

La Estadística de Causas de Muerte en el contexto de la pandemia

Cuando sobrevino la pandemia de la COVID-19 la información sobre mortalidad que se iba conociendo se refería a datos de mortalidad estimada (Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria -MoMo- y Estadística experimental sobre estimaciones semanales de defunciones) y de la mortalidad declarada a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

Por una parte, la mortalidad declarada por COVID-19, aportada por el Ministerio de Sanidad a partir de los registros de las CC. AA., obedecía al criterio de fallecidos con prueba positiva sin distinguir la causa directa de estos fallecimientos y, por otra, la mortalidad estimada permitía establecer el exceso de mortalidad, sin distinguir tampoco las causas del fallecimiento.

Esta información, obtenida de manera rápida, fue esencial para llevar a cabo la vigilancia epidemiológica de la pandemia, pero con ella no se podía conocer de forma precisa el impacto real de la COVID-19 en la mortalidad. La fuente que proporciona la mejor estimación de la mortalidad atribuible a la pandemia es la Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte.

Margarita García Ferruelo

*S. G. de Estadísticas Sociales Sectoriales.
Instituto Nacional de Estadística*

La Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte ofrece información de forma muy precisa y de calidad pero no facilita resultados rápidos como se puso de manifiesto con la crisis de la COVID-19. El motivo está en el proceso estadístico, porque es muy complejo.

No obstante, conscientes de la importancia que tenía en aquel momento esta información para la sociedad se modificó el proceso para obtener un avance con los resultados de la primera ola (cinco primeros meses) que fueron difundidos en diciembre de 2020.

La variable fundamental que se investiga en esta estadística es la causa básica de defunción¹, que se selecciona siguiendo los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) a partir de las enfermedades que el médico describe en el Certificado Médico de Defunción (CMD).

El estudio de la mortalidad basado en la causa básica de muerte constituye por sí mismo una herramienta de gran valor, porque permite detectar cambios en las pautas de ciertas enfermedades. Las enfermedades cardiovasculares han ido reduciendo paulatinamente su peso relativo y, aunque se mantienen como primera causa de muerte, han ido cediendo importancia a otras causas como los tumores, las demencias o la enfermedad de Alzheimer. Con la aparición en el año 2020 de la COVID-19, esta enfermedad penalizó a otras enfermedades como las del sistema respiratorio, desplazándolas a favor de la COVID-19.

Cuando sobrevino la pandemia, la OMS incorporó la nueva enfermedad a la CIE-10 asignándole dos códigos diferentes para distinguir COVID-19 virus identificado (con prueba positiva) y COVID-19 virus no identificado (sospechoso), los cuales permitieron conocer la mortalidad causada directamente “por” COVID confirmada y “por” COVID sospechosa.

Por otra parte, desde el año 2016, además de seleccionar la causa básica también se proporciona información de cada una de las enfermedades informadas por el médico en el CMD y que han contribuido al fallecimiento (causas múltiples). Esta información supone un valor añadido esencial en el conocimiento de

1 La causa básica de la defunción se define como la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte o las circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal.

la mortalidad y en particular de la mortalidad asociada a la COVID-19. Si la Estadística se limitara al estudio de la causa básica, se perdería la oportunidad de identificar las asociaciones entre patologías y de conocer la verdadera dimensión de la mortalidad.

De esta manera se pudieron conocer también las defunciones en las que la COVID-19 había sido informada en el CMD pero sin constituir la causa directa de la muerte, es decir, la mortalidad “con” COVID confirmada y “con” COVID sospechosa.

El estudio de la mortalidad basado en la causa básica de muerte constituye por sí mismo una herramienta de gran valor, porque permite detectar cambios en las pautas de ciertas enfermedades.

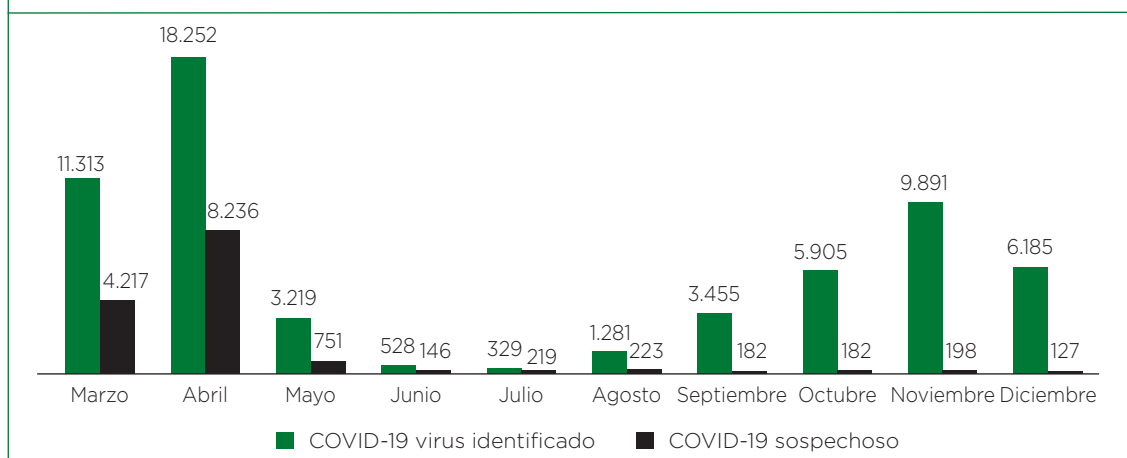
Igualmente, mediante las causas múltiples se obtuvo información sobre las complicaciones derivadas de la COVID-19 y las comorbilidades que presentaban las personas que fallecieron. La insuficiencia respiratoria y la neumonía fueron las complicaciones más frecuentes infor-

madas en los certificados de defunción de las personas que fallecieron “por” COVID-19 tanto en los casos de virus identificado como no identificado. Las principales comorbilidades en las muertes “por” COVID virus identificado fueron la enfermedad hipertensiva y la insuficiencia renal. En el caso de las muertes “por” COVID-19 virus no identificado (sospechoso) la principal comorbilidad fue la demencia.

Los resultados mostraron que en el año 2020 hubo 60.358 fallecimientos cuya causa de muerte fue COVID-19 virus identificado y otras 14.481 personas murieron con sospecha de COVID-19 por tener síntomas compatibles con la enfermedad (COVID-19 virus no identificado). Además, los médicos certificaron 8.275 defunciones en las que la muerte fue debida a otras causas, pero en las que la COVID-19 contribuyó al fallecimiento de dichas personas, como comorbilidad. En 3.770 casos los facultativos lo identificaron y en 4.505 casos no lo hicieron, pero sospecharon de su presencia por tener síntomas compatibles con la enfermedad.

Otra información igualmente relevante que proporcionó esta estadística sobre como influyó la pandemia en la mortalidad ha sido el lugar en el que ocurrió la defunción (hospital, residencia socio-sanitaria, domicilio, otro lugar), así como el efecto que tuvieron las medidas sociales adoptadas durante el estado de alarma en otras causas de muerte (accidentes de tráfico, suicidios, enfermedades cardiovasculares...).

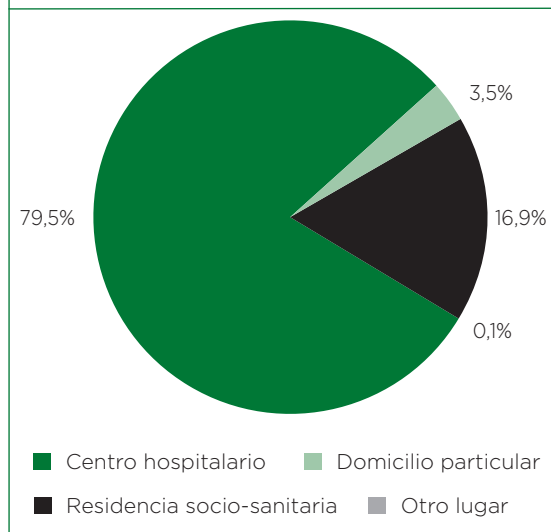
FIGURA 1. DEFUNCIONES DEBIDAS A COVID-19 POR MESES. Año 2020



Fuente: Estadísticas de Causas de Muerte. INE.

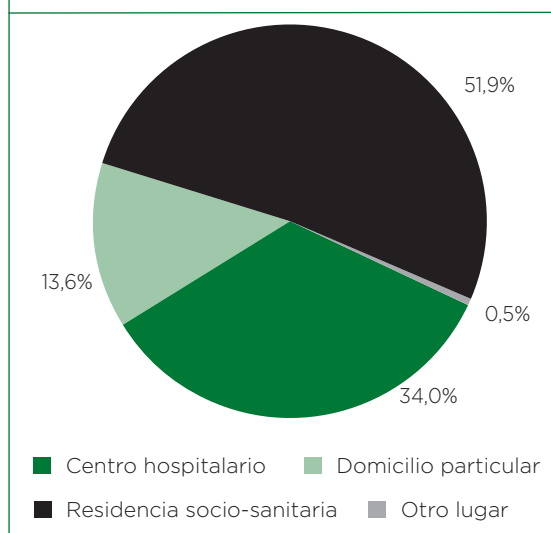
Durante 2020 las defunciones por COVID-19 virus identificado se produjeron, principalmente, en los centros hospitalarios (79,5%) mientras que el mayor número de fallecimientos por COVID-19 virus no identificado (sospechoso) se dio en las residencias socio-sanitarias (51,9%).

FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN DE LAS DEFUNCIONES POR COVID-19 VIRUS IDENTIFICADO Y LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN



Fuente: Estadísticas de Causas de Muerte. INE.

FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN DE LAS DEFUNCIONES POR COVID-19 VIRUS SOSPECHOSO Y LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN



Fuente: Estadísticas de Causas de Muerte. INE.

Y en cuanto a otras causas que reflejaron una tendencia distinta en 2020, hay que fijarse en los fallecimientos debidos a causas externas (muertes que se producen en circunstancias violentas o con sospecha de criminalidad). El suicidio se mantuvo como la primera causa de muerte externa, con 3.941 fallecimientos y se incrementó un 7,4% respecto a 2019.

El mayor incremento en el número de suicidios se dio en el mes de agosto, un 34%, y en los meses de abril y mayo, en pleno confinamiento, se reflejaron importantes descensos de defunciones por accidentes de tráfico (un 55,6% y un 51,0% menos que en 2019, respectivamente).

Al principio de este artículo se ha hecho referencia a la complejidad del proceso estadístico al que se someten los CMD. Este proceso se complicó especialmente durante la primera ola de la pandemia con el colapso en los Registros Civiles, el cierre de delegaciones provinciales del INE (donde llegan los CMD para su escaneo), un mayor volumen de certificados a procesar y la más importante, una enfermedad nueva.

La materia prima de la estadística es la información que el médico certificador de la muerte refleja en el Certificado Médico de Defunción (CMD). Estos certificados están preparados para el reconocimiento óptico, pero hay que tener en cuenta que los literales que figuran en los certificados son enfermedades lo que hace más difícil su reconocimiento y es necesario apoyarse en un diccionario de enfermedades que está compuesto por las enfermedades que los médicos han certificado a lo largo del tiempo (actualmente cuenta con casi 170.000 entradas diferentes).

Cuando apareció la nueva enfermedad COVID-19, el OCR no reconocía esos literales porque no estaban incorporados al diccionario lo que obligó a realizar una revisión manual de todos los CMD hasta que se pudieron incluir los términos utilizados en los primeros certificados para denominar la COVID (145 expresiones).

Una vez que la información literal de los certificados ha sido escaneada y revisada, el paso siguiente consiste en codificar las causas múltiples y seleccionar la causa básica de acuerdo con las reglas de la CIE-10.

La selección y codificación de la causa básica es la parte más complicada. El volumen 2 de la CIE-10 facilita las reglas de selección basadas en criterios médicos y buscando relaciones lógicas entre las enfermedades informadas en el CMD. Hasta 2014 esta selección se hacía manualmente introduciendo inevitablemente componentes de heterogeneidad en la interpretación de las reglas de la CIE-10. Para mejorar la comparabilidad se desarrolló en Europa el *software* IRIS, un sistema automático inteligente que no solo resuelve la codificación sino también la selección de la causa básica mediante algoritmos basados en las relaciones causales entre las enfermedades informadas en el CMD de acuerdo a las directrices de la CIE-10.

Para hacernos una idea de lo valiosa que es la herramienta IRIS frente a la selección manual, basta citar que el número de relaciones entre enfermedades que maneja este *software* supera los 29 millones.

Con la irrupción de la COVID-19 IRIS tuvo que modificar sus tablas de decisión para incluir el tratamiento de esta nueva enfermedad.

Por último, también se ha mencionado al principio del artículo que esta Estadística ofre-

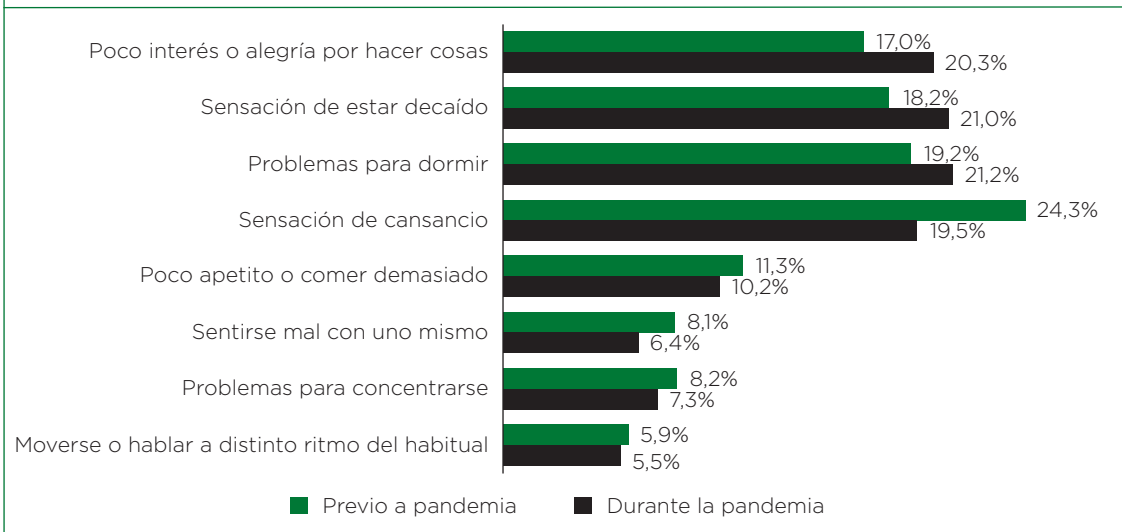
ce información de forma precisa y de calidad pero no facilita resultados rápidos. La razón fundamental se encuentra en el certificado médico oficial de defunción, un documento en papel que por una parte tiene un recorrido administrativo (Registro Civil) antes de poder ser explotado estadísticamente y por otra su explotación estadística requiere del escaneo masivo y de revisión del OCR.

La solución se encuentra en implantar el CMD electrónico (CMDe). En efecto esto permitirá recopilar la información de defunciones en tiempo real y reducir significativamente los plazos de la Estadística de Causas de Muerte. Además, esta misma información alimentará con la misma rapidez el sistema de Registro Civil y el sistema sanitario. Por otra parte, desde el punto de vista administrativo el CMDe dotará de mayor garantía al acto médico.

El INE ha desarrollado la aplicación CMDe en colaboración con el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y trabaja en su implantación en coordinación con el proyecto de digitalización del Registro Civil previsto en la Ley 20/2011 de Registro Civil.



FIGURA 4. INDICADORES DE SALUD MENTAL. Población de 15 y más años



Fuente: Encuesta Europea de Salud.

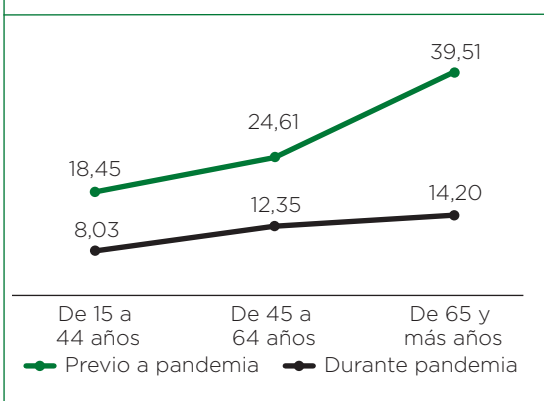
Hasta ahora solo se ha hablado del efecto de la pandemia sobre la mortalidad, pero también se ha sentido en otras dimensiones de la salud como la salud mental o el uso de los servicios sanitarios.

La última Encuesta Europea de Salud, que se realizó entre julio 2019 y julio 2020, ha permitido obtener indicadores en dos períodos diferenciados: previo a la pandemia (julio 2019-febrero 2020) y durante la pandemia (marzo 2020-julio 2020).

En los primeros meses de la pandemia se incrementaron los problemas de salud mental. Aumentó el número de personas que declararon tener poco interés o alegría por hacer cosas y los problemas para dormir.

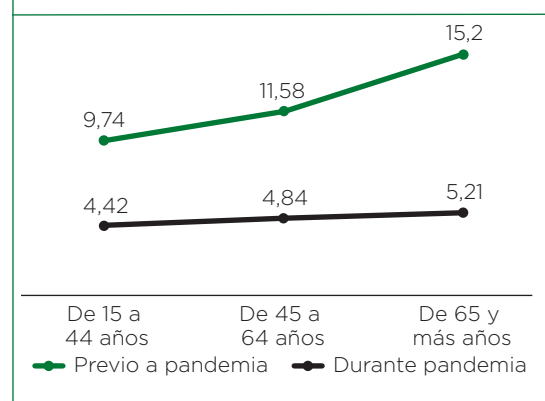
El consumo de medicamentos, tanto recetados como no recetados, disminuyó en la primera ola de la pandemia y la asistencia sanitaria también se resintió en ese periodo, tanto las consultas al médico de familia como al médico especialista. ●

FIGURA 5. CONSULTAS AL MÉDICO DE FAMILIA. Porcentaje de población de 15 y más años



Fuente: Encuesta Europea de Salud.

FIGURA 6. CONSULTAS AL MÉDICO ESPECIALISTA. Porcentaje de población de 15 y más años



Fuente: Encuesta Europea de Salud.