

La medición de la carga global de morbilidad mediante los AVISA

Su utilidad en la planificación sanitaria y su aplicación en la Argentina



Por María Eugenia Royer

Licenciada en Sociología (UBA). Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social (Universidad ISALUD). Profesora Asociada de Epidemiología y Demografía, (Universidad ISALUD). Jefa del Departamento de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Director de la Tesis: Dr. Saúl Rossi (Universidad ISALUD)

Jurado Evaluador:

Dr. Jorge Leguiza (Universidad ISALUD)

Lic. Cristina Cassasa (Universidad ISALUD)

Dr. Carlos Martínez Sagasta (Universidad Austral)

Este trabajo se basa en unos de los capítulos desarrollados en la tesis de maestría. La versión completa se encuentra disponible en el Centro de Documentación de la Universidad ISALUD

1. Introducción

Este trabajo propone analizar la utilidad y aplicabilidad de la medición de la carga global de morbilidad (CGM) mediante el indicador años de vida saludables (AVISA). Se focalizará en los componentes conceptuales de la metodología para la construcción de los AVISA y se analizará su utilidad en la planificación sanitaria, tomando como casos a las experiencias nacionales disponibles de medición de la carga de enfermedad.

Actualmente, los sistemas de salud enfrentan grandes desafíos originados en perfiles de salud complejos que llevan a nuevas y mayores necesidades de atención muchas veces más costosas, que deben ser atendidas con recursos habitualmente escasos. Los países en desarrollo enfrentan una transición epidemiológica por la que emergen con fuerza las enfermedades no transmisibles, los trastornos mentales y los accidentes y violencias, pero sin sustituir sino más bien sumándose a los problemas tradicionales de infecciones, desnutrición y problemas reproductivos. Esta doble carga impone sobre sus sistemas de salud fuertes presiones de demandas crecientes y heterogéneas que obligan a priorizar los problemas y atenderlos con intervenciones efectivas y accesibles financieramente para su reducción. (OMS, 2000, 2002)

Existe conciencia creciente que ese proceso de decisión debe sustentarse en un conocimiento acabado del estado de salud de la población que muestre cuales son los problemas que más peso de mala salud aportan y los factores de riesgo que los provocan. Los diagnósticos de salud se han realizado habitualmente a partir de la mortalidad, dadas las ventajas de las estadísticas que la registran. La

creciente conciencia por parte de los planificadores y gestores de la salud de la necesidad de la información epidemiológica para definir las prioridades y para evaluar los resultados de la atención médica, han llevado a desarrollos metodológicos para obtener el máximo de utilidad del estudio de la mortalidad. (OPS, 2001, 2002)

Pero la insalvable limitación de los indicadores basados en la mortalidad es que no permiten conocer las pérdidas de salud que se producen antes de la muerte. Y este conocimiento se vuelve crecientemente perentorio a medida que las poblaciones envejecen, que la vida se alarga, que las enfermedades se cronifican, que las discapacidades y limitaciones se hacen más prevalentes. A medida que se le ganan batallas a la muerte, la enfermedad aumenta su importancia. En ese contexto ignorar la mala salud de las personas vivas convierte a los diagnósticos de salud en instrumentos invalidados, inoperantes para orientar la toma de decisiones. Identificar problemas, priorizarlos, asignar recursos, evaluar resultados, no puede hoy hacerse sobre los problemas de los fallecidos, que en mucho son distintos a los problemas que las personas tienen en vida.

Los formuladores de políticas requieren crecientemente información sobre la carga de problemas de mala salud que abruma a su comunidad, los factores que los provocan y las medidas más aptas para reducirlos. Esa información no puede ser por tanto fragmentaria y dispersa sino que debe estar en un marco integrado y explicativo que lo torne un insumo útil.

2. Elementos conceptuales y metodológicos de la aplicación de los AVISA

Los estudios de medición de la carga global de morbilidad constituyen un esfuerzo notable en esa dirección. El estudio *Global Burden of Disease* desarrollado por la OMS y el Banco Mundial con la dirección de Christopher Murray y Alan D. Lopez de la Universidad de Harvard (1993) utiliza un indicador que integra toda la mala salud, por muerte y por enfermedad vivida, en una medida común. Ese desarrollo se inserta en el propósito del Banco Mundial y la OMS de ofrecer a los países una metodología para optimizar la inversión en salud con intervenciones efectivas aplicadas a los problemas prioritarios hallados por la Medición de la Carga y por tanto con impacto en el estado de salud de la población. (Frenk, et al 2003)

El AVAD o AVISA (**años de vida saludables**) es un indicador que expresa en una unidad de medida única el impacto de la muerte prematura y de la discapacidad, es decir, la carga de la enfermedad de una población. Esa unidad de medida única permite comparar el daño en años perdidos por las distintas enfermedades y ayuda así el establecimiento de prioridades de los problemas de salud. Esta posibilidad de cotejar pérdidas también se aplica a las ganancias que se traduce en una ventaja de notable valor ya que permite comparar los resultados de las distintas intervenciones en términos de años ganados y así poder evaluar su relación costo-efectividad. La incorporación en el indicador de valores sociales en torno a la duración

de la vida, el valor de la vida a diferentes edades y la preferencia por el tiempo representan una innovación en las mediciones de la salud que enriquecen sus resultados. A ello se agrega la posibilidad de su universalización a partir de la medición del tiempo perdido con una esperanza de vida estándar.

Esta herramienta ha despertado un interés extraordinario justamente por la posibilidad de ofrecer evidencia para la planificación, que puede traducirse en la identificación de servicios esenciales de salud que se dirigen a reducir problemas responsables de una elevada carga de enfermedad, ventaja particularmente valiosa para países de ingresos bajos y medios donde los recursos son habitualmente escasos. (Frenk et al 1993)

Del mismo modo debe apreciarse su rol como orientador de la investigación, frente a la situación actual en que los trabajos científicos dedicados al 90% de los problemas que afectan la salud mundial sólo reciben el 10% de los fondos públicos y privados disponibles.

Más de cuarenta países han realizado estudios de Carga Global de Enfermedad y son numerosos los países que han adoptado sus resultados como base para la planificación sanitaria. Entre ellos pueden citarse Sudáfrica, Tailandia, Turquía y Australia. En nuestra región se destacan México y Chile que ya han incorporado los AVISA como un insumo habitual para decidir las intervenciones a realizar y que constituyen claros ejemplos de cómo la evidencia científica que esa medición aporta constituye una base importante para el fortalecimiento de la salud pública y la reducción de la carga de mala salud. La OMS y otros organismos internacionales lo han adoptado como método para la contabilidad sanitaria.

En Argentina se han desarrollado estudios de medición de la carga de enfermedad, en los cuales la autora de este trabajo desarrolló los aspectos técnicos de la construcción del indicador y el diseño de los procedimientos para estimar la incidencia de las enfermedades y así obtener los insumos necesarios para calcular el AVISA. Argentina tiene un déficit importante en información de la morbilidad: hay registros de los egresos hospitalarios del sector público pero es casi inexistente la de las consultas médicas ambulatorias. Se dice, con justicia, que **la cobertura de datos de la salud de las personas recorre en Argentina el camino inverso al de la historia natural de la enfermedad: se sabe mucho de la muerte, algo sobre la morbilidad que se interna, muy poco sobre la que se atiende ambulatoriamente y nada sobre la salud de las personas en su hogar.**

Ese ha sido el gran desafío para poder llevar adelante los estudios mencionados. Se entiende que ese desafío ha sido superado con creatividad y rigor técnico, que se quiere transmitir en el marco del propósito de este trabajo, que es demostrar la utilidad y factibilidad de la medición de la Carga Global de Enfermedad y sus aplicaciones. Los aspectos conceptuales y metodológicos de la construcción de los AVISA, sus campos de aplicación, los procedimientos y técnicas utilizados en los estudios de medición de la carga realizados en nuestro país y los resultados alcanzados son los temas que se encaran para lograr ese propósito.

3. Estudios de mediciones de carga global de enfermedad realizados en Argentina

Se han analizado una serie de estudios realizados en nuestro país en los cuales se aplican mediciones de carga global de enfermedad. En las experiencias que se han seleccionado puede observarse las diversas aplicabilidades y utilidades que provee esta metodología, como así también los tipos de información agregada que permite generar:

- Estudio de carga global de enfermedad de una comunidad (específicamente se analiza el caso del partido de Lanús, provincia de Buenos Aires, el cual pone de manifiesto los problemas más importantes y prioritarios que la salud pública de esta región debe enfrentar¹.
- Estudio de carga de morbilidad atribuible a factores de riesgo, tomando dos estudios cuyo objetivo fue cuantificar el impacto que dos comportamientos de gran presencia social, como son el alcoholismo y el tabaquismo, tienen sobre la salud de la población. Se considera que este abordaje constituye un insumo fundamental para diseñar y evaluar las estrategias de prevención.²
- Estudio de carga de enfermedad por accidentes de tránsito, problema también relacionado con los comportamientos y con el nivel de desarrollo y urbanización. El valor de este trabajo y de la aplicación del AVISA es la valoración integral de las consecuencias para la salud de la accidentología, tanto por la muerte prematura que genera como por la discapacidad remanente en los lesionados.³

3.1 Estudio de carga global de morbilidad del Partido de Lanús

Como resultado de este trabajo se obtuvo un producto que representa una mejora importante respecto a los indicadores disponibles, como son las tasas de mortalidad y los AVPP (años de vida perdidos). La consideración de variables tales como el valor social del tiempo y la tasa de descuento enriquecen los resultados; la medición del tiempo perdido con una esperanza de vida estándar posibilitó la universalización y comparación de las distintas enfermedades y problemas de salud. Ventajas de este producto son una identificación más precisa de las prioridades para la salud pública y de las patologías a prevenir que deben ser objeto de las acciones preventivas.

1 La Universidad de Lanús como un servicio de Extensión Universitaria a la comunidad, concretó un convenio con la Fundación ISALUD para llevar a cabo esta medición.
 2 Carga de morbilidad por alcoholismo en Argentina. Isalud-Programa VIGIA, 2003, 2005.
 3 Fundación Donabedian-Programa VIGIA, Ministerio de Salud de la Nación (2005)

Los resultados (cuadro 1) muestran una carga de años perdidos que se traducen en una tasa elevada. Chile obtuvo en el mismo año 71,8 AVPM por 1000 varones y 44,8 por 1000 mujeres, lo que significa para Lanús un exceso de tasa de 52% en varones y 36% en mujeres. La sobrecarga de mortalidad prematura masculina también se puede apreciar en la razón hombres/mujeres.

Los principales hallazgos epidemiológicos del estudio fueron:

- Fuerte primacía de las enfermedades no transmisibles (cardiovasculares y tumores)
- En ambos sexos lideran la carga las enfermedades arteriales, el SIDA, las enfermedades perinatales y el cáncer de mama (en la mujer) que marcan los objetivos sobre los cuales deberían enfocarse las estrategias de prevención.
- Los problemas derivados de comportamientos, como los accidentes, homicidios y suicidio aparecen con presencia destacada

Cuadro 1
Datos e indicadores obtenidos, Lanús, Pcia de Buenos Aires

Muertes	4.699
AVPM	39.444
AVPM por muerte	8,4
Razón hombre/mujer AVPM	165,5
Tasa AVPM por 1000 hab.	84,2
Tasa AVPM por 1000 hab. Varones	109,5
Tasa AVPM por 1000 hab. Mujeres	60,9

Fuente: Estadística Vitales (2003-2005)

Cuadro 2
Principales causas de AVPM por sexo. Partido de Lanús

Nº de orden	Varones	Mujeres
1º	Cardiopatía isquémica	Perinatales
2º	SIDA	Cardiopatía isquémica
3º	Enf. cerebrovascular	Cáncer de mama
4º	Perinatales	Enf. cerebrovascular
5º	Cáncer de pulmón	SIDA

Fuente: Estadística Vitales (2003-2005)

Cuadro 3
Principales causas de AVPM por grupos de edad. Partido de Lanús

Orden	0-4	5-14	15-44	45-59	60+
1º	perinatales	accid. tránsito	SIDA	card. isquém.	card. isquém.
2º	congénitas	leucemia	card. isquém.	enf. cerebrov.	card. hipert.
3º	neumonía	septicemia	Accid. tránsito	Ca. pulmón	enf. cerebrov.
4º	septicemia	accid. FF.CC.	homicidio	Ca. mama	Ca. pulmón
5º	sumersión	neumonía	suicidio	card. hipert.	Ca. mama

Fuente: Estadística Vitales (2003-2005)

- Los resultados confirman los cambios producidos por una transición epidemiológica en la que se asocian factores sociales con modificaciones en la estructura de la población.

3.2 Estudios de carga global de morbilidad por factores de riesgo: alcoholismo y tabaquismo

Estos estudios se orientaron a explorar una aplicación de gran importancia de los AVISA como es el de cuantificar las consecuencias para la salud de ciertos factores de riesgo que resultan removibles, evitables o de última reducidos. Con ese objetivo se encararon dos trabajos de medición de problemas de salud producidos por comportamientos de notable presencia social, como son el consumo de alcohol y de tabaco. Ambos trabajos fueron realizados con apoyo del Ministerio de Salud de la Nación.

La investigación sobre el alcohol fue llevada a cabo dos años antes que la de tabaco. Cabe destacar que constituyen la primera medición de estos hechos que se realizan en nuestro país y sus resultados marcan la formidable carga de muerte prematura y discapacidad asociadas a esas conductas. El valor de estos resultados está en mostrar en cuanto se podría reducir la mala salud si esos hábitos fueran desterrados, como en el tabaquismo, o controlados a niveles aceptables como el consumo de alcohol.

En estos estudios se desarrolló una metodología densa de procedimientos y cálculos para superar las limitaciones de la indisponibilidad de datos, particularmente de la incidencia de las enfermedades y lesiones relacionadas con el tabaco y el alcohol. Para realizar esas estimaciones se ha recurrido a diversos recursos, procedimientos y fuentes. La consulta de expertos cumplió un rol insustituible al aportar los coeficientes para realizar las estimaciones o validar los hallados por medio de otros procedimientos.

El valor de estos trabajos no se limita por tanto a los resultados de carga global sino a la metodología que propone y a los resultados intermedios que entrega, como ser la estimación de las incidencias y sus formas de resolución (hospitalización, tratamiento ambulatorio). Realizados con una metodología similar, el estudio de Tabaquismo mejora el procedimiento respecto al de Alcoholismo, al completar el proceso de estimación de las enfermedades con las ocurridas en forma ambulatoria.

Por medio de esos procedimientos se alcanzaron los siguientes productos:

- 1 Expandir las internaciones ocurridas en el sector público al total de la población argentina. Por aplicación de tasas de uso, por extrapolación de coeficientes hallados en subpoblaciones, utilización de coeficientes señalados por los expertos, como se detalla en la sección correspondiente, se obtuvo una estimación de las hospitalizaciones en todos los subsectores por las patologías relacionadas con los factores de riesgo estudiados
- 2 Depurar las reinternaciones, sobre la base de un coeficiente hallado por la agregación de episodios de hospitalización en una jurisdicción
- 3 Estimar la morbilidad ambulatoria. Este procedimiento aplicado para Tabaquismo se realizó sobre la base de la apreciación por parte de los expertos del coeficiente de internación de cada enfermedad estudiada. De esta manera el estudio de Tabaquismo incluyó en el cálculo de la incidencia para determinar la carga atribuible las enfermedades resueltas ambulatoriamente. Este recurso agregó como se dijera antes una gran riqueza a la medición de la carga, respecto al trabajo de Alcoholismo en que la incidencia se estimó únicamente sobre la base de las hospitalizaciones. Aunque las enfermedades asociadas al alcohol son habitualmente internadas, existe seguramente una fracción de casos que no lo son. En la dirección opuesta, no se ha descontado el factor de protección que el beber alcohol ejerce sobre las enfermedades del corazón.
- 4 Traducir las internaciones por traumatismos a la causa externa que los habría originado, insumo necesario para el estudio del consumo de Alcohol

Se presenta acá una síntesis para valorar las pérdidas en números absolutos y se han construido indicadores como tasas y razones que se comparan con los de los trabajos de Murray y Lopez (1996). Un mayor detalle de los resultados encontrados puede verse en el Anexo.

De esa síntesis surge claramente el impacto de los hechos.

- En primer lugar, impresionan el número de muertes atribuibles a esas conductas, que representan el 16% y el 5,5% del total de sus respectivas bases poblacionales. Es decir más de una quinta parte de las muertes puede atribuirse a esos consumos o dicho de otra manera, se podría reducir una quinta parte de las muertes de controlarse esos factores de riesgo.
- Medidos como carga global, superan el millón los AVISA perdidos y a ser perdidos a futuro por las incidencias ocurridas en el año por la acción de ambos factores.
- Es notable el predominio masculino, particularmente por consumo de

Cuadro 4
Aplicación de AVISA a tabaquismo y alcoholismo

	Alcohol *	Tabaco	Total
Defunciones atribuibles	16.015	41.966**	57.981
Años perdidos por muerte AVPM	220.088	292.908	512.996
Años con discapacidad AVD	128.528	531.896	660.424
AVISA	348.616	824.804	1.173.420
Composición por sexo de los AVISA			
Masculino	74,7	67,1	69,3
Femenino	25,3	32,9	30,7

* Estimado año 2002

** Defunciones de 35 y más años

Fuente: Programa VIGIA, 2003, 2005. Ministerio de Salud de la Nación

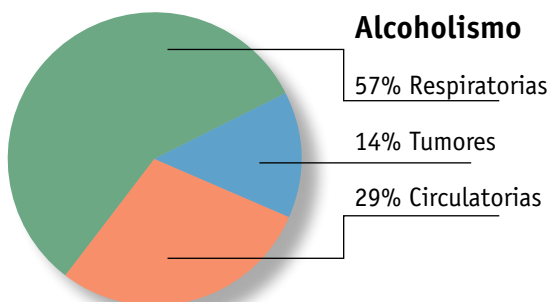
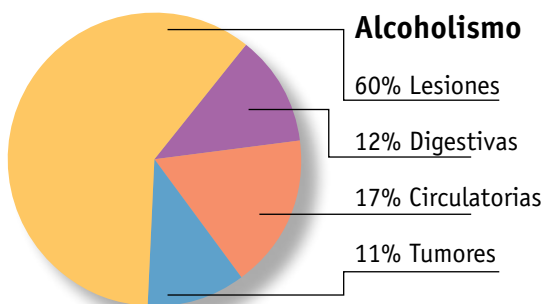
alcohol donde los hombres sobrellevan una triple carga de años perdidos con relación a las mujeres.

En el cuadro 5 se presentan indicadores que se comparan, en aquellos disponibles, con de los estudios mundiales de carga global de morbilidad. De esta comparación se desprende que los resultados, siendo compatibles con los de la literatura, se ubican en posiciones que muestran una alta carga de mala salud atribuible a esos consumos tanto en muertes como en tasas de AVISA atribuibles.

La participación de los componentes muestra resultados heterogéneos respecto de los estándares. En el caso del Alcoholismo esa divergencia puede explicarse por el procedimiento utilizado para la estimación de la incidencia que puede disminuir la participación de los AVPM. Lo contrario ocurre con el Tabaquismo, donde la minuciosa consideración de la patología atendida ambulatoriamente seguramente impacta en el componente discapacidad.

Es diferente el perfil de enfermedades en estos estudios. Las pérdidas de salud por abuso de Alcohol fueron fundamentalmente por lesiones seguidas pero con valores muy alejados, por enfermedades circulatorias y digestivas. En cambio la principal contribución a los AVISA por consumo de tabaco está dado por las respiratorias, fundamentalmente EPOC y enfisema, que alimentan intensamente los años a vivir con discapacidad. Las circulatorias y los tumores son también un resultado considerable del tabaquismo.

Gráfico 1 y 2
AVISA según enfermedades y lesiones



Fuente: Programa VIGIA, 2003, 2005. Ministerio de Salud de la Nación

Cuadro 5
Carga atribuible según factor de riesgo

	Estudio de carga por el factor de riesgo			
	Alcohol		Tabaco	
	República Argentina	Estándar*	República Argentina	Estándar*
Daños atribuibles al factor de riesgo:				
Defunciones atribuibles	15,243		41,966	
Defunciones atribuibles %	5,5	0,3/3,9	16,0	6,9/18,5
AVPM atribuibles %	7,8		10,9	
Tasas por 1000 habitantes:				
Tasa AVPM	5,8		8,1	
Tasa AVD	3,4		14,7	
Tasa AVISA	9,2	7,0/9,4	22,7	10,3/20,1
Razón AVISA/defunciones:				
Razón AVISA/defunciones	21,8	26,5**	19,7	16,2**
Participación de los componentes:				
Muerte prematura	63,1	45,5	35,5	71,3
Discapacidad	36,9	54,5	64,5	28,7
AVISA	100,0	100,0	100,0	100,0

* En base a: Murray y Lopez The Global Burden of Disease, 1996

Fuente: Programa VIGIA, 2003, 2005. Ministerio de Salud de la Nación

Cuadro 6
Aplicación de AVISA a tabaquismo y alcoholismo

	Alcohol	Tabaco	Total
Lesiones	187.321	0	187.321
Tumores	33.598	113.381	146.979
Circulatorias	53.955	239.372	293.327
Respiratorias	0	472.052	472.052
Digestivas	36.951	0	36.951
Otras	19.978	0	19.978
Total	331.803	824.805	1.156.608

Fuente: Programa VIGIA, 2003, 2005. Ministerio de Salud de la Nación

3.3 Carga global de enfermedad por accidentes de transporte en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En este estudio la medición apuntó a un problema propio de las sociedades modernas, puede decirse que nace en el siglo XX con el desarrollo de los vehículos a motor, como es el de los accidentes de tránsito, y que genera una enorme pérdida de salud por muertes y lesiones. Estos sucesos son también un claro emergente del contexto socioeconómico, con un alto componente derivado de los comportamientos pero con otros ingredientes que remiten al desarrollo de una región, como son la infraestructura caminera, el parque automotor, etc.

La Ciudad de Buenos Aires conforma con sus alrededores un área integrada, la Región Metropolitana, por lo que existe un intenso movimiento de personas que diariamente cruzan sus límites en ambas direcciones. Es además un polo de atracción para los habitantes del interior del país y en los últimos años en forma creciente para turistas extranjeros. Los accidentes que ocurren en la Buenos Aires afectan por tanto no sólo a sus habitantes sino también a sus visitantes. Es por eso que se decidió estudiar los hechos por su **ocurrencia** con el propósito de establecer la “carga accidentalológica” para todos los que circulan por la Ciudad.

Es un enfoque totalmente novedoso para valorar este tema en la Argentina. Estudios anteriores han medido la mortalidad por esos hechos pero el presente ha sido el primer trabajo en establecer la carga completa de mala salud tanto por muerte como por discapacidad remanente en las víctimas de accidentes que no murieron. No se mide acá las consecuencias de conductas del pasado, como en los anteriores estudios. Se mide hechos ocurridos en un año que provocan muerte prematura y que dejarán personas con distinto grado de discapacidad.

Este insumo fundamental para orientar intervenciones para reducir el problema, es asimismo una medición de línea de base indispensable para evaluar las acciones que se implementen ya que permite discriminar los logros que se alcancen en sus componentes (muerte, discapacidad, gravedad).

El estudio incluyó una evaluación del impacto económico realizada sobre la base de los resultados de los distintos componentes de pérdida que no se presenta acá pero que aporta un ingrediente muy

importante para dimensionar el problema y sostener las decisiones. Este estudio representa también una experiencia metodológica que se agrega al modelo elaborado para medir la carga de enfermedad, consistente en el procedimiento desarrollado para estimar la discapacidad mediante una estructura de las lesiones que luego son ponderadas por severidad y duración.

Se establecieron asimismo ciertas tasas y relaciones entre defunciones, lesiones y víctimas para los residentes en la Ciudad que pueden servir de base con los debidos recaudos para una estimación de hechos en otros ambientes similares.

Debe señalarse como una limitación que por estudiar los accidentes por lugar de ocurrencia no se dispone de denominador poblacional, por lo que no es posible elaborar tasas de AVISA ni por tanto comparar con otra población.

- La gran mayoría de la pérdida corresponde a mortalidad prematura, en una proporción (80%) que sobrepasa los estándares de la literatura ⁴. Pero debe tenerse en cuenta que esos estándares se refieren a regiones completas en cambio el presente trabajo se refiere a una ciudad donde por tanto no se aplica la accidentología de las rutas de larga distancia.
- De hecho el estudio pone de manifiesto una baja carga de discapacidad que se deriva del bajo nivel de gravedad de las lesiones.
- Si ese hallazgo se relaciona con la tendencia declinante en el número de muertes en los últimos años ⁵, podría considerarse como una indicación de que el problema está experimentando una reducción. Esta conjetura debiera estudiarse detenidamente evaluando los factores que la habrían provocado pues pueden servir de experiencia de cuan efectivas pueden ser ciertas intervenciones. Entre ellas cabe destacar el notable cambio en el transporte público de pasajeros con la introducción de máquinas expendedoras de billetes.
- Más allá de esa posible tendencia, los resultados muestran que los accidentes de transporte causan una importante pérdida, de 4148 años de vida saludable, que afecta fundamentalmente a los hombres jóvenes.

Si se seleccionan ciertos datos básicos correspondientes a los residentes de la Ciudad se establecieron las siguientes relaciones que

Cuadro 7
Datos e indicadores básicos

Indicadores por ocurrencia en la Ciudad	Resultado
Nº de defunciones ocurridas	204
Nº de personas lesionadas	8.767
Nº de víctimas	8.971
Razón lesionados por defunción	43
Lesionados por vehículo circulante-año	11,4
AVPM	3.582
AVD	566
AVISA	4.148
AVISA por defunción	20,3

Fuente: Estadísticas Vitales. CABA

4 Murray y Lopez en el estudio GBD del año 1996 encuentran que la participación de los AVD en el total de los AVISA es de 24% en el mundo, 36 % en América Latina y 31.3 en los países desarrollados.

5 Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección General de Estadística y Censos, Estadísticas Vitales

Cuadro 8
Indicadores CABA

Indicadores por residencia en la Ciudad	Resultado
Nº de defunciones	194
Lesionados estimados	8.428
Lesionados por 1000 habitantes	2,8
Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes	6,5
Tasa de letalidad por 1000 víctimas	22,5

Fuente: Estadísticas Vitales. CABA

pueden útiles para ser comparadas con otros contextos urbanos. La distribución de los años perdidos por variables relevantes como son la edad, el sexo o el tipo de víctima, como se puede ver en el anexo, son ingredientes esenciales para diseñar las intervenciones a realizar.

3.4 Análisis comparado de las experiencias y estudios analizados respecto a la aplicación de AVISA

La línea de trabajo que subyace en estas investigaciones incluye desde la medición de todos los problemas de salud que aquejan a una comunidad (carga global total), hasta la medición del aporte que a esa carga total realizan ciertos factores de riesgo, apuntando de esa manera a los determinantes, y un suceso trascendente como son los accidentes.

Las diferentes bases poblacionales de los trabajos no han permitido establecer todas las relaciones posibles entre ellos, como sería cuantificar la contribución que a la carga total efectúan esos factores de riesgo y comportamientos.

El estudio de la carga global de morbilidad de Lanús abre una senda que debe continuarse y perfeccionarse, como es el conocer en que medida y de qué una comunidad muere, enferma y sufre discapacidad. Su utilidad es justamente poner de manifiesto los problemas más importantes y prioritarios que la salud pública debe enfrentar. El componente investigado puso de manifiesto una carga importante de muerte prematura, que fue abordado con un enfoque metodológico que supera el medio tradicional.

Los estudios de alcoholismo y tabaquismo muestran el imponente impacto que dos comportamientos tienen en la salud de la población. Vale decir, esta carga de muerte prematura y vida vivida con limitaciones podría no existir o reducirse radicalmente si las personas cambiaran sus hábitos. Esta conclusión entraña un desafío de envergadura ya que cambiar las conductas de las personas no es sencillo, requiere abordarse con estrategias integrales. No es suficiente actuar sobre los individuos porque las conductas de los individuos no son independientes del contexto social, económico, cultural. La medida en que en una sociedad se bebe o se fuma está sostenido por las leyes, las normas, la aprobación social, la disponibilidad de sustancias ... "Actuar en estos terrenos requiere de adecuados modelos de intervención sobre los entornos..." prologó Ginés González García 'La Epidemia del Tabaquismo en la Argentina'⁶. Es mucho lo que se ha avanzado en los últimos años en la Argentina con acciones basadas en ese enfoque para combatir el consumo de tabaco. Pero es mucho lo que resta por hacer tanto en tabaquismo como en abuso de alcohol. Estas investigaciones, como esta primera medición de sus trágicas consecuencias, aportan a esos desafíos un elemento esencial, como es información que provee bases sólidas para orientar las decisiones y evaluar la efectividad de las intervenciones. Para obtenerla se han desarrollado

⁶ Publicación del Ministerio de Salud de la Nación donde se presenta una síntesis del trabajo de tabaquismo que se expone

procedimientos de estimación de la incidencia que han permitido cuantificar la carga global.

La medición de por accidentes de transporte en la Ciudad de Buenos Aires muestra una importante pérdida de vida saludable, sobre todo en los jóvenes, aunque con baja participación de la discapacidad y alta de la muerte prematura con relación a los que refiere la literatura. Pero esos estándares que se refieren a regiones pueden no ser los adecuados para calibrar lo ocurrido en una ciudad, que debiera compararse con otras ciudades. Problema también relacionado con el contexto socioeconómico y fundamentalmente con las conductas de las personas, a diferencia de las adicciones investigadas su producción no responde a una acumulación de hábitos del pasado sino a una particular coyuntura de circunstancias presentes. Las intervenciones para reducir el problema deben atender toda la complejidad de elementos que se conjugan para su producción. Cuantificar el impacto que está produciendo en la población y las circunstancias de su ocurrencia es el aporte de este trabajo al diseño de las acciones y a su monitoreo. Su realización implicó agregar al modelo metodológico un ingrediente de gran valor como es la estimación del tipo de lesiones y de la discapacidad resultante.

Carga global de enfermedad de una población, abuso de alcohol, consumo de tabaco, accidentes de tránsito, los objetivos de estos trabajos muestran un claro alineamiento en proveer evidencia para sostener las intervenciones de salud pública y las estrategias preventivas.

4. Conclusiones

La medición de la carga global de Morbilidad mediante el AVISA resulta una herramienta adecuada para captar los problemas de salud en el contexto de las realidades poblacionales actuales. El envejecimiento de la población, el alargamiento de la vida, los cambios en las condiciones sociales, económicas y culturales con la consecuente emergencia de inéditos comportamientos sociales, son todos hechos de profundo impacto en el panorama epidemiológico de las sociedades actuales. Entre ellos se destaca la creciente importancia como problema de salud de la comunidad del peso de las vidas vividas con enfermedades, limitaciones y discapacidades, frente al retroceso de las pérdidas por muerte prematura.

Se ha mostrado como los AVISA se constituyen en un instrumento apto para aprehender esos nuevos panoramas, por constituir una herramienta compleja que expresa en forma integral la mala salud de una población. Los AVISA representan una innovación en las mediciones de la salud y que lo tornan un indicador refinado, como son los valores sociales en torno a la duración de la vida, el valor de la vida a diferentes edades y la preferencia por el tiempo.

La utilidad de los estudios de carga de enfermedad para la planificación de la salud y para identificar las prioridades de los servicios a brindar y por tanto orientar la asignación de los recursos, es estratégica, al ofrecer una medida única e integrada de la muerte prematura y de la discapacidad. La evaluación del desempeño de los sistemas de salud, su comparación a lo largo del tiempo o entre países y re-

giones mediante la carga global de mala salud es crecientemente realizada, entre otros por la Organización Mundial de la Salud.

La posibilidad de evaluar las intervenciones y de ser un insumo fundamental para los estudios de costo efectividad es una de las ventajas más destacables de los AVISA. Es justamente esa propiedad de medida única de la mala salud la que le permite constituir un excelente denominador para el cálculo de costo efectividad, al poder expresarse como año de vida ganado.

No obstante deben señalarse las limitaciones para el indicador: Algunas de ellas se refieren a su propia forma de concepción, a su diseño. Otras remiten a sus dificultades externas, en cuanto a la factibilidad de su elaboración. Sin embargo se realizan en forma continua desde su creación avances para perfeccionar el instrumento, como ser una mayor objetividad en la clasificación de la gravedad, inclusión de más problemas de salud o considerar distintas tasas de descuento.

La reflexión final obligada es analizar las asignaturas pendientes en la investigación en salud poblacional tendiente a un diagnóstico de salud. Los conceptos y revisiones aquí presentadas representan sólo un primer paso que debiera continuarse y desarrollarse en forma sos-

tenida. En primer lugar se impone urgentemente determinar la Carga Global de Enfermedad a nivel nacional de manera de develar cuales son los grandes problemas que padecen los argentinos y cuales son las prioridades a atender.

Esa medición debiera asimismo realizarse por provincias o regiones para dar cuenta del damero epidemiológico que compone al país.

En segundo lugar debiera continuarse con la identificación del impacto que producen en la Carga Global de Enfermedad los factores de riesgo reconocidos como de mayor prevalencia como son además de los aquí estudiados, la hipertensión, la alimentación inadecuada y el sobrepeso o la inactividad, entre otros. Al cuantificar en cuanto aportan esos determinantes a la carga global, representan un insumo esencial para diseñar y evaluar las estrategias preventivas.

Argentina debiera realizar esfuerzos sostenidos para superar el largo silencio imperante sobre los padecimientos de sus habitantes. Este trabajo muestra un método para ello, seguramente no el único, pero que puede enorgullecerse de ser riguroso y verificable y de entregar un producto adecuado a la complejidad de los problemas de salud actuales.

Bibliografía

- Bradshaw D, Groenenwald P, Laubscher R, Nannan N, Nojilana, Norman R, Pieterse D, Schneider M. Initial Burden of Disease Estimates for South Africa 2000, Burden of Disease Research Unit, South African Medical Research Council, 2003
- Bradshaw D, Norman R, Lewin S, Joubert J, Schneider M et al. Strengthening Public Health in South Africa: Building a stronger evidence base for improving the health of the nation. South Africa Medical Journal, Vol. 97, Nº 8, 2007.
- Comisión de Tabaquismo (2001), Informe. Revista Argentina de Cardiología, Vol. 69, Suplemento 1.
- Corrigan J, Pienaar D, Matzopoulos R, Bourne D, Bradshaw D, Draper b, Chopra M, Sandres D.. Western Cape Burden of Disease Reduction Project, University of the Western Cape and South African Medical Research Council, 2007.
- Frenk J, Sepulveda J, Gomez Dantes O, Knaul F. Evidence-based Health policy: three generations of reform in Mexico. Lancet 2003;362: 1667-1671
- Frenk J, Bobadilla JL, Sepulveda J, Lopez-Cervantes M. Health transition in middle-income countries: new challenges for health care. Health Pol Plann; 4:29-39, 1989.
- Hanson K. Measuring up: Gender, Burden of Disease and Priority-setting Techniques at the Health Sector, Working Papers, Harvard Center for Population and Developments Studies, 1999
- Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB et al., eds. Disease control priorities in developing countries. 2nd ed. Washington, DC: Oxford University Press for The World Bank, 2006.
- Judith Mackay, Michael Eriksen (2002), The tobacco atlas, WHO.
- Lopez A.D., Mathers C., Ezzati M., Jamison D.T. Murray C.L. Global Burden of Disease and
- Murray C.J.L., Lopez A.D. The Global Burden of Disease, Harvard School of Public Health, WHO, 1996.
- Myers J, Naledi T. Western Cape Burden of Disease Reduction Project, University of the Western Cape and South African Medical Research Council, 2007.
- Murray C.J.L., Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD. Summary Measures of Population Health: concepts, measurements and applications. World Health Organization, 2002.
- Risk Factors, The World Bank, 2006
- World Health Organization. World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Ginebra: WHO, 2000.