

Indicadores de salud e indicadores epidemiológicos

Federico Tobar

Llamamos indicadores de salud a todos aquellos que proveen información sobre lo que se llama en su conjunto "sector salud". El sector involucra no solo a la gente y su condición de salud sino también al sistema, a los servicios médicos y a las políticas sanitarias. Para referirnos al sistema de salud utilizamos indicadores de estructura y de procesos y para referirnos a la situación de salud utilizamos indicadores de resultados (también llamados epidemiológicos). Es importante destacar que situación de salud y situación del sector salud no son sinónimos. La primera nos habla de la salud de la gente y la segunda de la salud de los sistemas y servicios de salud. Esta distinción permite huir de afirmaciones como "la salud en este país está mal porque el sistema presenta deficiencias", o que en los países, como Brasil, que ya han avanzado reformas profundas de su sistema de salud, se afirme que "la reforma no sirvió porque los indicadores de salud aún no han mejorado". Se trata de razonamientos falaces porque la situación de salud de una determinada población está determinada por múltiples variables. El sistema de salud es solo una de ellas.

Entre los indicadores del sistema de salud podemos destacar algunos como la cobertura poblacional de los seguros médicos, la cantidad de médicos por habitante, cantidad de hospitales o de camas hospitalarias y hasta el gasto nacional destinado a salud. Entre los segundos se pueden identificar aquellos que hablan del volumen de producción o actividad de los servicios, por ejemplo, la cantidad de consultas ambulatorias o de internaciones por habitante al año, la cantidad de personas que en promedio ocuparon una cama hospitalaria (denominando giro cama).

La mayoría de las personas no se enferman ni se mueren por causa de las falencias de los sistemas de atención médica. Los sistemas de salud contribuyen poco en la mejora de las condiciones de salud de la población. Pero entonces: ¿por qué enfermamos?, ¿quién es el responsable de nuestra salud o nuestra enfermedad? Los resultados de salud de la población, y por lo tanto algunos de sus indicadores tales como la esperanza de vida, están condicionados en los países occidentales por cuatro grandes factores. El primero de ellos es la biología o la herencia. Se puede afirmar sin riesgo de equívoco que la mejor forma de vivir muchos años es "elegir" bien a los padres. Es decir, algunas personas nacen con mayor predisposición que otras para adquirir ciertas enfermedades. Un panel de especialistas mundiales concluyó que, sobre las principales causas de muerte, la genética es responsable por aproximadamente el 28% de los casos. El segundo condicionante de nuestra salud es el ambiente en que vivimos. Es obvio que hay lugares más saludables que otros. Aunque en general las áreas más pobres son también las más insalubres, hay factores del deterioro ambiental que afectan casi tanto la salud de los ricos como la de los pobres. Un ejemplo de ello es el deterioro de la capa de ozono que cubre la atmósfera y está directamente relacionada con la incidencia del melanoma o cáncer de piel. Los factores ambientales representan, en promedio, el 19% de los casos de enfermedad¹.

El tercer factor, que está muy relacionado con el anterior, son los estilos de vida que incluyen aspectos como la forma en que la gente se alimenta, el hábito del tabaco, la prevalencia de conductas agresivas, el consumo de drogas, las prácticas sedentarias así como las deportivas, etc.

¹ DEVER, G.E. Alan & CHAMPAGNE, François. "A epidemiologia na administração dos serviços de saúde". São Paulo. Pioneira. 1988.

En la hora de repensar la salud se discute mucho en qué medida se trata de un problema individual y en qué medida es un problema público. Los epidemiólogos han cuantificado el peso de la responsabilidad individual concluyendo que un 42% de las veces nos enfermamos, morimos -y también enfermamos y matamos a otros- por causa de nuestros hábitos nocivos. Por último está el sistema sanitario, constituido por los hospitales, seguros médicos, consultorios, médicos, laboratorios, medicamentos, etc. El mismo es responsable por el 11% de los casos de enfermedad o muerte. Es por ello que decimos que poco importa la cantidad de médicos u hospitales que haya donde vivimos cuando queremos pronosticar de qué nos podemos enfermar.

A su vez, llamamos indicadores epidemiológicos a otro subconjunto de los indicadores de salud que procuran dar cuenta de la situación de salud de una determinada población. La situación de salud de la población constituye una dimensión de la calidad de vida y del desarrollo humano de los pueblos. La salud de la población puede ser medida a través de indicadores epidemiológicos como las tasas de mortalidad y morbilidad, la esperanza de vida al nacer o, incluso, indicadores más sofisticados (a los que llamaremos de tercera y cuarta generación)

Generaciones de indicadores epidemiológicos

Así como en los demás sectores sociales, también en salud cada indicador señala determinadas prioridades destacando ciertas situaciones y ocultando otras². Por eso, es posible agrupar a los indicadores en cuatro diferentes generaciones. Cada generación involucra una determinada antigüedad, pero también lleva consigo un interés implícito de denotar determinada realidad, de destacar determinados fenómenos. Por ejemplo, los indicadores epidemiológicos de primera generación como Tasa de Mortalidad Infantil y Esperanza de Vida al Nacer siempre señalan como prioridad el cuidado de la salud del segmento materno infantil.

La salud de una población se puede medir mediante indicadores directos o por indicadores indirectos. Los esfuerzos realizados para medir la salud en forma directa han fallado dada la inabordable dificultad de establecer criterios objetivos para la medición de crecientes gradaciones de salud positiva. La utilización de la mortalidad como indicador indirecto supera esa dificultad estableciendo valores cuantitativos negativos de salud. El indicador de Esperanza de Vida al nacer es directo y positivo. Pero la mayoría de las veces para hablar de salud solo usamos indicadores de su ausencia (enfermedad y muerte).

Por otro lado, recurriendo a indicadores de segunda generación como Tasas Específicas de Mortalidad, se detecta el nivel de avance de una población en su transición epidemiológica. Ya que se atraviesa la transición epidemiológica a medida que las muertes por enfermedades infectocontagiosas pierden participación relativa sobre el total de defunciones y ganan peso las asociadas a enfermedades crónico-degenerativas.

Sin embargo, algunas enfermedades como las patologías mentales nunca son reflejadas entre las causas de muerte. De modo que se puede afirmar que utilizando de forma exclusiva para el análisis epidemiológico las tasas de mortalidad se ve solo la punta del *iceberg*. Por este motivo, los indicadores complejos de carga de enfermedad combinan información de mortalidad con información de morbilidad.

² TOBAR, Federico. "Herramientas para el análisis del sector salud". *Medicina y Sociedad*. volumen 23 número 2. Septiembre. Páginas 349-363. 2000.

Sin embargo, con medir el total de muertes no alcanza. Si un país tiene población añosa, muchas muertes pueden ser el indicador exitoso de su política, pues lograron que sus pobladores vivieran hasta viejos. Si las muertes se producen de jóvenes esto sería un gran fracaso. A fin de conocer la mortalidad prematura se utiliza el indicador de Años de Vida Perdidos Prematuramente (AVPP) que cuantifica el volumen de años que se han dejado de vivir por muertes ocurridas antes de una determinada edad. Esta metodología parte del presupuesto de que las personas deben morir y que la muerte es un hecho natural que nos pasa a todos los seres multicelulares. A partir de ahí la intención es no sólo medir la muerte sino medir el peso de esa muerte por los años de vida que se perdieron de vivir.

Además de los factores anteriores, otro elemento a ser considerado para identificar los principales problemas de salud es la edad. Las enfermedades que pueden padecer las personas dependen de cuantos años tengan. Cuando se trata de las probabilidades de enfermar o morir de una población se analiza su estructura demográfica, más precisamente su pirámide poblacional.

Los países de Latinoamérica hemos aumentado de forma sostenida nuestra esperanza de vida al nacer y reducido la mortalidad para todas las causas. Algunos, además hemos atravesado la transición epidemiológica, es decir, perdieron peso relativo sobre la mortalidad la mayoría de las enfermedades contagiosas y lo adquirieron las no contagiosas. Por este motivo se hace ya más difícil reducir la mortalidad a través de inmunizaciones o de la extensión de la cobertura primaria e ingresamos en lo que se denominan "áreas duras".

Estas transformaciones son importantes porque indican que para conseguir resultados sostenidos las prioridades de salud no pueden ser siempre las mismas. En la medida que las mejoras avanzan, algunos problemas adquieren mayor peso relativo que otros. Por ejemplo, en poblaciones envejecidas, donde hay más ancianos que niños, adquieren mayor peso las enfermedades crónico-degenerativas. Mientras que en el polo opuesto, en poblaciones donde hay más niños que ancianos, tienen mayor peso los problemas nutricionales, o las afecciones perinatales.

Por otro lado, en una hipotética población donde predominan los jóvenes, sin duda la mayor cantidad de enfermedad y muertes responderá a causas externas como accidentes y homicidios.

Una cuarta generación es conformada por los indicadores de calidad de vida asociada a salud que miden la carga de enfermedad (combinando mortalidad con morbilidad), tales como AVISA –Años de Vida Sana-, o su original en inglés DAYLIs (Dissability Adjusted Years Lost), o la versión europea de los mismos bautizada como Qualys. Se trata de una variación más sofisticada de los AVPPP en la que además de considerarse la muerte prematura, se suman también la pérdida de años de vida por discapacidad. Imaginemos un ejemplo concreto, dos jóvenes de la misma edad sufrieron un accidente automovilístico, uno de ellos murió 40 años antes de la esperanza de vida promedio del país. Se considera, entonces, que esa población ha perdido 40 años de vida potencial. Pero el segundo joven en lugar de morir ha quedado parálítico de forma definitiva. Entonces, se considera, por convención, que sus años de supervivencia equivaldrán a la mitad de años de vida sana, por lo tanto dicha población habría perdido 20 años de vida saludable.

Generaciones de indicadores epidemiológicos y Prioridades de salud que de ellos surgen *ejemplo: Argentina*

Generación	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • Esperanza de Vida al Nacer • Tasa de Mortalidad Infantil 	Tasas Específicas de Mortalidad	Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP)	Años de Vida Saludable (AVISA)
Prioridades de política que de ellos se desprenden	Segmento Materno Infantil	Enf. Cardíacas Tumores Accidentes Cerebro vasculares	Tumores Accidentes Cardíacas Suicidio	Accidentes Cardíacas Depresión Cáncer

En conclusión, considerar la salud de la población a través de un único indicador puede ser un error. Evaluar, por ejemplo, una política sanitaria a partir de la reducción del número de infartos puede llevar a descuidar que avanzaron las muertes por causas externas. El diseño y la evaluación de las políticas de salud debe considerar que cada edad tiene problemas prevalentes particulares y que éstos no son fijos sino que van variando a cada momento y para cada nivel de desarrollo social y sanitario.