

Causas de Muerte, una estadística clásica en continua evolución

Margarita García Ferruelo

*Subdirectora Adjunta. Subdirección de Estadísticas y Análisis Sociales.
Instituto Nacional de Estadística*

“La información estadística mejora la salud”. Éste es uno de los mensajes que se desprende de la primera comparecencia en el Congreso de la Ministra de Sanidad en la que describió las líneas relevantes del Ministerio y entre ellas incluyó a los sistemas de información, equiparándolos a otros ‘pesos pesados’ del sistema de salud, como la promoción de la salud y prevención de enfermedades, la atención a enfermedades de gran impacto en la sociedad, la seguridad, calidad y eficacia de los medicamentos, los planes de alimentación y nutrición, la prevención del tabaquismo, el fomento de la actividad física o la reducción de los accidentes de tráfico.

Desde hace años, los sistemas estadísticos europeos, y desde luego el español, han apostado por impulsar la información estadística sobre salud, vinculando los datos tradicionales sobre la incidencia y gravedad de las enfermedades a otras fuentes, propias o ajenas al sector sanitario, que permiten tener una visión de la salud desde su perspectiva más amplia.

Algunos ejemplos son la Encuesta Nacional de Salud, que juega un papel fundamental a la hora de conocer el estado de salud de los ciudadanos y sus factores determinantes; la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, que ha supuesto un importante impulso para las políticas preventivas de la extensión del VIH; o la próxima Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2007), que será sin duda una inversión en información altamente rentable a la hora de articular la progresiva implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que acaba de ver la luz.

Pero esta variada oferta de información estadística sobre los componentes de salud, algunos de ellos todavía emergentes –salud mental, hábitos de vida o dependencia/discapacidad– no debe empañar la utilidad de los datos tradicionales como la mortalidad y la morbilidad hospitalaria.

En concreto, la información sobre causas de muerte sigue teniendo un enorme potencial como instrumento para la toma de decisiones en salud pública. La Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte es la operación clásica que ha servido para acercarnos a la realidad sanitaria desde el siglo XIX.

Los primeros intentos de creación de estadísticas de carácter demográfico-sanitario surgieron en 1813, pero hubo que esperar hasta 1879, una vez que el Registro Civil se consolidó, para que las estadísticas demográfico-sanitarias llegasen a ser una realidad. A partir de ese momento, los datos sobre la causa principal (básica) de las defunciones fueron clasificados según

una lista de 5 enfermedades. Más tarde, la causa de muerte se clasificó según la lista de 99 diagnósticos del Dr. Bertillón, origen de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y hoy se cuenta con la décima revisión de esta clasificación (CIE-10), que contiene más de 12.000 diagnósticos, lo que permite conocer las causas de la mortalidad con un elevado grado de especificación clínica.

“La información sobre causas de muerte sigue teniendo un enorme potencial como instrumento para la toma de decisiones en salud pública”

Lo que se pretende con los datos sobre causas de muerte es conocer el patrón de mortalidad asociado a cada sexo, edad y áreas geográficas, así como su evolución en el tiempo. La variable fundamental que se investiga es la causa básica de muerte, que se selecciona, siguiendo los criterios establecidos en la CIE-10, a partir del conjunto de enfermedades que describe el médico certificador de la defunción en el boletín estadístico.

El estudio de la mortalidad basado en la causa básica de muerte constituye por sí mismo una herramienta de gran valor; de hecho, ha permitido detectar cambios en las pautas de ciertas enfermedades. Las enfermedades cardiovasculares, que en 1980 eran la causa principal de casi la mitad de las defunciones, en los últimos años han ido reduciendo su peso relativo y,

aunque se mantienen como primera causa de muerte (en 2005 representaron el 33% del total de defunciones), han ido cediendo importancia a otras causas como los tumores o las demencias y enfermedad de Alzheimer. Estas últimas han sido la causa principal de más de 18.000 defunciones en 2005 frente a las escasas 350 del año 1980.

“La utilidad de los datos de causas de muerte está ligada a la capacidad de responder a las nuevas necesidades, así como a la mejora continua de la calidad”

Otra aportación importante, de gran impacto social y económico, es que permite identificar las causas “culpables” de las muertes prematuras y cuantificar los años de vida que se pierden por estas causas. Las muertes violentas –es decir, los accidentes de tráfico, envenenamientos, caídas u otros accidentes, suicidios u homicidios– son las causas que se apoderan de más años de vida. Una persona que fallece por una causa violenta vive por término medio 29 años menos de lo que teóricamente le tocaría vivir. Y si nos referimos a los tumores, estaríamos hablando de 12 años de vida perdidos.

Pero indudablemente, la utilidad de los datos de causas de muerte está ligada a la capacidad de responder a las nuevas necesidades, así como a la mejora continua de la calidad. Por eso, cabe preguntarse si la información que ofrece la estadística satisface estos requisitos.



En cuanto a las nuevas necesidades de información, dos cuestiones deben ser resueltas para poder afirmar que la estadística disfruta de buena salud.

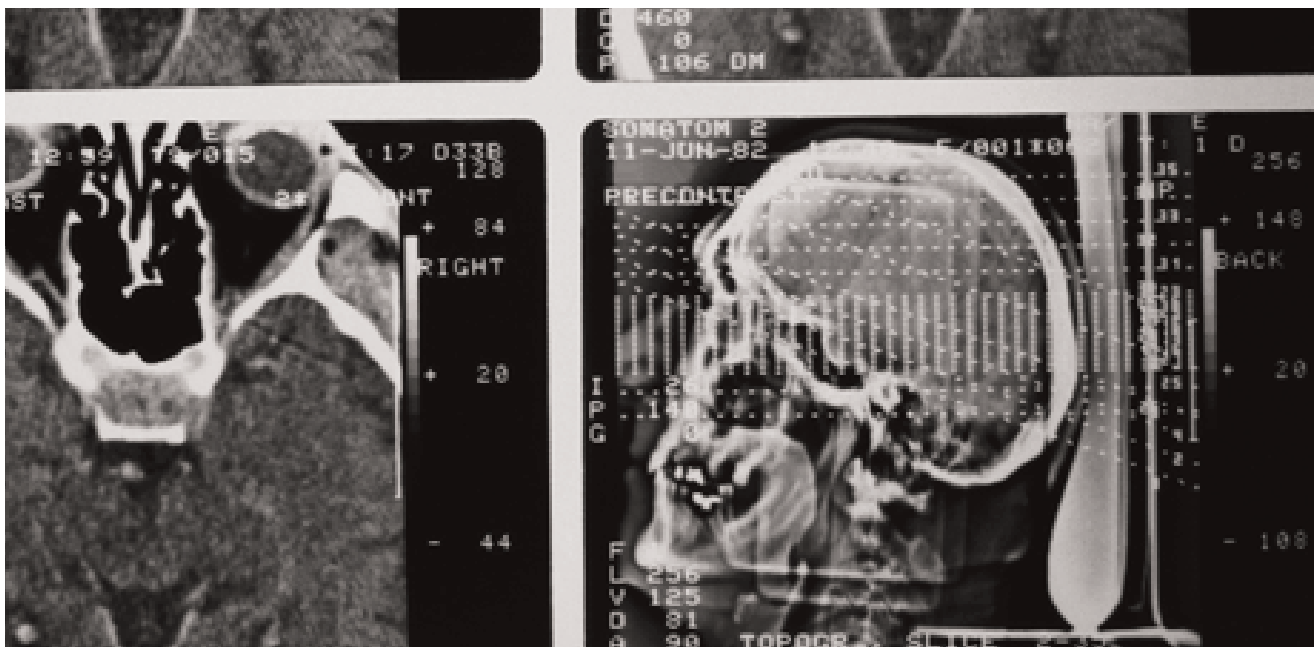
En primer lugar, es evidente que el envejecimiento de la población ha tenido un fuerte impacto en las pautas de enfermedad. Se ha producido un importante incremento de enfermedades crónicas en las que suelen confluir varias patologías que si bien por sí solas no producen la muerte, sí pueden interactuar precipitándola. Este es el caso, por ejemplo, de la diabetes, una de las enfermedades que están en el punto de mira de las instituciones sanitarias. Cuando la diabetes aparece informada en el boletín de defunción no significa que en todos los casos vaya a ser seleccionada como causa básica, ya que dependerá del resto de enfermedades que también hayan sido mencionadas. Por ejemplo, si la diabetes aparece conjuntamente con un cáncer de pulmón, dependiendo del orden en que se describan ambas enfermedades, las reglas de selección de causa básica pueden penalizar la diabetes desplazándola a favor del cáncer de pulmón. De este modo, se pierde la oportunidad de conocer la verdadera dimensión de la diabetes en la mortalidad, de identificar las asociaciones más frecuentes con otras patologías y, como consecuencia, de adoptar medidas de actuación aún más eficientes.

Por tanto, el análisis multicausal, basado en todas las enfermedades que han sido informadas en el boletín estadístico, supondrá un valor añadido esencial a la estadística de causas de muerte. El momento de incorporar la información de todas las enfermedades que aparecen en el boletín estadístico a los ficheros de resultados no está muy lejos. Será una realidad cuando se ponga en marcha el proyecto de selección y codificación automática de la causa básica (basado en el prototipo europeo IRIS) que está desarrollando el INE en colaboración con las comunidades de Cataluña, Madrid y Valencia, el cual contiene un módulo de codificación de causas múltiples.

La otra cuestión, que no debe dejarse en el tintero, tiene que ver con una demanda “histórica” sobre la magnitud de las principales causas de muerte en los diferentes estratos socioeconómicos. La respuesta hay que buscarla en el Estudio Demográfico Longitudinal (EDL), proyecto por el que el INE ha apostado de forma decidida. En esencia el EDL consiste en acumular información longitudinal sobre todas las personas utilizando el Padrón Continuo como pivote y asociando la información de los censos de población, de registros administrativos e incluso de encuestas a hogares. De este modo se podrá relacionar las causas de muerte con indicadores sociodemográficos como el nivel de estudios, la ocupación o la actividad, y la riqueza analítica será muy superior a medida que pasen los años y se vaya incorporando más información de sucesivos censos.

El otro reto que debe afrontarse es el de la mejora continua de la calidad. El principal esfuerzo debe dirigirse hacia la fuente de información: el médico certificador y los familiares de la persona fallecida.

Los médicos juegan un papel doble en la estadística: como informante y como usuario final. Por eso, sorprende que algunos médicos certificadores concedan más importancia al cer-



tificado médico de defunción que al boletín estadístico, sin tener en cuenta que el primero, de finalidad meramente administrativa, queda archivado en el Registro Civil sin que prácticamente nadie lo utilice, mientras que el boletín estadístico constituye la base para la investigación y toma de decisiones. Por otra parte, el modelo actual de certificado médico, que todavía corresponde al aprobado en el año 1957, no se adapta a las recomendaciones de la OMS, así que cuando un médico certificador no cumplimenta el boletín, y los datos se obtienen a partir del certificado médico, se produce una merma de calidad importantísima. Se trata pues, por una parte, de concienciar a los médicos de que el papel que juegan en la estadística de causas de muerte es determinante y, por otra, de facilitarles la labor con instrumentos adecuados que garanticen la calidad de la certificación.

“ El papel que juegan los médicos y los familiares en la estadística de causas de muerte es determinante ”

Una regla básica para los estadísticos es que un cuestionario debe “animar” al informante a proporcionar los datos y no “disuadirle”. Por eso, el desafío es llegar a unificar el certificado médico de defunción y el boletín estadístico, evitando el doble esfuerzo que ahora se exige a los médicos al solicitarles la misma información en dos documentos diferentes.

Y si el papel de los médicos es importante, no lo es menos el de los familiares. Éstos tienen que cumplimentar el resto del boletín estadístico en un momento muy delicado, que no favorece en absoluto la calidad de los datos. De hecho, no es infrecuente, por ejemplo, que la fecha de nacimiento, en ocasiones difícil de recordar, acabe siendo sustituida por la edad o por una fecha aproximada; o, en el peor de los casos, que el familiar dé una mezcla de sus propios datos y de los de la persona fallecida.

Si consideramos que la Administración debe estar al servicio de los ciudadanos y no éstos al servicio de la Administración, resulta inexcusable no utilizar una vía alternativa para obtener los datos: la unidad informante debería ser el Registro Civil. Esta solución se basa en tres premisas: por una parte, la práctica totalidad de variables demográficas que se recogen en el boletín estadístico coinciden con las que los familiares proporcionan al Registro Civil para llevar a cabo la inscripción del fallecimiento y lo hacen con un mayor grado de exactitud; por otra, el grado de informatización del Registro Civil se puede considerar un hecho y, por último, el “Anteproyecto de Ley para el acceso electrónico de los ciudadanos a las administraciones públicas”, que será una realidad en breve plazo, reconoce “el derecho de los ciudadanos a no aportar datos que obren en poder de la administración pública en soporte informático” y contempla, además, la “transmisión de los datos entre las administraciones públicas”. Del trío de premisas, la tercera es esencial porque de ella depende que se consiga el compromiso de los Registros Civiles de facilitar los datos al INE con el nivel de calidad exigido.

Como conclusión, podemos afirmar que la Estadística de causas de muerte es una operación clásica en continua evolución y que se mantiene como uno de los pilares fundamentales del diseño de políticas de salud pública.