

Obtención del nivel de estudios a través de una encuesta a los familiares de difuntos. ¿Son fiables las respuestas?

Sr. Director:

Los estudios de desigualdades en mortalidad son difíciles de realizar en nuestro país debido a la poca cumplimentación de la ocupación en el Boletín Estadístico de Defunción¹, además un problema que puede aparecer en estos estudios es la incorrecta clasificación de las personas en función de su nivel socioeconómico. Una alternativa para obtener el nivel socioeconómico de los difuntos es realizar una encuesta retrospectiva para obtener esta información a través de los familiares del difunto. Con el objetivo de estudiar las desigualdades sociales en mortalidad de forma individual, en Barcelona se llevó a cabo un estudio retrospectivo encuestando a familiares o personas próximas de una muestra de varones entre 15 y 65 años fallecidos durante 1993². Se escogió una muestra estratificada por causas de defunción a partir del Registro de Defunciones del Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona. La encuesta se realizó por teléfono o en el domicilio previa notificación. Entre otras variables, se obtuvo la última ocupación y el nivel de estudios del fallecido.

El objetivo de esta carta es comparar el nivel de estudios declarado por la familia del fallecido y el obtenido a través del padrón de habitantes. Se analizó la concordancia entre las dos fuentes de información mediante el índice Kappa ponderado y el intervalo de confianza del 95% según la fórmula de Fleiss³. Se considera un nivel de concordancia moderado un valor Kappa entre 0,41 y 0,60, bueno entre 0,61 y 0,80, y muy bueno si es superior a 0,81⁴. El nivel de estudios se obtuvo a partir de la máxima titulación obtenida y se realizaron dos agrupaciones: una en cinco categorías, tal como se muestra en la tabla 1, y otra en tres niveles de estudios: a) analfabetos y estudios primarios; b) EGB o graduado, y c) estudios secundarios o universitarios. Se calculó también la sensibilidad para cada categoría para el caso en que el nivel de estudios que consta en el padrón municipal de habitantes pudiera tomarse como valor de referencia.

La concordancia observada entre las dos fuentes obtuvo un índice Kappa ponderado de 0,59 (IC del 95%: 0,55-0,62), la cual está en el rango de moderada. Utilizando la agregación de tres niveles de estudios se obtuvo un índice Kappa ponderado de 0,64 (IC del 95% 0,60-0,68). En la tabla 1 se observa una sensibilidad más alta (68,6%) para los analfabetos, y más baja para los estudios secundarios (40,9%).

Debe tenerse en cuenta que el nivel de estudios del padrón de habitantes es el que consta en el momento de la defunción y el nivel de estudios de la encuesta se obtuvo 2 años después (aunque se preguntaba por el nivel en el momento de la defunción) y era declarado por una persona próxima al difunto. Podría ser que estas diferencias explicaran parte de los resultados obtenidos.

Sorlie y Johnson⁵ compararon el nivel de estudios del certificado de defunción de personas fallecidas durante 1989 en los Estados Unidos, con el nivel de educación que estas mismas personas habían declarado años antes de su fallecimiento, en unas encuestas familiares. Estos autores calcularon valores de sensibilidad y especificidad, y encontraron que principalmente en los niveles de estudios más bajos, los familiares tendían a declarar en el certificado de defunción niveles de estudios más altos que los que el difunto tenía en realidad. La misma tendencia se ha descrito respecto a la ocupación por Pamuk⁶ al estudiar las tendencias en las desigualdades en mortalidad según clase social en Inglaterra y Gales entre los años 1921 y 1972. Pamuk demostró que estas malas clasificaciones y otros errores pueden llegar a enmascarar la realidad, presentando tendencias en la mortalidad que en realidad no existen o son erróneas. En nuestro estudio no se ha evidenciado ninguna tendencia a declarar, por parte de los familiares, niveles de estudios más altos de los que constan en el padrón.

Son pocos los estudios hechos respecto a la concordancia y validez de los datos socioeconómicos de algunas fuentes de información; concretamente en este caso se obtuvo a

Tabla 1. Comparación entre el nivel de estudios declarado en el padrón de habitantes y el obtenido en la encuesta realizada a los familiares de los difuntos. Entre paréntesis se presenta la sensibilidad de la declaración de familiares sobre el nivel de estudios del difunto

Nivel de estudios según el padrón	Nivel de estudios declarado por los familiares					Total
	Analfabetos	Primarios	EGB o similar	Secundarios	Universitarios	
Analfabetos	70 (68,6)	25	7			102
Primarios	96	178 (51,1)	53	21		348
EGB o similar, FP1	8	32	51 (44,7)	17	6	114
Secundarios (BUP, COU, FP2)		14	33	38 (40,9)	8	93
Universitarios			17	28	65 (59,1)	110
Total	174	249	161	104	79	767

través de encuestas a familiares o personas próximas. Los resultados que presentamos aquí ponen en evidencia los problemas que pueden derivarse de esta fuente de información. Al igual que en los trabajos descritos anteriormente, si consideramos las implicaciones que en ocasiones pueden tener los estudios de desigualdades (distribución de recursos, políticas públicas, etc.), es importante tener en cuenta a la hora

de analizar y valorar los resultados, como mínimo, las desviaciones que algunas fuentes de información pueden introducir en estos resultados, a fin de poder aplicar las correcciones pertinentes.

R. Puigpinós / M.I. Pasarín / C. Borrell
Institut Municipal de Salut Pública. Barcelona.

Bibliografía

1. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología (Álvarez-Dardet C, Alonso J, Domingo A, Regidor E). La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG Editores, 1995.
2. Puigpinós R, Borrell C, Pasarín MI, Montellà N, Pérez G, Plasència A et al Inequalities in mortality by social class in men in Barcelona, Spain. *Eur J Epidemiol* 2000; 16: 751-756.
3. The measurement or interrater agreement. En: Fleiss J, editor. *Statistical methods for rates and proportions* (2.^a ed.). Nueva York: John Wiley & Sons, 1981; 212-225.
4. Fermanian J. Mesure de l'accord entre deux juges. *Cas qualitatif. Rev Epidém Santé Pub* 1984; 32: 140-147.
5. Sorlie PD, Johnson NJ. Validity of education information on the death certificate. *Epidemiology* 1996; 7: 437-439.
6. Pamuk ER. Social class inequality in mortality from 1921 to 1972 in England and Wales. *Pop Stud* 1985; 39: 17-31.

Sr. Director:

Con relación al editorial titulado «La nueva estrategia europea de salud: una oportunidad para la salud pública española», publicado en su Revista, cuyo planteamiento y conclusiones comparto, me gustaría hacer unas precisiones para situarlo en el contexto adecuado ante un hipotético debate que pudiera surgir.

El principal problema que se plantea es que el citado editorial parece que se centra en la comunicación de la Comisión, como se comprueba en la nota bibliográfica número 1, y no al programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública propuesto en el texto de la decisión. Además, ese documento está fechado el 16 de junio de 2000 y, a estas alturas, ya ha sido objeto de un amplio debate en el grupo de Salud del Consejo de la UE, lo que significa que el documento que ahora está sobre la mesa del citado grupo de trabajo —cuya misión es dar forma definitiva a los textos que deberá aprobar el Consejo de Ministros de Salud de la UE—, tiene grandes diferencias respecto a la propuesta inicial de la Comisión.

Por si esto no fuera suficiente, hay que tener en cuenta que el futuro programa, al tener su base legal en el artículo 152 del tratado constitutivo de la Comunidad Europea, está sujeto al proceso de codecisión con el Parlamento Europeo que, paralelamente, está estudiando la propuesta de la Comisión y recientemente ha emitido su informe en primera lectura proponiendo un total de 106 enmiendas. Ello significa que el Consejo y el Parlamento deberán negociar para

llegar a un acuerdo, naturalmente con concesiones mutuas, que permita aprobar finalmente un texto que, como es obvio, todavía no podemos saber cómo será definitivamente pero, con toda seguridad, muy diferente al que redactó la Comisión.

Al margen de lo dicho hasta aquí, no puedo dejar de comentar uno de los puntos del editorial, el que se refiere a la falta de referencia al papel de los servicios sanitarios. Como he mencionado al principio, también en este aspecto comparto el planteamiento del editorial pero ha de tenerse en cuenta que, desgraciadamente, la Comunidad no tiene competencias en ese ámbito que los Estados miembros se han reservado de manera exclusiva, por lo que no es posible que el programa lo aborde por muy deseable que a los profesionales nos pueda parecer; no obstante, hay intentos de introducir algo en este sentido en la medida en que sea legalmente posible.

Espero haber colaborado a clarificar el panorama respecto a esta propuesta comunitaria. Lo deseable, desde mi punto de vista, es que una vez aprobada, surgiera, como he afirmado al principio, un debate entre los profesionales interesados que propiciara un desarrollo lo más amplio posible de la misma en beneficio de la salud pública comunitaria y española.

A. Calvete
Unidad de Coordinación de la Unión Europea.
Dirección General de Salud Pública.
Ministerio de Sanidad y Consumo.

Bibliografía

1. Plasència A, Manzanera R. La nueva estrategia europea de salud: una oportunidad para la salud pública española. *Gac Sanit* 2001; 15: 1-3.