

COMENTARIO EDITORIAL: Años de vida ajustados a discapacidad y carga global de enfermedad

Dissability adjusted life years and global burden disease

Adolfo Rubinstein*

Resumen

Este artículo describe la importancia de la evaluación del impacto de las enfermedades y las injurias más allá de las clásicas mediciones de mortalidad; el significado y la utilidad de los años de vida ajustados por discapacidad y los principales resultados del estudio de Carga Global de Enfermedad, que mostró un gran impacto de las enfermedades no transmisibles tanto en los países altos ingresos como en los de medianos-bajos ingresos.

Abstract

This article describes the importance of disease impact and injury evaluation beyond classic mortality assessment; the meaning and utility of disability adjusted life years and burden of disease study main results, which showed a great impact of non communicable diseases in high income countries as well as medium-low income ones.

Palabras clave: carga de enfermedad, años de vida ajustados por discapacidad. **Key words:** disease burden, disability adjusted life year.

Rubinstein A. Años de vida ajustados a discapacidad y carga global de enfermedad. Evid. actual. práct. ambul; 10(3): 65-66, may-jun.2007.

Un insumo estratégico para la toma de decisiones sobre priorización de intervenciones sanitarias reside en la capacidad de poder evaluar cuál es el verdadero impacto que las enfermedades e injurias, y sus factores de riesgo asociados, tienen sobre la salud poblacional. En este sentido, cuantificar y comparar la importancia de cada una en diferentes poblaciones, depende del diseño de un marco conceptual que integre, valide, analice y disemine la información que está disponible. Si es posible, también debe acompañarse del entendimiento de las causas y los determinantes del proceso salud-enfermedad en las poblaciones y las razones por las que los cambios se producen. Hasta muy recientemente, los sistemas de registro internacionales y nacionales ponderaban la importancia relativa de las enfermedades sólo en función de la cantidad de muertes que causaban. Esto tenía que ver, entre otras cosas, con que la muerte es un evento preciso y con que la mayoría de los países la registran bien, entre ellos Argentina. Las causas de muerte codificadas como "mal definidas" oscilan desde 4% en Nueva Zelanda a más de 40% en Tailandia. Mas aún, y aunque cuesta creerlo, en 55 países, 42 correspondientes al África sub-sahariana, aún no se dispone de información confiable sobre mortalidad en adultos. Afortunadamente, la proporción de codificaciones mal definidas en Argentina fue sólo 7,4% de todas las causas, aproximándose a las cifras reportadas por los países más desarrollados. Una descripción de las causas de mortalidad en Argentina, de acuerdo al último reporte de 2004 puede observarse en el **cuadro 1**.

Causas Seleccionadas de Mortalidad	Total	%
A.7. Enfermedades del Sistema Circulatorio	90993	30,9
A.2.1. Tumores malignos	57772	19,6
A.8. Enfermedades del Sistema Respiratorio	41246	14,0
B. Total de causas mal definidas y desconocidas	21753	7,4
A.15. Causas Externas	18094	6,2
A.16. Demás causas definidas	15098	5,1
A.1. Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	13342	4,5
A.3. Diabetes Mellitus	9246	3,1
A.11. Enfermedades del sistema genitourinario	8382	2,9
A.13. Afecciones originadas en el periodo perinatal	5538	1,9
A.14. Malformaciones congénitas, defor. y anomalías cromosómicas	2864	1,0
A.10. Ciertas enfermedades crónicas del hígado	2571	0,9
A.6. Trastornos mentales y del comportamiento	2452	0,8
A.4. Desnutrición	1547	0,5
A.9. Apendicitis, hernia y obstrucción intestinal	1231	0,4
A.17. Deshidratación	1212	0,4
A.5. Meningitis	397	0,1
A.12. Embarazo, parto, puerperio	313	0,1
Total general	294051	100,0

Cuadro 1: distribución absoluta y relativa de las muertes registradas en 2004 en Argentina agrupadas según la lista de causas seleccionadas de la Dirección de Estadística e Información en salud.

Fuente: UNAMOS. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Argentina, mayo de 2006.

Sin embargo, aún cuando los registros de mortalidad sean precisos y confiables, muchas condiciones no fatales son responsables de pérdida de años de vida saludable aunque no provoquen la muerte, excepto en una proporción muy pequeña de casos. Enfermedades como la depresión crónica, el asma bronquial o la parálisis cerebral, entre otras, son responsables de una importante carga de enfermedad por la discapacidad que producen sin que esta carga se exprese en tasas de letalidad significativas.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) -no comunicables- son responsables de la mayor parte de la mortalidad y de la carga de enfermedad en los países desarrollados y subdesarrollados. En Argentina, producen seis de cada diez muertes. Las enfermedades cardiovasculares representan el 35% de las muertes totales, los tumores ocupan el segundo lugar en frecuencia, con un 20%; y las lesiones representan el 7% del total y una de cada cinco muertes prematuras. En 1985, por cada diez muertes debidas a una enfermedad transmisible (ET) se producían 15 por una ENT y hoy se producen 34. Se prevé que para 2015, por cada diez muertes de causa infecciosa habrá 70 por una ENT. Por otro lado, las ENT y las lesiones son responsables del 71,9% de los años perdidos por discapacidad. En 2001 las ENT, incluyendo a las cardiovasculares, tumorales y las causadas por lesiones representaron casi el 60% de las muertes ocurridas en Argentina.

El estudio de carga global de enfermedad

El estudio de Carga de Enfermedad Global fue una iniciativa del Banco Mundial (BM) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, que cuantificó a inicios de la década pasada los efectos sobre la salud de más de cien enfermedades e injurias y de diez factores de riesgo, analizando el impacto sanitario global y el correspondiente a ocho regiones mundiales analizadas para este proyecto.

Además de generar estimaciones de mortalidad y morbilidad por edad, género y región, diseñó una nueva medida para cuantificar la carga de enfermedad a la que se llamó Año de Vida Ajustado por Discapacidad² (AVAD: en inglés "Disability-Adjusted Life Years" o DALY). Ver la definición en el cuadro 1.

* Jefe del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Director del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.

Cuadro 1: año de vida ajustado por discapacidad (AVAD: en inglés "Disability-Adjusted Life Years" o DALY).

Indicador que integra en una sola medida los años de vida perdidos debidos a muerte prematura, con los vividos en un estado menos saludable o con discapacidad.

Permite estimar, no sólo los años perdidos por muerte antes de una edad determinada (años de vida potencial perdidos o AVPP) sino también el equivalente en años saludables, de los años vividos con discapacidad debido a enfermedad o injuria.

Luego, el impacto o "carga" de la enfermedad se mide en AVAD perdidos atribuibles a diferentes condiciones o factores de riesgo. En relación a la distribución de las causas de muerte y discapacidad, este estudio agrupó las mismas en tres grandes categorías:

- Enfermedades comunicables (Grupo I): enfermedades infecciosas, causas maternas, afecciones perinatales, deficiencias nutricionales e infecciones respiratorias.

- Enfermedades no-comunicables (Grupo II): cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades del aparato digestivo, etc.

- Injurias (Grupo III): lesiones no intencionales e intencionales. Estas tendencias globales y regionales estimadas en 1990 fueron re-estimadas y analizadas recientemente³. De las enfermedades del grupo I, aproximadamente la mitad de los AVAD, fueron explicados por enfermedades infecciosas y parasitarias.

Entre las del grupo II, las neoplasias, los desórdenes psiquiátricos, las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y digestivas concentraron la mayor carga de enfermedad. En este sentido, las ENT explicaron 60% de las muertes pero sólo 40 % de la carga de enfermedad debido a que inciden, como se mencionó anteriormente, en etapas más tardías de la vida. Sin embargo, se estima que representarán 60% de la carga de enfermedad para 2020, en buena medida como consecuencia del envejecimiento poblacional. Excepto en algunos países de Europa del Este y Asia central (donde ha aumentado) la tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular ha disminuido de 1990 a 2001 en las demás regiones del mundo, incluida América Latina. Finalmente, las injurias explican aproximadamente el 17% de la carga de enfermedad, habiendo crecido de manera alarmante, especialmente en los países en desarrollo, la proporción de lesiones de tránsito: una causa que se puede evitar con mejores caminos, mejor señalización y con adecuada supervisión y refuerzo de las normas de seguridad vial.

Si comparamos las diez primeras causas en los países de bajos-medios ingresos y en los de altos ingresos, podemos observar que en el primer grupo las causas cardiovasculares y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se ubican dentro de las primeras diez, aunque las restantes causas pertenecen todas al grupo I (enfermedades transmisibles o materno-infantiles). En contraste, las diez causas que explican la mayor carga de enfermedad en los países centrales pertenecen todas al grupo II, que agrupa las enfermedades crónicas y algunas de ellas como la enfermedad de Alzheimer y la osteoartritis, que afectan a poblaciones mayores de 75 años. Ver cuadro 2.

da supervisión y refuerzo de las normas de seguridad vial.

Si comparamos las diez primeras causas en los países de bajos-medios ingresos y en los de altos ingresos, podemos observar que en el primer grupo las causas cardiovasculares y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se ubican dentro de las primeras diez, aunque las restantes causas pertenecen todas al grupo I (enfermedades transmisibles o materno-infantiles). En contraste, las diez causas que explican la mayor carga de enfermedad en los países centrales pertenecen todas al grupo II, que agrupa las enfermedades crónicas y algunas de ellas como la enfermedad de Alzheimer y la osteoartritis, que afectan a poblaciones mayores de 75 años. Ver cuadro 2.

Cuadro 2: diez primeras causas de enfermedad y muerte por grupo de ingreso en 2001 (en AVAD).

Países de altos ingresos			Países de bajos ingresos		
Causas	AVAD _a	%	Causas	AVAD _a	%
1. Condiciones perinatales	89,07	6,4	1. Cardiopatía isquémica	12,39	8,3
2. Inf. respiratorias bajas	83,61	6,0	2. Enf. Cerebro-vascular	9,35	6,3
3. Cardiopatía isquémica	71,88	5,2	3. Depresión unipolar	8,41	5,6
4. VIH/SIDA	70,80	5,1	4. Alzheimer y otras demenc.	7,47	5,0
5. Enf. cerebro-vascular	62,67	4,5	5. Cáncer tráqueo bronco pulm.	5,4	3,6
6. Enfermedades diarreicas	58,7	4,2	6. Hipoacusia en el adulto	5,39	3,6
7. Depresión unipolar	43,43	3,1	7. EPOC	5,28	3,5
8. Paludismo	39,96	2,9	8. Diabetes mellitus	4,19	2,8
9. Tuberculosis	35,87	2,6	9. Abuso de alcohol	4,17	2,8
10. EPOC	33,45	2,4	10. Osteo-artritis	3,79	2,5

aEn millones de años. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Fuente: A. Lopez y col. The Lancet, 2006.

Uno de los principales resultados de este estudio fue demostrar de modo contundente la importancia de las enfermedades no transmisibles a nivel mundial y regional. Además, es importante señalar que la probabilidad de muerte y discapacidad por ENT es mayor en los países pobres que en los ricos. Este hallazgo contradice la tradicional percepción de que los factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas son más comunes en poblaciones de altos ingresos que en las de bajos ingresos y que, consecuentemente, las enfermedades deben ser más prevalentes en las primeras que en las segundas. Este estudio también aportó información sobre la carga de enfermedad atribuible a diferentes factores de riesgo, contribuyendo a estimar el potencial impacto poblacional de las intervenciones para reducirlos.

Recibido el 02/05/07 y aceptado el 22/06/07.

Referencias

1. UNAMOS. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Argentina, mayo de 2006.
2. World Bank, World Development Report: Investing in health. New York. Oxford University Press. 1993.
3. Lopez A y col. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. The Lancet 2006; 367:1747:1757.

INFO - EVIDENCIA

¿Qué es Evidencia, Actualización en la Práctica Ambulatoria?

Una publicación independiente editada cada dos meses desde 1997 por la Fundación MF, Organización sin fines de lucro dedicada a promover el desarrollo de la medicina familiar y la atención primaria de la salud.

¿Cuál es el objetivo de Evidencia?

Contribuir a la educación continua y a la actualización de los profesionales de la salud de la región en el área de la atención ambulatoria.

Contenidos de Evidencia

- Información independiente, actualizada y resumida en forma sencilla y en castellano sobre temas relevantes de la atención ambulatoria.
- Artículos seleccionados por su calidad y relevancia clínica, resumidos y comentados críticamente por destacados profesionales del área.
- Revisiones sobre temas clínicos, epidemiológicos, sanitarios o humanísticos, de importancia para la práctica ambulatoria.
- Notas farmacológicas para la actualización rápida de temas de terapéutica clínica.
- Discusión de casos clínicos con herramientas de Medicina Basada en la Evidencia.
- Glosario de términos de epidemiología y medicina basada en la evidencia

¿Cómo es posible acceder a Evidencia?

Por suscripción a la edición en papel, o bien por Internet, en nuestro sitio: <http://www.evidencia.org>