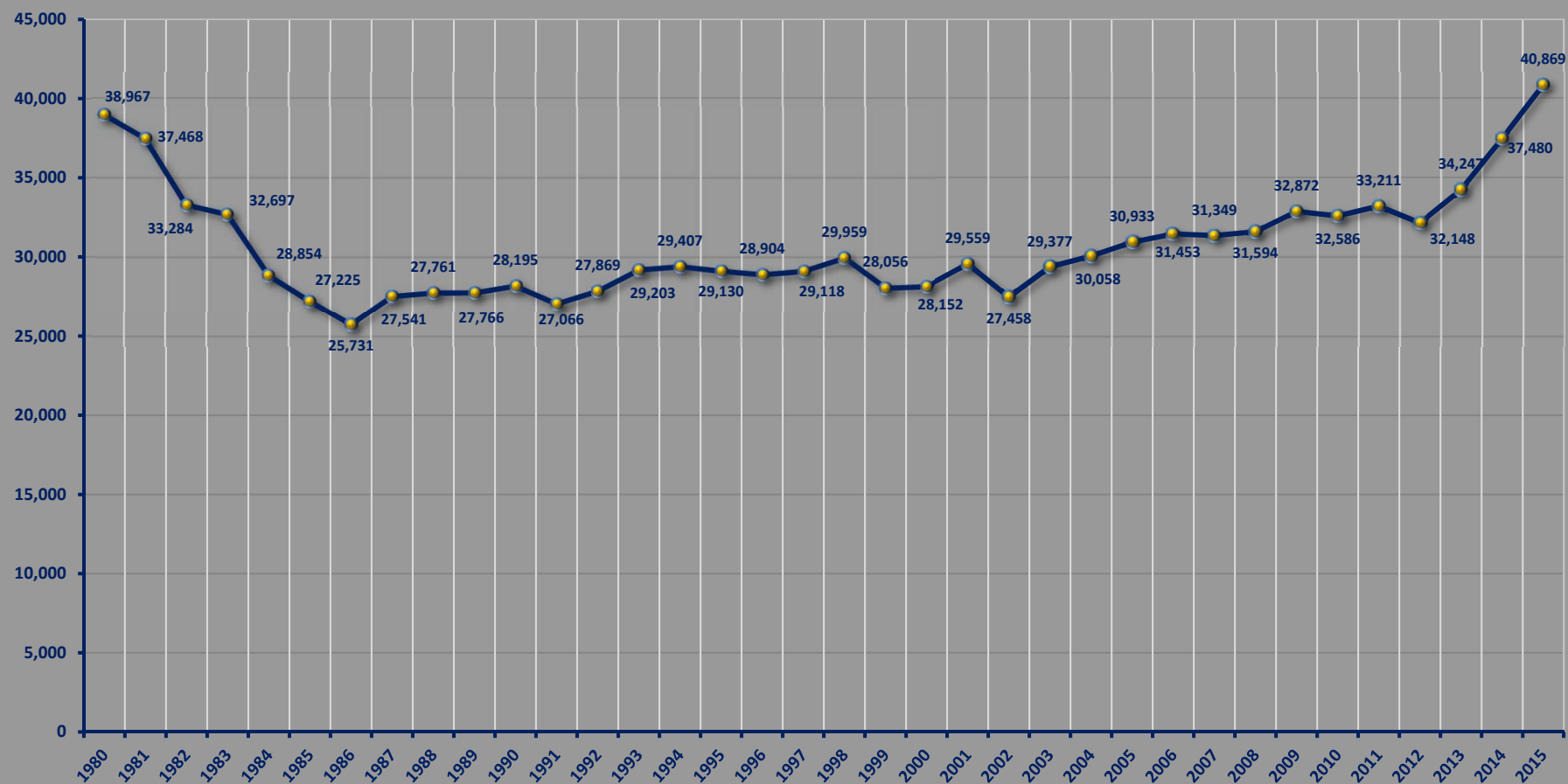


## NACIDOS VIVOS

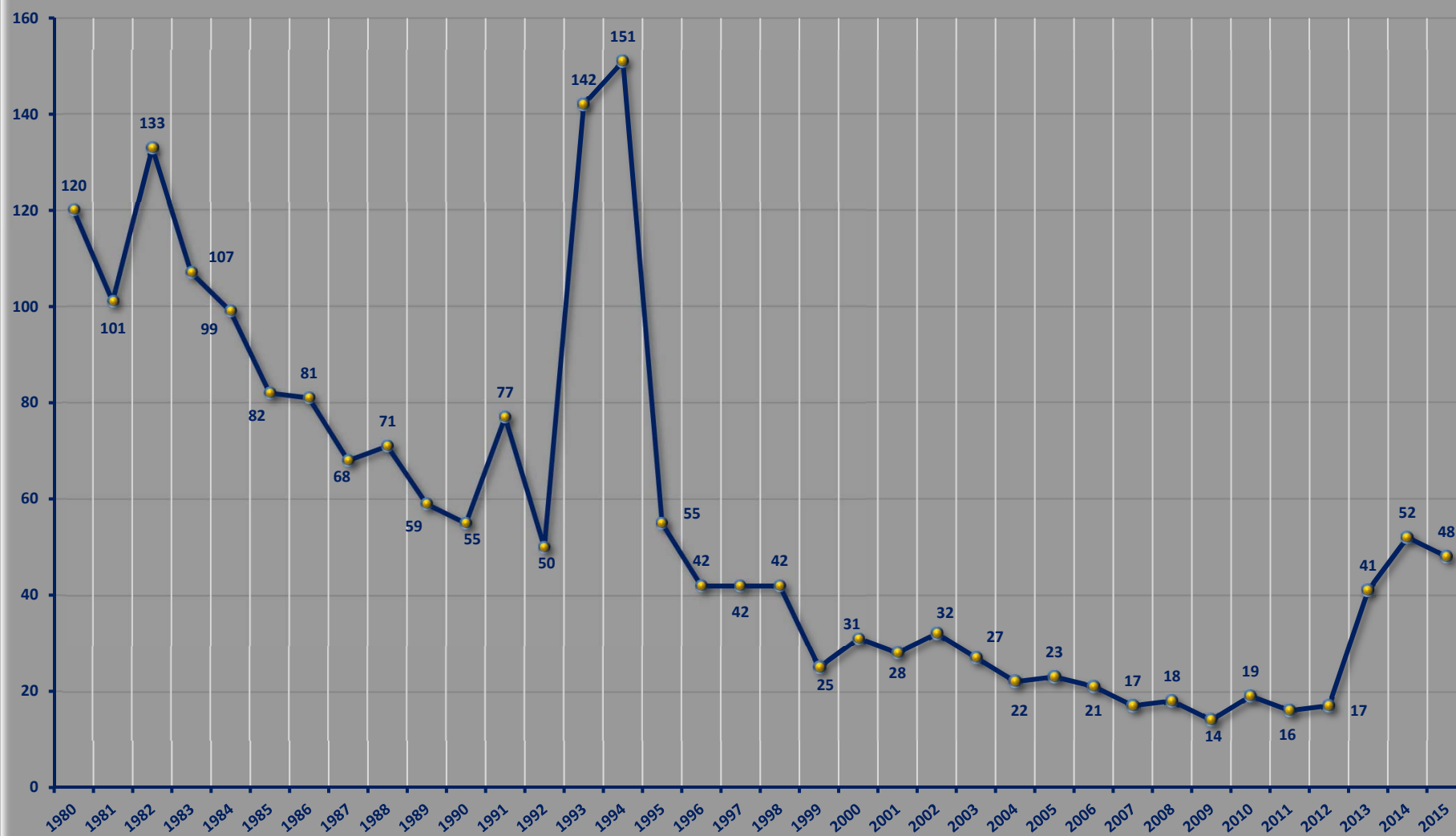




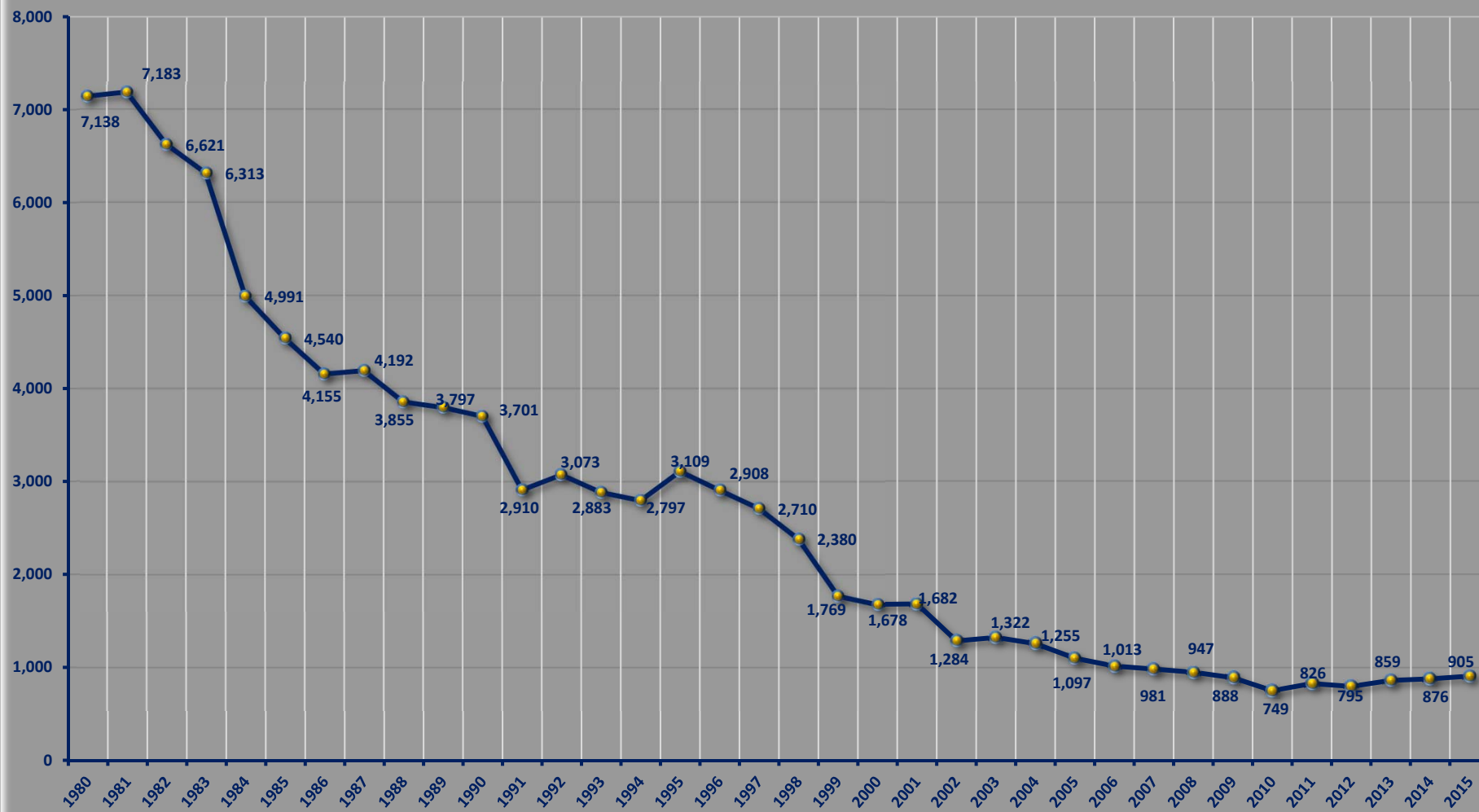
## DEFUNCIONES TOTALES



## DEFUNCIONES MATERNAS



## DEFUNCIONES INFANTILES



R  
E  
C  
I  
E  
N  
  
N  
A  
C  
I  
D  
O

**1. Nombre completo del recién nacido:** \_\_\_\_\_

**2. Local de nacimiento:**

Hospital Nacional: 1  \_\_\_\_\_

Unidad de Salud: 2  \_\_\_\_\_

Hospital o Clínica Privada: 3  \_\_\_\_\_

Casa de Habitación: 4  \_\_\_\_\_

Otro: 5  \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

**3. Fecha de nacimiento:**

Hora \_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

**4. Lugar de nacimiento:**

Departamento: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Cantón: \_\_\_\_\_

**5. Sexo:** Masculino: 1  Femenino: 2

**6- Peso al nacer:** \_\_\_\_\_ Gramos

**7. Talla al nacer:** \_\_\_\_\_ Centímetros

**8. Clase de parto:** Único 1  Triple 3   
Gemelo 2  Cuádruple o más 4

**9. Tipo de parto:** Vaginal: 1  Cesárea: 2

D  
E  
L  
A  
M  
A  
D  
R  
E

**10. Nombre completo de la madre:** \_\_\_\_\_ **11. Edad:** \_\_\_\_\_

**12. Nombre del asistente:** \_\_\_\_\_

Médico: 1  Enfermera: 2  Partera: 3  Otro: 4

**13. Duración del embarazo:** (meses de gestación) \_\_\_\_\_

**14. Estado conyugal:**

Soltera: 1  Acompañada: 2  Casada: 3  Viuda: 4   
Separada: 5  Divorciada: 6  Ignorado: 7

**15. Sabe leer y escribir:** Sí: 1  No: 2  Ignorado: 3   
Grado aprobado \_\_\_\_\_

**16. Ocupación actual:**     **D.U.I.** \_\_\_\_\_

**17. Lugar de residencia actual:**

Departamento: \_\_\_\_\_   Urbana: 1   
Municipio: \_\_\_\_\_   Rural: 2   
Cantón: \_\_\_\_\_

**18. Lugar de nacimiento:** Departamento: \_\_\_\_\_    
Municipio: \_\_\_\_\_

**19. Nacionalidad**

**20. Número de hijos:**

Cuántos hijos /as están vivos incluyendo este recién nacido:

De los hijos /as nacidos vivos, cuántos han muerto: .....

Cuántos Hijos/as nacieron muertos:.....

P  
A  
D  
R  
E

**21. Nombre completo del padre:** \_\_\_\_\_ **22. Edad:** \_\_\_\_\_

**23. Sabe leer y escribir:**

Sí: 1  No: 2  Ignorado: 3

**24. Ocupación actual:** \_\_\_\_\_

**25. Lugar de nacimiento:** Departamento: \_\_\_\_\_    
Municipio: \_\_\_\_\_

**26. Nacionalidad**

O  
T  
R  
O

**27. Nombre del informante:** \_\_\_\_\_

**28. Parentesco:** \_\_\_\_\_

**29. Firma:** \_\_\_\_\_ **D.U.I.** \_\_\_\_\_

**30. Fecha de registro:** \_\_\_\_\_

**31. Nombre, firma, sello de jefe/a del Estado familiar:** \_\_\_\_\_

1. Nombre y apellido del difunto/a: \_\_\_\_\_  
 2. Número de D.U.I del difunto/a: \_\_\_\_\_  
 3. Fecha de la defunción: Hora: \_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_ Día: \_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

4. Lugar de la defunción:  
 Departamento: \_\_\_\_\_    
 Municipio: \_\_\_\_\_    
 Cantón: \_\_\_\_\_

5. Local de la defunción:  
 Hospital Nacional: 1  \_\_\_\_\_  
 Unidad de Salud: 2  \_\_\_\_\_  
 Hospital o Clínica de Salud: 3  \_\_\_\_\_  
 Casa de Habitación: 4  \_\_\_\_\_  
 Calle: 5  Otro: 6  Especifique \_\_\_\_\_

6. Sexo: Masculino: 1  Femenino: 2  Indeterminado: 3

7. Estado conyugal:  
 Soltero/a: 1  Acompañado/a: 2  Casado/a: 3  Viudo/a: 4   
 Separado/a: 5  Divorciado/a: 6  Ignorado /a: 7  Impúber: 8

8. Edad:  
 Para mayores de 1 año y más (años cumplidos): \_\_\_\_\_

Para menores de 1 año:  
 Hora: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_ Días: \_\_\_\_\_ Meses: \_\_\_\_\_  
**Complete:**  
 Madre casada: Si: 1  No: 2  Ignorado: 3   
 Tipo de parto: Vaginal: 1  Cesárea: 2  No sabe: 3   
 Edad de la madre: \_\_\_\_\_ Duración del embarazo: \_\_\_\_\_ semanas gestación

**Si en días está entre 1 a 28 complete la siguiente información:**  
 Peso al nacer \_\_\_\_\_ gramos Talla al nacer \_\_\_\_\_ centímetros  
 Lugar donde nació el niño/a: Hospital: 1  Extrahospitalario: 2   
 Cuantos ha tenido la madre: Embarazos \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Nacidos muertos \_\_\_\_\_

9. Ocupación última del fallecido/a: \_\_\_\_\_

10. Jubilado o pensionado: Si: 1  No: 2  Ignorado: 3

19. Fecha de registro: \_\_\_\_\_ 20. Nombre, firma y sello jefe/a del estado familiar \_\_\_\_\_

11. Lugar de residencia actual de la persona fallecida.  
 Departamento: \_\_\_\_\_   Urbana: 1   
 Municipio: \_\_\_\_\_    
 Cantón: \_\_\_\_\_   Rural: 2

12- Nombre y apellido de la madre: \_\_\_\_\_  
 Nombre y apellido del padre: \_\_\_\_\_

13. CAUSA DE DEFUNCION Anote sólo una causa en cada una de las líneas (a), (b), (c) y (d)	Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte
a) _____ Debido a (o como consecuencia de)	_____
b) _____ Debido a (o como consecuencia de)	_____
c) _____ Debido a (o como consecuencia de)	_____
d) _____ <b>CAUSA BÁSICA*</b>	_____

\*No quiere decir con esto la manera o modo de morir, por ejemplo: debilidad cardiaca, astenia, etc. Significa propiamente la enfermedad, traumatismo o complicaciones que causó la muerte.

14. Si la persona fallecida es una mujer entre 10 – 54 años, investigar si falleció durante:  
 Embarazo: 1  Parto: 2  Postparto: 3

15. MUERTE ACCIDENTAL O VIOLENTA  
 Accidente: 1  Suicidio: 2  Homicidio: 3   
 Femicidio: 4  Infanticidio: 5  Ignorado: 6

16. Causas de muerte:  
 Arma de fuego: 1  Arma blanca: 2  Caída: 3   
 Ahogamiento: 4  Accidente de tránsito: 5  Envenenamiento: 6   
 Artefacto explosivo: 7  Ahorcamiento o estrangulamiento: 8   
 Por objeto contundente: 9  Otro: 10  Especifique \_\_\_\_\_

17. ASISTENCIA Y CERTIFICACIÓN MÉDICA  
 Tuvo asistencia médica durante su enfermedad: Si: 1  No: 2  Ignorado: 3   
 Defunción certificada por médico: Si: 1  No: 2  Ignorado: 3   
 Defunción certificada por médico forense: Si: 1  No: 2  Ignorado: 3

18. Firma y sello del médico responsable: \_\_\_\_\_

Libro No. \_\_\_\_\_

# CERTIFICADO DE NACIDO MUERTO

Partida No. \_\_\_\_\_

<b>N A C I D O  M U E R T O</b>	<b>1. Nombre completo del nacido/a muerto :</b>		<b>8. Clase de parto:</b> Único 1 <input type="checkbox"/> Triple 3 <input type="checkbox"/> Gemelo 2 <input type="checkbox"/> Cuádruple o más 4 <input type="checkbox"/>		<b>9- Tipo de Parto:</b> Vaginal: 1 <input type="checkbox"/> Cesárea: 2 <input type="checkbox"/>	
	<b>2. Lugar del parto:</b> Departamento: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Municipio : _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cantón: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>10. Causa de muerte:</b> a) _____ Enfermedad o afección principal del feto o del recién nacido b) _____ Otras enfermedad o afecciones del feto o del recién nacido c) _____ Enfermedades o afección principal de la madre que afectan al feto o al niño d) _____ Otras enfermedades o afecciones de la madre que afectan al feto o al niño			
	<b>3. Fecha del parto:</b> Hora _____ Día _____ Mes _____ Año _____		<b>4. Sexo:</b> Femenino: 2 <input type="checkbox"/> Masculino: 1 <input type="checkbox"/> Indeterminado : 3 <input type="checkbox"/>		<b>5- Peso al nacer:</b> _____ Gramos	
	<b>6. Talla al nacer :</b> _____ Centímetros		<b>7. Duración del embarazo :</b> _____ Semanas de Gestación			
<b>D E  L A  M A D R E</b>	<b>11. Nombre completo de la madre:</b>		<b>12. Edad</b>		<b>17. Ocupación actual:</b> _____	
	<b>13. Local del parto:</b> Hospital nacional: 1 <input type="checkbox"/> _____ Unidad de Salud: 2 <input type="checkbox"/> _____ Hospital o clínica privada: 3 <input type="checkbox"/> _____ Casa de habitación: 4 <input type="checkbox"/> _____ Otro : 5 <input type="checkbox"/> _____ <span style="margin-left: 150px;">Especifique</span>		<b>18. Lugar de residencia actual:</b> Departamento: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Municipio: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cantón: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Área</b> Urbana: 1 <input type="checkbox"/> Rural: 2 <input type="checkbox"/>			
	<b>14. Nombre del asistente:</b> Médico/a :1 <input type="checkbox"/> Enfermero/a:2 <input type="checkbox"/> Partera: 3 <input type="checkbox"/> Otro : 4 <input type="checkbox"/>		<b>19. Número de hijos/as:</b> Cuántos hijos/as están vivos :..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuántos nacidos vivos/as han muerto:..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuántos nacieron muertos/as incluyendo este:..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	<b>15. Estado conyugal</b> Soltero/a: 1 <input type="checkbox"/> Acompañado/a : 2 <input type="checkbox"/> Casado/a : 3 <input type="checkbox"/> Viudo/a: 4 <input type="checkbox"/> Separado/a: 5 <input type="checkbox"/> Divorciado/a: 6 <input type="checkbox"/> Ignorado/a: 7 <input type="checkbox"/>		<b>20. Número de hijos/as en este parto múltiple:</b> Cuántos hijos/as nacieron en este parto..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuántos nacieron vivos/as..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuántos nacieron muertos/as..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	<b>16. Sabe leer y escribir:</b> Si: 1 <input type="checkbox"/> No: 2 <input type="checkbox"/> Ignorado: 3 <input type="checkbox"/>		<b>24. Ocupación actual:</b> _____			
<b>P A - D R E</b>	<b>21. Nombre completo del padre:</b>		<b>22. Edad:</b>		<b>27. Nombre, firma y sello del Registrador/a del Estado Familiar:</b>	
	<b>23. Sabe leer y escribir:</b> Si: 1 <input type="checkbox"/> No: 2 <input type="checkbox"/> Ignorado: 3 <input type="checkbox"/>					
<b>O T R O</b>	<b>25. Fecha de registro:</b>		<b>26. Firma y Sello Médico/a responsable:</b>			

# EL SALVADOR