

REVISIÓN

Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Cardiovascular

IMPLICACIONES SOCIALES DE LAS MEDIDAS RESÚMENES DEL ESTADO DE SALUD DE UNA POBLACIÓN

Armando Seuc Jo¹

RESUMEN: Las medidas resúmenes de salud de la población constituyen un indicador relevante para describir el estado de salud de una población, evaluar el efecto de programas de salud alternativos en términos de costo-utilidad, y apoyar decisiones relacionadas con la asignación de recursos para mejorar la salud de la población. La OMS, en 1990 y también en el 2000, utilizó una medida resumen de salud de la población particular para evaluar la carga asociada a un número amplio de enfermedades y sus secuelas, los DALYs. Estas medidas resúmenes, de uso bastante extendido y ampliamente debatidas en la literatura científica, tienen una serie de implicaciones sociales que son un componente importante del debate antes mencionado. En este trabajo expresamos algunas reflexiones acerca de las principales implicaciones sociales de estas medidas resúmenes, con la aspiración de contribuir al debate acerca de este tema en Cuba. Una de las principales conclusiones de este trabajo es la inevitabilidad de tomar partido con respecto a la mayoría de los dilemas ético-morales que se presentan, lo cual se contrapone a la idea algo generalizada de que estos temas pueden ser “soslayados” o “ignorado”.

DeCS: PLANES ESTATALES DE SALUD; INDICADORES DE MORBIMORTALIDAD; COSTOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD; ASIGNACIÓN DE RECURSOS PARA LA ATENCIÓN DE SALUD.

INTRODUCCIÓN

Las medidas resúmenes de salud de una población (MRSP) combinan información sobre la mortalidad y sobre los eventos de salud no fatales (morbilidad) para representar la salud de una población determinada en un único número.¹ Los esfuerzos para desarrollar este tipo de medidas tienen una larga historia,²⁻⁹ y en los últimos años se ha fortalecido el interés por el desarrollo, cálculo y uso de estas MRSP,¹⁰⁻³¹ entre las que se encuentran los trabajos de REVES en Francia (*Réseau de l'Espérance de Vie en Santé*), los ALE (*Active Life Expectancy*), los DFLE (*Disability Free Life Expectancy*), y los DALYs (*Disability Adjusted Life Years*). Este último ha sido utilizado por la OMS en sus estudios para estimar la carga de enfermedades y factores de riesgo a nivel mundial para los años 1990 (Murray CJL, López A. eds. *The global burden of disease: A com-*

prehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA. Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996. *Global Burden of Disease and Injury Series. Vol I*) y 2000; también se ha empleado en un número de estudios nacionales de estimación de la carga de enfermedades y factores de riesgo. Es de señalar que la estimación de la carga de enfermedades (usando los DALYs como MRSP) se enmarca en los actuales esfuerzos de la OMS por evaluar el desempeño de los sistemas nacionales de salud en todo el mundo (Murray CJL, López A. *Global Health Statistics* Cambridge, MA. Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996. *Global Burden of Disease and Injury Series. Vol. II*) y donde la carga de las enfermedades es uno de los indicadores importantes para evaluar integralmente ese desempeño –junto con

¹ Doctor en Ciencias Matemáticas. Investigador Auxiliar. Asistente.

un indicador para cuantificar el grado de inequidad en salud, entre otros.

Usos principales de estas MRSP:

- Comparar (el estado de) la salud de varias poblaciones entre sí en un momento determinado.
- Monitorear los cambios en (el estado de) la salud de una determinada población a lo largo del tiempo.
- Identificar y cuantificar las inequidades en salud de distintos subgrupos (según sexo, edad, ocupación, lugar de residencia, etc) dentro de la población estudiada.
- Facilitar una atención adecuada y balanceada hacia los efectos de los eventos de salud no fatales sobre la salud general de la población.
- Ofrecer información útil para los debates sobre las prioridades con respecto a la planificación y provisión de los servicios de salud en la población.
- Propiciar el conocimiento y el debate sobre la salud pública en su conjunto.
- Facilitar la medición de los beneficios de políticas, programas y proyectos con impacto sobre la salud en los estudios de costo-efectividad.

Todas las MRSP requieren para su cálculo de varios tipos de datos. Básicamente los de mortalidad por grupos de edad y por sexo, y los relacionados con la epidemiología de los eventos de salud no fatales –también por edad y sexo. Otros datos que también se requieren tienen que ver con el valor o preferencia social por los distintos estados de salud que se encuentran entre la muerte y la salud perfecta, y que en el marco de este trabajo denominaremos “severidad” del correspondiente estado de salud (aunque quizás sea mejor utilizar la expresión “carga negativa social” del correspondiente estado de salud).

Existen distintos instrumentos para medir el estado de salud de una población, por ejemplo el SF-36, para cada

uno de los cuales puede concebirse un procedimiento distintivo para determinar el valor social de los correspondientes estados de salud. Es importante observar que los distintos estados de salud (medidos de una u otra forma), junto con sus correspondientes valores “cargas negativas” sociales, constituyen “datos de entrada” necesarios para el cálculo de las MRSP, pero no son *per se* MRSP.

Las MRSP pueden clasificarse en dos grandes grupos, sobre la base de la curva de supervivencia asociada a la población objeto de estudio: medidas de “esperanza de salud” y medidas de “brechas de salud”. En esa curva de supervivencia (figura) se refleja para cada edad en el eje horizontal, la proporción de individuos de una cohorte de nacimiento hipotética que sobrevive a esa edad. En la figura, el área A+B representa la esperanza de vida al nacer para esa cohorte. Las medidas del tipo “esperanza de salud” se representan en esta figura por subconjuntos del área A+B, subconjuntos que toman en cuenta la calidad de vida “subóptima” de los años vividos en el área B mediante una ponderación adecuada dada por una cierta función “f”, de donde resulta que las medidas de “esperanza de salud” son en general del tipo $A + f(B)$, siendo $f(B)$ un subconjunto de B.

A diferencia de las medidas del tipo “esperanza de salud”, las medidas del tipo “brechas de salud” cuantifican la diferencia o distancia entre la salud actual de la población estudiada y una cierta norma o estándar ideal para la salud de esa población. En la figura el estándar ideal puede representarse, por ejemplo, por una cohorte hipotética que sobrevive con salud perfecta hasta exactamente una cierta edad “ideal”, digamos 100 años, e inmediatamente después de alcanzar esa edad todos mueren. El área C en la figura representa los años de vida perdidos por la cohorte estudiada con respecto al estándar ideal que se ha propuesto para esa misma cohorte, debido a que en realidad se han producido (todas las) muertes a edades anteriores a la edad ideal postulada; de manera similar, el área C+B representa

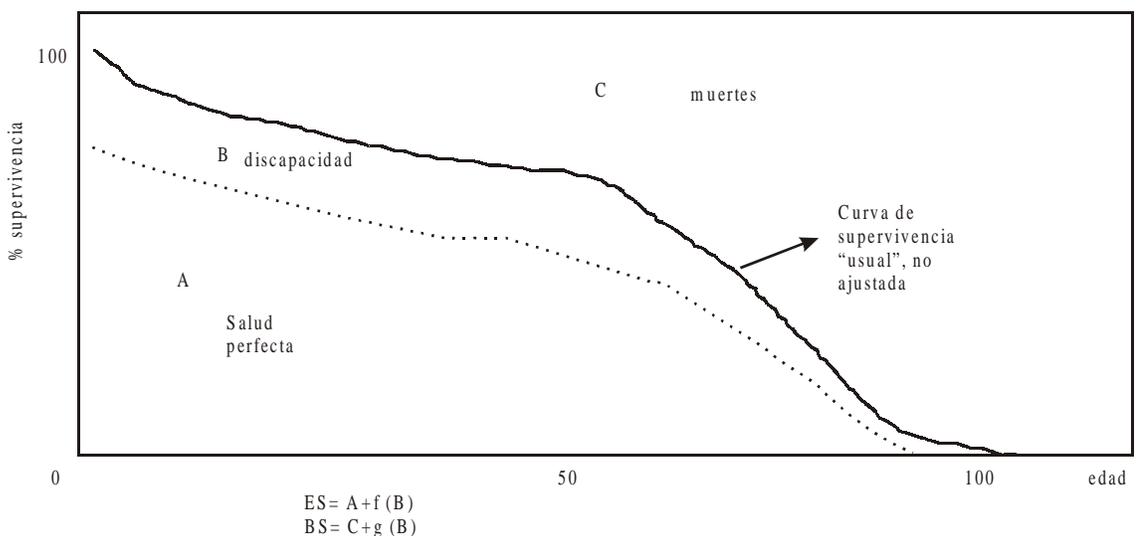


FIG. Clasificación de las MRSP: “esperanzas de salud (ES)” y “brechas de salud (BS)”.

los años de vida perdidos con respecto al estándar ideal debido a que parte de esa cohorte murió antes de tiempo, o vivió parte del tiempo con una salud subóptima, y donde se considera que vivir con salud subóptima es igual a estar muerto.

Si adoptamos una posición menos extrema y consideramos que vivir con una enfermedad es algo intermedio entre vivir con salud perfecta y estar muerto, el área $C + g(B)$, donde $g(B)$ representa un determinado subconjunto del conjunto B , significa la brecha entre la salud actual de la población estudiada y la salud ideal postulada para esa población.

Hay varios aspectos que deben necesariamente abordarse a la hora de diseñar cualquier MRSP. Los fundamentales son:

- a) Los detalles técnicos relacionados con el procedimiento para el cálculo de la MRSP.
- b) La definición y medición de los distintos estados de salud intermedios entre salud perfecta y muerte.
- c) La determinación del valor o preferencia social por los estados de salud intermedios antes mencionados.
- d) La inclusión de una serie de valores sociales en la MRSP, además de los involucrados en los puntos b y c anteriores.

Las MRSP, en particular los DALYs, han sido objeto de análisis críticos y valoraciones de distintos tipos, tanto por promotores como por detractores de estos. Parte importante de este debate se ha centrado en las implicaciones sociales de estos indicadores,³²⁻³⁸ razón por la cual hemos considerado conveniente hacer algunas reflexiones acerca de estos temas (HWO. DALYs and Reproductive Health. Report of an informal consultation. WHO/RHT/98.28. Division of Reproductive Health. WHO), de manera que también en nuestro país avancemos hacia un esclarecimiento y un conocimiento más profundo acerca de ellos.

Los aspectos sobre los cuales reflexionaremos son:

1. La interrelación entre el carácter positivo y el carácter normativo de todos los indicadores de salud, en particular de las MRSP.
2. Las implicaciones sociales relacionadas con la determinación del valor o preferencia por cada uno de los estados de salud que se incorporan en la MRSP.
3. Las implicaciones sociales relacionadas con la ponderación por edad, es decir, con la inevitabilidad de dar un conjunto de ponderaciones relativas a los años vividos en distintas edades.
4. Las implicaciones sociales relacionadas con la depreciación del valor de un año de vida saludable a lo largo del tiempo.
5. Las implicaciones sociales del grado de equidad que se establezca para el valor de un año de vida saludable, según las características sociodemográficas de los distintos subgrupos poblacionales estudiados.

6. Implicaciones sociales de la esperanza de vida para cada edad, que se asume para distintos grupos poblacionales.

IMPLICACIONES SOCIALES DE LAS MRSP

INTERRELACIÓN ENTRE EL CARÁCTER POSITIVO Y EL CARÁCTER NORMATIVO DE LAS MRSP

El carácter positivo de un indicador está dado por el grado en que este refleja la realidad, mientras que el carácter normativo está dado por el grado en que el indicador modifica esa realidad. Inicialmente todo indicador surge con un carácter casi exclusivamente positivo: el propósito fundamental en el proceso de su gestación es lograr que el indicador refleje, lo mejor posible, la parte de la realidad objeto de estudio. Con el tiempo (y con un poco de suerte), en la medida en que el indicador es utilizado, empieza a ponerse de manifiesto su carácter normativo: el indicador es utilizado en los debates políticos, y determinado número de decisiones son tomadas a partir de los resultados del indicador, como por ejemplo, una mayor asignación de recursos hacia algunas áreas, en detrimento de los recursos hacia otras (pues los recursos son siempre limitados y el costo de oportunidad está siempre presente). Se produce una unidad contradictoria entre estos dos aspectos: el indicador modifica la realidad que pretende reflejar. Esta unidad y lucha entre opuestos es característica de las teorías del desarrollo y del conocimiento,³⁹ en las cuales constantemente encontramos aspectos complementarios que al mismo tiempo se excluyen.

En mayor o menor medida, todos los indicadores son inicialmente positivos. Con el tiempo, solo aquellos que tienen éxito y son empleados ampliamente, tienden a convertirse en normativos. Y también hasta cierto punto, un indicador es normativo en la medida en que deja de ser positivo.

El uso normativo de indicador propicia la introducción de ciertos cambios y modificaciones de la realidad, en el sentido de que cuando el indicador tiene un carácter fuertemente normativo se tiende a trabajar en función de él.

En última instancia, es bueno que un indicador adquiera un carácter normativo. De lo que se trata es que las modificaciones que el uso de este propicia sean “reales” y no “artificiales”; “legítimas” y no “ilegítimas”. Cómo delimitar entre estas dicotomías es un problema complejo, de múltiples aristas, con implicaciones éticas y morales difíciles.

Los indicadores se crean para ser usados, por lo que el carácter normativo de un buen indicador es inevitable (Murray CJL., López A. The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge. MA. Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996. Global Burden Disease and Injury Series. Vol I).

Una solución práctica posible a la contradicción que se discute puede consistir en analizar y reflexionar, crítica

y periódicamente, las implicaciones globales de las modificaciones propiciadas por el uso normativo del indicador. Las modificaciones pudieran ser “perversas”: Puede que el indicador arrastre recursos hacia determinados sectores en detrimento de otros, y que el resultado “global” de esa “redistribución” inducida por el indicador sea negativo para la población. En esta misma dirección, es posible que el indicador atraiga tanta atención que provoque descuido y desatención hacia otras áreas no abarcadas por el indicador, y que nuevamente el balance global sea negativo para la población. Es probable que el “éxito” del indicador altere la manera usual en que se realizan determinadas tareas y funciones relacionadas de algún modo con este, con el propósito de “mejorar sus valores numéricos” (y no necesariamente mejorar la realidad que el indicador refleja). Si la manera usual de realizar esas tareas y funciones era adecuada, la modificación es una distorsión que provocaría más daño que beneficio, entre otras razones porque no se ha producido una modificación real positiva, sino que se ha distorsionado la manera en la que se *reporta* la realidad, dejando sin modificar la realidad en sí.

Otra posible solución práctica a esta contradicción es, por principio, evitar la adopción de un indicador cualquiera con “demasiado” entusiasmo, no importa cuán relevante luzca; mantener un determinado grado de saludable escepticismo hacia todos y cada uno de los indicadores de salud, en particular hacia las MRSP (a pesar de su integralidad y universalidad), puede mantener a largo plazo un balance razonable entre los múltiples factores que determinan el bienestar de la población. La esencia de esta estrategia es que ningún indicador, por “esencial” que pueda parecer en un momento determinado, es capaz de abarcar los múltiples aspectos que influyen en la salud y el bienestar de la población. En qué medida sería posible llevar a la práctica estas dos propuestas de soluciones es algo que está realmente por ver.

LAS IMPLICACIONES SOCIALES RELACIONADAS CON LA DETERMINACIÓN DEL VALOR O PREFERENCIA POR CADA UNO DE LOS ESTADOS DE SALUD QUE SE INCORPORAN EN LA MRSP

En la introducción expresamos las razones por las cuales las MRSP requieren que se les asigne un valor o preferencia a cada uno de los estados de salud posibles para la población, con vista a que, al igual que con la mortalidad, la morbilidad “genere” también años de vida perdidos.

Una de las primeras cuestiones que se destacan al considerar los valores o preferencias por los distintos estados de salud es que estos dependen de múltiples factores,³² como son: el grupo poblacional al que se le pregunte (país, grupo étnico, sexo, etc.), son el momento en que ese grupo poblacional sea interrogado sobre el tema (décadas del se-

enta, del noventa, etc), qué posición ocupan los interrogados con respecto al estado de salud de referencia (es decir, si el interrogado tiene ese estado de salud, si es familiar de la persona con ese estado de salud, si es un personal médico o paramédico, etc. y, por último, la manera en que se formule la pregunta (empleando escalas visuales analógicas, el método de “balance de personas”, el de “balance del tiempo”, etcétera).³²

La relatividad y la variabilidad de los valores asignados a los estados de salud incluidos en las MRSP, podrían hacernos pensar que la determinación de valores “universales”, aplicables a todas las sociedades y culturas y a cualquier período, es un objetivo estéril. No obstante, dada la necesidad objetiva de contar con criterios adecuados que permitan guiar las decisiones de asignación de recursos en general, en particular en el sector de la salud, se requiere tener al menos una aproximación (estimación) adecuada de estos valores. Hacen falta aproximaciones a los valores “universales” si estamos abocados al problema de asignación de recursos a nivel internacional; hacen falta aproximaciones a los valores de nuestro país si estamos abocados al problema de asignación de recursos en Cuba; hacen falta aproximaciones a los valores de la provincia Ciudad de La Habana si estamos abocados al problema de asignación de recursos en ese territorio, y así sucesivamente. Asumir que los valores “universales” son aplicables a Cuba, o que los valores para Cuba son aplicables a Ciudad de La Habana, etc. requiere de evidencias mínimas. En general debemos suponer que ocurre lo contrario, es decir, que estas valoraciones difieren de un nivel a otro, y también que difieren de un período de tiempo a otro en un mismo lugar. Debemos obtener y presentar las evidencias que nos permitan hacer lo que estamos haciendo, ya sea “suponer” que los valores son iguales, o que son distintos, de un lugar a otro o de un período de tiempo a otro.

Esta problemática está asociada al principio de la práctica como criterio de la verdad,³⁹ que es el que nos permitiría avanzar en la solución concreta de la pertinencia de las valoraciones existentes para el cálculo de la MRSP para la población específica estudiada. También se asocia al tema de la soberanía y la autodeterminación a los distintos niveles.³⁴ Si consideramos inaceptable que los valores por los distintos estados de salud vigentes en Australia sean aplicados en Cuba a la hora de priorizar problemas de salud y de redistribuir los recursos del sector salud en Cuba, se debe, entre otras causas, a que partimos de la suposición de que los valores vigentes en Australia difieren de los vigentes en Cuba. De manera similar nos debe preocupar aplicar los valores por los distintos estados de salud de Ciudad de La Habana al proceso de prioridad y distribución de recursos en Santiago de Cuba, si tenemos evidencias de que los valores vigentes en un lugar no son los vigentes en el otro, y así sucesivamente.

¿Tiene algún problema ético la asignación de valores o preferencias por los distintos estados de salud? ¿Asignarle, por ejemplo, una severidad de 0,4 a la ceguera y de 0,2 a la diabetes (en una escala de 0 a 1 donde 0 representa salud perfecta y 1 equivale a muerte) significa que tiene más valor para la sociedad un diabético que un ciego? ¿Significa que se discrimina el ciego con respecto al diabético? No necesariamente. Estos valores o severidades representan esencialmente la pérdida de calidad de vida que, según criterio del grupo poblacional encuestado (preferiblemente la sociedad en su conjunto) estas dos condiciones generan para un individuo de ese grupo poblacional.

Estos valores se utilizan para obtener de los años vividos con una cierta enfermedad, los que se consideran “perdidos” (o “dejados de vivir”). Si una persona vive 10 años ciego, y el valor (severidad) de la ceguera es 0,4, esa persona durante esos 10 años ha “perdido” (“dejado de vivir”) 4 años; de manera similar, si una persona vive 10 años con la diabetes y la severidad de esta condición es 0,2, en esos 10 años esa persona ha “perdido” (“dejado de vivir”) 2 años. Estos cálculos, a nivel poblacional, permiten obtener la “carga” asociada a la ceguera y a la diabetes, respectivamente, lo que es útil para informar las decisiones acerca de cómo asignar los limitados recursos con respecto a estas dos condiciones. Este uso de los valores (severidades) de las enfermedades (condiciones) no tiene por qué considerarse como una discriminación hacia uno u otro grupo de pacientes.

No es posible dejar de asignar valores a los distintos estados de salud. Esta es una situación en la que hay que tomar partido. Por ejemplo, considerar por igual a todas las enfermedades y sus secuelas (y asignar los recursos correspondientemente) es una manera muy particular de darle valores a los distintos estados de salud, es darle el mismo valor (la misma severidad) a todas y cada una de las enfermedades y sus secuelas. Comunidades, poblaciones y decisores específicos tienen siempre un criterio acerca del valor relativo de una enfermedad con respecto a otra; uno puede ignorar estos criterios existentes, pero sería solo para usar los de otras comunidades, poblaciones o decisores. ¿Cuáles son los valores que debemos usar, los de la población que será afectada por las decisiones que se tomen acerca de cómo asignar los recursos en el sector salud, o los de otras poblaciones o grupos “externos” a la población de referencia? La respuesta parece obvia.

Por último, habría que preguntarse hasta qué punto influyen en los resultados finales, en este caso en la carga final de las enfermedades, las modificaciones en los valores asignados a estas. Pudiera ocurrir que las variaciones en los valores de las enfermedades correspondientes a distintas poblaciones (regiones, países, comunidades) no tuvieran un efecto importante en el valor numérico de la MRSP, por lo que desde el punto de vista práctico sería intrascen-

dente preocuparse por estimar con exactitud los valores correspondientes a la población concreta estudiada. Por supuesto, la determinación de si el efecto sobre la MRSP es o no importante depende fundamentalmente del uso que se pretenda hacer de ella. El propósito para el cual se calcula la MRSP es uno de los criterios fundamentales para decidir si las variaciones en los valores de las enfermedades tienen o no un efecto importante en esta.

LAS IMPLICACIONES SOCIALES RELACIONADAS CON LA PONDERACIÓN POR EDAD

Las MRSP, en particular las del tipo de “brechas de salud”, asignan a cada muerte una cantidad de años de vida (potencial) perdidos, y también asignan a cada período vivido con una enfermedad (o discapacidad) otra cantidad de años de vida perdidos. Por lo tanto, al diseñar y/o emplear una MRSP nos enfrentamos al problema de qué peso relativo debe dársele a un año de vida “perdido” según sea la edad a la que se pierda ese año.³⁵⁻³⁷ Es decir, ¿significa lo mismo si se pierden 5 años de vida entre los 15 y los 20 años de edad, que si se pierden entre los 80 y los 85 años de edad? Obsérvese que si le otorgamos el mismo peso a los años de vida perdidos independientemente de las edades a las cuales se pierdan esos años, estamos utilizando un tipo de ponderación muy particular: la ponderación uniforme. O sea, el problema de la ponderación no se puede ni “obviar” ni “soslayar”, es inevitable, y hay que enfrentarlo tomando partido.

Las implicaciones de esta ponderación, al igual que en el caso de los valores/preferencias por los distintos estados de salud examinados en la sección anterior, están dadas por el uso potencial de la MRSP que incorpora esta ponderación. Si la MRSP ha logrado un carácter normativo importante, o sea, se utiliza por ejemplo para informar el proceso de asignación de recursos, un mayor o menor peso para las edades infantiles podría significar una mayor o menor asignación de recursos, respectivamente, para los problemas de salud que afectan principalmente a los infantes.

Existe consenso acerca de que todas las edades tienen su importancia. Pero ese no es el problema. El problema es si hay consenso acerca de que todas las edades son igualmente importantes, y en caso de que no lo sean, cómo ponderar entonces de manera diferenciada. Si le damos más peso a las edades jóvenes, digamos entre 15 y 25 años, con respecto a las edades por debajo o por encima de este rango, ¿significa eso que estamos discriminando a estos últimos grupos con respecto al primero? De hecho esta es una ponderación relativamente frecuente que se utiliza con el argumento de que en estas edades el individuo es más útil a la sociedad desde el punto de vista productivo-económico. Podemos polemizar alrededor de este tema, y plantear que

las edades por encima del rango antes mencionado son más útiles a la sociedad por ejemplo desde el punto de vista de la experiencia y los valores ético-morales que son capaces de transmitir a la sociedad en su conjunto, así como también podemos sustentar el criterio alternativo de que las edades más jóvenes (por debajo del rango antes mencionado) son las más importantes, por ejemplo, porque son el futuro (es decir, son importantes no por lo que son sino por lo que pueden ser).

Es necesario señalar que estas ponderaciones por edades deben reflejar el valor relativo que tienen las distintas edades (de cualquier individuo) para la sociedad en su conjunto; no estamos hablando de si tiene más valor el año vivido entre las edades 5 y 6 de un niño X en particular que el año vivido entre las edades 81 y 82 de un anciano en particular. Es en general, la importancia relativa para la sociedad del año vivido por personas entre 5 y 6 años de edad con respecto al año vivido por personas entre 81 y 82 años de edad. ¿En qué debe invertir más nuestra sociedad, en salvar un año de vida entre 5 y 6, o entre 81 y 82 años de edad? ¿Debe invertir lo mismo? Si no se debe invertir lo mismo, ¿cuánto mayor (o menor) debe ser el peso de uno con respecto al otro?

Un elemento importante a la hora del debate sobre si ponderar de forma diferenciada las edades representa una discriminación, es el hecho de que todos los individuos, al menos potencialmente, pasan por todas y cada una de las edades a lo largo de su vida. Por lo tanto, los individuos que hoy están en el grupo de edad “discriminado”, mañana necesariamente estarán en el grupo de edad “privilegiado”, y viceversa. Este no es el caso de posibles ponderaciones con respecto a otras variables como sexo, por ejemplo, donde en general el individuo que está hoy en la categoría “discriminada” (o “privilegiada”) lo estuvo también ayer y lo seguirá estando siempre.

IMPLICACIONES SOCIALES RELACIONADAS CON LA DEPRECIACIÓN DEL VALOR DE UN AÑO DE VIDA SALUDABLE A LO LARGO DEL TIEMPO

Las MRSP, en particular las del tipo de “brechas de salud”, pueden diseñarse de manera que tanto las muertes como las (incidencias de) enfermedades y secuelas generen años de vida (potencial) perdidos. En el caso de la mortalidad, por ejemplo, el fallecimiento de una persona con 60 años genera 20 años perdidos, si consideramos que la esperanza de vida a los 60 es de 80 años. De esos 20 años de vida perdidos, ¿tienen el mismo valor el año inmediatamente posterior a la muerte y el último de esos 20 años? El problema puede formularse alternativamente (Murray CJL; López A. Eds. The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge. MA. Harvard School of Public Health on behalf of the World Health

Organization and the World Bank, 1996. Global Burden Disease and Injury Series. Vol. I) de la siguiente manera: ¿tienen el mismo valor un año de vida saludable ahora y un año de vida saludable de aquí a 20 años?

En general, las personas prefieren disfrutar o consumir los “bienes y servicios” lo antes posible, y no postergar ese disfrute para el futuro. Incluso –reconociendo esa tendencia– la sociedad premia, en algunos casos, una postergación del consumo, como cuando otorga una tasa de interés elevada a las cuentas de ahorro que postergan el uso del dinero depositado en ellas por un largo período de tiempo. Si aceptamos que un año de vida saludable es un “bien” factible de ser disfrutado, podemos extender el concepto anterior y preguntarnos entonces, cómo varía (disminuye) el valor que le da nuestra sociedad a un año de vida saludable en dependencia del tiempo “t” durante el cual se posterga su disfrute.

Esta problemática no tiene nada de disquisición teórica alejada de la realidad. Es un problema de gran significación práctica. Supongamos, por ejemplo, que existen dos programas alternativos que tienen el mismo costo: el programa A es educativo, para mujeres en edad fértil –que se traducirá en reducciones de mortalidad y morbilidad de sus eventuales hijos– mientras que el programa B consiste en la introducción de una nueva tecnología que reduce la mortalidad y mejora la calidad de vida de determinado tipo de pacientes. Supongamos, además, que en los próximos cinco años la cantidad de años de vida perdidos que son “salvados” por ambos programas es la misma, solo que con el programa A el grueso de los años salvados se produce hacia el final de ese período, mientras que con el programa B el grueso de los años salvados se produce al inicio. La pregunta entonces es: ¿cuál de los dos programas debe financiarse sobre la base de la información disponible?; el programa B, que obtiene sus beneficios a más corto plazo, o el programa A, que beneficia fundamentalmente a la próxima generación? Este dilema se asocia directamente con estas otras interrogantes: ¿toda inversión de salud para la generación actual representa también una inversión de salud para las generaciones futuras? ¿hasta qué punto debe sacrificarse la salud de las generaciones presentes por la de las generaciones futuras?

Toda generación le agradece (en mayor o menor medida) a la generación anterior la inversión (mayor o menor) en salud que hizo para la siguiente. Puede enfocarse como un problema de solidaridad intergeneracional. Si la generación anterior fue generosa con nosotros, tenemos la obligación moral de ser también generosos con las generaciones futuras. Cada generación es generosa con la siguiente a su manera, que a corto plazo estas formas no se repiten, pero que a largo plazo tienden a regresar a sus “orígenes”, a sus “esencias”, en una especie de “espiral dialéctica”. Este es un elemento que puede relacionarse también con la sostenibilidad y la gobernabilidad de nuestras sociedades.

Es interesante observar también hasta qué límites puede llevarse este descuento en el tiempo del valor de un año de vida

saludable. ¿Hasta qué punto la generación actual puede y debe invertir en la salud de las próximas generaciones? Cuantitativamente, esto puede llevarse hasta un límite: sin generación presente no hay generación futura. Es decir, si la generación actual se sacrifica hasta el punto de que pone en peligro la aparición de la generación futura, cualitativamente estamos ante una nueva situación: la posible extinción de la raza humana.

IMPLICACIONES SOCIALES DEL GRADO DE EQUIDAD QUE SE ESTABLEZCA PARA EL VALOR DE UN AÑO DE VIDA SALUDABLE, SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS MIEMBROS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Las MRSP, en particular las del tipo de “brechas de salud”, computan los años de vida (potencial) perdidos debido a cada una de la amplia lista de enfermedades y secuelas. Los fallecidos por cada una de esas enfermedades y secuelas y los que debutan con ellas pertenecen a distintos grupos sociodemográficos determinados por variables como raza, ocupación, ingreso, estado civil, pertenencia a organizaciones políticas, etc. (se excluye la edad, variable que ya fue analizada anteriormente, y el sexo, que se analizará posteriormente. La pregunta que inevitablemente tenemos que hacernos es: ¿tienen el mismo valor o peso los años de vida perdidos generados por personas pertenecientes a grupos sociodemográficos distintos (Murray CJL; López A. Eds. *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA. Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996. *Global Burden Disease and Injury Series*. Vol. I); ¿tienen el mismo valor un año de vida perdido por una persona recluida en un centro penitenciario y un año de vida perdido por un ministro?, etc. El diseño y empleo de las MRSP requiere que se tome una decisión al respecto, de manera que la suma de los años de vida perdidos correspondientes a estos distintos grupos sociodemográficos se ponderen adecuadamente.

Como en todos los casos anteriores, no es posible “obviar” ni “soslayar” este problema. Si se decide darle el mismo valor a los años de vida perdidos, independientemente del grupo sociodemográfico que los genere, estamos optando por una ponderación muy particular: la ponderación uniforme. Si esa ponderación es la que más se corresponde con los valores éticos, morales y culturales de la población estudiada, bienvenida sea.

Dar un peso diferente a los años de vida perdidos en dependencia del grupo sociodemográfico al que se pertenezca, a diferencia de los casos anteriores, constituye una opción abiertamente discriminatoria, en contra de los principios de igualdad entre los hombres, universalmente aceptados.

IMPLICACIONES SOCIALES DE LA ESPERANZA DE VIDA PARA CADA EDAD QUE SE ASUME PARA DISTINTOS GRUPOS POBLACIONALES

Para calcular una MRSP, en particular del tipo de “brechas de salud”, las muertes que se producen a una determinada edad “x” generan una cantidad de años de vida (potencial) perdidos que se obtiene de la resta $E(x) - x$, donde $E(x)$ es la esperanza de vida para la edad “x”. Por ejemplo, si a los 60 años la esperanza de vida es hasta los 80, entonces los años de vida (potencial) perdidos por una muerte a los 60 años está dada por $80 - 60 = 20$.

Con anterioridad hemos discutido qué hacer si esa muerte a la edad “x” se produce en personas de distintas razas, de distintas ocupaciones, de distintos niveles culturales, en resumen de distintos grupos sociodemográficos (excluyendo la edad). Si los distintos grupos a los que pertenecen los fallecidos a la edad “x” están definidos por la variable sexo, por ejemplo, debemos entonces considerar la respuesta a esta pregunta: ¿los años de vida (potencial) perdidos son los mismos tanto para hombres como para mujeres? Es decir, ¿debemos considerar que tanto para hombres como para mujeres, las esperanzas de vida $E(x)$ son las mismas para todas y cada una de las edades “x”? Este tema del género y potenciales discriminaciones asociadas con este se ha revisado en relación con las MRSP.³⁸

Distintos estudios indican que la esperanza de vida de las mujeres es ligeramente superior a la de los hombres. Y hay evidencias importantes de que esta diferencia está determinada por factores biológicos. Esto implica que las muertes de una mujer y de un hombre a una misma edad “x” no generan la misma cantidad de años de vida (potencial) perdidos.

Que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que la de los hombres parece ser un hecho cierto. Bajo esta suposición, incorporar tal “realidad” en la MRSP no parece compatible con ningún tipo de discriminación, ni a favor ni en contra de las mujeres. ¿Qué implicaciones prácticas tiene esta decisión de considerar una esperanza de vida mayor para las mujeres? Si por una determinada enfermedad fallecen la misma cantidad de hombres y mujeres en las distintas edades, la carga “negativa” de la enfermedad resultará mayor en las mujeres que en los hombres, pues se habrán perdido más años de vida (potencial) en las mujeres que en los hombres. Y sobre esa base, se asignarían más recursos para combatir esa enfermedad entre las mujeres que entre los hombres. ¿Es esto justo? ¿No estaríamos con esta decisión acerca de la asignación de recursos reforzando la diferencia “biológica” entre hombres y mujeres con respecto a la esperanza de vida diferenciada? ¿Hasta qué punto es exclusivamente biológica la diferencia de esperanza de vida entre hombres y mujeres? ¿No estará parcialmente determinada esa diferencia por factores sociales tales como estilos de vida y roles sociales distintos, etcétera?

Como se observa, la fuente principal de la potencial discordia, o la fuente principal de la potencial discriminación al aceptar una esperanza de vida mayor en las mujeres que en los hombres, está en el carácter exclusivamente “biológico” de esa diferencia. Si aceptamos ese concepto, es decir, que esa diferencia está genéticamente dada y que no podemos (ni debemos) hacer nada para cambiar esa situación, no debemos ni tenemos por qué considerar discriminatorio que las muertes de una mujer y un hombre de iguales edades tengan una importancia o peso diferenciado para nuestra sociedad (en este caso la muerte de esa mujer es más importante que la del hombre). Por otro lado, si no consideramos aceptable que la mujer tenga una esperanza de vida mayor que la del hombre, es porque en el fondo no aceptamos el carácter biológico exclusivo de esa diferencia; es porque en el fondo consideramos que esa diferencia está (al menos parcialmente) condicionada por factores sociales como los mencionados anteriormente.

De forma similar, lo que ocurre con la variable sexo, ocurre con otras variables como raza, país, ingreso, etc. ¿Debemos considerar la misma esperanza de vida para los distintos grupos determinados por estas variables a la hora de diseñar y aplicar las MRSP? ¿Debemos considerar la misma esperanza de vida para personas de las distintas razas en el cálculo de una MRSP, aun cuando en realidad estas esperanzas difieran? ¿Debemos considerar la misma esperanza de vida para personas de países como Haití y Japón al calcular una MRSP, aun cuando en realidad estas esperanzas difieren de manera significativa?, entre otras interrogantes.

A diferencia de lo que ocurre con el sexo, en los casos antes mencionados no hay ninguna evidencia que indique que estas diferencias en las esperanzas de vida están determinadas biológicamente. Por el contrario, las evidencias apuntan a que estas diferencias en las esperanzas de vida están determinadas por las condiciones objetivas de vida, por estilos de vida, etc. Por lo tanto, considerar esperanzas de vida diferenciadas a la hora de calcular una MRSP resulta en estos una entronización y reforzamiento de las condiciones que originan esas desigualdades. Es un reforzamiento de la injusticia social que genera esas esperanzas de vida diferenciadas. En resumen, las distintas esperanzas de vida entre los distintos grupos dados por raza, país, etc, se consideran y, por los argumentos anteriores deben considerarse, como (resultado de) injusticias sociales.

Hemos presentado y discutido los principales aspectos con implicaciones sociales que están involucrados en el diseño y aplicación de cualquier MRSP. Dada la importancia actual y posiblemente futura de estas medidas, sus implicaciones sociales deben ser conocidas y debatidas por

nuestra población en general, en particular por especialistas, investigadores, y decisores.

Los aspectos debatidos fueron seis:

1. Interrelación entre el carácter positivo y el carácter normativo de todos los indicadores de salud, en particular de las MRSP.
2. Las implicaciones sociales relacionadas con la determinación del valor o preferencia por cada uno de los estados de salud que se incorporan en la MRSP.
3. Las implicaciones sociales relacionadas con la ponderación por edad, es decir, con la inevitabilidad de dar un conjunto de ponderaciones relativas a los años de vida vividos en distintas edades.
4. Las implicaciones sociales relacionadas con la depreciación del valor de un año de vida saludable a lo largo del tiempo.
5. Las implicaciones sociales del grado de equidad que se establezca para el valor de un año de vida saludable, según las características sociodemográficas de los distintos subgrupos poblacionales estudiados.
6. Implicaciones sociales de la esperanza de vida para cada edad que se asume para distintos grupos poblacionales.

De ellos, los últimos cinco aspectos están relacionados con ponderaciones (asignaciones o distribuciones) entre distintas alternativas, que deben incluirse a la hora de diseñar y aplicar las MRSP. Ponderaciones todas que tienen eventuales connotaciones ético-morales y socioculturales. Una de las conclusiones principales de este trabajo es que no podemos “obviar”, ni “ignorar”, ni “soslayar” los problemas asociados con estas ponderaciones. Tomar decisiones con respecto a cuál ponderación particular se debe utilizar en nuestro contexto es inevitable. Reiteramos, una vez más, que considerar el mismo peso y dar el mismo valor a las distintas opciones, grupos, etc, es un tipo particular de ponderación: la ponderación uniforme.

Solo en un caso resulta claramente adecuada la ponderación uniforme: en el del peso relativo de los años de vida saludables correspondientes a grupos sociodemográficos determinados por variables tales como raza, ocupación, escolaridad, etc. (excluyendo edad y sexo).

Para las restantes situaciones que involucran ponderaciones, un mismo valor o peso para todas las alternativas posibles (ponderación o asignación uniforme) no es necesariamente la única opción aceptable desde los puntos de vista ético, moral, y socio-cultural. Una discusión serena sobre las ventajas y desventajas de las distintas opciones parece ser en estos casos lo más indicado, y nuestra aspiración es que estas reflexiones contribuyan a ese debate.

Summary: The summary measures of the health status of the population are a relevant indicator to describe the health status of the population, to evaluate the effect of alternative health programs in terms of cost-utility, and to support decisions connected with the allotment of resources to improve the population's health. The WHO, in 1990 and in 2000, too, used a particular summary measure of the population's health to evaluate the burden associated with a great number of diseases and their sequelae, the DALYs. These summary measures which are widely used and debated in scientific literature have a series of social implications that are an important component of the above mentioned debate. In this paper, we made some reflexions on the main social implications of these measures in order to contribute to an adequate discussion of this topic in our country. One of the fundamental conclusions of this paper is the inevitability of taking part in the ethical and moral dilemmas that may emerge, which oppose against the generalized idea that these topics may be ignored.

Subject headings: STATE HEALTH PLANS; INDICATORS OF MORBIDITY AND MORTALITY; HEALTH CARE COSTS; HEALTH CARE RATIONING.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Murray CJL. A critical examination of summary measures of population health. *Bull World Health Org* 2000;78(8):981-94.
2. Field MJ, Gold GM, eds. Summarizing population health: directions for the development and application of population metrics. Washington DC, National Academy Press; 1998.
3. Sanders BS. Measuring community health levels. *Am J Public Health*, 1964;54:1063-70.
4. Chiang CL. An index of health: mathematical models. (United States Public Health Services Publications Series 1000, Vital and Health Statistics Series 2, no. 5). Washington DC: National Center for Health Statistics, 1965.
5. Sullivan DF. Conceptual problems in developing an index of health. (United States Public Health Services Publications Series 1000, Vital and Health Statistics Series 2, no. 17). Washington DC: National Center for Health Statistics; 1966.
6. Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Reports* 1971;86:347-54.
7. Fanshel S, Bush JW. A health-status index and its application to health services outcomes. *Oper Res*, 1970;18(6):1021-66.
8. Katz S. Measuring the health status of populations. In: Berg RL, ed. *Health Status indices*. Chicago; Hospital Research and Educational Trust; 1973.p.39-52.
9. Ghana Health Assessment Project Team. A quantitative method of assessing the health impact of different diseases in less developed countries. *Int J Epidemiol*, 1981;10(1):72-80.
10. Preston SH. Health indices as a guide to health sector planning: a demographic critique. In: Gribble JN, Preston SR, eds. *The epidemiological transition. Policy and planning implications for developing countries*. Washington DC: National Academic Press; 1993.
11. Robine J-M, eds. *Calculation of health expectancies: harmonization, consensus achieved and future perspectives*. London: John Libbey Eurotex; 1993.
12. Mathers C, McCallum J, Robine J-M, eds. *Advances in health expectancies: Proceedings of the 7th Meeting of the International Network on Health Expectancy (REVES)*. Canberra: Australian Institute of Welfare; 1994.
13. Katz S. Active life expectancy. *The New Eng J Med*, 1983;309(20):1218-24.
14. Bone NIR. International efforts to measure health expectancy. *J Epidemiol Comm Health* 1992;46:555-8.
15. Bronnum-Hansen H. Trends in health expectancy in Denmark, 1987-1994. *Danish Med Bull* 1998;45(2):217-21.
16. Crimmins EM, Saito Y, Ingegneri D. Trends in disability-free life expectancy in the United States, 1970-90. *Pop and Develop Rev* 1997;23(3):555-72.
17. Mutafova M. Health expectancy calculations: a novel approach to studying population health in Bulgaria. *Bull World Health Org* 1997;75(2):147-53.
18. Sihvonen AP. Socioeconomic inequalities in health expectancy in Finland and Norway in the late 1980s. *Soc Science Med*, 1998;47:303-15.
19. Valkonen T, Sihvonen AP, Lahelma E. Health expectancy by level of education in Finland. *Soc Science Med*, 1997;44:801-8.
20. Murray CJL, Lopez A. Evidence-based health policy-lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science* 1996;274:740-3.
21. Murray CJL, Lopez A. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1269-76.
22. Murray CJL, Lopez A. Regional patterns of disability-free life expectancy and disability-adjusted life expectancy: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1347-52.
23. Murray CJL, Lopez A. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1436-42.
24. Murray CJL, Lopez A. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-1504.
25. Lozano R, Frenk J, Gonzalez MA. El peso de la enfermedad en adultos mayores, Mexico 1994. *Salud Pub de México* 1994;38: 19-29.
26. Lozano R. Burden of disease assessment and health system reform: results of a study in México. *J Int Develop*, 1995;7(3):555-64.
27. La Carga de la Enfermedad en Colombia. Bogota: Ministry of Health; 1994.
28. Bowie C. Estimating the burden of disease in an English region. *J Pub Health Med*, 1997;19:87-92.
29. Murray CJL, Acharya AK. Understanding DALYs. *J Health Econ* 1997;16:703-30.
30. Murray CJL. *US patterns of mortality by county and race: 1965-1994*. Cambridge: Harvard Center for Population and Development Studies and Centers for Disease Control; 1998.
31. Bobadilla JL. Searching for essential health services in low- and middle-income countries: a review of recent studies on health priorities. Washington DC: The World Bank; 1996.

32. James KC, Foster SD. Weighing up disability. *Lancet* 1999;354: 87-8.
 33. Arnesen T, Nord E. The value of DALY life: problems with ethics and validity of disability adjusted life years. *BMJ* 1999;319:1423-5.
 34. Navarro V. The new conventional wisdom: an evaluation of the WHO report "Health Systems: Improving Performance". *Int J Health Serv* 2001;31(1):23-33.
 35. Murray CJL, Lopez AD. The incremental affect of age-weighting on YLLs, YLDs, and DALYs: a response. *Bull World Health Org* 1996;74(4):445-6.
 36. Barendregt JJ, Bonneux L, Van der Maas PJ. DALYs: the age-weights on balance. *Bull World Health Org* 1996;74(4):439-43.
 37. Murray CJL, Lopez AD. The incremental effect of age-weighting on YLLs, YLDs, and DALYs: a response. *Bull World Health Org* 1996;74(4):445-6.
 38. Sundby J. Are women disfavoured in the estimation of Disability Adjusted Life Years and the Global Burden of Disease? *Scandin J Public Health* 1999.
 39. Lenin VI. *Obras Escogidas en Doce Tomos. Tomo IV. Materialismo y Empirio criticismo. En torno a la dialéctica* Moscú: Editorial Progreso.
- Recibido: 22 de enero del 2002. Aprobado: 20 de febrero del 2002.
Armando Seuc Jo. Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular.
 Ciudad de La Habana, Cuba. E-mail: metodoli@infomed.sld.cu