

MEDICIÓN DE LA CARGA GLOBAL DE MORBILIDAD

Por varios motivos, podría ser conveniente conocer la cantidad agregada de mala salud, su distribución entre subgrupos de población y la contribución relativa de las distintas enfermedades y trastornos a la suma total. Estos conocimientos serían útiles, por ejemplo, para comprender la escala de los problemas de salud y su distribución entre los individuos, los países, las regiones, los grupos socioeconómicos, etc. También podrían servir como base para las políticas destinadas a reducir la mala salud, tales como el establecimiento de prioridades, y para medir el éxito de tales políticas.

Conviene reconocer las implicaciones éticas de la medición del estado de salud. En primer lugar, toda medición incorpora una valoración de los distintos estados de salud; la medición "objetiva" pura no existe. La valoración forma también parte de la decisión de incluir o excluir determinados aspectos en la medición como, por ejemplo, si la "carga" a medir debe ser tan solo la del individuo o si debe abarcar los efectos de segundo orden, de salud o de otro tipo, que supone para otros. En segundo lugar, la medición del estado de salud tendrá connotaciones éticas si se utiliza para influir en la asignación de recursos entre las personas, como ocurre al establecer prioridades entre intervenciones (Murray 1994).

¿Cómo puede medirse la mala salud y cuál es la unidad de medición adecuada? Ahora, se debe hacer una distinción clave entre medir la carga de morbilidad del individuo y medir la mala salud de una población. La carga individual puede capturarse mediante mediciones específicas de enfermedad o de órganos o sistemas corporales, como las obtenidas con las escalas de dolor, las tasas de ataque o alguna de las muchas herramientas especializadas existentes (véase Bowling 1995, para una revisión global de las mediciones de los estados de enfermedad). En los procesos que son siempre mortales y cuya principal consecuencia para la salud es la muerte prematura, los años de vida perdidos podrían proporcionar la medición de la carga de morbilidad. Sin embargo, cuando intentamos cuantificar la morbilidad en el ámbito de una población surgen muchos más problemas, pues nos vemos obligados a agregar los datos de muchos individuos con mala salud

debida a procesos de consecuencias múltiples (por ejemplo, muerte prematura, diferentes formas de discapacidad, dolor).²

Revisión de los enfoques e indicadores utilizados en la medición de la mala salud

En las primeras mediciones de la salud de las poblaciones, solo se estudiaban la mortalidad (por ejemplo, años potenciales de vida perdidos, tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer) y, por tanto, se analizaban solo las principales causas de muerte, ignorando una importante cantidad de mala salud capaz de provocar discapacidad o morbilidad. Durante los años 1960 y 1970 se iniciaron los esfuerzos por medir los resultados de salud no mortales en el nivel individual y hoy se cuenta con una enorme literatura sobre la medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Se dispone de tres grupos principales de instrumentos para comparar la salud de las personas (Fox-Rushby 1994): las mediciones “genéricas”, que permiten comparar contextos y grupos de enfermedad (por ejemplo, el McMaster Health Index Questionnaire, el Sickness Impact Profile, el SF-36 y el Nottingham Health Profile); las mediciones específicas de enfermedad (por ejemplo, escalas para evaluar los cánceres, los trastornos psiquiátricos, los procesos neurológicos, etc.) y un tercer grupo de indicadores que combinan la mortalidad y la morbilidad, entre los que destacan los años de vida ajustados a la calidad (AVAC) (Weinstein y Stason 1976) y el Euroqol (Euroqol Group 1990). Los AVAC ajustan el tiempo vivido con una salud menos que perfecta utilizando “pesos de calidad” que varían desde 1 (salud perfecta) hasta 0 (muerte). En general, los AVAC se emplean para evaluar la efectividad de las intervenciones de salud y para comparar el costo-efectividad de las que ofrecen distintos perfiles de mejoría de la morbilidad y la mortalidad. No se usan para medir la salud de las poblaciones (aunque algunos autores defienden esta utilización; véase, por ejemplo, Williams 1999).

Se hicieron dos grandes esfuerzos por medir la cantidad de mala salud de las poblaciones e incluir tanto la mortalidad prematura como los resultados no mortales. El primero fue el Proyecto de Evaluación de la Salud de Ghana (Ghana Health Assessment Project Team 1981), que desarrolló un

²El deseo de agregar los resultados de distintos estados de salud podría partir de un error básico: la muerte y la discapacidad podrían ser sencillamente inconmensurables y quizá no debiera agruparse jamás en la misma escala (Anand y Hanson 1997).

método para calcular cuantitativamente el impacto en la salud de diferentes procesos, con el fin de comparar el impacto potencial en la salud de la población de varios programas de intervención. La unidad de medida empleada fue el número de días de vida saludable perdidos a causa de una enfermedad, en el que se incluyeron la morbilidad y la mortalidad (“la extensión y duración de la discapacidad y el malestar de los atacados por la enfermedad”). Aunque ampliamente conocido, este método no parece haber sido adoptado por otros investigadores. Un motivo podría ser la escala del proceso de recogida de los datos que requiere. Tampoco resulta claro que los resultados de la evaluación influyeran luego en la política o en la asignación de recursos.

El segundo gran esfuerzo por medir la salud de las poblaciones mediante mediciones compuestas (es decir, combinando la mortalidad y la morbilidad) fue el estudio de la Carga Global de Morbilidad, desarrollado como aportación al Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993, *Invertir en salud*, y realizado conjuntamente por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud. Con posterioridad se publicó una serie de varios volúmenes (Murray y Lopez 1996, etc.) con los cálculos revisados y refinados de la carga global de morbilidad de 1990.

La unidad de medida de la carga de morbilidad del ejercicio CGM fue el año de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD). El AVAD, como el AVAC, es una medida compuesta del estado de salud en el que se combinan el tiempo perdido por mortalidad prematura (años de vida perdidos, o AVP) y el tiempo vivido con una discapacidad (años vividos con discapacidad o AVD). El tiempo perdido por muerte prematura se mide en relación con la esperanza de vida de referencia (80 años para los hombres y 82,5 años para las mujeres), usando tablas vitales modelo. El tiempo vivido con una discapacidad se traduce en una pérdida de tiempo equivalente, usando un conjunto de ponderaciones que reflejan la disminución de la capacidad funcional. Los AVAD incorporan cuatro “valores” a su construcción: la elección de la esperanza de vida a cada edad que, a los fines de la CGM, refleja la esperanza de vida en un entorno con baja mortalidad; la diferencia entre sexos de la esperanza de vida (la parte de la diferencia que se supone relacionada con variables biológicas de longevidad propias de cada sexo); el valor de un año de vida vivido a cada edad (ponderaciones de edad), y el valor del tiempo vivido en los distintos períodos de tiempo (descuento). Los tres primeros tienen claras implicaciones de género y deben ser analizados desde esta perspectiva. El descuento tiene también implica-

ciones de género, debidas al efecto indirecto que ejerce en la diferencia entre géneros de la esperanza de vida y la ponderación de la edad.

CARGA GLOBAL DE MORBILIDAD CALCULADA EN 1990: HALLAZGOS PRINCIPALES

Los patrones de salud y enfermedad de hombres y mujeres presentan grandes diferencias. En especial, las mujeres tienden a vivir más tiempo en casi todas las sociedades. Sin embargo, también tienden a notificar más enfermedades y traumatismos que los hombres (World Health Organization 1998a), debidas a la compleja relación existente entre las influencias biológicas y sociales (World Health Organization 1998a). Los cálculos sobre la carga global de morbilidad se encuentran en *The global burden of disease series* (Murray y Lopez 1996). Los cuadros 1 a 7 contienen resúmenes de la carga global de morbilidad de 1990.

Cuadro 1. Total de AVAD perdidos en 1990, todas las regiones

	Hombres	Mujeres	Total
Población (millones de habitantes)	2.654	2.614	5.268
AVAD (miles)	722.032	657.206	1.379.238
Porcentaje del total	52%	48%	100%

Fuente: Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1996) *The global burden of disease series*, cuadros 7a, 81, y 91. Boston, MA: Harvard School of Public Health.

Cuadro 2. Total de AVAD perdidos en 1990, todas las regiones, según grupo de enfermedades

	Hombres		Mujeres		Total	
	AVAD ('000)	% del total	AVAD ('000)	% del total	AVAD ('000)	% del total
I. Enfermedades maternas, perinatales y nutricionales	294.175	41	311.784	48	605.959	44
II. Enfermedades no transmisibles	292.626	40	272.006	41	564.632	41
III. Traumatismos	135.231	19	73.415	11	208.646	15
Total		100		100		100

Fuente: Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1996) *The global burden of disease series*, cuadros 7i, 8i y 9i. Boston, MA: Harvard School of Public Health.

El número total de AVAD perdidos en 1990 fue 1.379.238.000. De ellos, 52% correspondieron a hombres y 48% a mujeres. El ejercicio CGM divide las causas de muerte en tres grupos: el grupo I comprende los procesos transmisibles, maternos, perinatales y nutricionales; el grupo II está formado por las enfermedades no transmisibles, y el grupo III contiene los traumatismos, tanto intencionales como involuntarios. En términos de AVAD totales perdidos, el grupo I aporta 44%, el grupo II, 41%, y el grupo III, el 15% restante de la carga global de morbilidad.

Sin embargo, la distribución de estas cifras desagregadas por sexo permite valorar mejor la carga relativa de hombres y mujeres. Estas últimas sufren una carga relativamente mayor, debida a los procesos del grupo I (que forman 48% de la carga total femenina frente a 41% de la carga masculina) y a la aportación similar de las enfermedades del grupo II (41% y 40%, respectivamente). Por el contrario, las lesiones contribuyen en menor proporción a la carga total de enfermedad de las mujeres (11% en mujeres, en comparación con 19% en hombres).

La desagregación de los AVAD en sus dos componentes, mortalidad prematura (AVP) y discapacidad (AVD) permite comprender mejor las diferencias existentes entre las cargas de mala salud de ambos sexos. En conjunto, el número de años perdidos por mortalidad prematura es mayor en los hombres. Las cuotas debidas a las enfermedades del grupo I son aproximadamente iguales, pero la carga impuesta por las enfermedades de los grupos II y III es relativamente mayor en los hombres. Por el contrario, así como el número total de años vividos con discapacidad es aproximadamente igual para ambos sexos, las mujeres presentan una cuota relativamente mayor de discapacidad total debida a los trastornos del grupo I (59% y 41%, respectivamente). La distribución de los procesos del grupo II es aproximadamente igual, mientras que los traumatismos del grupo III provocan una carga mayor de discapacidad en los hombres.

El tercer panel del Cuadro 3 muestra la contribución de la mortalidad prematura (AVP) y la discapacidad (AVD) al total de AVAD perdidos por cada sexo en cada uno de los tres grandes grupos de enfermedad. La discapacidad total contribuye con la tercera parte del total de AVAD perdidos, pero las mujeres sufren mayores grados de discapacidad que los hombres en los tres grupos, con una diferencia más notoria en relación con las enfermedades del grupo I (22% y 16% del total de AVAD, respectivamente), como reflejo de la carga de discapacidad impuesta por la reproducción.

Cuadro 3. Contribuciones relativas de la mortalidad prematura (AVP) y la discapacidad (AVD) en 1990, todas las regiones, según grupos principales de enfermedad

Años de vida perdidos (AVP) ('000)	Hombres	Mujeres	Total
Total	486.937 (54%)	419.565 (46%)	906.502 (100%)
Grupo I	246.875 (50%)	243.713 (50%)	490.588 (100%)
Grupo II	152.937 (54%)	130.458 (46%)	283.395 (100%)
Grupo III	87.125 (66%)	45.394 (34%)	132.519 (100%)
Años perdidos por discapacidad (AVD) ('000)			
Total	235.096 (50%)	237.641 (50%)	472.737 (100%)
Grupo I	47.300 (41%)	68.072 (59%)	115.372 (100%)
Grupo II	139.689 (50%)	141.548 (50%)	281.237 (100%)
Grupo III	48.107 (63%)	28.021 (37%)	76.128 (100%)
AVD como porcentaje del total de AVAD, según grupo de enfermedad			
Total	33%	36%	34%
Grupo I	16%	22%	19%
Grupo II	48%	52%	50%
Grupo III	36%	38%	36%

Fuente: Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1996) *The global burden of disease series*, cuadros 7i, 8i y 9i. Boston, MA: Harvard School of Public Health.

Este hallazgo es compatible con la observación de que las mujeres viven más que los hombres, pero que su morbilidad también es mayor.

La falta de equidad relativa entre las diferentes regiones en lo que concierne a la salud se comprueba analizando las diferencias de la carga agregada de morbilidad. Una forma de establecer comparaciones no depuradas entre las regiones consiste en valorar los AVAD por 100.000 habitantes (Cuadro 4). De este modo, puede verse de una forma muy nítida la carga de mala salud asociada a la pobreza. La mayor carga absoluta de mala salud corresponde al África Subsahariana, donde los AVAD por 100.000 habitantes son cuatro veces mayores que en las economías de mercado establecidas. A continuación, vienen las cargas de la India (casi tres veces superiores a las de los países desarrollados) y de Oriente Medio (2,4 veces mayores que las de los países desarrollados).

Cuando se valora la composición de la carga de mala salud también se encuentran diferencias regionales (Cuadro 5). Por ejemplo, las enfermedades del grupo I (transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales) producen solo 7-11% de todos los AVAD perdidos en las economías de mercado establecidas y en las antiguas repúblicas socialistas de Europa,

Cuadro 4. AVAD perdidos por 100.000 habitantes en 1990, según regiones

	Hombres	Mujeres	Total
Economías de mercado establecidas	14.029	10.830	12.396
Antiguas economías socialistas de Europa	21.615	14.661	17.977
India	32.390	35.500	33.892
China	18.573	18.203	18.394
Otros países de Asia e Islas	27.563	24.345	25.961
África Subsahariana	61.350	54.532	57.901
América Latina y el Caribe	24.197	19.986	22.087
Oriente Medio	30.309	29.659	29.990

Fuente: Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1996) *The global burden of disease series*, cuadros 7a-8h. Boston, MA: Harvard School of Public Health.

Cuadro 5. Patrones regionales del porcentaje de AVAD perdidos según grupo de enfermedad, hombres y mujeres por separado

	Grupo I		Grupo II		Grupo III	
	H	M	H	M	H	M
Economías de mercado establecidas	7	8	78	85	16	7
Antiguas economías socialistas de Europa	7	11	68	79	25	10
India	54	59	30	28	17	13
China	22	27	58	58	20	15
Otros países de Asia e Islas	42	48	40	42	18	10
África Subsahariana	62	70	18	20	20	10
América Latina y el Caribe	33	39	45	52	22	10
Oriente Medio	45	51	39	40	16	9

Fuente: Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1996) *The global burden of disease series*, cuadros 7a-8a. Boston, MA: Harvard School of Public Health.

Nota: Los totales de las filas pueden no sumar 100% por haberse redondeado las cifras.

pero causan más de 50% de todos los AVAD perdidos en la India y el África Subsahariana y casi 50% en otros países de Asia y las islas, así como en Oriente Medio. En todas las regiones, los procesos del grupo I provocan cargas mayores en las mujeres que en los hombres. Por el contrario, los componentes del grupo III (accidentes y lesiones) constituyen una carga mayor para los hombres que para las mujeres de todas las regiones, si bien presentan asimismo notables variaciones regionales, ya que justifican 25% de la carga de morbilidad de los hombres de las antiguas economías socialistas de Europa, el África Subsahariana y América Latina y el Caribe.

El volumen de CGM proporciona más datos desagregados sobre las magnitudes de la mortalidad y la discapacidad debidas a causas específicas. Los cuadros 6 y 7 muestran las 10 causas principales de AVAD de los

Cuadro 6. Diez causas principales de AVAD perdidos durante 1990 por mujeres y hombres adultos (15–44 años) de las regiones en desarrollo

Mujeres	AVAD ('000)	% acumulativo	Hombres	AVAD ('000)	% acumulativo
Todas las causas	177.227	100	Todas las causas	180.211	100
Depresión mayor unipolar	22.740	12,8	Depresión mayor unipolar	12.658	7,0
Tuberculosis	8.703	17,7	Accidentes de tráfico	11.387	13,3
Anemia ferropénica	7.135	21,8	Tuberculosis	10.747	19,3
Lesiones autoprovocadas	6.526	25,5	Violencia	9.844	24,8
Parto obstruido	6.033	28,9	Consumo de alcohol	8.420	29,4
Infección por clamidia	5.364	31,9	Guerra	7.448	33,6
Trastorno bipolar	5.347	34,9	Trastorno bipolar	5.601	36,7
Sepsis puerperal	5.226	37,8	Lesiones autoprovocadas	5.478	39,7
Guerra	4.934	40,6	Esquizofrenia	5.068	42,5
Aborto	4.856	43,4	Anemia ferropénica	4.898	45,3

Fuente: Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1996) *The global burden of disease series*, cuadro 5.4. Boston, MA: Harvard School of Public Health.

Cuadro 7. Diez causas principales de AVAD perdidos durante 1990 por mujeres y hombres adultos (15–44 años) de las regiones desarrolladas

Mujeres	AVAD ('000)	% acumulativo	Hombres	AVAD ('000)	% acumulativo
Todas las causas	24.674	100%	Todas las causas	36.943	100
Depresión mayor unipolar	4.910	19,8	Consumo de alcohol	4.677	12,7
Esquizofrenia	1.450	25,7	Accidentes de tráfico	4.167	23,9
Accidentes de tráfico	1.137	30,3	Depresión mayor unipolar	2.664	31,1
Trastorno bipolar	1.106	34,7	Lesiones autoprovocadas	2.072	36,8
Trastornos obsesivo-compulsivos	933	38,5	Esquizofrenia	1.578	41,0
Consumo de alcohol	801	41,7	Abuso de sustancias	1.404	44,8
Artrosis	783	44,9	Violencia	1.196	48,1
Infección por clamidias	599	47,3	Cardiopatía isquémica	1.160	51,2
Lesiones autoprovocadas	569	49,6	Trastorno bipolar	1.135	54,3
Artritis reumatoide	549	51,8	VIH	911	56,7

Fuente: Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1996) *The global burden of disease series*, cuadro 5.4. Boston, MA: Harvard School of Public Health.

adultos de las regiones en desarrollo y desarrolladas. Pueden verse varias diferencias interesantes. La tuberculosis y la anemia ferropénica son causas relativamente más importantes de mala salud para las mujeres de las regiones en desarrollo y otras diversas causas importantes están relacionadas con la salud de la reproducción. En los hombres, las 10 causas principales reflejan una carga considerable debida a factores relacionados con la conducta (accidentes, violencia, alcohol, lesiones). La carga de los trastornos de la salud mental es evidente en todas las regiones, pero más marcada en las que están en desarrollo.

Un volumen especial de la serie CGM ofrece detalles adicionales sobre el cálculo de la salud reproductiva (Murray y Lopez 1998). En distintos capítulos escritos por varios autores se presenta la base del cálculo de los AVAD de distintos trastornos, incluyendo las enfermedades transmitidas sexualmente, las enfermedades maternas y perinatales y un factor de riesgo (sexo inseguro). La introducción expone diferentes alternativas para definir la salud reproductiva y demuestra que la carga de los procesos asociados a ella depende de la definición elegida (véase el Cuadro 8). Algunas de estas definiciones son muy estrictas (A y C), mientras que otras son muy amplias (D y E). Las más próximas al concepto de salud reproductiva de la OMS serían la A (consecuencias del sexo en los adultos) y la C (trastornos del aparato reproductor). Las definiciones E y F difieren enormemente de la idea "tradicional", ya que se centran en el grupo de edad reproductiva y no en las alteraciones de la salud relacionadas con la reproducción en sí, aún reconociendo que muchos de los riesgos para la salud asociados a la reproducción no emanan de las causas reproductivas tradicionales (y podrían, de hecho, emanar de patrones de comportamiento muy dependientes del género). Sin embargo, las evaluaciones de la carga presentadas con cada una de estas clasificaciones dependen todas ellas de los mismos cálculos y datos básicos contenidos en la CGM.

En este trabajo se comparan también los perfiles de carga cuando se mide solo a través de las muertes de origen reproductivo y cuando se mide a partir de los AVAD secundarios a las causas reproductivas. Los autores observan que el perfil de mala salud medido mediante los AVAD es notoriamente distinto al obtenido a partir de las muertes, dada la menor edad a que se producen muchos de los fallecimientos asociados a los trastornos de la reproducción y la gran frecuencia con que muchos de ellos provocan discapacidad.

Cuadro 8. Distintas formas de definir la salud reproductiva

Definición	Comprende
A: Consecuencias del sexo en los adultos	Enfermedades de transmisión sexual en la población sexualmente activa, causas maternas, una proporción de cánceres de adultos, VIH y hepatitis B de transmisión sexual.
B: Consecuencias del sexo en los niños y los adultos	Condiciones de la definición A + malformaciones congénitas y trastornos que aparecen durante el período perinatal, carga en los grupos de edad de 0 a 4 y de 5 a 14 por ETS y fracción de cánceres, VIH y hepatitis B de transmisión sexual.
C: Condiciones del aparato reproductor	Todas las enfermedades de transmisión sexual, condiciones maternas y cánceres del aparato reproductor.
D: Condiciones tratadas por los servicios de salud reproductiva	Todas las causas de carga de los niños de 0 a 4 años de edad, condiciones maternas.
E: Carga del grupo de edad reproductiva de 15 a 44 años	Todas las causas de mortalidad prematura y discapacidad en el grupo de edad de 15 a 44 años.
F: Condiciones que afectan fundamentalmente al grupo de edad reproductiva	Todas las causas de enfermedad y lesión con tasas de AVAD específicos de edad en las edades de 15 a 44 años superiores a 1,5 veces la tasa de AVAD no depurados de todos los grupos de edad. En los hombres, abarca las ETS, el VIH, la enfermedad de Chagas, depresión mayor unipolar, trastorno bipolar del estado de ánimo, esquizofrenia, dependencia de alcohol, esclerosis múltiple, dependencia de sustancias, lesiones autoprovocadas y violencia. En las mujeres, comprende una lista similar, pero incluye también las causas maternas y excluye la violencia.

Fuente: Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1998) *Health dimensions of sex and reproduction*. Boston, MA: Harvard School of Public Health.

ASPECTOS DE GÉNERO Y CARGA GLOBAL DE MORBILIDAD: ¿CÓMO SE SUMAN?

La información contenida en la CGM representa un esfuerzo enorme e impresionante por recoger y presentar datos epidemiológicos y demográficos. Sin embargo, su interpretación exige cierta cautela. Específicamente, debemos preguntarnos por los posibles sesgos de los datos y de los métodos, ya que podrían ocultar la verdadera relación existente entre sexo, género y salud. Por ejemplo, si la discapacidad resulta más difícil de medir (y, por tanto, potencialmente menos fidedigna) que la mortalidad, la mayor carga de discapacidad femenina observada en el Cuadro 3 podría estar infrarepresentada. Además, algunos de estos procesos tienden a provocar más discapacidad en las mujeres que en los hombres (por ejemplo, la violencia) y también es más probable que las mujeres tiendan a notificarlos con menos frecuencia, lo que traería consigo una infravaloración general de la carga de las mujeres, en comparación con la de los hombres.

Se puede exponer los aspectos de género de la medición de la carga de morbilidad a partir de tres categorías. En primer lugar, hay aspectos conceptuales relacionados con lo que se mide. En segundo lugar, existen sesgos derivados del cálculo de la prevalencia e incidencia de las enfermedades. El tercer conjunto de aspectos guarda relación con los sesgos intrínsecos de los métodos empleados para medir y valorar la mala salud. Si bien la segunda categoría de problemas puede resolverse recogiendo datos más completos y desagregados, las categorías primera y tercera plantean retos conceptuales más complejos a los métodos empleados en la medición de la salud.

¿Qué es lo que se mide?

Conviene observar que los AVAD son una medida de la enfermedad, no de la salud. Miden la mala salud como una deficiencia del nivel máximo de salud alcanzable, definido según la esperanza de vida normalizada de cada edad. Las deficiencias se atribuyen a una única enfermedad. Este planteamiento es compatible con el uso previsto del análisis, es decir, dirigir los recursos hacia las intervenciones de salud (a menudo, pero no siempre, proporcionadas a través de los servicios de salud) que pretenden reducir o eliminar la carga de morbilidad.

Además de la enfermedad, en la CGM se calcularon también las cargas atribuibles a ciertos factores de riesgo de enfermedad, como la malnutri-

ción. Se tratan las implicaciones de género de este análisis en la sección sobre establecimiento de prioridades y análisis costo-efectividad a partir de la página 33.

Mediciones de salud y mediciones de enfermedad

Una herramienta empleada para medir la enfermedad puede no ser la herramienta ideal para la planificación del sector salud y quizá introduzca una forma especial de sesgo de género en el proceso de planificación. Ello se explica porque muchas de las actividades de las mujeres y de los servicios de salud destinados a la mujer se ocupan de producir salud, más que de tratar la enfermedad.³ Por ejemplo, casi 20% de los ingresos hospitalarios de Tanzania guardan relación con el embarazo y el parto. Aunque una parte de estos puede contribuir a la carga de morbilidad (por las complicaciones que causan las “condiciones maternas” del grupo IC de la CGM), la utilización de estos servicios pretende en su mayor parte promover la salud, garantizando el acceso a las intervenciones obstétricas en caso de complicaciones. En un estudio sobre las diferencias de los problemas de salud atendidos en atención primaria en Holanda, Gijsbers van Wijk et al. (1992) encontraron que las mayores tasas de asistencia de las mujeres para detección y diagnóstico (por ejemplo, citologías cervicovaginales) y fines preventivos (por ejemplo, anticoncepción) justificaban más de 25% de la diferencia global entre sexos en los problemas notificados de salud (una categoría empleada en su análisis que guarda una elevada correlación con la utilización). En un estudio de seguimiento (Gijsbers van Wijk et al. 1995) encontraron diferencias significativas entre sexos en la utilización de los servicios de prevención y diagnóstico en todos los grupos de edad menores de 65 años y llegaron a la conclusión de que “hasta los 65 años... los comportamientos de prevención son puestos en práctica en grado mucho mayor por las mujeres que por los hombres”. Por el contrario, la fracción de hombres que usan los servicios de salud de esta forma es mucho menor, ya que tienden a acudir a ellos tras identificar un problema de salud dado y a utilizarlos para prevenir la muerte o la discapacidad.

Atribución de toda la deficiencia a una única enfermedad

Un segundo aspecto se refiere a las premisas relativas a la causa de mala salud que derivan de centrar el estudio en la enfermedad y, más específica-

³Se agradece a Patrick Vaughan su tratamiento de este tema.

mente, en atribuir a una única enfermedad la totalidad de la deficiencia entre la edad de comienzo de esta y la iniciación del proceso discapacitante. De este modo, el método supone, de forma implícita, que el intervalo de vida sana perdido hubiera podido ser vivido con una salud excelente. Sin embargo, y sobre todo en las regiones con tasas elevadas de mortalidad, cuando se evita la muerte por una enfermedad dada (por ejemplo, la causada por la malaria en un niño), la persona sigue siendo vulnerable a otras enfermedades. Cuando se pretende calcular la relación costo-efectividad de una intervención, este aspecto resulta particularmente problemático, puesto que si no se valora, es fácil que la ganancia de salud asociada a la intervención resulte sobrevalorada. También podría sobrevalorar la auténtica carga de morbilidad debida a causas particulares.

Carga de morbilidad y subdesarrollo

Los problemas asociados a este proceso de atribución se complican aún más cuando se utilizan las mismas cifras de esperanza de vida normalizadas para todos los países. La norma empleada en los AVAD (esperanza de vida al nacer de 80 años para los hombres y de 82,5 años para las mujeres y una tabla vital de tipo occidental)⁴ se eligió para reflejar la mayor esperanza de vida encontrada en un país (el Japón). En lo que a la equidad se refiere, las implicaciones de usar una esperanza de vida común para todos los países resultan claras: supone afirmar que una muerte prematura, digamos a los 55 años, contribuye en la misma medida a la carga global de morbilidad tanto cuando afecta a una mujer pobre de Bangladesh como cuando la afectada es una mujer pudiente de un barrio residencial de los Estados Unidos (Murray 1994). No obstante, el uso de una esperanza de vida normalizada supone que las intervenciones de salud incrementan, por sí solas, la esperanza de vida hasta cifras similares a las de los países desarrollados. En realidad, a la muerte prematura de las mujeres pobres de Bangladesh contribuyen numerosos factores y procesos y solo algunos de ellos son susceptibles de modificación por los servicios de salud. Además, los AVAD perdidos se atribuirían a una sola enfermedad, ya que el

⁴La ventaja de usar una tabla vital que incorpora la esperanza de vida de cada edad (más que, por ejemplo, los años potenciales de vida perdidos, que establecen el máximo en un límite arbitrario) es que las poblaciones con esperanzas de vida al nacer superiores al promedio (sobre todo, con esperanza de vida superiores a 80 años para los hombres y 82,5 años para las mujeres) seguirán siendo positivas, permitiendo la captura de una cierta insuficiencia en lo que a la salud perfecta se refiere.

análisis no abarca las causas múltiples. Así pues, al tratar la carga obtenida con semejante vara de medir, parecería más adecuado hablar de “la carga de morbilidad y subdesarrollo” que de la simple carga de morbilidad (Anand y Hanson 1997).

¿Es la discapacidad una medida adecuada de la carga?

En la terminología de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (ICIDH, Internacional Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps), el ejercicio CGM pretende medir la discapacidad⁵ como reflejo del impacto en el funcionamiento de la persona, cualquiera que sea su entorno social.⁶ Ello obliga a plantear la importante cuestión de si este impacto es siempre la carga que debe medirse. En especial, plantea el tema, al que se volverá en la última sección de este trabajo, de si deben emplearse los mismos parámetros tanto para la evaluación de la carga de morbilidad como para la asignación de recursos. Como alternativa, podría considerarse la magnitud del impedimento asociado a las consecuencias no mortales, que tomaría en consideración las consecuencias globales de la afectación en función de cada entorno social. Evans y Ranson (1995) utilizaron los años de vida ajustados al impedimento o AVAI para calcular la carga producida por el tracoma. En la medida en que esta enfermedad se asocia a un estigma social o consecuencias que varían con cada contexto (por ejemplo, infertilidad),⁷ el impedimento podría permitir una medición mejor de la carga de morbilidad y, en algunos casos, podría ser un parámetro más adecuado para la asignación de recursos de salud (y de otro tipo).

⁵La ICIDH define la afectación según el órgano o aparato, la magnitud de la secuela que produce y el impacto ejercido en el funcionamiento de la persona, mientras que el impedimento es el conjunto de consecuencias de la enfermedad, que dependen del entorno social. El ejemplo citado por Murray (1994) resulta útil para diferenciar las tres entidades: “... la pérdida de un dedo o de un ojo es una afectación. La discapacidad consiguiente puede ser la pérdida de la función motora fina o de la visión... según esta terminología, la pérdida de la función motora puede ser un impedimento mayor para un violinista que para el cajero de un banco” (Murray 1994, pág. 11).

⁶Sin embargo, Murray (1996) observa que el método utilizado para ponderar la discapacidad produce, probablemente, resultados que corresponden al nivel medio de impedimento.

⁷En la CGM, la infertilidad forma parte de las secuelas de la infección por clamidias, gonorrea, sepsis puerperal y aborto. Recibe una ponderación de discapacidad de 0,180.

¿Carga para quién?

La carga medida por la CGM es la carga de mala salud experimentada por la persona. Las posibles consecuencias sociales se capturan solo en parte, mediante el uso de ponderaciones de edad. No se incluyen otras cargas que recaen en la familia, los amigos y la sociedad en su conjunto (Anand y Hanson 1997). En especial, este enfoque individualizado no abarca las tareas de atención a los demás de las mujeres y su particular responsabilidad en la reproducción.

Aspectos de la valoración de la incidencia y la prevalencia

Todo esfuerzo destinado a medir la pérdida de vida saludable en el mundo y a clasificar esta pérdida en grupos de enfermedad requiere un importante cúmulo de datos. En el estudio sobre la carga global de morbilidad, los cálculos de la mortalidad según su causa se realizaron tomando datos de distintas fuentes (Murray y Lopez 1996). Cuando se dispuso de buenos registros vitales, se utilizaron las muertes codificadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión 9 (CIE-9). Para China y la India, se emplearon sistemas de registro de muestra. Cuando fue posible, se emplearon los datos de los laboratorios de población. Otras fuentes fueron cálculos epidemiológicos, modelos de causas de muerte y estudios llevados a cabo por expertos en enfermedades que produjeron evaluaciones de las tasas de incidencia, prevalencia, remisión y letalidad.

Se descubrió que la agregación de la mortalidad debida a las distintas enfermedades producía niveles de mortalidad superiores a la mortalidad total calculada según distintos métodos demográficos. Para limitar el nivel agregado de mortalidad debida a enfermedades individuales al extremo superior de la mortalidad de cada grupo de edad y sexo, los editores de la serie aplicaron un algoritmo, destinado a reducir los cálculos de mortalidad específica de causa (AbouZahr 1998; Rowley y Berkley 1998). El proceso de comprimir o “aplantar” los cálculos de muertes por causas individuales para conseguir acoplarlas a un cálculo agregado de mortalidad resulta un tanto opaco y plantea ciertas dudas sobre las implicaciones del proceso en lo que concierne a la distribución final de las muertes según sus causas.

Los datos relativos a los resultados no mortales son mucho menos completos que los de mortalidad. Para calcular los años perdidos por discapacidad, se identificaron expertos o grupos de expertos (formados en su mayor parte por hombres procedentes de países desarrollados) para 100

condiciones. Mediante datos extraídos de estudios publicados y no publicados, se calcularon las incidencias de las enfermedades y de las discapacidades, la remisión, la letalidad y la distribución de la prevalencia según la clase de gravedad de la discapacidad. Se procedió a su revisión para determinar su coherencia y posteriormente fueron sometidos a una revisión y re-revisión internacional (Murray y Lopez 1996).

Dadas la gran cantidad de datos necesarios y la complejidad del proceso de calcular la carga debida a cada enfermedad, convendría tomar en cuenta aspectos del sesgo de género y de inexactitud de las mediciones de la CGM.

Procesos que probablemente sean infranotificados por las mujeres

Es muy probable que ciertas condiciones sean infranotificadas por las mujeres y, por tanto, infravaloradas en las estadísticas —por ejemplo, aquellas que no se notifican ni en las encuestas ni en las estadísticas sistemáticas por temor o por miedo al rechazo social.

Un ejemplo podría ser la violencia contra la mujer. Existen pocos datos basados en poblaciones sobre su incidencia real o sobre sus consecuencias para la salud física y mental de las mujeres (Heise, Pitanguy y Germain 1994; World Health Organization 1998a). Aunque hoy se dispone de mejores datos acerca de los malos tratos domésticos procedentes tanto de los países desarrollados como de los que están en desarrollo, el estigma asociado a la agresión sexual hace que la información sobre violaciones o abusos sexuales sea todavía muy difícil de recoger y la mayor parte de la existente procede de las naciones desarrolladas (Heise, Pitanguy y Germain 1994).

Es probable que también se oculten las muertes debidas a abortos provocados y suicidios. Faveau y Blanchet (1989), en su estudio retrospectivo sobre las muertes ocurridas en un área de vigilancia demográfica de Bangladesh, afirmaron que los fallecimientos por aborto séptico, suicidio y homicidio son más frecuentes en las jóvenes adolescentes solteras y que existe una infranotificación de las mismas que se justifica por el estigma social y el deshonor de la familia asociados.

También podrían ser infranotificadas otras muchas condiciones que tienden a ser asintomáticas en la mujer. Por ejemplo, 50%-80% de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) de las mujeres o son asintomáticas o producen síntomas difíciles de reconocer. Por el contrario, los hombres

Recuadro 1. La carga para la salud de la violencia dependiente del género

En el marco de la CGM, la violencia de género es más un factor de riesgo que una enfermedad. En otras palabras su efecto consiste en incrementar la incidencia de distintas consecuencias para la salud. Para preparar el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993, se calcularon las consecuencias para la salud de la violación y la violencia doméstica. Las secuelas valoradas fueron las ETS, el VIH, el aborto, la depresión, la dependencia del alcohol, la dependencia de sustancias, el trastorno por estrés postraumático, las lesiones no intencionadas, el suicidio, el homicidio y las lesiones intencionadas. Un grupo internacional de expertos calculó la cuota de AVAD totales atribuible a la violencia doméstica y a la violación, llegando a la conclusión de que, en conjunto, provocan 5% de los AVAD perdidos por las mujeres en edad fértil en los países que se encuentran demográficamente en desarrollo y 19% en los desarrollados (Banco Mundial 1993; Heise et al. 1994). La diferencial entre los cálculos aplicados a unos y otros podría deberse, a su vez, a un sesgo de género y a la infravaloración de estas causas en los países en desarrollo.

Fuente: Heise, L., Pitanguy, L., Germain, A. (1994) *Violence against women: The hidden health burden*. Washington, DC: World Bank. (World Bank Discussion Papers No. 255, pág. 17, y Apéndice C.

con gonorrea o infección por clamidias suelen ser sintomáticos y en ellos, los signos de infección son más específicos (Handsfield et al. 1974; Stamm y Holmes 1990, ambos citados por Hawkes 1998). Este fenómeno podría tener consecuencias adicionales para la salud de las mujeres, ya que las ETS son un factor de riesgo para la infección por VIH y, en la medida en que no se tratan, conllevan una exposición diferencial a este riesgo. Muchas mujeres solo acuden a los servicios sanitarios cuando sufren complicaciones sanitarias, como la enfermedad inflamatoria pélvica, un embarazo ectópico o infertilidad (Hawkes 1998). Cuando las enfermedades de las mujeres tienden a ser asintomáticas, tanto las estadísticas de los servicios de salud como las de las encuestas de la población tienden a presentar sesgos, salvo que en las segundas se incluyan exploraciones médicas o analíticas.

Si bien la infranotificación es un riesgo claro en las ETS, en las áreas de baja prevalencia puede haber una sobrenotificación debida al uso de los algoritmos de diagnóstico existentes. La OMS recomienda un enfoque sindrómico en el manejo de las ETS, basando el diagnóstico en la presencia de secreción y dolor abdominal bajo. Sin embargo, en las zonas con baja prevalencia de ETS, este proceso podría traer consigo un exceso de noti-

ficaciones (Hawkes, comunicación personal) y, por tanto, una sobrevaloración de la incidencia y prevalencia de estos trastornos.

Los cálculos de incidencia y prevalencia podrían contener asimismo sesgos debidos a diferencias de los comportamientos de búsqueda de atención en salud. Así, en muchos países en desarrollo, las mujeres usan los servicios de salud menos que los hombres. Ello podría explicarse por varias razones: porque el peso de sus tareas domésticas les impide disponer de tiempo para acudir a los servicios de salud; porque carecen de los recursos necesarios para acudir a dichos servicios, o porque rehusan acudir a causa de sus malas relaciones con los trabajadores de salud (a menudo hombres). Todo ello podría tener un impacto importante en la validez de las bases de datos epidemiológicas. Ettlíng et al. (1989) describieron notables diferencias de sexo en la frecuentación de las consultas por malaria en Tailandia (6:1 a favor de los hombres); sin embargo, las encuestas de población no indican diferencias de las tasas de infección entre los sexos. Incluso tras la introducción de los servicios móviles de lucha contra la malaria con objeto de mejorar el diagnóstico y tratamiento de la población femenina, las diferencias de asistencia entre sexos siguieron siendo 4:1 a favor de los hombres de la región. En su cálculo de la carga de las ETS, Rowley y Berkley (1998) observaron que sus cálculos de la duración de la infección se basaron en el acceso "promedio" a los centros de atención en salud, pero sin tomar necesariamente en consideración el acceso diferencial de hombres y mujeres a los mismos. Resulta muy difícil calcular la carga asociada a las necesidades de salud no cubiertas.

La infranotificación podría afectar también a las enfermedades en los hombres. Por ejemplo, los servicios de atención primaria de salud del sector público destinan cada vez una parte más importante de su tiempo a la salud materno-infantil y a la planificación familiar, por lo que los hombres podrían sentirse incómodos acudiendo a ellos. En un estudio llevado a cabo en una zona rural de Bangladesh, los hombres con síntomas de ETS tendieron a recurrir a formas de asistencia privadas, incluyendo sanadores tradicionales y trabajadores de salud mal preparados, utilizando apenas la infraestructura del sector público (Hawkes 1998). Estas formas de asistencia rara vez aparecen en las estadísticas de utilización habitual.

Es muy probable que las circunstancias sean muy distintas en los países desarrollados, ya que en ellos las mujeres tienden a utilizar los servicios de salud con más frecuencia que los hombres. Ello se debe en parte a su mayor uso de los servicios de prevención y de salud reproductiva. Sin

Recuadro 2. Cálculo de la carga de las ETS

Los cálculos de la CGM sobre la carga de las ETS fueron descritos detalladamente por Rowley y Berkley (1998). Estos autores analizaron sobre todo la carga asociada a la gonorrea, la infección por clamidias y la sífilis, pues otros grupos calcularon las correspondientes a la hepatitis B, el VIH y el virus del papiloma humano y sus valoraciones aparecen en otros volúmenes de la serie.

La prevalencia de cada región se calculó a partir de una revisión de la literatura médica disponible, limitando el análisis a las poblaciones de bajo riesgo después de 1985. La duración de la infección se determinó usando un algoritmo que incorporaba premisas sobre la probabilidad de que la persona fuera asintomática y sobre la probabilidad de tratamiento. Se creó un cartograma de probabilidad de enfermedad a secuela, centrado en los efectos de las complicaciones principales, con y sin tratamiento. Varias complicaciones se asignaron a otras secciones del estudio (embarazo ectópico, neumonía neonatal, bajo peso al nacer e infertilidad). Se excluyó el aborto espontáneo.

Los autores exponen ciertos problemas y limitaciones de su estudio:

- La prevalencia se calculó a partir de una revisión de la literatura y, por tanto, tiene la limitación de los datos disponibles y el problema adicional de que la disponibilidad de datos fue muy variable según las regiones.
- La duración se calculó mediante el acceso “promedio” a los servicios de salud y no tomó en consideración, necesariamente, el acceso diferencial de hombres y mujeres.
- Solo se estudiaron tres patógenos, de los más de 40 conocidos. No pudieron incluirse otras ETS por información insuficiente, aunque se sabe que tienen relación con consecuencias desfavorables, el VIH y el parto prematuro.
- Los cálculos de la carga de las ETS no incluyeron las consecuencias sociales y económicas, como las asociadas a la infertilidad, a menudo consistentes en ansiedad, depresión y abandono.
- Algunas consecuencias de las ETS (por ejemplo, el embarazo ectópico) no aparecen como parte de la carga asociada a estas enfermedades, sino de forma independiente; por tanto, la carga directa de las ETS reflejada en el estudio es solo parcial.

Fuente: Rowley, J., Berkley, S. (1998) *Health dimensions of sex and reproduction*. Boston, MA: Harvard School of Public Health.

embargo, el hallazgo de la mayor notificación femenina de trastornos del estado de ánimo y físicos menores es objeto de numerosos estudios (Gijsbers van Wijk et al. 1992, 1995).

La infrautilización de los servicios de salud puede deberse también a que las mujeres consideren que dichos servicios tienen poco que ofrecer. Por

ejemplo, estos servicios pueden no disponer de la capacidad o de los recursos necesarios para responder a la necesidad quirúrgica de reparar las fistulas rectovaginales. Sabiéndolo, las mujeres pueden no acudir a ellos en absoluto. Las encuestas de población podrían servir para detectar la prevalencia de estos trastornos, pero ni siquiera este enfoque resultaría eficaz si el estigma asociado a ciertas enfermedades previene su notificación por la mujer. Además, prestando demasiada atención a las funciones reproductivas de la mujer, podría omitirse la detección de otras condiciones (Vlassoff y Bonilla 1994).

Diferencias entre sexos en las consecuencias para la salud

Varias enfermedades tienen consecuencias distintas en los hombres y en las mujeres. Cuando este aspecto se desconoce u olvida, los cálculos de la carga de morbilidad específicos de sexo se hallan, consecuentemente, sesgados. Resulta sorprendente lo poco que se sabe acerca de las diferencias entre las historias naturales de la enfermedad y sus secuelas en los hombres y las mujeres.

El sesgo de género en la selección tanto de los temas como de los sujetos de la investigación se conoce desde hace tiempo (Freedman y Maine 1993). Los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (NIH) destinan solo una fracción de sus recursos a los problemas de salud propios de la mujer. Incluso cuando una enfermedad dada afecta a los dos sexos, se tiende a ignorar la posibilidad de que existan diferencias de diagnóstico, sintomatología, pronóstico y efectividad de los distintos tratamientos entre unos y otras (World Health Organization 1998a). Krieger (1994) nos recuerda que recientemente el NIH está recurriendo a directivas para exigir a los científicos dedicados a la investigación clínica y epidemiológica que incluyan mujeres y minorías en sus poblaciones de estudio.

La enfermedad cardiovascular constituye un buen ejemplo. Pese a su importancia para la salud de las mujeres y pese a saberse que hay importantes diferencias entre hombres y mujeres, se han hecho casi todos los estudios de cohorte importantes sobre las causas y tratamiento de esta enfermedad en hombres. En consecuencia, los médicos tienden a extrapolar los resultados a la población femenina, aun en ausencia de pruebas clínicas que respalden su decisión (Freedman y Maine 1993).

De igual modo, la investigación sobre el VIH/sida tiende a excluir a las mujeres, por lo que es mucho lo que se ignora acerca de las diferencias biológicas entre ambos sexos (World Health Organization 1998a). La esperanza

de vida de las mujeres diagnosticadas de sida es menor que la de los varones, tanto en los países ricos como en los pobres. Esta diferencia se atribuye a la combinación de una desigualdad de acceso a los servicios de salud y a una falta de información de la mujer sobre la enfermedad (Anastos y Vermund 1993; de Bruyn 1992; Richie 1990, citados por World Health Organization 1998a). No resulta claro que estas diferencias de longevidad fueran tomadas en consideración en los cálculos sobre la carga del VIH de la CGM.

Por último, hasta hace poco tiempo apenas se había estudiado la forma en que el sexo y el género influyen en la transmisión y el riesgo de infección de las enfermedades tropicales, en el reconocimiento y respuesta a los signos de infección, en el acceso a los servicios de salud y en la presentación de los síntomas. El estudio de estas diferencias, cuando existe, tiende a limitarse a los efectos de las enfermedades tropicales en la fertilidad y en la evolución de la gestación (Manderson, Jenkins y Tanner 1993; Vlassoff y Bonilla 1994). Se sabe que, aunque las mujeres tienden a desarrollar mayores respuestas de anticuerpos frente a la malaria (Vlassoff y Bonilla 1994) y a la lepra, ambas enfermedades comprometen su inmunidad durante el embarazo. En consecuencia, la malaria tiende a provocar abortos, muertes intrauterinas y bajo peso al nacer, factores todos que deberían ser tomados en consideración en la evaluación de la carga de la malaria y de los efectos diferenciales en las mujeres y los hombres. Así como las mujeres desarrollan, característicamente, formas menos graves de lepra, durante la gestación tienden a hacerse sintomáticas, a sufrir recaídas y a presentar síntomas más graves (Ulrich et al. 1993). Tampoco se conocen muy bien las variaciones de la esquistosomiasis en lo que se refiere a su historia natural y a sus consecuencias clínicas en el hombre y la mujer; no obstante, se sabe que la esquistosomiasis genital femenina se asocia a distintas patologías, tales como infertilidad, aborto, parto pretérmino y embarazo ectópico (World Health Organization 1998a). Estos sesgos de género de la ciencia médica pueden traer consigo tanto una notificación insuficiente de la incidencia como una infravaloración del impacto (y, por tanto, de la carga de morbilidad) de estos procesos en la mujer. Los análisis costo-efectividad de las intervenciones resultarán igualmente distorsionados, puesto que los resultados de los estudios en que se basan no son aplicables a la población femenina.

Diferencias de género en la susceptibilidad y respuesta a la mala salud

Además de las diferencias entre sexos, el papel de género puede influir en la susceptibilidad a la enfermedad, en la respuesta a la misma y en las

consecuencias de la mala salud para el bienestar de la persona. Para poder capturar la auténtica carga provocada por las enfermedades hay que comprender este papel de género y sus efectos. Por ejemplo, las deficiencias nutricionales se asocian a una inmunidad deficiente y, en consecuencia, a una mayor susceptibilidad a diversas enfermedades infecciosas como la lepra, mientras que en Asia se observaron prácticas discriminatorias en la asignación de alimentos (Jacobson 1993; Chen, Huq y D'Souza 1981). Podría haber asimismo diferencias de género en la exposición laboral, como ocurre en las mujeres que sufren una exposición diferencial a la esquistosomiasis como consecuencia de sus tareas de acarreo de agua.

Las consecuencias de la enfermedad también podrían ser distintas a causa del acceso y uso diferencial de los servicios de salud. En algunas partes del mundo, los hogares destinan menos dinero a cuidar la salud de las mujeres e hijas a causa de la preferencia otorgada a los hijos varones (Das Gupta 1987; Chen, Huq y D'Souza 1981; Hossain y Glass 1988). Otros obstáculos al uso de los servicios de salud podrían depender de las prácticas culturales que niegan a las mujeres el derecho a viajar solas o a consultar a hombres trabajadores de salud (World Health Organization 1998a).

Incluso aunque tengan acceso a los servicios de salud, la atención prestada por estos puede no ser lo bastante sensible a las limitaciones especiales que las mujeres deben afrontar. Por ejemplo, estas podrían beneficiarse menos que los hombres del tratamiento sindrómico de las ETS porque uno de los factores clave para la detección de estos trastornos son los antecedentes de múltiples parejas sexuales o la historia de múltiples contactos del compañero. Las mujeres pueden ignorar el grado de exposición de su pareja, o quizá sean más reacias que los hombres a compartir esta información con el trabajador de salud, por miedo a la falta de confidencialidad y al consiguiente rechazo social. En consecuencia, pueden tender a sufrir ETS no tratadas.⁸ Además, puesto que las ETS no tratadas tienden a ser más asintomáticas en la mujer, estas podrían sufrir en mayor medida las secuelas discapacitantes de las mismas, como la EIP y la infertilidad.

Aunque las diferencias de las consecuencias sociales de la mala salud en ambos sexos no se incluyen en los cálculos de la carga de morbilidad, influyen de forma significativa en los resultados de salud, lo que obliga a realizar un análisis de género. Por ejemplo, las consecuencias de una

⁸Se agradece a Patrick Vaughan que haya señalado estos aspectos de la diferencia entre géneros.

enfermedad desfigurante, como la lepra o la filiarisis linfática, podrían ser peores en las mujeres. Por tanto, quizá acudan más tarde en busca de ayuda por temor a la consiguiente estigmatización (World Health Organization 1998a) y ello, a su vez, podría asociarse a una discapacidad o desfiguración mayores, por ejemplo, en el caso de lepra (Ulrich et al. 1993). En términos más generales, se sabe que las mujeres tienden a acudir a los servicios de salud en etapas más tardías de su enfermedad y que por este motivo tardan más tiempo en recuperarse (Vlassoff y Bonilla 1994).

Gama de condiciones de salud de las mujeres excluidas por ausencia de datos

Existe una última y amplia clase de sesgo debida a la gama de condiciones de salud de las mujeres que no pueden valorarse porque, sencillamente, no se dispone de datos sobre magnitudes, causas y consecuencias (World Health Organization 1998b). Muchos procesos obstétricos, ginecológicos y relacionados con la anticoncepción resultan especialmente difíciles de medir y, por tanto, fueron excluidos del cálculo de la CGM. Así ocurre que, por ejemplo, la vaginosis bacteriana es una causa muy común de frecuentación de los servicios de salud en las zonas con baja prevalencia relativa de ETS, pero no forma parte de la evaluación de la CGM (Hawkes, comunicación personal).

En un informe reciente, la OMS estableció un listado de condiciones propuestas para su inclusión en las revisiones de la CGM. En el mismo se incluyen las complicaciones obstétricas indirectas, tales como las enfermedades preexistentes que empeoran con la gestación, diversas morbilidades ginecológicas hasta ahora excluidas, otras ETS, las infecciones del aparato reproductor, los trastornos menstruales, la mutilación genital femenina y las prácticas dañinas y violentas, la morbilidad anticonceptiva, la morbilidad psicológica, la infertilidad, las morbilidades atribuibles al VIH, las relaciones entre el VIH y las ETS y las muertes intrauterinas (World Health Organization 1998b).

Problemas de valoración de la mala salud

Muchos de los problemas arriba expuestos podrían corregirse mejorando los procesos de obtención de datos y estructurándolos de forma que fueran sensibles a las dimensiones de género y sexo. Sin embargo, los métodos empleados para asignar valor a las distintas formas de mala salud en los cálculos de la CGM plantean, a su vez, un conjunto más amplio de problemas.

Brecha de género en la esperanza de vida

Además de la elección de un “patrón de referencia” para evaluar las pérdidas (véase la sección sobre aspectos de género y carga global de morbilidad: ¿cómo se suman?) se plantea el tema de cómo tratar las diferencias de longevidad entre los sexos. En casi todas las sociedades, las mujeres viven más que los hombres. En algunos países, muy notablemente en los de la antigua Unión Soviética, la esperanza de vida al nacer de las mujeres es hasta 13 años mayor que la de los hombres (World Bank 1998). Se cree que la ventaja biológica de las mujeres justifica una parte de esta diferencia entre sexos: las tasas de aborto espontáneo y mortalidad intrauterina son mayores en los fetos del sexo masculino de todas las sociedades y el exceso de mortalidad masculina persiste durante los primeros seis meses de vida (World Health Organization 1998a). Las razones que explicarían esta ventaja femenina dependerían de diferencias en la estructura cromosómica, posiblemente una maduración más lenta de los pulmones de los varones debida a los efectos de la testosterona (Waldrom 1986) y también en la protección que los estrógenos endógenos ofrecen contra la cardiopatía isquémica (World Health Organization 1998a). La parte de la diferencia de longevidad que se atribuye a diferencias biológicas no es, al menos por ahora, susceptible de intervención.

Sin embargo, las diferencias de la esperanza de vida entre sexos tienen un importante componente social, muy influido por el género. En casi todos los países, los factores sociales refuerzan la ventaja biológica de las mujeres, ya que los hombres resultan más expuestos a los factores de riesgo, como el hábito de fumar o los peligros laborales; al mismo tiempo, existen comportamientos arriesgados asociados al “papel” masculino, que tiende a provocar conductas de aceptación del riesgo (World Health Organization 1998a), un proceso que, en sí mismo, guarda una estrecha relación con el género. Por el contrario, en ciertas sociedades, las mujeres (y sobre todo las jóvenes) sufren una desventaja especial en términos de asignación de alimentos, atención en salud y acceso a la educación (por ejemplo, Sur de Asia, China). Toda valoración de la carga de morbilidad debería capturar los costos para la salud de estos comportamientos determinados por el género. Para ello podría utilizarse una brecha de género en la esperanza de vida, equivalente tan solo al componente biológico de la diferencia de longevidad. En la construcción de los AVAD se emplea una brecha de género de 2,5 años, que es un cálculo de la brecha biológica derivada de las diferencias de la esperanza de vida observadas en poblaciones con exposiciones

relativamente bajas a factores de riesgo tales como el tabaco y los peligros laborales (Murray 1994). La elección de la brecha influye en la evaluación de la carga de morbilidad de las mujeres en comparación con la de los hombres. Si la cifra de 2,5 años sobrevalora el diferencial real de la esperanza de vida entre sexos, provocará una infravaloración de la carga de morbilidad de la población femenina, en comparación con la masculina. Si la auténtica brecha fuera inferior a 2,5 años ocurriría lo contrario (Anand y Hanson 1997).

Valoración de los estados de salud no mortales

Como se indicó más arriba, en el cálculo de los AVAD se asigna el valor de 1 a los años perdidos por mortalidad prematura (antes de la ponderación de la edad y el descuento). Para los resultados no mortales se emplea un “peso de discapacidad” que oscila entre 0 y 1, con el fin de medir el tiempo pasado según el estado de salud y que pretende reflejar la pérdida de funcionalidad asociada a las secuelas discapacitantes.

El enfoque utilizado en el estudio CGM para calcular las ponderaciones de discapacidad se revisó después de hacer los cálculos para 1992 (Murray 1996). En las etapas previas, un grupo de expertos asignó ponderaciones basadas en los descriptores de los distintos niveles de discapacidad funcional, mientras que el nuevo protocolo suponía el uso del método del “intercambio personal” (PTO, Person Trade Off) en un proceso de deliberación.⁹ Este protocolo fue diseñado para su uso con los proveedores de atención en salud, a quienes se pidió que evaluaran “al individuo promedio con el proceso descrito, tomando en consideración la respuesta o entorno social promedio” (Murray 1996). El mismo grupo de expertos (en su mayor parte formado por hombres) participó también en la evaluación de la distribución de los posibles resultados de cada enfermedad entre siete clases de discapacidad, con objeto de poder calcular el peso de una discapacidad

⁹Una forma de PTO pide a los participantes que intercambien la extensión de la vida de las personas sanas con la extensión de la vida de las personas que tienen un determinado estado de salud (por ejemplo, con la perspectiva de un responsable de tomar decisiones, ¿preferiría usted comprar intervenciones que proporcionarían un año de vida a 1.000 personas completamente sanas o a 2.000 personas ciegas?). La segunda forma pide a los participantes que intercambien el aumento de la calidad de vida de los que tienen un estado de salud dado (estado i) hasta una salud perfecta durante un año con la extensión de la vida de las personas sanas durante un año. Ambas formas del proceso PTO llegan a ponderaciones de preferencia del estado de salud sometido a consideración (Murray 1996).

promedio, ponderado según su distribución entre las clases. Este proceso plantea ciertas cuestiones, las cuales se describen a continuación.

¿Qué valores hay que usar?

Los procedimientos de valoración de la CGM toman los pesos de las discapacidades calculados por los profesionales de salud. Además, casi todos estos profesionales eran hombres. Sin embargo, no resulta totalmente claro que las valoraciones de la discapacidad efectuadas por ellos sean más válidas que, por ejemplo, las de las personas que han sufrido el problema de salud en su propia carne o en sus familiares próximos. Para algunos, la idea de utilizar las evaluaciones efectuadas por los profesionales no es aceptable. Se sabe que grupos diferentes tienden a evaluar de distinta forma un mismo estado de salud (Nord 1992) y que las puntuaciones obtenidas de los profesionales de salud, los enfermos, las familias de estos y la población general difieren de forma sistemática.

Sadana (1998) estudió las diferencias entre las ponderaciones de discapacidad de la CGM y las otorgadas por las mujeres pobres de Camboya mediante una escala analógica visual. Participaron en este estudio 40 mujeres de 17 a 54 años de edad. La mitad de la muestra procedía de hogares de Phnom Penh y la otra mitad se seleccionó a partir de las que acudieron a los servicios de salud reproductiva o psiquiátrica de la misma ciudad. El Cuadro 9 muestra los pesos de discapacidad de distintos procesos de salud según la CGM y el estudio citado. Aunque en términos estrictos las ponderaciones no son directamente comparables porque se obtuvieron con distintos métodos, revelan ciertos aspectos interesantes. En 8 de los 12 estados de salud comunes a ambos estudios, las mujeres otorgaron mayores pesos de discapacidad. En especial, y en comparación con los expertos de Ginebra, las mujeres dieron mayores pesos a los estados de enfermedad que se asocian a estigmas especiales y a vergüenza en Camboya, como ocurrió con la infertilidad y el vitiligo. Este hallazgo fue constante en todos los grupos de edad, niveles de educación y tipo de problema de salud que afectaba a la persona en el momento de la entrevista. A partir de estos hallazgos, Sadana llegó a la conclusión de que la consideración de los valores de la comunidad y de la población es una parte esencial de la asignación de recursos, que no debe sorprender que los valores otorgados a los distintos estados de salud varíen en los diferentes contextos y que no debe intentarse mejorar la validez y la fiabilidad de los valores obtenidos median-

Cuadro 9. Comparación de los pesos de discapacidad: Estudio de Salud Reproductiva de Camboya y CGM

	Estudio de salud reproductiva, Camboya	Estudio CGM, Ginebra
VIH/sida	0,936	
Psicosis activa	0,909	0,722
Muerte materna	0,906	1 (todas las muertes)
Ceguera	0,818	0,642
Tetraplejía	0,800	0,895
Demencia	0,757	0,762
Sordera	0,696	0,333
Infertilidad	0,650	0,191
Eclampsia grave	0,647	
Amputación por debajo de la rodilla	0,632	0,281
Prolapso	0,604	
Fistula rectovaginal	0,577	0,373
Dolor intenso durante el acto sexual	0,567	
Vitiligo facial	0,536	0,020
Muerte fetal a los 7 meses	0,487	
Anemia grave	0,482	0,111
Depresión unipolar	0,451	0,619
EIP sintomática	0,437	
Aborto de 3 meses, hemorragia/sepsis	0,419	
Tristeza/escalofríos/debilidad posnatal (trastorno conocido localmente como <i>toas</i>)	0,416	
Anticoncepción no satisfactoria	0,390	
Aborto del primer trimestre	0,344	
Inhabilidad para lactar	0,284	
Calambres moderados/dolor lumbar durante la menstruación	0,282	
Mareos moderados	0,187	
Piel brillante/menstruación regular y buenas relaciones familiares	0,015	

Fuente: Sadana, R. (1998) A closer look at the WHO/World Bank global burden of disease study methodologies: How do poor women's values in a developing country compare with international public health experts? Conference presentation at the Public Health Forum, Reforming Health Sectors, held at the London School of Hygiene and Tropical Medicine, 21-24 April.

te tales ejercicios a expensas de suprimir el conflicto y las diferencias de perspectiva. Su trabajo demuestra que la enfermedad reproductiva es un marcador revelador para comprender la forma en que el contexto influye en la carga de morbilidad y en su valoración.

¿Es correcto utilizar sistemas de ponderación similares en todos los países?

El hecho de que las mujeres camboyanas otorguen ponderaciones diferentes a los distintos procesos de enfermedad plantea, además, el tema de si es válido usar idénticos sistemas de ponderación de discapacidad en

todos los países. La necesidad de usar un sistema de ponderación nace del deseo de calcular la carga de morbilidad de todo el mundo y de garantizar que las diferencias observadas en las distintas regiones surgen de diferencias en la prevalencia, incidencia, comienzo, etc., de las enfermedades y no de diferencias de evaluación de los estados de enfermedad. Sin embargo, puede demostrarse que las sociedades ponderan de forma muy diversa los resultados no mortales, socavando así la validez y el significado de las mediciones “globales”. Este hallazgo hace pensar que sería preferible disponer de análisis efectuados por regiones, por países o por zonas de un mismo país, es decir, por áreas en las que existe un consenso suficiente sobre la ponderación relativa de los distintos estados de enfermedad no mortales.

Otros valores incorporados a la construcción de los AVAD

Los AVAD incorporan otros dos valores: el descuento y la ponderación por edades. Anand y Hanson (1997) presentaron detalladamente sus argumentos en contra del descuento de años vitales. Uno de los efectos del descuento que debería interesar desde una perspectiva de género es que comprime el intervalo de género de la esperanza de vida, ya que los años adicionales vividos por las mujeres tienen lugar en el futuro, cuando su peso es relativamente menor. Ello reduce aún más el intervalo calculado de la carga de morbilidad de las mujeres en relación con los hombres.

La ponderación por edades asigna un valor distinto a cada año de vida perdido o vivido con discapacidad, dependiendo de la edad del que lo vive. La función de ponderación por edades empleada en los AVAD concede mayor valor a los años de vida joven o de edad media, en comparación con los años de los niños pequeños y los ancianos. Murray (1996) trata con algún detalle la lógica de introducir ponderaciones por edades en los AVAD. La justificación principal parece depender del concepto de “interdependencia del bienestar”, que “existe claramente, ya que algunas personas desempeñan un papel esencial como proveedores del bienestar de otras... pensemos en los padres y en sus hijos pequeños”. Se usa la misma ponderación por edades para ambos sexos. Sin embargo, no resulta claro que la transferencia de bienestar implícita en la función de ponderación por edades sea, de hecho, igual en los hombres que en las mujeres. En especial, las muchachas jóvenes de muchas sociedades tienen grandes responsabilidades de atención a los menores y de preparación de alimentos y

tampoco está claro que las responsabilidades de las mujeres a este respecto disminuyan al envejecer. El hecho de que las actividades económicas de las muchachas jóvenes no formen habitualmente parte del mercado refuerza el sesgo de género en el paradigma económico y obliga a dudar de la validez del uso de la misma función de ponderación por edades para uno y otro sexo. En general, los argumentos a favor de dicha ponderación son bastante débiles (véase Anand y Hanson 1997, para una exposición completa).

ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES Y ANÁLISIS COSTO-EFECTIVIDAD

Gran parte de los movimientos internacionales de salud (Atención Primaria de Salud, APS Selectiva, Supervivencia de los Niños y Revolución del Desarrollo, Maternidad Segura, Por una Salud Mejor a través de la Planificación Familiar, etc.) pretenden remodelar las prioridades en este sector (Murray 1990). El establecimiento de prioridades en el sector salud a través de los principios del análisis costo-efectividad no es nuevo (Walsh y Warren 1979; Ghana Health Assessment Project Team 1981; Walsh 1988, todos ellos citados por Murray 1990). Sin embargo, los análisis presentados en la Revisión de Enfermedades Prioritarias del Banco Mundial (Jamison, Mosley y Measham 1993) y en el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993 elevaron significativamente el perfil de estos enfoques. En consecuencia, el término “establecimiento de prioridades” ha pasado a ser casi sinónimo del análisis costo-efectividad aplicado a la asignación de recursos entre las distintas intervenciones del sector salud.

Los principios del análisis costo-efectividad empleados conjuntamente en la CGM son sencillos. Se supone que el objetivo fundamental de los servicios de salud consiste en minimizar la carga agregada de mala salud. Dado un presupuesto de salud fijo, este objetivo se logrará asignando los recursos a las intervenciones que proporcionan la máxima mejoría de la salud por unidad monetaria. Ello implica una comparación de los costos y las consecuencias de cada intervención en términos de reducción de la carga de morbilidad (medida como la carga con y sin intervención), con objeto de obtener la “razón costo-efectividad”. A continuación, las intervenciones se ordenan según su razón costo-efectividad y los recursos asignados, desde “la mejor oferta” hacia abajo, a medida que los beneficios de cada intervención se agotan. Las “Clasificaciones de Liga” con las pun-

tuaciones de costo-efectividad presentadas en el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993 del Banco Mundial, fueron consideradas durante la preparación de la reforma de Medicaid del Estado de Oregón y también fueron tratadas a veces en el contexto de las adquisiciones de los servicios de salud de la Autoridad Sanitaria Regional Británica (por ejemplo, Allen, Lee y Lowson 1989).

Como es lógico, este es solo uno de los usos posibles del análisis costo-efectividad. El ACE también puede emplearse para evaluar las diferentes alternativas aplicables a la prevención/tratamiento de una enfermedad dada en los ámbitos individual o de programa (véase, por ejemplo, la reciente revisión del costo-efectividad de las distintas estrategias de prevención de la malaria hecha por Goodman, Coleman y Bills 1999).

Crítica general del enfoque costo-efectividad

El marco costo-efectividad tiene varias limitaciones. En primer lugar, solo considera los beneficios para la salud de las intervenciones del sector salud; de igual modo, no suele investigar los beneficios para la salud de las intervenciones efectuadas fuera de dicho sector. Por tanto, incluso con el objetivo estricto de reducir al mínimo la carga, la perspectiva limitada del análisis costo-efectividad puede provocar una asignación subóptima de los recursos (Anand y Hanson 1997).

En segundo lugar, el ejercicio de costo-efectividad es neutral en lo que concierne a la distribución de los beneficios: la prevención de 10 años de carga en una persona equivale a prevenir 1 año en cada una de 10 personas. El beneficio proporcionado a un rico es idéntico al obtenido por un pobre. Minimizar la carga de la mala salud es tan solo un criterio de eficiencia. Aunque se propuso la introducción de las “ponderaciones de equidad” para corregir estos aspectos de la distribución (véase, por ejemplo, Kabeer 1994), ello exigiría la incorporación de información adicional sobre las personas, tales como su nivel de ingreso o su estado de pobreza. Estas variables no forman parte, estrictamente hablando, de la información recogida como parte del ejercicio de la CGM ni suelen aparecer en los conjuntos de datos epidemiológicos.

Aspectos de género

Además de las limitaciones generales del establecimiento de prioridades por medio del ACE ya expuestas, surgen varios aspectos de género.

Cálculo de los costos del tratamiento

Un aspecto relativamente técnico es el problema de la valoración de los costos de las intervenciones en salud. En estas valoraciones se ignora con frecuencia la aportación de tiempo hecha por las mujeres (Leslie 1989); esta omisión podría hacer que los servicios de salud se orientaran hacia intervenciones que demandan una parte particularmente grande del tiempo de la mujer, sin reconocimiento pleno de los costos incurridos. Al mismo tiempo, los intentos de valorar estas aportaciones no comerciales pueden ser tanto más difíciles en la medida en que los procesos determinados por el género mantienen a muchas mujeres alejadas de los mercados formales de trabajo (Kabeer 1994).

Riesgos interdependientes y vulnerabilidades múltiples

Varias enfermedades son factores de riesgo para otras enfermedades. Desde la perspectiva de la medición de una enfermedad, ello implica que el simple cálculo de la mortalidad a partir de la causa inmediata de muerte no refleja el cuadro completo de consecuencias de una enfermedad dada. El ejemplo citado por Murray y Lopez es la diabetes mellitus, que tiene sus propias secuelas pero que también se asocia a un aumento del riesgo de cardiopatía isquémica y de enfermedad cerebrovascular (Murray y Lopez 1996). Asimismo, esta interdependencia es importante desde la perspectiva de la intervención, ya que la prevención de un caso primario de diabetes prevendrá al mismo tiempo la mala salud atribuible secundariamente a ella. Si no se toman en consideración estas interdependencias, el análisis costo-efectividad infravalorará los beneficios de la intervención. El volumen CGM trata de este modo algunos factores de riesgo (tuberculosis, hepatitis B y C, ETS, enfermedad de Chagas, oncocercosis, tracoma, diabetes mellitus, depresión mayor unipolar, glaucoma y cataratas). Sin embargo, son numerosas las interacciones, muchas de ellas mediadas por factores de género, que deberían ser tomadas en consideración en ejercicios posteriores. Ya se citó la desnutrición como un trastorno relacionado con el género que incrementa la probabilidad de sufrir diversas enfermedades contagiosas. Otros campos que requieren una investigación más detallada son el VIH y la malaria.

Factores de riesgo y procesos asociados al género productores de mala salud

La disminución de la carga de morbilidad puede adoptar la forma de prevención y tratamiento de una enfermedad dada o de prevención y reducción

de las exposiciones que son posibles causas subyacentes de la enfermedad o la lesión (Murray y Lopez 1996). En el estudio CGM se distinguen tres tipos de factores de riesgo: “exposiciones” en el sentido epidemiológico clásico; estados fisiológicos, tales como la hipertensión o la desnutrición, y estados sociales, como la pobreza y la desigualdad. El estudio CGM investiga las consecuencias para la salud atribuibles a 10 de estos factores de riesgo, todos ellos pertenecientes a las dos primeras categorías. Sin embargo, no se dispone de los datos necesarios para hacer un análisis de género de dichos factores de riesgo, por lo que es muy posible que se hayan infravalorado los parámetros epidemiológicos calculados (la “carga atribuible”). Por ejemplo, en ausencia de datos sobre el riesgo relativo de mortalidad de la desnutrición de los adultos, los cálculos sobre el exceso de mortalidad y morbilidad atribuible a la desnutrición corresponden solo a los niños de 0 a 5 años (Murray y Lopez 1996). Los datos sobre las lesiones de origen laboral proceden en su mayor parte de los países desarrollados (con las excepciones de México y, para algunas causas, China), cuyos patrones de género en el empleo podrían ser muy distintos de los de los países en desarrollo. Por último, la carga de enfermedad atribuible a la contaminación atmosférica se basa en la medición de las partículas sólidas suspendidas totales y del dióxido de azufre. Aunque la preparación de alimentos contribuye a los niveles agregados de estos contaminantes, no hay mecanismo alguno que permita registrar la exposición diferencial de las mujeres, dependiente, a su vez, de las tareas domésticas relacionadas con el género.

No se examinan los estados sociales en cuanto a factores de riesgo.¹⁰ Uno de los motivos es que este tipo de análisis obligaría, casi con total seguridad, a traspasar los estrechos límites del sector salud y de las intervenciones que este puede hacer por sí mismo. Requeriría lo que el gobierno laborista de Gran Bretaña llama “pensamiento reclutado”, con iniciativas políticas de enfoque multisectorial. Como mínimo, exigiría una visión más amplia de la política en salud que superara el estrecho foco actual en los “servicios de salud”.

También puede haber aspectos de género implícitos en estos y otros factores de riesgo. Sería preciso estudiar la forma en que el papel de género

¹⁰Los factores de riesgo estudiados fueron: malnutrición, deficiencias del suministro de agua, higiene pública y condiciones de higiene doméstica y personal, prácticas sexuales de riesgo, tabaco, alcohol, empleo, hipertensión, vida sedentaria, drogas ilegales y contaminación atmosférica.

contribuye a las causas de mala salud de las mujeres (y de los varones). En la medida en que el papel de género constituye riesgos subyacentes importantes, es poco probable que una perspectiva exclusivamente centrada en las intervenciones en salud produzca una mejoría duradera de la salud. Por ejemplo, las mujeres pueden verse expuestas en grado variable a contraer diversas enfermedades en función de sus responsabilidades domésticas (por ejemplo, recoger agua y esquistosomiasis, humo procedente de las cocinas y problemas respiratorios). Al mismo tiempo, algunos patrones de comportamiento determinados por el género también podrían protegerlas frente a la infección (por ejemplo, la obligación de llevar ciertas ropas podría reducir el riesgo de picadura de mosquitos). El trabajo de la mujer fuera de casa podría imponer asimismo sus propios riesgos de mala salud. Por ejemplo, la enfermería es una profesión dominada por las mujeres. Sin embargo, las enfermeras presentan altas tasas de partos pretérmino y de hijos con bajo peso al nacer y los factores que provocan estos resultados se conocen con seguridad: permanecer mucho tiempo en pie, levantar pesos, transportar cargas, las tensiones de los turnos de noche... (Oakley 1994). La conclusión a señalar aquí es que, disponiendo de datos correctamente desagregados por género sería posible medir las cargas para la salud asociadas a tal papel; las meras intervenciones en salud destinadas a mejorar la carga no eliminarán las causas fundamentales de la exposición diferencial a estos riesgos.

Los argumentos expuestos no consideran solo la salud de las mujeres. El exceso de carga de las muertes de los hombres por accidente y lesiones puede achacarse también, en parte, al papel de género. Así sucede con ciertas lesiones no intencionadas, como los accidentes de trabajo, que reflejan el papel histórico de los hombres como proveedores del hogar y su mayor tasa de empleo en las industrias más peligrosas. De igual modo, las lesiones intencionales, que son más frecuentes en ellos, guardan una íntima relación con la construcción social de lo que constituye el comportamiento "masculino" (World Health Organization 1998a). El uso de las intervenciones en salud como método para reducir la carga de estos trastornos se aleja, sin duda, de sus verdaderas raíces.

Los enfoques de establecimiento de prioridades, con sus fundamentos biomédicos/individualistas, no pueden corregir de manera adecuada los procesos de género que provocan la mala salud. Ni siquiera es posible conseguir el objetivo más estrictamente definido de tal enfoque (minimizar la carga de morbilidad) sin tomar en consideración los factores de género.

Por ejemplo, no bastará con proporcionar un paquete esencial de servicios de salud costo-efectivos, si las mujeres tienen restringido el acceso a dichos servicios. Los enfoques de establecimiento de prioridades deberían ampliar sus perspectivas, trascendiendo los servicios ofrecidos e incorporando el problema de los factores de género que influyen en su utilización. El acceso de las mujeres a los servicios de salud puede verse limitado por el tiempo de que disponen, aspectos asociados a la asignación doméstica de recursos y toma de decisiones u obstáculos socioculturales o legales (Oxaal y Cook 1998). Incluso en los casos en que las mujeres tienen acceso a los servicios de salud, puede haber limitaciones y restricciones culturales que dificulten su uso por las que verdaderamente los necesitan.

Si el objetivo de la planificación de los servicios de salud se ampliara para incluir consideraciones de equidad, las limitaciones del estrecho enfoque costo-efectividad serían aún más evidentes. Para mejorar la equidad en la salud podrían ser necesarios esfuerzos destinados a diseñar medidas con las que los grupos más desafortunados pudieran conseguir ganancias de salud. El simple criterio de eficiencia no sería suficiente. Al respecto, habría que plantear dos conjuntos diferentes de problemas. En primer lugar, habría necesidades adicionales de información sobre los que se encuentran en desventaja relativa, y no solo en términos de salud. En segundo lugar, habría que prestar mayor interés a los procesos que subyacen a la mala salud, lo que exigiría, casi con total seguridad, trascender los límites del individualismo biomédico (Fee y Krieger 1993) y estudiar las fuerzas sociales e históricas que generan la desventaja, pasando del ámbito individual al de los grupos.

CONCLUSIÓN

La medición de la carga de morbilidad y el establecimiento de prioridades son cimientos poderosos sobre los que construir la toma de decisiones en el sector salud. Revelan distintos juicios de valor, a menudo ocultos en los intentos anteriores de desplazar las prioridades de dicho sector. Sin embargo, existen áreas en las que siguen siendo opacos y permiten la introducción de sesgos de género.

Se ha expuesto tres grandes campos en los que pueden surgir sesgos de género. El primero se refiere a los aspectos relacionados con la disponibilidad de datos, en especial con la medición exacta de la incidencia o prevalencia de las enfermedades en los hombres y en las mujeres. Se trata

de problemas que, en la práctica, podrían resolverse con una sensibilidad adecuada ante la posibilidad de un sesgo de género y destinando los recursos necesarios a la obtención de los datos.

El segundo conjunto se refiere a aspectos que son objeto de continua controversia y que no es posible “arreglar” con soluciones técnicas. Comprenden lo que debe ser el concepto adecuado de carga (por ejemplo, si debe limitarse a la discapacidad o ampliarse al impedimento, en cuyo caso tomaría también en consideración el marco social en que ocurre la mala salud, o quizá ampliarse aún más para trascender la carga individual e incluir la de los cuidadores); o el tipo de valores a emplear para asignar los pesos a las cargas de las enfermedades no mortales.

Por último, el uso del análisis costo-efectividad como herramienta para el establecimiento de prioridades en el sector salud conlleva ciertos problemas fundamentales. En primer lugar, aunque resulte analíticamente conveniente, no está claro que deba usarse el mismo indicador (AVAD) para medir la carga de la morbilidad y para asignar los recursos destinados a minimizar esa carga, pues este enfoque ignora la responsabilidad de equidad vertical en la asignación de los recursos del sector salud. Así, al medir la carga agregada de morbilidad podría ser conveniente usar el conjunto mínimo de información de los AVAD (edad, sexo, estado de discapacidad e intervalo de tiempo). Sin embargo, si el objetivo de la asignación de recursos fuera mejorar la equidad en la salud, deberíamos conocer otras características de las personas enfermas, incluyendo su desventaja en otros escenarios, como el ingreso, o disponer de mediciones más amplias de su estado socioeconómico y de su acceso a los servicios de salud y otros servicios públicos.

Otro problema del establecimiento de prioridades según la CGM es la importancia que presta a los resultados individuales y a las intervenciones del sector salud. Si la asignación de recursos pretende mejorar la salud y la equidad en la salud, debería tratar los procesos que generan la mala salud y que influyen en el acceso a los recursos del sector salud. Algunos de estos procesos guardan relación con el género, mientras que otros dependen de estructuras más amplias de desigualdad y desventaja.

Los problemas relacionados con la medición de la carga de morbilidad y el establecimiento de prioridades marcan dos campos de acción para todos los preocupados por el género y la equidad entre géneros. En primer lugar, dentro del enfoque CGM amplio, sería preciso recoger datos más precisos sobre la salud de las mujeres (y de los hombres). Por tanto, sería necesario

destinar muchos más esfuerzos a estudiar la incidencia y la prevalencia de las enfermedades, a respaldar la investigación sobre las consecuencias de la mala salud para las mujeres y los casos en que tales consecuencias son distintas para mujeres y hombres; identificar y explorar las interacciones entre las diferentes enfermedades y asegurar la participación de la mayor gama posible de implicados en la evaluación de los resultados de salud no mortales. Al mismo tiempo, sería necesario investigar mejor las formas en que las valoraciones de los estados de salud difieren en las distintas partes del mundo. Puesto que la siguiente ronda de evaluaciones de la CGM debe comenzar en el año 2000, sería preciso iniciar los esfuerzos ahora, para que sus resultados pudieran formar parte de la próxima versión.

En segundo lugar, se requiere un esfuerzo más amplio para mejorar la medición de la salud (más que la enfermedad) de las mujeres. Debe establecerse un diálogo más íntimo entre los expertos en salud de la mujer y los expertos en medición de las enfermedades y economía de la salud, a fin de integrar mejor las ideas y conceptos relativos a la medición de la salud que han evolucionado en paralelo. Este esfuerzo debería ser sensible a los usos que se pretenden para dichos datos, especialmente a su aplicación para la planificación de los servicios de salud. Para ello, podría ser necesario separar los aspectos de las actividades de promoción de la salud de aquellos otros destinados a tratar la enfermedad. También debería ser sensible a las diferencias de las consecuencias para la salud y las cargas correspondientes en los distintos entornos y afrontar algunos de los aspectos más espinosos de qué carga medir y cómo valorarla. Por ejemplo, podría prestarse más atención a las cargas particulares que deben soportar las mujeres en cuanto a cuidadoras de los enfermos.

El estudio sobre la carga global de morbilidad constituye una rica fuente de información sobre la mortalidad y morbilidad de las regiones desarrolladas y en desarrollo del mundo. Como tal, es un arma poderosa que los defensores de la salud de las mujeres pueden emplear para movilizar la reasignación de los recursos del sector salud. Sin embargo, es necesario un nuevo esfuerzo para reforzar su base conceptual y técnica a fin de hacerlo más sensible a los temas de género y salud, con el fin de incrementar su valor como herramienta de análisis en el sector salud.