

ACERCA DE LA MORTALIDAD EVITABLE

Sr. Director:

Habida cuenta de la alta frecuencia con que acontecen en algunas revistas científicas de nuestro país los enfrentamientos epistolares entre epidemiólogos del Departamento de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya y del Departamento de Salud Comunitaria de Alicante acerca de algunos aspectos metodológicos en salud pública, quisiera aprovechar el último aparecido en esta revista^{1,2} para dar mi opinión sobre el tema debatido, no sin antes manifestar lo útiles y enriquecedoras que, a mi juicio, resultan tales discusiones.

Mi comentario tiene como base la *observación cuantitativa*, presente en muchos de los que utilizamos el instrumental estadístico y epidemiológico, de la que el fenómeno de la mortalidad evitable (ME) es un claro ejemplo. En efecto, una vez que Rutstein et al³ sugirieron la idea y Charlton et al⁴ propusieron un método fácil para llevarla a cabo, muchos comenzamos, desafortunadamente, a estandarizar tasas y a realizar test de contrastación de no se sabe bien qué hipótesis, con la pretendida creencia de que el aparato estadístico-matemático supliría la falta de rigor en nuestras investigaciones, caracterizadas por la absoluta vaguedad del concepto de ME y por la ausencia de hipótesis bien delimitadas de relaciones entre variables claramente determinadas.

En su artículo original Rutstein et al planteaban dos maneras de medir la calidad de la atención médica: a) mediante el establecimiento de una lista de causas de enfermedad e incapacidad innecesarias y de muerte prematura, de tal forma que la ocurrencia de un caso de alguna de ellas justificaría el inicio de una investigación, y b) mediante otra serie de causas de las que se requería más de un caso para comenzar las pesquisas, siendo necesaria aquí la utilización de alguna medida relativa como la tasa de enfermedad, incapacidad o muerte prematura. Los autores consideraron de uti-

lidad ambas listas —a modo de acontecimientos centinelas— tanto para hospitales como para el nivel local y nacional.

No obstante, a lo largo de toda su exposición, ambas formas de abordaje no están bien diferenciadas y se confunden en multitud de ocasiones; en la definición de atención médica-variable fundamental en la hipótesis de trabajo—, la ambigüedad es la principal característica y en algún momento, a pesar de haber establecido sin reservas que esos casos ocurren como indicadores de calidad de la atención, se recurre a factores socioeconómicos y ambientales para explicar posibles diferencias.

Quizá por ello en la mayor parte de los trabajos acerca de la ME se han seguido diferentes metodologías, se han utilizado diferentes causas de muerte —elegidas en muchos casos sin las adecuadas referencias bien documentadas⁵, al igual que el trabajo de Rutstein et al— y se ha querido establecer la validez de las mismas para reflejar la calidad de la atención médica, a partir de ideas tan pueriles como la de sus diferencias geográficas o la del descenso que han experimentado en el tiempo coincidiendo con el incremento de los recursos sanitarios. Y aunque en multitud de ocasiones se advierte de la cautela con que hay que tomar esos resultados al no disponer de datos de incidencia, esas diferencias encontradas pretenden ser la demostración palpable de la hipótesis planteada.

Sin embargo, en mi opinión, las diferencias geográficas observadas son debidas, casi exclusivamente, a la distinta frecuencia de enfermedad. Así, por ejemplo, si se relacionan los casos de morbilidad hospitalaria de unas cuantas causas, consideradas como mortalidad evitable en varios trabajos, con las defunciones por esas causas en las provincias españolas, obtenemos los resultados que aparecen en la tabla 1. Los altos coeficientes de correlación hallados confirman esa idea.

De la misma forma, en la próxima aparición del segundo atlas de ME de la Comunidad Económica Europea, elaborado por el Working Group on Health Services and Avoidable Deaths, las bajas razones de mortalidad estandarizada (RME) que aparecen en las provincias españolas, con relación al resto de Europa, para el cáncer de cervix no reflejan sino la menor incidencia de esta enfermedad en nuestro país⁶, igual que las altas RME para la tuberculosis son reflejo de la mayor frecuencia de esta enfermedad en España⁷.

No es idóneo, por tanto, este método para evaluar la calidad de la atención médica —asumiendo que exista una idea común de atención médica. Las diferencias geográficas o la tendencia observadas en la mortalidad por estas causas, consideradas como ME, sugieren los mismos interrogantes que las diferencias o tendencias en la mortalidad por cualquier otra causa. Esto es, son precisos estudios específicos para averiguar a qué obede-

Tabla 1. Coeficiente de correlación de Pearson entre los casos de morbilidad hospitalaria y las defunciones de algunas causas. Período 1983-85¹

Tuberculosis (010-018)	0,93
Enfermedades reumáticas crónicas del corazón (393-398)	0,79
Enfermedad hipertensiva (401-405)	0,95
Enfermedades cerebrovasculares (430-438)	0,91
Neumonía (480-486)	0,91
Bronquitis crónica, enfisema y asma (490-493)	0,84
Apendicitis (540-543)	0,71
Cirrosis del hígado (571)	0,97

¹ Las unidades de observación son las provincias españolas y se ha tomado la media anual del período.

cen las discrepancias. Por ello, la distribución geográfica y la evolución temporal de la mortalidad por estas causas no tienen por qué estudiarse separadas de las del resto de las causas de muerte.

Muy probablemente, esto ya lo vieron Rutstein et al, pues en una carta al editor de *The New England Journal of Medicine*, en 1980⁸, para advertir de la actualización de las dos listas de causas de acuerdo con la novena revisión de la CIE y los nuevos avances médicos, introdujeron una modificación sutil —pocas veces percibida— en relación con la idea original, al establecer la utilidad de ambas listas para medir la calidad de la atención médica en los hospitales o bien, y aquí viene el cambio, como medida del estado de salud a escala nacional o local.

Así es que estas listas de acontecimientos centinelas sirven para identificar, mediante unos protocolos convenientemente estandarizados, los factores evitables responsables de que sucedan en los servicios o unidades de atención médica

o quirúrgica. Su uso con este objetivo en niveles superiores, aparte de no ser adecuado, supone confirmar implícitamente a la atención médica como único determinante del fenómeno salud-enfermedad.

Por último, quisiera manifestar que las equívocas repercusiones sociales y sanitarias que, en relación con la calidad de los servicios de asistencia sanitaria, pudieran derivarse de los resultados obtenidos con las hipótesis planteadas en la mayor parte de las investigaciones acerca de la ME, debieran servir de autocritica a los técnicos habituados a la pronta utilización de determinados instrumentos sin habernos detenido lo suficiente en los objetivos fijados o sin haber tenido en cuenta sus limitaciones para la consecución de los mismos.

Enrique Regidor Poyatos

Subdirector General de Información Sanitaria y Epidemiología

Bibliografía

1. Gispert R, Segura A. La identificación de la mortalidad evitable y sus aplicaciones prácticas. *Gac Sanit* 1990; 4 (20): 199.
2. García Benavides F. La identificación de la mortalidad evitable y sus aplicaciones prácticas. *Gac Sanit* 1990; 4 (20): 199-200.
3. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin ES. Measuring the quality of medical care. A clinical method. *N Engl J Med* 1976; 294:582-8.
4. Charlton JPH, Hartley R, Silver R, Holland WW. Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales. *Lancet* 1983; i:691-6.
5. Mackenbach JP, Bouvier-Colle MH, Jouglu E. «Avoidable» mortality and health services: a review of aggregate data studies. *J Epidemiol Community Health* 1990; 44:106-11.
6. Borrás J, Galceran J, Anglada L et al. El cáncer en Tarragona 1980-1985. Estudio epidemiológico descriptivo. Tarragona: Asociación Española contra el Cáncer. Junta Provincial de Tarragona, 1988:58-9.
7. Taberner JL, Juvanet J, García A. La infección y la morbilidad tuberculosa en Barcelona. *Gas Sanit Barna* 1982; 1: 9-14.
8. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Fishman AP, Perrin EB, Zuidema GC. Measuring the quality of medical care: second revision of table of indexes. *N Engl J Med* 1980; 302:1146.