

La carga de la enfermedad

Natalia Sánchez Díaz¹

Resumen

El propósito de crear indicadores que demuestren el estado de salud de la población es poder acercarse a problemas de salud que sean susceptibles de modificación, por medio de políticas de salud. En esta revisión se presenta una introducción a un indicador epidemiológico: años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Este indicador ha adquirido gran importancia en psiquiatría, al conocerse que la depresión mayor ocupará en el mundo el segundo lugar en la lista de enfermedades discapacitantes en el 2020.

Palabras clave: indicadores epidemiológicos, AVAD, evaluación de la discapacidad.

Title: Introduction to Health and Disability Indicators.

Abstract

The purpose of developing indicators that reveal population status, is to get closer to real health problems that can be modified through health policies and measured periodically. This review presents an introduction to some epidemiological indicators, focusing on DALYs (disability adjusted life years). This indicator has acquired relevance in the psychiatric field, predicting that major depression will become the second most important disability producing disease.

Key words: epidemiological indicators, DALYs, disability evaluation.

A fin de evaluar el estado de salud de una población, en Colombia es fundamental contar con métodos que reporten la realidad y que permitan el seguimiento de las políticas de salud pública. En el campo de la psi-

quiatria, debido al incremento mundial de la prevalencia de enfermedades mentales, surge la necesidad de utilizar indicadores que midan su morbilidad y que reflejen de manera objetiva el estado de la salud.

¹ Médica interna, Pontificia Universidad Javeriana, Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística.

Tales indicadores miden y describen de forma cuantitativa o cualitativa sucesos colectivos, que, posteriormente, van a respaldar acciones políticas y a evaluar metas en este ámbito; por ello deben ser claros, relevantes con el objeto de medición y proporcionarse periódicamente. Además, requieren el uso de fuentes confiables de información y de rigurosidad técnica en su construcción e interpretación, para suministrar una aproximación a una situación real (1),(2). Universalmente se han tomado algunas fuentes para el cálculo de indicadores en salud pública, entre éstos se encuentran los siguientes:

- Registros de sucesos demográficos.
- Censos de población y vivienda.
- Registros ordinarios de los sistemas de salud.
- Datos de vigilancia epidemiológica.
- Encuestas poblacionales.
- Registros de enfermedades.
- Fuentes de otros sectores (económico, político y bienestar social) (2).

Los indicadores de salud se pueden separar en dos amplias categorías: operacionales y epidemiológicos. Esta revisión está enfocada en los segundos, con los que se busca calcular la magnitud y la trascendencia de una situación determinada, dentro de una población, en un periodo específico. Los indica-

dores epidemiológicos pueden dividirse según el objetivo que se está midiendo: demográfico, económico, recursos, servicios, cobertura, etc. Asimismo, se pueden agrupar en: (i) simples, cuando tienen una cifra absoluta, por ejemplo, la tasa de mortalidad, y (ii) compuestos, contruidos a partir de varios indicadores, por ejemplo, años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Dentro de estos últimos, los más importantes son:

- *Quality adjusted life years (QALYS)*: se utiliza para medir calidad de vida. Combina la duración de la vida y la utilidad de la salud. Como utilidad se entiende el valor que se le asigna a la calidad de vida, enfrentado a un estado de salud particular. Se mide en una escala de 0 a 1, donde 1 es la salud perfecta y 0, la muerte (3).
- *Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPM)*: son los años que una persona pierde por morir antes de la edad que se esperaba que viviera, con una expectativa de vida igual a la de una población estandarizada. Por ejemplo, la población que más vive en el mundo, Japón (4).
- *Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)* o en inglés *disability adjusted life years (DALY)*: es una variante parti-

cular de los QALYS, que resulta de la suma de los AVPM y los años de vida perdidos por discapacidad (AVPD), es decir, AVAD = AVPM + AVPD (3). Al contrario de los QALYS, los AVAD se miden por medio de escalas, que dan un puntaje de gravedad entre 0 a 1, donde 0 representa la salud perfecta y 1, la muerte. De esta manera se obtiene una escala que ajusta el resultado según la gravedad de cierta discapacidad y el tiempo vivido con ésta. Un AVAD quiere decir un año de vida saludable perdido.

¿Cómo se mide la carga de la enfermedad?

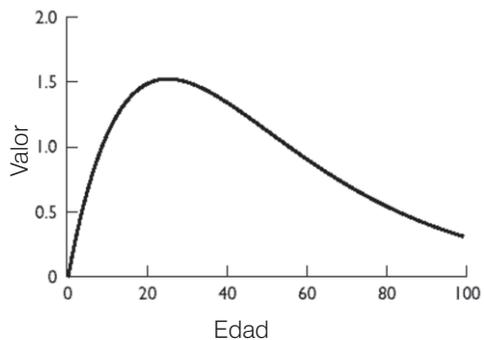
Establecer la carga de la enfermedad no fue sencillo, por ello se realizó el estudio *The Global Burden Diseases and Injury* (GBD), donde se le dio valor a esta carga. Con el fin de determinar objetivamente la carga de la enfermedad, se realizaron cinco preguntas fundamentales que encontramos a continuación (1):

Primera: ¿cuánto deben vivir las personas? El GBD decidió estandarizar la expectativa de vida mundial. De esta manera, todas las personas, independiente de la región donde

habiten, aportarán la misma carga de enfermedad. La expectativa de vida para las mujeres se estableció en 82,5 años y para los hombres, en 80 años. Por ejemplo, aportará la misma carga una mujer que muere los 30 años de edad en Sierra Leona, donde expectativa de vida es 32,4 años, que una de la misma edad, que muere en Japón, donde la expectativa es mayor².

Segunda: ¿tienen diferente valor los años, en diferentes etapas de la vida? El valor que tiene un adulto joven dentro de la familia y la sociedad llega a su máximo en la tercera década de la vida. Por esta razón, la carga de la enfermedad será mayor si la discapacidad ocurre entre los 20 y los 25 años, y menor en los extremos de la vida (véase Gráfico 1).

Gráfico 1. Valor relativo de los años vivido en diferentes edades



² <http://www.who.int/countries/sle/es>.

Tercera: ¿todas las personas son iguales? El GBD tiene un principio igualitario, según el cual vale lo mismo la vida de un gran magnate y la de un campesino. Ninguna característica socioeconómica de los individuos se tiene en cuenta, sólo la edad y el sexo.

Cuarta: ¿tiene el mismo valor un año de vida saludable en este momento que en diez años? Ésta es una de las preguntas más debatidas y difíciles de responder. Por los valores sociales y culturales, es difícil establecer si vale más un año de vida a los veinte o a los treinta años. Por ejemplo, al ofrecerle a una persona un millón de pesos, y se le da a escoger si lo quiere hoy o en diez años, la gran mayoría de personas los preferirá hoy, pues en diez años tendrán menos valor (o, al menos, así lo percibirá). De manera semejante y arbitraria, la escala de AVAD descuenta 3% al valor de cada año de vida futura.

Quinta: ¿cómo se comparan los AVPM y los AVPD? La información sobre mortalidad, en el caso de los AVPM, es fácil de establecer por las estadísticas con que se cuenta. Es diferente en el caso de los AVPD, donde no es fácil cuantificar el efecto socioeconómico que se produce alrededor de la persona discapacitada, y donde hay desacuerdo cultural para calificar la gravedad de los eventos no fatales. Por ejemplo, un año con ceguera es peor que

un año con enfermedad diarreica, pero definitivamente es más discapacitante estar cuadraplético).

Para calcular los AVPD se ponderó la gravedad de las discapacidades en dos fases. En la primera se cuestionó, por medio de entrevistas y consenso, la calidad de vida que lleva alguien con cierta discapacidad en la sociedad. Así se establecieron 22 indicadores para crear una escala de gravedad, de acuerdo con las diferentes condiciones de salud. Se buscaron aquellas que abarcaran distintos aspectos de salud (físicas, mentales, sociales y de dolor). En la segunda fase del estudio se definieron siete intervalos de discapacidad, que incluían las 22 discapacidades de la fase 1, y que ocupan el espectro que va desde la salud perfecta hasta la muerte. Acá es donde cada intervalo sirve de forma rápida e instintiva para asignar la carga de la enfermedad (véase Tabla 1).

En todo el mundo, los trastornos mentales representaron aproximadamente el 33% de los AVPD, y el 12% de los AVAD perdidos, en 1998. En el ámbito mundial, cinco de las diez causas más importantes de AVPD, en 1990, fueron problemas mentales (5), así como se indica en la Tabla 2.

Según los cálculos realizados por el GBD, la depresión ocupará el segundo lugar de todos los AVAD

Tabla 1. Gravedad de la discapacidad según el GBD

Clase de discapacidad	Gravedad	Condición
1	0,00-0,02	Vitiligo en cara, índice peso-talla menor de 2 desviaciones estándar.
2	0,02-0,12	Diarrea acuosa, intenso dolor de garganta, anemia grave.
3	0,12-0,24	Fractura de radio con yeso, infertilidad, disfunción eréctil, artritis reumatoidea, angina.
4	0,24-0,36	Amputación por debajo de la rodilla, sordera.
5	0,36-0,5	Fistula rectovaginal, retardo mental, síndrome de Down
6	0,5-0,7	Depresión mayor, ceguera, paraplejía.
7	0,7-1	Psicosis activa, demencia, migraña intensa, cuadraplejía.

Fuente: GBD.

Tabla 2. Años de vida perdidos por discapacidad (AVPD), 1990

Patología	%
Depresión mayor	10,7
Anemia ferropénica	4,7
Caídas	4,6
Alcoholismo	3,3
Enf. pulmonar obstructiva crónica	3,1
Trastorno bipolar	3,0
Anormalidades congénitas	2,9
Osteoartritis	13,3
Esquizofrenia	12,1
Trastorno obsesivo compulsivo	2,2

Fuente: GBD (1).

perdidos en el 2020 (1), así como se indica en la Tabla 3.

Los cambios estadísticos de salud mental son la respuesta a un

fenómeno global, que se explica principalmente por los cambios en la estructura familiar, política, socioeconómica, y aumento en la expectativa de vida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una gran proporción de enfermos mentales no recibe atención sanitaria. En primer lugar, porque la infraestructura de los servicios de salud mental es insuficiente para las crecientes necesidades. En segundo lugar, porque los problemas de estigmatización y discriminación impiden buscar ayuda. El 30% de los países carece de una política de salud mental, y el 25% de los que disponen de tal política tienen asignado un presupuesto limitado –el 36% de los países dedica menos del 1% de todos sus recursos de salud a la atención en salud mental (6)–.

Tabla 3. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)

Causa		Puesto
1990	2020	
Infección respiratoria	Enfermedad cardiaca	1
Enfermedad diarreica	Depresión mayor	2
Muerte perinatal	Accidentes de tránsito	3
Depresión mayor	Enfermedad cerebrovascular	4
Enfermedad cardiaca	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	5
Enfermedad cerebrovascular	Infección respiratoria baja	6
Tuberculosis	Tuberculosis	7
Sarampión	Guerra	8
Accidentes de tránsito	Enfermedad diarreica	9
Anormalidad congénita	VIH	10

Fuente: GBD (1).

En Colombia, dentro de la morbilidad general, las enfermedades neuropsiquiátricas aportan un 1,8% de la carga total de discapacidad en la capital (7) y 3,8% en todo el país (8). Los homicidios y violencia aportaron el mayor número de años de vida saludables perdidos por discapacidad y superaron sustancialmente al resto de las enfermedades. La población más afectada resultó ser la de los jóvenes, de género masculino, entre los 15 y 44 años de edad (8).

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en más del 30% de los casos de discapacidad no se conoce el origen. De las causas conocidas, las principales causas de discapacidad estaban dadas por enfermedad general, accidentes y alteraciones congénitas, y en los siguientes puestos

las producidas por lesiones autoinflingidas, víctimas de la violencia, consumo de sustancias psicoactivas y conflicto armado (9).

Conclusiones

Por medio de los indicadores de salud es posible cuantificar la carga de la enfermedad y dirigir políticas de salud que generen un efecto global, susceptible de ser medido. No resulta útil cuantificar únicamente las causas de mortalidad, para calcular el estado de la salud en la población. En el mundo las personas no mueren por las patologías que padecen, es decir, las causa de mortalidad no son las mismas que de morbilidad, y estas últimas son las que producen mayor discapacidad. Este principio había permanecido oculto en la salud pú-

blica, lo cual produjo un subcálculo de la carga de discapacidad de las enfermedades mentales. Por ejemplo, según el GBD, en 1990 la depresión aportó el 28% de los AVPD, y el 1,4% a la mortalidad mundial (1).

El aumento global de las patologías mentales y de las graves consecuencias por la discapacidad que producen ha centrado la atención de muchos países en la necesidad de estudiar este fenómeno, hasta convertirlo en tema prioritario dentro de sus agendas. En Colombia llevamos muchos años de guerra infructuosa, sin considerar las consecuencias que trae este hecho a nuestra salud mental. Este suceso hace necesario investigar las transiciones sociodemográficas, económicas, culturales, tecnológicas y políticas por las que esta atravesando el país, con el fin de evaluar las características y las dimensiones de las enfermedades mentales. Es el momento para conocer la carga de la enfermedad que ha dejado la violencia y para diseñar políticas de estado dirigidas a la salud mental.

Bibliografía

1. Murray CJL, López AD, editors. The global burden of disease and injury series. Volume I. Cambridge: World Health Organization; 1996.
2. República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Guía para la elaboración de indicadores. Bogotá, Seuc A, Domínguez E, Díaz O. Introducción a los DALYs. Revista Cubana Hig Epidemiol. 2000;38 (2):92-101.
3. Michaud C. El peso global de las enfermedades y las lesiones en 1990. Washington: UNESCO; 1990.
4. Gro Harlem Brundtland. La salud mental en siglo XXI. Bulletin of the World Health Organization. 2000; 78(4):411.
5. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de política de salud mental, paquete de orientación sobre política y servicios. Resumen analítico. Cambridge: Organización Mundial de la Salud; 2001.
6. Gallardo HM, Rodríguez J. La carga de la enfermedad en Santa fe de Bogotá. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; 1999. p. 72-9.
7. Céspedes Londoño JE. La carga de la enfermedad en Colombia. III Congreso de la Investigación en la Universidad Javeriana. Bogotá: Universidad Javeriana; 1994. Volumen 2. p. 89-109.
8. República de Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Información sobre discapacidad. Bogotá: DANE; 2004.

Recibido para publicación: 9 de febrero de 2005
Aceptado para publicación: 6 de mayo de 2005

Correspondencia
Natalia Sánchez Díaz
Hospital San Ignacio
Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística
Cra. 7 No. 40-72, piso 2, Bogotá-Colombia
nataliasand@gmail.com