

SOBRE «DESIGUALTATS DE SALUT A BARCELONA»

Sr. Director:

Hem llegit amb gran interès l'article de J. Alonso i JM. Antó, «Desigualtats de Salut a Barcelona»¹, en el qual s'analitzen les diferències observades entre els districtes de la ciutat, utilitzant, entre d'altres, els indicadors de mortalitat.

Diversos treballs han posat de manifest, des de fa temps, l'existència de desigualtats socials en matèria de salut, a partir d'estudis de mortalitat de caràcter ecològic². De totes maneres, la incorporació d'altres indicadors sanitaris a l'estudi d'aquestes diferències és molt més recent, sobretot al nostre país. En aquest sentit, l'aportació que suposa el treball que comentem, és molt valuosa, ja que afegeix nous indicadors de morbiditat i de mortalitat, que augmenten la consistència de la informació oferta pels indicadors clàssics. Per altra banda, la importància sanitària que poden tenir les causes de mort denominades «prevenibles» pels autors i estudiades en el seu treball, resta limitada pel fet que les causes utilitzades ni es concreten als grups etaris en què la mortalitat és més innecessàriament prematura, ni s'adapta a les agrupacions de mortalitat «prevenible» més emprades, validades i, per tant, comparables: per exemple, la originària de Rutstein D, Berenberg W, Chalmers et al.^{3, 4} o bé la de Holland W.⁵

En el seu treball Rutstein D, Berenberg W, Chalmers et al. presenten un indicador de qualitat de salut negatiu, basat en el concepte d'«esdeveniments sentinelles de la salut». És un indicador que inclou malalties, incapacitats i morts prematures innecessàries, atès que són potencialment modificables per una intervenció preventiva o terapèutica i serveixen de senyal d'alarma per a detectar la manca de qualitat d'algun punt del sistema que hauria d'haver evitat l'esdeveniment.

Malgrat el seu interès, la cadena de responsabilitats implicades en la prevenció d'algunes de les malalties, incapacitats o morts prematures «innecessàries», pot ser complexa i llarga. Per aquest motiu, alguns altres autors han utilitzat posteriorment només una part de les afeccions inicialment presentades per Rutstein D, Berenberg W, Chalmers et al.: aquelles en què es pot confirmar clarament que són susceptibles de modificació des de l'àmbit sanitari.

Aquestes llistes d'afeccions, més restringides i denominades, segons els autors, causes de mort «evitables» o «tractables», es proposen fonamentalment com a indicadors per a avaluar la qualitat dels serveis sanitaris^{6, 7}. La seva sensibilitat a les intervencions mèdiques sobre la salut ha estat tractada en diversos estudis recents⁸⁻¹⁰ i s'ha comprovat l'associació d'algunes causes de mortalitat «evitable» amb factors de caràcter socio-econòmic^{11, 12}. En el nostre àmbit s'ha explorat la mortalitat innecessàriament prematura i sanitàriament evitable (MIPSE); se n'ha analitzat l'evolució històrica i la distribució geogràfica¹³ i se n'han discutit les utilitats potencials^{13, 14}.

La introducció de nous indicadors en l'àmbit de la Salut Pública i de la Gestió Sanitària, que ofereixin una informació més acurada de l'estat de salut de la població, és un tema d'enorme interès i actualitat. Però, si volem obtenir indicadors útils de tipus universalitzat, cal validar-los i confrontar-los, tasca que

SOBRE «DESIGUALDADES DE SALUD EN BARCELONA»

Señor Director:

Hemos leído con sumo interés el artículo de J. Alonso y JM. Antó «Desigualdades de Salud en Barcelona»¹, en el cual se analizan las diferencias observadas entre los distritos de la ciudad, utilizando, entre otros, los indicadores de mortalidad.

Distintos trabajos han puesto de manifiesto, hace ya tiempo, la existencia de desigualdades sociales en materia de salud, a partir de estudios de mortalidad de carácter ecológico². Pero la incorporación de otros indicadores sanitarios al estudio de dichas diferencias es mucho más reciente, especialmente en nuestro país. En este sentido, la aportación que supone el trabajo aquí comentado, es muy valioso, dado que añade nuevos indicadores de morbilidad y de mortalidad, que aumentan la consistencia de la información ofrecida por los indicadores clásicos. Sin embargo, la importancia sanitaria que pueden tener las causas de muerte denominadas «prevenibles» por los autores y estudiadas en su trabajo, queda limitada por el hecho de que las causas utilizadas ni se concretan a los grupos etarios en los cuales la mortalidad es más innecesariamente prematura, ni se adapta a las agrupaciones de mortalidad «prevenible» más utilizadas, validadas y, por lo tanto, comparables: por ejemplo, la originaria de Rutstein D, Berenberg W, Chalmers T et al.^{3, 4} o bien la de Holland W.⁵

En su trabajo, Rutstein D, Berenberg W, Chalmers T et al. presentan un indicador de calidad de salud negativo, basado en el concepto de «acontecimientos centinelas de la salud». Es un indicador que incluye enfermedades, incapacidades y muertes prematuras «innecesarias», puesto que son potencialmente modificables por una intervención preventiva o terapéutica y sirven como señal de alarma para detectar la falta de cualidad de algún punto del sistema que debería haber evitado el acontecimiento.

A pesar de su interés, la cadena de responsabilidades implicadas en la prevención de algunas de las enfermedades, incapacidades o muertes prematuras «innecesarias», puede ser compleja y prolongada. Por este motivo, otros autores han utilizado posteriormente solo una parte de las afecciones inicialmente presentadas por Rutstein D, Berenberg W, Chalmers et al.: aquellas en que se puede confirmar claramente que son susceptibles de modificación desde el ámbito sanitario.

Dichas listas de afecciones, más restringidas y denominadas, según los autores, causas de muerte «evitables» o «tractables», se proponen básicamente como indicadores para evaluar la calidad de los servicios sanitarios^{6, 7}. Su sensibilidad a las intervenciones médicas sobre la salud ha sido tratada en distintos estudios recientes⁸⁻¹⁰ y se ha comprobado la asociación de algunas causas de mortalidad «evitable» con factores de carácter socio-económico^{11, 12}. En nuestro ámbito se ha explorado la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE); se ha analizado su evolución histórica y la distribución geográfica¹³ y se han discutido sus utilidades potenciales^{13, 14}.

La introducción de nuevos indicadores en el ámbito de la Salud Pública y de la Gestión Sanitaria, que ofrezcan una información más ajustada del estado de salud de la población, es un tema de enorme interès y actualitat. Però, si queremos obtenir indicadors útils de tipus universalitzat, es preciso

correspon tant a les societats científiques com als usuaris potencials. En el cas de la mortalitat «evitable», el primer pas ja s'ha fet en el marc de la col·laboració internacional. Propiament, les dades d'Espanya i de Portugal s'inclouen en la segona edició de l'Atlas de Mortalitat Evitable de la CEE (anys 1979-1984). En el nostre medi, caldrà aprofundir el coneixement de la mortalitat «evitable» i de la seva validesa com a indicador que permeti monitoritzar les diferències en l'estat de salut, objectiu últim del valuós article que comentem.

Rosa Gispert
Vicenç Ortún

validarlos y cotejarlos, labor que corresponde tanto a las sociedades científicas como a los usuarios potenciales. En el caso de la mortalidad «evitable», el primer paso ya se ha dado en el marco de la colaboración internacional. Próximamente los datos de España y de Portugal serán incluidos en la segunda edición del Atlas de Mortalidad Evitable de la CEE (años 1979-1984). En nuestro medio, habrá que profundizar el conocimiento de la mortalidad «evitable» y en su validez como indicador que permita monitorizar las diferencias en el estado de salud, objetivo último del valioso artículo que comentamos.

Bibliografia

1. Alonso J, Antó JM. Desigualtats de salut a Barcelona. *Gac Sanit* 1988; 4 (2): 4-12.
2. Veldrome Villeneuve E. L'inegalité sociale devant la mort dans la première moitié du XIX siècle. *Population* 1961; 4.
3. Rutstein D, Berenberg W, Chalmes T et al. Measuring the quality of medical care. *N Engl J Med* 1976; 294: 582-8.
4. Rutstein D, Berenberg W, Chalmes T et al. Measuring the quality of medical care. second revision of tables indexes. *N Engl J Med* 1980; 302: 1146.
5. Holland WW. *European Community. Atlas of avoidable death. Commission of the European Communities.* Londres: Oxford University Press, 1988.
6. Charlton JH, Bauer R, Lakhari A. Outcome measures for district and regional care planners. *Community Med* 1984; 6: 306-15.
7. Poikolainen K, Eskola J. The effect of health services on mortality: Decline in death rates from amenable and non-amenable causes in Finland, 1969-81. *Lancet* 1986; 1: 199-202.

8. Charlton JH, Velez R. Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention. *Br Med J* 1986; 292: 295-301.
9. Bauer RL, Charlton JH. Area variation in mortality from diseases amenable to medical intervention: the contribution of differences in morbidity. *Int J Epidemiol* 1986; 15: 408-12.
10. Carr-Hill RA, Hardman G, Russell IT. Variation in avoidable mortality and variation in health care resources. *Lancet* 1987; 13: 789-92.
11. Charlton JR, Hartley RM, Silver R, Holland WW. Geographical variations in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales. *Lancet* 1983; 26: 691-6.
12. Jouglé E, Ducimetière P, Bouvier-Colle MH, Hatton F. Relation entre le niveau de développement du système de soins et le niveau de la mortalité évitable selon départements français. *Rev Epidemiol et Santé Publ* 1987; 35: 365-77.
13. Ortún V, Gispert R. Exploración de la mortalidad prematura como guía de política sanitaria e indicador de calidad asistencial. *Med Clin (Barc)* 1988; 9: 399-403.
14. Ortún V. Criterios para la distribución de recursos sanitarios en España. *Gac Sanit* 1987; 2 (1): 69-77.

Resposta dels autors

Sr. Director:

El nostre treball¹, que ha estat objecte del comentari de R. Gispert i V. Ortún, compara el nivell de salut i la utilització de serveis sanitaris en diversos subgrups de la població de Barcelona, a partir de les dades del Sistema d'Informació de la ciutat, corresponent a l'any 1986. De l'estudi concloem que existeixen desigualtats en la salut i en l'atenció sanitària, ja que hi han diferències sistemàtiques entre els diversos grups socioeconòmics, en el sentit de «pitjor salut en persones en condicions socio-econòmiques més desfavorables i menor utilització dels serveis sanitaris en les classes socials baixes quan el nivell de necessitat és similar».

Els autors dels comentaris afirmen que la importància sanitària de les causes de mort prevenibles presentades al nostre estudi queda limitada per dues raons: que les causes no s'adapten a les agrupacions més emprades i que no s'han utilitzat els grups d'edat on la mortalitat és més innecessàriament prematura.

Respecte al primer punt, hem de dir que totes les causes de mort prevenible incloses al nostre treball han estat proposades en algun estudi previ com a «innecessàriament prematures»², «susceptibles de tractament mèdic»^{3,4}, «evitables»⁵ o «prevenibles»⁶. Els motius per a no incloure altres causes de mort han estat: el fet de no estar suficientment desagregades en les

Respuesta de los autores

Sr. Director:

Nuestro trabajo¹, que ha sido objeto de comentario de R. Gispert y V. Ortún, compara el nivel de salud y la utilización de servicios sanitarios en distintos subgrupos de la población de Barcelona, a partir de los datos del Sistema de Información de la ciudad correspondiente al año 1986. El estudio pone de manifiesto la existencia de desigualdades en la salud y en la atención sanitaria, puesto que existen diferencias sistemáticas entre los distintos grupos socioeconómicos, en el sentido de «peor salud en aquellas personas cuyas condiciones socioeconómicas son más desfavorables; y menor utilización de los servicios sanitarios en las clases bajas cuando el grado de necesidad es similar».

Los autores de los comentarios afirman que la importancia sanitaria de las causas de muerte prevenibles presentadas en nuestro estudio, se ve limitada por dos razones: que las causas no se adaptan a las agrupaciones más utilizadas y que se han omitido los grupos de edad en los cuales la mortalidad es más innecesariamente prematura.

Respecto al primer punto, queremos señalar que todas las causas de muerte prevenibles incluidas en nuestro trabajo, han sido propuestas en algún estudio previo como «innecesariamente prematuras»², «susceptibles de tratamiento médico»^{3,4}, «evitables»⁵ o «prevenibles»⁶. Los motivos de no incluir otras causas de muerte han sido el no estar suficientemente desagregadas

publicacions rutinàries de mortalitat de la ciutat i/o el petit nombre de casos que suposaven.

D'altra banda, si bé és cert que tots els autors limiten les causes de mort prevenible a un cert recorregut d'edats, no tots utilitzen els mateixos límits²⁻⁵. En el nostre estudi, vàrem fer l'anàlisi per a totes les edats, atès que existeixen pocs casos en algunes de les causes, per tal d'evitar una variabilitat excessiva. En restringir l'estudi a grups d'edat similars als d'altres estudis, les diferències entre el districte 1 i el districte 5 són encara més grans que quan es compararen les taxes globals, a excepció de la febre reumàtica i la pneumònia (taula). La reducció en el nombre de casos en aquest anàlisi fa, però, que les desviacions estàndards siguin considerablement més grans.

Així doncs, creiem que les crítiques adduïdes no limiten en cap cas la importància sanitària de les dades presentades en el nostre estudi.

A més, la inclusió dels indicadors de mortalitat prevenible o evitable en l'estudi de les desigualtats en salut té interès, atès que les diferències sistemàtiques en aquestes causes de mort suggereixen que els serveis sanitaris no contribueixen prou a l'eliminació d'aquestes desigualtats.

Jordi Alonso Caballero
Josep Maria Antó Boqué

Departament d'Epidemiologia i Salut Pública, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM). Ajuntament de Barcelona.

en las publicaciones rutinarias de mortalidad de la ciudad y/o el pequeño número de casos que suponían.

Por otro lado, si bien es verdad que todos los autores limitan las causas de muerte prevenible a un determinado recorrido de edades, no todos ellos utilizan los mismos límites²⁻⁵. En nuestro estudio el análisis comprendía todas las edades, dada la existencia de pocos casos en algunas de las causas, para evitar una excesiva variabilidad. Al restringir el estudio a grupos de edad similares a los de otros estudios, las diferencias entre el distrito 1 y el distrito 5 son todavía mayores que cuando se comparan las tasas globales, a excepción de la fiebre reumática y de la neumonía (tabla). Sin embargo, la reducción del número de casos en dicho análisis provoca unas desviaciones estándar considerablemente mayores.

Así pues, creemos que las críticas aducidas en ningún caso limitan la importancia sanitaria de los datos presentados en nuestro estudio.

Además, la inclusión de los indicadores de mortalidad prevenible o evitable en el estudio de las desigualdades en salud, tiene interés debido a que las diferencias sistemáticas en dichas causas de muerte sugieren que los servicios sanitarios no contribuyen suficientemente a la eliminación de estas desigualdades.

Taula / Tabla. Causes de mort prevenible per districtes, Barcelona 1985. Raó de Mortalitat Estàndard, RME (i la Desviació Estàndard, DE) / Causas de muerte prevenible por distritos. Barcelona, 1985. Razón de Mortalidad Estándar, RME (y la Desviación Estándar, DE)

	Edats Edades	Districte 1 Distrito 1		Districte 5 Distrito 5		Raó / Razón Dte. 1 / Dte. 5
		RME	D.E.	RME	D.E.	
Tuberculosi Pulmonar / <i>Tuberculosis Pulmonar</i>	5-64	583	(220)	0	0	inf.
Càncer de Tràquea, Bronquis i Pulmons / <i>Cáncer de tráquea, bronquios y pulmones</i>	5-64	285	(41)	65	(16)	4,4
Càncer de Bufeta / <i>Cáncer de bufeta</i>	5-64	316	(129)	34	(34)	9,3
Diabetis Mellitus / <i>Diabetes Mellitus</i>	5-54	250	(177)	0	0	inf.
Febre Reumàtica / <i>Fiebre reumática</i>	5-64	187	(108)	160	(80)	1,2
Pneumònia / <i>Neumonía</i>	5-54	143	(143)	83	(83)	1,7
Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica / <i>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</i>	5-54	444	(222)	0	0	inf.
Malalties digestives / <i>Enfermedades digestivas</i>	5-64	270	(36)	41	(12)	6,6
Cirrosi Hepàtica / <i>Cirrosis hepática</i>	5-64	288	(42)	25	(11)	11,5
Causes Externes / <i>Causas Externas</i>	5-64	218	(33)	129	(20)	1,7

inf. = resultat del cocient és infinit, en ser 0 el denominador / resultado del cociente es infinito, al ser 0 el denominador

Bibliografia

- Alonso J, Antó JM. Desigualtats de salut a Barcelona. *Gac Sanit* 1988; 2 (4): 4-12.
- Rutstein D, Berenberg W, Chalmers T, Child C, Fishman A, Perrin E. Measuring the quality of medical care (Second revision of tables, May 1980). *A clinical Method. N Eng J Med* 1976; 294: 582-8.
- Poikolainen K, Eskola J. The effect of health services on mortality: decline in death rates from amenable and non-amenable causes of death. *Lancet* 1986; i: 199-202.
- Charlton J, Hartley R, Silver R, Holland WW. Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales. *Lancet* 1983; i: 691-7.
- Jougla E, Ducimetiere P, Bouvier-Colle M, Hatton F. Relation entre le niveau de développement du système de soins et le niveau de la mortalité «évitable» selon les départements français. *Rev Epidem Santé Publ* 1987; 35: 365-77.
- Buck C, Bull S. Preventable causes of death versus infant mortality as an indicator of the quality of health services. *Health Serv Res* 1986; 16: 553-63.