

**RESPUESTA DE LOS AUTORES****LOS ESTUDIOS DE CARGA DE ENFERMEDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES EN SALUD: RÉPLICA**

**Ferrán Catalá López (1), Elena Álvarez Martín (2), Ricard Gènova Maleras (3) y Consuelo Morant Ginestar (4)**

(1) División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid.

(2) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón. Madrid.

(3) Servicio de Informes de Salud y Estudios. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Madrid.

(4) Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Madrid.

La carta recibida sobre el trabajo *Relación en España entre la investigación sanitaria financiada por el Sistema Nacional de Salud (SNS) y la carga de enfermedad en la comunidad*<sup>1</sup> nos brinda la oportunidad de reflexionar sobre varios aspectos relacionados con la elaboración y utilización de indicadores sanitarios, en concreto sobre las medidas de carga de enfermedad (CdE). García-Fulgueiras y cols. ponen de manifiesto en su carta el problema de la *atribución causal* para el caso particular de las hepatitis B y C (como factor de riesgo causal de la cirrosis y el cáncer hepático).

En nuestro trabajo<sup>1</sup>, de acuerdo a los principios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), siguiendo las propuestas del estudio mundial de Carga Global de Enfermedad (CGE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>2,3</sup>, calculamos el patrón de CdE en la pobla-

ción siguiendo un sistema de clasificación de enfermedades exhaustivo y excluyente, que permite la *descomposición aditiva* de las defunciones de lo que resulta que la CdE para el conjunto de la población es el agregado de aquella generada por cada una de las causas consideradas. Este aspecto es crucial cuando, como en nuestro caso, se pretende estimar la carga global de enfermedad en una población (incluyendo todas las causas) en lugar de valorar todas las consecuencias (como enfermedad y también como factor de riesgo para otras enfermedades) de una patología específica.

Un aspecto determinante en los estudios de CdE lo constituye la definición de las enfermedades estudiadas y la asignación de códigos CIE a cada una de las subcategorías de enfermedad. Ello puede llevar a modificaciones en los resultados absolutos al tener en cuenta las distintas manifestaciones y consecuencias de las enfermedades y/o de los factores de riesgo, tal y como sugieren los autores en su carta. Es indudable que estimaciones específicas de las dis-

Correspondencia:

Ferrán Catalá López

División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia  
Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios  
Parque Empresarial "Las Mercedes"

Edificio 8, 3ª planta

C/ Campezo, 1. 28022 Madrid

Correo electrónico: fcatala@agemed.es

Las opiniones expresadas en esta carta son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente el punto de vista de los organismos en los que trabajan.

tintas enfermedades, que en algunos casos pueden comportarse como factores de riesgo para algunas condiciones o presentarse de forma concurrente con otras causas (comorbilidad), aportan información útil para establecer la magnitud en pérdidas de salud que ocasionan dichas enfermedades a la población. En este sentido, el último estudio de CdE del estado australiano de Victoria<sup>4</sup> (llevado a cabo por un grupo de referencia en estudios de CdE) presenta, por un lado, la carga global de enfermedad generada en la población que sigue manteniendo la asignación original de códigos por subcategorías de enfermedad; y por otro, cálculos complementarios para enfermedades como la diabetes (considerando las consecuencias cardiovasculares y renales) o la depresión (considerando sus consecuencias evitables como el suicidio).

Por tanto, parece que el distinto abordaje metodológico utilizado en nuestro estudio publicado en el monográfico sobre Economía de la Salud<sup>1</sup> y en el trabajo mencionado por los autores en la carta<sup>5</sup> explicarían principalmente las variaciones en los resultados obtenidos para la CdE de las hepatitis (ver tabla 1). Creemos que ambos trabajos<sup>1, 5</sup> son complementarios pero no directamente comparables. Si bien cualquiera de los enfoques puede ser empleado, la utilización de las dos aproximaciones en el mismo análisis llevaría inevitablemente a que se produjeran inconsistencias (sobre- o subestimación de cálculo) en las magnitudes de los problemas de salud comparados. Así, en el caso de las enfermedades infecciosas, las estimaciones para la tuberculosis, el VIH-SIDA o las diarreas (por mencionar algunos ejemplos de causas que aparecen en el estudio citado por los autores<sup>5</sup>) o las de las infecciones de transmisión sexual (p.ej., papilomavirus y sus cánceres asociados), podrían verse afectadas en su magnitud al no haberse seguido los mismos

criterios propuestos para el cálculo de las hepatitis, pudiendo conducir a conclusiones discutibles como las que llevan a los autores a sugerir en su carta que la carga de la hepatitis C lideraría la lista de mortalidad por enfermedades infecciosas en España en 2000. Del mismo modo, en el caso de los cánceres y las hepatopatías presentes en nuestro trabajo<sup>1</sup>, se produciría una disminución en la carga atribuible a éstas u otras causas, o en el caso de mantenerse, la CdE total poblacional superaría aquella que resultase del análisis general para el conjunto de enfermedades al sumar los resultados para cada una de las causas, no cumpliéndose el principio de *descomposición aditiva*.

Por otro lado, quisiéramos remarcar que el rigor metodológico que hemos buscado no puede compensar la falta de información relevante en estudios completos o “globales” para decidir en políticas de investigación del SNS. Los resultados de nuestro trabajo<sup>1</sup> son ambiciosos a la par que conservadores por el enfoque adoptado, pero permiten la comparabilidad con otros estudios de CdE garantizando una consistencia y coherencia en las estimaciones.

Por último, entendemos que aun considerando que la carga de las hepatitis fuera superior a la estimada en nuestro estudio, tal y como sugieren los autores, la asignación de más fondos a estas (u otras) enfermedades no implicaría necesariamente mayores beneficios incrementales en términos de salud. Creemos que la toma de decisiones no debe fundamentarse en un único criterio, y así se indica en nuestro trabajo<sup>1</sup>. Además de considerar la gravedad, duración y secuelas causadas por las enfermedades es recomendable examinar aspectos como la eficiencia (coste-efectividad) y la equidad, además de aquellos específicos del ámbito de la investigación

**Tabla 1**

**Carga de enfermedad (componente de mortalidad) de la Hepatitis B y C en España**

Tipo de estudio Año de referencia Método	Causas específicas	CIE-10	Defunciones	AVP
CdE global 2006 <sup>a</sup> <i>Sin incorporar fracciones atribuibles (Clasificación CdE)</i>	Hepatitis B y C	B16-B19	1.010	8.905
	<b>Total</b>		<b>1.010</b>	<b>8.905</b>
CdE específica 2000 <sup>b</sup> <i>Incorporando fracciones atribuibles</i>	Hepatitis B y C	B16-B19	817	6.998
	Secuelas de hepatitis viral*	B94.2	0	0
	Otras cirrosis hepáticas y cirrosis sin especificar**	K74.6	2.502	23.885
	Tumor maligno de hígado***	C22.0	1.900	13.899
	Causadas por VIH****	B20-B24	393	9.234
	<b>Total</b>		<b>5.612</b>	<b>54.016</b>

Elaboración propia a partir de Catalá López F y cols. 2009<sup>a</sup> y García-Fulgueiras A y cols. 2009<sup>b</sup>.  
 AVP: Años de Vida Perdidos (en números absolutos); CdE: Carga de Enfermedad; CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Edición; VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana. \*Fracción atribuible (FA): 79% Virus Hepatitis C (VHC) y 21% Virus Hepatitis B (VHB); \*\* FA: 50% VHC y 13% VHB; \*\*\* FA: 70% VHC y 10% VHB; \*\*\*\* FA: 20% VHC y 3% VHB.

como pudieran ser la relevancia y calidad de los proyectos, el valor de transferencia del conocimiento a la clínica y a la salud de la población, la estructura y nivel del equipo investigador o las oportunidades de mejora científicas.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Catalá López F, Álvarez Martín E, Gènova Maleiras R, Morant Ginestar C. Relación en España entre la investigación sanitaria financiada por el Sistema Nacional de Salud y la carga de enfermedad en la comunidad. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83:137-51.
2. Murray CJL, López AD. *The Global Burden of Disease*. Boston: Harvard University Press; 1996.
3. Mathers CD, Boerma T, Ma Fat D. *The Global Burden of Disease: 2004 update*. Geneva: World Health Organization; 2008.
4. *Victorian Burden of Disease Study. Mortality and Morbidity in 2001*. Public Health Group. Melbourne: Victorian Government Department of Human Service; 2005 [consultado, 20 de Abril de 2009]. Disponible en: [www.health.vic.gov.au/healthstatus/bod/bod\\_vic.htm](http://www.health.vic.gov.au/healthstatus/bod/bod_vic.htm)
5. García-Fulgueiras A, García-Pina R, Morant C, García-Ortuzar V, Génova R, Álvarez E. Hepatitis C and hepatitis B-related mortality in Spain. *Eur J Gastroenterol*. 2009 Aug; 21(8): 895-901.

