

## LA IDENTIFICACIÓN DE LA MORTALIDAD EVITABLE Y SUS APLICACIONES PRÁCTICAS

Sr. Director:

La propuesta de utilización de la Razón de Años de vida Perdidos Evitables (RAVPE) por parte de G. Benavides *et al.*<sup>1</sup> como indicador complementario de la razón de mortalidad estándar (RME) en el análisis de la mortalidad por causas innecesariamente prematuras y sanitariamente evitables (MIPSE) merece algunas consideraciones.

Cuando se analiza la mortalidad general, el uso de la Razón de Años de Vida Perdidos (RAVP) compensa la sobrevaloración que el cálculo de la RME puede presentar como consecuencia del peso de la mortalidad a edades avanzadas. En algunos casos, incluso, la RAVP puede detectar y matizar diferencias entre la mortalidad de distintas áreas descubiertas en el análisis de las RME, por el hecho de poner en evidencia la mortalidad de grupos más jóvenes. Tales limitaciones del indicador RME pueden superarse, sin embargo, con el cálculo de las RME hasta los 65 años como se hace en Escocia<sup>2</sup>.

Pero cuando las RAVP se restringen al ámbito de las MIPSE o RAVPE el significado de las diferencias detectadas tiene un sentido distinto. En efecto, cualquier defunción MIPSE se considera, por definición, prematura y evitable, lo cual no ocurre con la mortalidad general. En el caso de las MIPSE, el análisis estadístico es un complemento útil para estudiar la eventual heterogeneidad del comportamiento sanitario entre áreas, pero la existencia de casos MIPSE supone, por sí sola, una señal de alerta<sup>3</sup>. Esta consideración podría aclarar, tal vez, la sorpresa que causa a Benavides *et al.* el uso exclusivo de las RME en los análisis de las causas MIPSE en España.

Por otra parte, la aplicación práctica de la RAVPE en el análisis de la mortalidad de la comunidad valenciana aporta poca información complementaria a las razones de mor-

talidad estándar, dentro del objetivo de detectar las zonas más necesitadas de intervención. Tan sólo en el caso de la hipertensión, las RAVPE de las áreas 16 y 17, en el estudio de G. Benavides *et al.*, señalan una mortalidad más prematura que la del conjunto, aun cuando la frecuencia de mortalidad por esta causa MIPSE no sea superior a la de la comunidad. En los demás casos no existen diferencias significativas en las áreas estudiadas. Pero el hecho de que estas defunciones ocurran a edades más o menos avanzadas, dentro de los límites establecidos, no modifica sustancialmente el objetivo del indicador. Este sigue siendo una alerta respecto de un eventual funcionamiento deficiente de los servicios sanitarios. Su mera existencia debería poner en marcha un procedimiento de investigación que permitiera determinar el punto en que se produjo el error y adoptar medidas para evitar su repetición en el futuro<sup>4</sup>. Pero el índice presentado por G. Benavides *et al.* puede tener otras aplicaciones interesantes. Como señalan algunos autores, la incorporación de un indicador MIPSE a los sistemas de vigilancia epidemiológica puede ser de gran utilidad en Salud Pública<sup>5,6</sup>. El hecho de que las causas MIPSE demuestren ser más sensibles a la intervención sanitaria puede orientar los objetivos de una política de salud basada en la equidad y la efectividad<sup>7</sup>.

El problema con el que se enfrenta el indicador MIPSE para esta supuesta aplicación es el bajo número de casos, sobre todo cuando se analizan áreas demográficas pequeñas. Una forma de paliarlo sería ampliar el número de enfermedades incluidas en el indicador teniendo en consideración su uso en Salud Pública<sup>8</sup>. Para seleccionar nuevas causas de defunción incluibles en las MIPSE puede ser muy útil el indicador RAVPE, pues-

to que permite conocer qué enfermedades ocasionan pérdidas a edades más tempranas y además cuáles de ellas presentan una variabilidad geográfica mayor, en relación a la prematuridad. El hecho de que, por las mismas causas, en unas zonas la población muera mucho más joven que en otras, es un indicio sólido a favor de la posibilidad de retrasar estas muertes y un buen argumento para integrar estas causas en el indicador MIPSE.

Rosa Gispert  
Andreu Segura

Departament de Sanitat i Seguretat Social  
Barcelona

### Bibliografía

1. G. Benavides F, Pérez S, Cayuela A, et al. Razón de años de vida perdidos evitables: un indicador para identificar exceso de mortalidad en áreas de salud. *Gac Sanit* 1990; 3 (16): 12-7.
2. SHHD. *Scottish Health Authorities Revenue Allocation*. Edimburgo: HMSO, 1977.
3. Rutstein D, Berenberg W, Chalmers T, et al. Measuring the quality of medical care. *N Engl J Med* 1976; 294: 582-8.
4. Gispert R, Rué M, Ortún V. Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable. *Med Clin (Barc)* 1990; 6: 238.
5. Rutstein D. Monitoring progress and failure: sentinel health events (unnecessary diseases, disabilities and untimely deaths). En: *Measurement in health promotion and protection*. World Health Organisation. 1987. Regional publications. European series n.22: 195-212.
6. López A. Décès évitables vue d'ensemble. *Rapp. trimest. statist. sanit. mond* 1989; 42: 2-3.
7. Ortún V. Criterios para la distribución de recursos sanitarios en España. *Gac Sanit.* 1987; 1 (2): 69-77.
8. Gispert R. *Els indicadors de mortalitat a Catalunya i Espanya: la mortalitat innecessàriament prematura i sanitàriament evitable (MIPSE)*. Barcelona: Universitat de Barcelona, 1990. Tesis Doctoral.

### Respuesta de los autores

Sr. Director:

Una vez más, me es grato poder mantener en su revista un debate, siempre productivo, con epidemiólogos tan eminentes como Segura y Gispert. En esta ocasión el motivo

es un reciente artículo del que soy primer firmante y en el cual se propone la utilización de la razón de años de vida perdidos evitables (RAVPE)<sup>1</sup>.

Efectivamente, este trabajo merece que se le hagan algunas consideraciones, posiblemente algunas más de las que ahora se se-

ñalan. Precisamente por eso me gustaría contestar a sus interesantes comentarios puntualizando lo que, a mi entender, constituye la base de los mismos. A fin de facilitar la discusión dividiría en dos las cuestiones a debatir: Primero, los usos de la propuesta hecha por Ruststein *et al.*<sup>2</sup>, y se-

gundo, los métodos para materializar esta propuesta.

Respecto al primer punto, Ruststein *et al.* señalan que una vez identificadas las muertes (enfermedades o incapacidades) evitables, cuestión ésta en la que no entro pero que podía retomarse en otra oportunidad, éstas pueden ser usadas a dos niveles, a saber: 1) la simple ocurrencia de algunas de estas muertes justificaría el inicio de una investigación para tratar de identificar dónde se ha producido el fallo; y 2) las diferencias de las tasas de mortalidad servirían para comparar la calidad de los servicios sanitarios. Estoy plenamente de acuerdo con Segura y Gisbert en que el segundo nivel, hasta ahora el más utilizado, a lo mejor porque esta idea ha prendido más rápidamente entre epidemiólogos que entre clínicos, no debe hacernos olvidar (nos lo recuerda en tres ocasiones a lo largo de su carta) que probablemente el primer nivel de uso tenga más impacto desde la perspectiva de mejorar la calidad de servicios sanitarios concretos. Algunas experiencias comienzan a ponerse en marcha desde Comisiones de Mortalidad de algunos hospitales<sup>3</sup> y, como el propio Segura señalaba<sup>4</sup>, a través de trabajos de investigación.

Nuestro artículo, como es evidente, tiene como objetivo explorar el segundo nivel de

uso, en concreto: medir las diferencias geográficas de las muertes evitables en la Comunidad Valenciana, y para ello utilizamos métodos habituales, razones de tasas ajustadas por edad. Esto nos lleva a la segunda cuestión. Para el primer nivel de uso, obviamente, no necesitamos medidas relativas, ni de frecuencia ni de efecto, por lo tanto no nos sorprende que no se utilicen medidas como la RAVPE, es más, nos sorprendería incluso más que se utilizasen RME. Sencillamente no hace falta. Las obsesiones cuantitativas de algunas escuelas epidemiológicas aún no nos han hecho perder el sentido común. Sin embargo, para comparar la mortalidad evitable sí que necesitamos cuantificarla a través de medidas como las que referíamos. Nuestra humilde propuesta no va más allá de este propósito, facilitar y completar esta comparación. En este sentido, la comparación de la mortalidad evitable a través de la RME y la RAVPE nos proporcionaron algunos hallazgos interesantes, no sólo para la hipertensión sino también para el cáncer del cuello de útero, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades reumáticas crónicas del corazón, y hernia abdominal. Esta información, como ya indicábamos en el artículo (página 14, párrafo 3), está ahora fácilmente disponible<sup>5</sup>.

Para finalizar, desearía aprovechar esta oportunidad para, dado el nivel de popularidad que tiene entre nosotros la mortalidad evitable, proponer la creación de un Grupo de Trabajo que abordara desde todos sus ángulos el tema.

**Fernando G. Benavides**

Departamento de Salud Comunitaria  
Universidad de Alicante

---

#### Bibliografía

1. Benavides FG, Pérez S, Cayuela A, Nolasco A, Vanaclocha H. Razón de años de vida perdidos evitables: un indicador para identificar exceso de mortalidad en áreas de salud. *Gac Sanit* 1990; 4 (16): 12-7.
2. Ruststein 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.
3. Alen M. *Mortalidad Hospitalaria*. Boletín de Calidad Asistencial. Hospital Universitario de Granada, 1990; junio: 19-24.
4. Segura A. El análisis de la mortalidad hospitalaria como una medida de efectividad. *Med Clin (Barc)* 1989; 91: 139-41.
5. Col·lectiu d'Estudis de Mortalitat del País Valencià. *Atlas de Mortalidad Evitable de la Comunidad Valenciana*. Valencia: Generalitat Valenciana, 1990.