

3^{er} Foro Latinoamericano de Enfermedades Crónicas



*“Resultados en salud,
toma de decisiones
y gestión de riesgos
de enfermedades”*



CONTENIDO

RESUMEN CONFERENCISTAS

CAPITULO 1 Carga de enfermedad y costos de las enfermedades crónicas

CAPITULO 2 Innovaciones en modelos de prestación para enfermedades crónicas

CAPITULO 3 Centros de excelencia en artritis reumatoide un nuevo modelo para latinoamerica

CAPITULO 4 Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

CAPITULO 5 Nuevas alternativas de adquisición para terapias de complejo acceso. Experiencia mexicana

CAPITULO 6 El impacto positivo de los bioterapéuticos en enfermedades autoinmunes



CONTENIDO

CAPITULO 7 El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

CAPITULO 8 La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

CAPITULO 9 La experiencia de Panamá en la gestión integral de los pacientes con VIH

CAPITULO 10 Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá



abbvie

RESUMEN CONFERENCISTAS

The background features a teal color palette with several large, overlapping geometric shapes in a bright yellow color. These shapes are primarily triangles and quadrilaterals, creating a dynamic, abstract composition. The yellow shapes are positioned in the lower-left, lower-right, and upper-right areas, while the teal fills the remaining space.



abbvie

RESUMEN CONFERENCISTAS

01



Máximo Diosque
ARGENTINA

Médico, Universidad Nacional de Tucumán (1990). Residencia y Jefatura de Residencia de Clínica Pediátrica Hospital de Pediatría Dr. Pedro de Elizalde, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Voceministro de Salud de la Nación. A cargo de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios. Ministerio de Salud de la Nación, desde Julio de 2009 hasta Diciembre de 2013. Subsecretario Ministerio de Salud Pública de Tucumán, desde Noviembre de 2003 a Octubre de 2009. Consultor Internacional Experto para Proyectos del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo. Proyecto de Desarrollo de Redes de Atención para Enfermedades Crónicas.

CONFERENCIA #1: Burden of Disease and Costs in Chronic Diseases; Introducción a las ECNT, en el mundo y en la región. Epidemiología. Transición demográfica, Transición epidemiológica. Triple carga de enfermedad. Carga de enfermedad, mortalidad. DALYs perdidos. Factores de riesgo. Impacto económico de las ECNT. Para las personas, para los sistemas de salud, para los países, para el desarrollo global. Intervenciones de base poblacional y en los sistemas de salud. Ejemplos de la región. Lecciones aprendidas.



abbvie

RESUMEN CONFERENCISTAS

02



Rubén Torres
ARGENTINA

Rector de la Universidad ISALUD sucediendo en el cargo al Dr. Carlos Garavelli . El Dr. Torres se ha desempeñado recientemente como Gerente del Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria en la Organización Panamericana de la Salud, en Washington DC. Hasta el año 2011 fue Representante de la OPS-OMS en la República de Chile. Su vinculación con la Universidad ISALUD está relacionada con la Fundación ISALUD.. Desde el año 1999 se ha desempeñado como Coordinador de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social y desde el año 2001 de manera ininterrumpida, como su directo. Director de la Especialización en Seguridad Social por la Universidad Autónoma de Santo Domingo en el año 2008; se desempeña actualmente como docente en la Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología, en Gestión de Servicios de Salud mental, en Economía y Gestión de Servicios de Salud y en la Especialización en Medicina Legal y Gestión de Servicios Sociales de esta Universidad. Es profesor Titular en la Universidad de Montevideo y fue Profesor Invitado en la Universidad de Alcalá de Henares, España.

CONFERENCIA #2: Chronic diseases: a challenge for the model of care and management. Mostrar que la evaluación de tecnologías y la economía de la salud van en busca del camino hacia la cobertura universal. Así como hacer ver que estas dos vertientes logran expandir la cobertura para todos en los servicios de mas alta prioridad, incluyendo la eliminación de todo pago de bolsillo.



abbvie

RESUMEN CONFERENCISTAS

03



Paulo Andrade Lotufo
BRAZIL

Paulo A. Lotufo is Professor of General Internal Medicine at the Universidade de São Paulo Medical School (FMUSP) and Director of Center for Clinical and Epidemiologic Research. He is Principal Investigator of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). Lotufo's is in charge of the Primary Care Program for undergraduate students and the General Internal Medicine rotation for undergraduate and medical residents. Nowadays, he is working with a teaching project for students, medical residents and physicians about the United Nation goal "25x25" for noncommunicable diseases, an one-quarter reduction of chronic diseases mortality in 2025 compared to 2010. Lotufo's research interests include cardiovascular and diabetes epidemiology. The main objective of Lotufo's work in preventive cardiology is to create risk prediction scores for hypertension, diabetes, myocardial infarction and stroke based on Brazilian populations. The Framingham Risk Score and other from different populations have been applied with few success in Brazil, a racially admixed society with a particular dietary pattern. Lotufo's team of the "Center" in São Paulo has been dedicated to other studies related to identify determinants of survival after a myocardial infarction or after stroke; for nonpharmacological treatment of depression; follow-up of persons with renal impairment and the influence of vegetarian diet on atherosclerosis. . His scientific production includes approximately 200 papers, over 40 of which were completed in the past three years. Paulo Lotufo earned his M.D. (1980, MPH (1993) and Dr PH (1996) Universidade de São Paulo (USP). From 1997 to 1999, Lotufo was a visiting scientist at the Division of Preventive Medicine at Brigham and Women's Hospital/Harvard Medical School.

CONFERENCIA #16: Cardiometabolic Burden in a Racially Admixed Population: The Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). The impact of the Cardiometabolic Burden in the Brazilian population related to the age structure and the epidemiologic transition and the clinical and epidemiologic implication in the population.



abbvie

RESUMEN CONFERENCISTAS



Jorge Barreto
BRAZIL

PhD in Public Policy and specialist in Health Systems Management, Health Economics and Health Technology Assessment. Was Secretary for Science and Technology of the National Council of Municipal Health Secretaries of Brazil by seven years. At present is researcher from Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz) focusing on Knowledge Translation, Evidence-informed Policy Making and Primary Health Care.

CONFERENCIA #9: Elementos constitutivos dos modelos para incentivo-contratação-medição de resultados em sistemas e serviços de saúde. Apresentar e discutir os resultados de um overview de revisões sistemáticas e estudos observacionais sobre modelos de Pagamento por Desempenho (P4P) no âmbito da atenção à saúde, incluindo o potencial de efeitos sobre desfechos clínicos econômicos e humanísticos no âmbito das doenças crônicas.



abbvie

RESUMEN CONFERENCISTAS



Ricardo A. Garcia
BRAZIL

Medical Doctor (1994). General Surgery Residency Program (1997). Post Graduated in Hospital Administration (1999). Master in Business Administration and Health Management at IBMEC Business School, RJ (2000). Master in Business Administration and Marketing at Pontifícia Universidade Católica, RJ (2002). Researcher at the State University of Rio de Janeiro (UERJ) Researcher at National Institute of Science and Technology for Health Technology Assessment (IATS) CNPq/Brazil. Researcher and Director at Latin American Research Center of Biotechnology CLAPBio Subsecretary for Biotechnology, Science and Health development at Federal District, Brasilia, Brazil. I have focused my career in two areas: Medical Education and Health Technology Assessment.

CONFERENCIA #13: Gestión de Riesgos: Panorama general de los biosimilares. Farmacovigilancia / Trazabilidad. Esta presentación tiene como objetivo, y reto, transmitir importantes conceptos básicos sobre los medicamentos biológicos y sus diferencias con los medicamentos sintéticos, permitiendo un buen entendimiento sobre la naturaleza de los medicamentos biosimilares, además de promover la discusión sobre importantes temas relacionados a estos medicamentos, como intercambiabilidad, sustitución automática y farmacovigilancia.



abbvie

RESUMEN CONFERENCISTAS



Teresa Tono Ramirez
COLOMBIA

Médica Cirujana de la Universidad Javeriana. Magister en Salud Pública y PhD en Servicios de Salud de la Universidad de California Los Ángeles - UCLA. Directora ejecutiva de la Organización para la Excelencia de la Salud (OES). Fue Directora Ejecutiva del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud PARS del Ministerio de la Protección Social y negociadora de banca multilateral por el sector de la protección social, directora de investigación del Centro de Gestión Hospitalaria, coordinadora de investigación en servicios de salud de la Fundación FES asesora del Ministro de Salud para la reglamentación de la Ley 100 e investigadora asociada del Instituto SER de Investigación. Ha sido miembro de las Juntas Directivas de la Nueva EPS y las ESEs Luis Carlos Galán, Policarpa Salavarrieta, Rita Arango Alvarez del Pino, Antonio Nariño, Rafael Uribe Uribe, Jose Prudencio Padilla y Francisco de Paula Santander en representación del Presidente de la República, del Instituto de Ortopedia Infantil Franklin Delano Roosevelt y del Hospital San Rafael de Fusagasugá en representación del Gobernador de Cundinamarca. Miembro del Comité Médico de la Liga de Lucha contra el Cáncer. Miembro del Comité Editorial de la Revista Vía Salud y autora de múltiples publicaciones que incluyen la dirección de la colección de libros del PARS y estudios sobre los hospitales colombianos, el impacto de la reforma sobre la salud pública, la desnutrición y las condiciones de operación del sistema de salud. Conferencista en temas relacionados con el sector, Sistema de Salud Colombiano, la Reforma de Seguridad Social en Salud, el cálculo del POS y la UPC, los Hospitales Colombianos y su Transformación y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entre otros.

06

CONFERENCIA # 7: How to measure and report Clinical, Economic and Humanistic outcomes in RA.



abbvie

RESUMEN CONFERENCISTAS



Ismael Yepes
COLOMBIA

Licenciado en Medicina y Cirugía de la Universidad de Cartagena. Especialista en Gastroenterología y Hepatología del Hospital Gregorio Marañón (Madrid). Postgrado en análisis estadístico y Magister en Metodología de la investigación de la Universidad Autónoma de Barcelona. Doctorado en Ciencias Biomédicas de la Universidad Complutense de Madrid con la máxima calificación (cum laude) otorgada por unanimidad con la tesis el valor predictivo del gradiente de presión venosa hepática para la primera descompensación en pacientes con cirrosis hepática secundaria a infección por el virus de la hepatitis C. Desde el año 2012 se desempeña como coordinador del departamento de investigaciones de la facultad de medicina de la universidad de Cartagena y lidera el grupo de investigación Pharos cuyo objetivo principal es la disminución de la carga de las enfermedades crónicas a través de soluciones innovadoras generadas a través de la investigación.

CONFERENCIA #15: The positive implication of the New Holistic Management of HCV.



abbvie

RESUMEN CONFERENCISTAS



Ramon Abel Castaño
COLOMBIA

Médico del Instituto de Ciencias de la Salud, CES, PhD en Política y Salud Pública de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Inglaterra, Maestría de ciencia en Gestión y Política en Salud de la Escuela de Salud Pública de Universidad de Harvard, USA, especialización en Gerencia Hospitalaria de la Universidad de Eafit. Ha trabajado en el sector en diferentes cargos como: Jefe de División Salud de Colsubsidio, Profesor de planta de la Facultad de Economía en la Universidad del Rosario, Consultor Bitran & Asociados en Santiago de Chile, Consultor del Ministerio de la Protección Social en Colombia, para la evaluación del equilibrio financiero del sistema de salud, y recientemente se desempeña como consultor del Centro de Gestión Hospitalaria para el desarrollo de centros de excelencia.

CONFERENCIA #4: Relación entre el Proveedor y Financiador. La Nueva Forma de Trabajar en las Enfermedades Crónicas en América Latina.



abbvie

RESUMEN CONFERENCISTAS

09



Diego Rosselli
COLOMBIA

MD, Med, MHP. Neurólogo colombiano quien, después de pasar un año haciendo la investigación en el cerebro de la neurotransmisión de aminoácidos en el Instituto de Psiquiatría de Londres, comenzó su carrera académica como profesor de neurociencia básica para médicos y estudiantes de Psicología. Como becario Fulbright, asistió a la Universidad de Harvard, donde obtuvo el grado de Maestría en Educación. En 1993, fue nombrado para el Ministerio de Salud de Colombia como jefe de la oficina de Evaluación de Tecnologías, el primero de su tipo en América Latina. En 1997, obtuvo el grado de Maestría, esta vez como Chevening Scholar, en Políticas de Salud, Planificación y Financiación de la London School of Economics. Su enseñanza se trasladó progresivamente hacia la medicina basada en la evidencia y luego a economía de la salud. Dr. Rosselli es actualmente profesor de Economía de la Salud en el Departamento de Epidemiología Clínica de la Universidad Javeriana Facultad de Medicina de (Universidad jesuita colombiana, establecida en Bogotá en 1623) y presidente de ISPOR capítulo colombiano. Ha sido Director General de la Cruz Roja Colombiana, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Nueva Granada, el presidente de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y Magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica. Ha dado conferencias sobre economía de la salud en casi todos los países latinoamericanos.

CONFERENCIA # 3: Aspectos económicos de las enfermedades crónicas. (Oncology, HIV, HCV, RA).



abbvie

RESUMEN CONFERENCISTAS



Pedro Ivan Santos - Moreno
COLOMBIA

Hospital Militar en Bogotá, en donde también cursó su subespecialidad como reumatólogo en 2004, además realizó estudios en epidemiología en Aberdeen University. El Dr. Santos tiene más de 10 años de experiencia en estudios clínicos en el área de reumatología incluyendo estudios de seguimiento y de intervención. Se desempeña como internista y reumatólogo en el Hospital Militar Central en Bogotá y desde 2010 es el Director Científico de la Clínica de Artritis Rematoide Biomab. Es Miembro del Comité Internacional de la iniciativa Treat to Target (T2T), del American College of Rheumatology, y también es miembro de la Asociación Colombiana de Reumatología y de la ILAR (Liga Internacional de Lucha contra las Enfermedades Reumáticas). Dentro de la reumatología y la inmunología, sus áreas de interés son la Artritis Reumatoide (AR), particularmente la Artritis Reumatoide temprana, las terapias biológicas y los modelos farmacoeconómicos en la misma. En Biomab ha liderado y promovido el desarrollo e implementación de modelos de gestión de la enfermedad y el buen uso de los medicamentos para el tratamiento de la AR. Últimamente viene trabajando en la promoción de Centros de Excelencia en AR y otras enfermedades de alto impacto para los sistemas de salud.

CONFERENCIA # 6: The CoE in RA a New Model for LATAM. The core of the presentation is based on Health program only in RA using T2T standards and based on shared clinical goals between insurer and provider, resulting in good outcomes for every part involved (patient, clinician and payer).



abbvie

RESUMEN CONFERENCISTAS



Rosa Maria Suarez Galindo
MEXICO

Deputy General Director of Prioritization at the General Health Council, one of her main responsibilities includes the Secretariat of Inter-institutional Commission of the National Formulary of Health Care Technologies of the Public Health Sector.

She has vast experience in the Pharmaceutical Industry. From 2006 to 2013 she was Outcomes Research Manager. Previously she was consultant for projects for the Economic Evaluation and monitoring of progress of health programs, sponsored by the World Bank in Central America. Her experience in the Public Sector has provided her with a comprehensive perspective. During 2004-2006 she was the Advisor for Federal Commission for the Protection against Sanitary Risks (COFEPRIS) and in the General Health Council regarding Pharmacoeconomic topics. During 1996 to 2000 she worked as an advisor for the Ministry of Health and for the Sanitary Regulation Vice-Minister. Relating academic activities, she serves as a Chair of the ISPOR Mexican Chapter Rosa María holds a B.S. in Economics and obtained her Master degree in Health Economics from University Pompeu Fabra of Barcelona.

CONFERENCIA #10: Decision Making Processes in Health Technology Assessment. The objective is to explain which is the process currently is used in National Formulary Committee in order to approve or rejected not drugs and health technology.



abbvie

RESUMEN CONFERENCISTAS



César Alberto Cruz Santiago
MEXICO

Surgeon, Medical Doctor – UNAM. General Surgeon at HECMN S.XXI2 IMSS. Colorectal Surgeon at HRLALM3 ISSSTE. Master of Science - University Of Miami. Doctor in Administration - University Of York. Advisor of 21 Thesis of Postgraduate Professionals. Author of 57 Published Research papers. Author of 4 Chapters on his Specialty. Coauthor of 6 Chapters of Books on the Specialty. Currently is the Unit Chief of quality and health technologies evaluation in PEMEX. Responsible for: development of affordable health strategies to implement appropriate actions to update the Medical Catalog. Economic Medical Evaluation of Medical Subrogated Services for Petróleos Mexicanos (PEMEX) that allow its adequate measurement through the generation of indicators of structure, process and results. Advise and support the states and direct units in the analysis methodology of the pre-existing insured policyholders, in order to determine the number of them and set up the catalog of these. Former PEMEX Institutional representative in the Committee of New Molecules, PEMEX Institutional representative in the Committee of Drugs of the Basic Drugs Table, National Coordinator for Health Research, Head of the Coordination Area of Medical Planning and Infrastructure for IMSS.

CONFERENCIA #11: New Alternatives Acquisition in Complex Therapies Access. Mexican Experience. The presentation will explain the current situation of acquisition in the Mexican Government and the New Alternatives Acquisition in Complex Therapies Access, based on Cooperation System between the provider and the institutions applying different selective criteria for the New Acquisition Models.



abbvie

RESUMEN CONFERENCISTAS



J. Armando Barriguete Meléndez
MEXICO

Médico cirujano (UNAM), estudios de psiquiatría (Univ. Paris 13 Francia), psicoanálisis (Asociación Psicoanalítica Mexicana CA y Sociedad Psicoanalítica de París), maestría (CIES, México) y doctorado en psicoterapia (APM, México). especialista en conducta alimentaria y sus trastornos, fundador de la primera clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en México y de las primeras en América en 1986, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición SZ, y hasta la fecha “consultor de TCA y Obesidad”. Directos de Clínica Ángeles TCA, Polanco, Puebla, Pedregal, Hospitales Ángeles México. Coordinador de la sección de TCA de ENSANUT 2006 y 2012. Asesor del Secretario de Salud de México (2006-2011) y coordinador de la primera estrategia contra la “obesidad y ECNT”, del programa “5 Pasos”, distinguido por la OMS, la creación del “Consejo Nacional contra las Enfermedades Crónicas” (CONACRO) por decreto presidencial, el piloto del programa “11 por la Salud” con la FIFA y FEMEXFUT y de la “Reunión Ministerial de las Américas” y “Declaración” 2011, y posicionamiento de México a nivel global, la capacitación a distancia de equipos clínicos para el manejo integral y multidisciplinario de la obesidad y las ECNT. Con 21 publicaciones al respecto. Asesor del Secretario de Educación de México (2012) y desarrollo nacional de “salud en el ámbito escolar”, y la “Reunión Ministros de Educación de las Américas por la Salud” y “Declaración” 2012. Presidente del “Global Obesity Forum” y de “EPODE International Network” la Red de prevención más global con cerca de 100 millones de personas. Presidente de la Fundación Franco-Mexicana para la Medicina IAP desde 2004, que ha permitido el desarrollo los modelos de prevención: “Casa de los Adolescentes” y “NutriNet” para el registro de grandes poblaciones y reforzamiento de hábitos saludables. Distinciones por la Academy for Eating Disorders de EUA, y la Eating Disorders Research Society EUA. Por los Hospitales Civiles de Guadalajara. Condecorado por el gobierno francés como Caballero (2012), Oficial (2010) de la Legión de Honor de Francia. Miembro de las principales agrupaciones científicas y profesionales de la psiquiatría, psicoanálisis, y TCA. Con 176 publicaciones científicas, capítulos y libros, como autor y co-autor sobre TCA, Obesidad, Prevención, Adolescentes y Cultura.

CONFERENCIA #18: “Estrategias Preventivas para las Bases y Soporte de la Salud Pública. Experiencia Mexicana”. Se presentan resultados actuales sobre Obesidad y ECNT, el grave impacto económico. Y se aborda uno de los factores menormente incluidos para la prevención, control, vigilancia y manejo de la obesidad y las ECNT: La Conducta. Se plantea que la obesidad es un problema de conducta, con efectos serios en el peso y sus secuelas en las ECNT, y recíprocamente también, las ECNT y su efecto la obesidad. Se presentan varios programas exitosos: “5 Pasos por Tu Salud”; “CONACRO”; “11 por la Salud”; “NutriNet Salud México-Francia”. Interesantes experiencias para la América Latina, en el ámbito clínico, laboral y educativo, incluyendo la población migrante que vive en los Estados Unidos.



abbvie

RESUMEN CONFERENCISTAS



Carlos Pineda MD, MSc
MEXICO

Current position Research director Instituto Nacional de Rehabilitación, México City. Postdoctoral Clinical Training. Internal Medicine, Rheumatology, Osteoradiology, Internal Medicine, Mexico, 1982, Rheumatology University of California San Diego, 1983. Osteoradiology Post-Doctoral Fellow, University of California San Diego, 1984. Musculoskeletal ultrasound Henry Ford System 2001 Master in Sciences, 2011. PhD candidate 2015. Major Committee Assignments PANLAR Imaging study group. Chair 2008-2012. Mexican College of Rheumatology President 2004-2005. Mexican Council of Rheumatology President 1998-1999. Mexican Foundation for Rheumatic Patients, AC President and founder 2005-2006. Pan-American League for Associations of Rheumatology PANLAR, President 2014-2016. International League for Associations of Rheumatology, ILAR Chair, 2015. Research areas. Imaging of rheumatic diseases, musculoskeletal ultrasound, paleopathology of rheumatic diseases. Productivity. More than 166 international contributions, (peer reviewed scientific papers, book chapters, textbooks) devoted to the field of rheumatic and musculoskeletal diseases. Editor textbook 3 Book chapters 76. Thesis director 23.

CONFERENCIA #5: PANLAR and the relation with REAL Project. Define the key to achieving the minimum standards of care for the management of RA in Latin America and to support the overall quality of the health system in order to improve the care of patients with rheumatic elements.



abbvie

RESUMEN CONFERENCISTAS



Juan Carlos Rodriguez
PERU

Médico y Cirujano, Especialista en Mercadeo y Finanzas, Gerencia de Salud Ocupacional. Experiencia docente en programas de Maestría y Especialización en Gerencia, Auditoría, Marketing en Salud, Economía. Amplia experiencia en Aseguramiento y Gestión de Servicios de Salud. Especialidades: Especialista en Gerencia de Salud Ocupacional. Especialista en Mercadeo y Finanzas. Gerente General Oncosalud, Profesor Internacional Invitado. Maestría en Gestión en Salud. ESAN. Profesor de Cátedra Desarrollo Gerencial. Facultad de Administración Universidad de los Andes. Profesor de Cátedra. Especializaciones en Economía y Auditoria en Salud. Universidad Jorge Tadeo Lozano.

CONFERENCIA # 12: Innovative Health Care Models.



abbvie

RESUMEN CONFERENCISTAS



Aurelio Núñez
PANAMA

Jefe del Programa Nacional de ITS, VIH-Sida y Hepatitis desde 2011 a la fecha, y fue coordinador del Estudio de Epidemiología del VIH en Panamá. Es Doctor en Medicina y Cirugía, graduado de la Universidad de Costa Rica, Máster en Gerencia en Servicios de Salud y Máster en Epidemiología de Campo. Encargado del funcionamiento de las 15 Unidades de Atención Integral del Ministerio de Salud de Panamá donde se brinda atención médica integral y tratamiento antirretroviral a pacientes con VIH e ITS de toda la República de Panamá.

CONFERENCE # 19: Experience of Panama in the comprehensive management of patients with HIV. The objective of the presentation is to present the current situation of HIV in Panama and the innovative strategies to implement a proper disease management of the disease and the positive impact from the clinical and economic standpoint of view.



abbvie

RESUMEN CONFERENCISTAS



Régulo Valdés
PANAMA

Coordinador Nacional Diálisis y Enfermedad Crónica de los Riñones y Coordinador Nacional de Trasplante de la Caja de Seguro Social de Panamá, encargado de la implementación, seguimiento y supervisión del Proyecto Nacional de Hemodiálisis. Es Vicepresidente de la Sociedad Panameña de Nefrología e Hipertensión y Miembro del Comité Nacional de Trasplante. Profesor Invitado en Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill (2006 y 2007). Es Nefrólogo e Internista Graduado en la Universidad de Panamá en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid de la Caja de Seguro Social (2002-2006).

CONFERENCE # 20: Implementation of Comprehensive Care Centers in Renal Replacement in Panama. The main objective is to present the results of the implementation of Comprehensive Care Centers in Renal Replacement in Panama using different variables to measure the clinical and economic impact of this Chronic Disease and the comparative results.



abbvie

RESUMEN CONFERENCISTAS



Murali Gopal
UNITED STATES

Specialties: Medicine, Psychiatry, Pharma, Business Planning, Marketing, Healthcare, Human Resourcing, Leadership, Research, Medical Writing / Marketing, Payer and Reimbursement Strategy and Materials. Role within GMA Therapeutic Areas and will focus on diagnosing capability gaps in GMA, creating, and executing an action plan to develop competencies and processes for GMA to effectively and strategically Collect and integrate information on Payer needs (in collaboration with HEOR, CE&Os and Managed Care). This role is intended to build these capabilities across TAs and assure that our strategic and tactical plans effectively integrate FutureFit and the various payer, policy maker and access influencers.

CONFERENCIA # 14: The impact of Automatic Substitution in Stable Patients. The main objective of the presentation is present the Structural, pharmacokinetic, and pharmacodynamic differences have been observed among TNF- α inhibitors. Differences in clinical evidence have led to differences in FDA-approved indications and labels for TNF- α inhibitors. The American College of Rheumatology recommends switching between TNF inhibitors, or to an alternate mechanism of action, when the first agent is associated with inadequate response or poor tolerability. Limited data are available on switching patients who are stable on biologic therapy. Health and cost consequences are not well understood. Available data on switching for non-medical reasons shows potential for worse outcomes and/or higher utilization of healthcare resources.



abbvie

RESUMEN CONFERENCISTAS



María Victoria Ocampo
COLOMBIA

Bajo su dirección se encuentra el Área de Posgrados en Gestión de Servicios de Salud y Seguridad Social y de los programas de Especialización en: Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, Economía y Gestión de la Salud y Gerencia y Auditoría de la calidad en Salud. Como directora se ha destacado por obtener la renovación del registro calificado de los programas, así como fortalecer las áreas de investigación y extensión, lo que ha contribuido al reconocimiento de las especializaciones.

Odontóloga egresada Colegio Odontológico Colombiano, Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud de la Universidad de Bogotá Jorge Tadeo lozano, Máster executive en Gestión del Marketing, Escuela de Organización Industrial (Madrid - España) MBA executive, Universidad de los Andes.

Ha sido consultora en proyectos asociados a la calidad y auditoría de la salud y cuenta con una amplia trayectoria en docencia e investigación.

CAPITULO 1



Carga de la enfermedad y
costos en enfermedades
crónico-degenerativas



abbvie



abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas



Reunión de alto nivel 2011 Prevención y Control de las enfermedades no transmisibles

Asamblea General | Naciones Unidas | Nueva York | 19 y 20 de septiembre de 2011

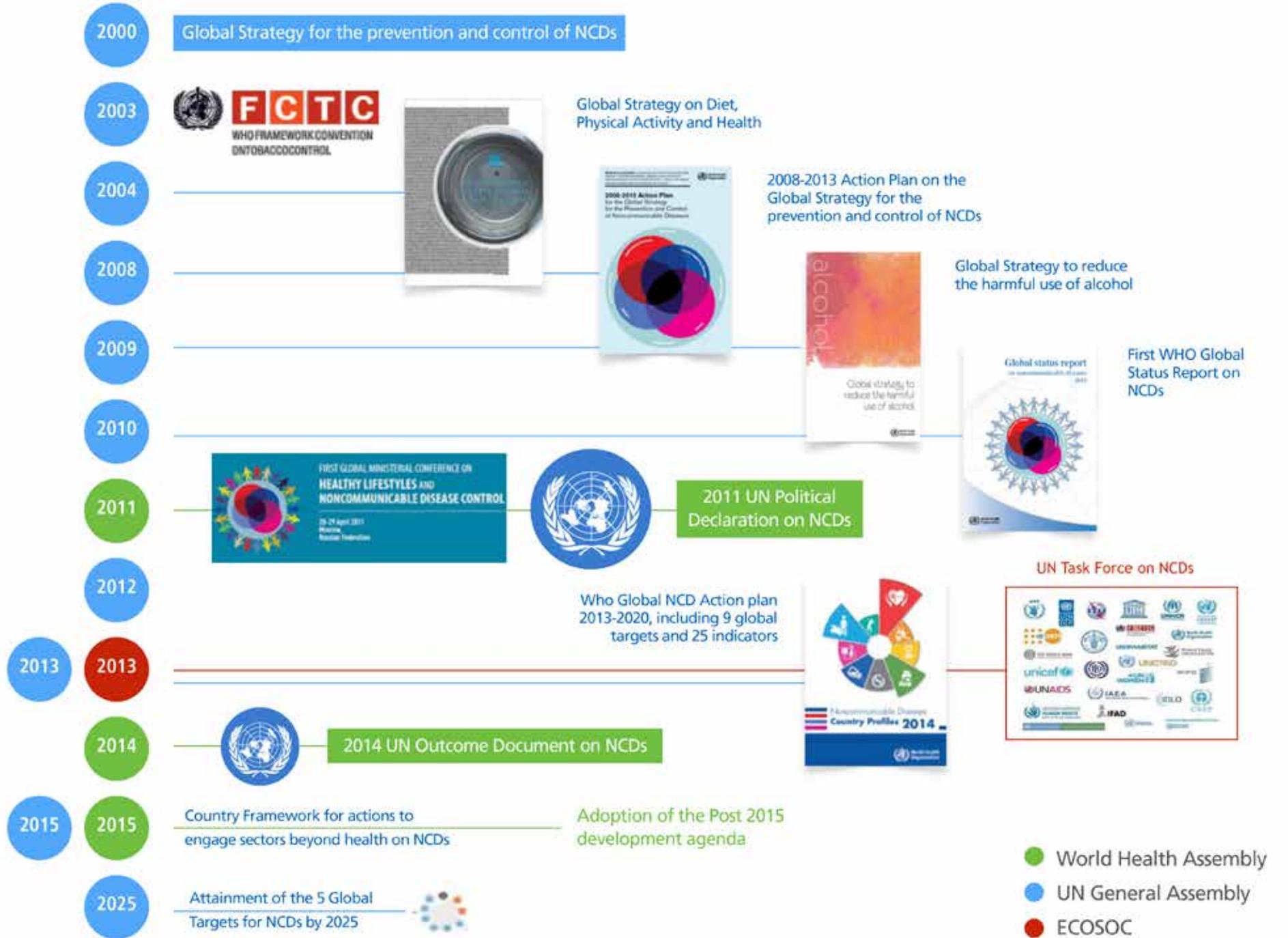




abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas





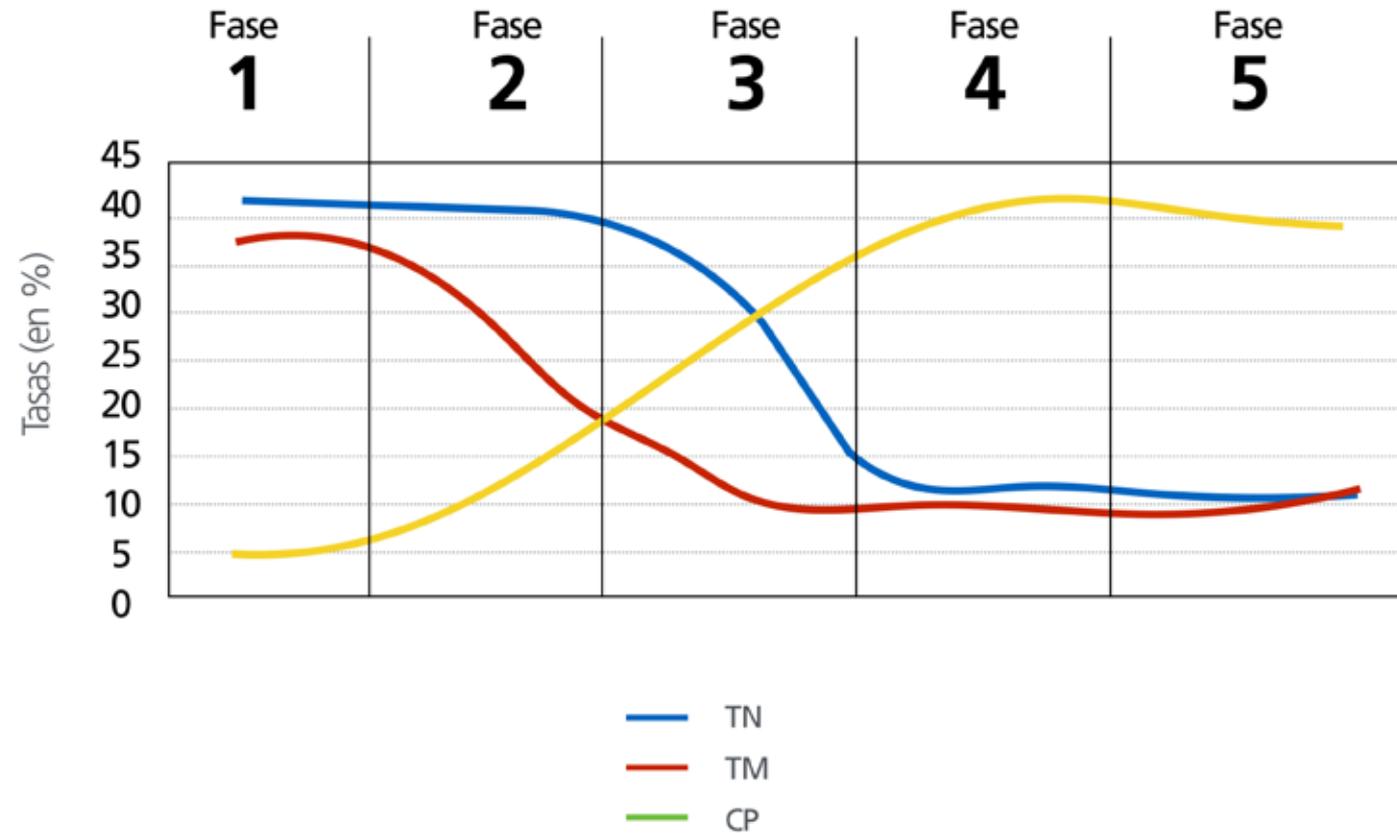
abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

Todo **cambia**

La transición demográfica





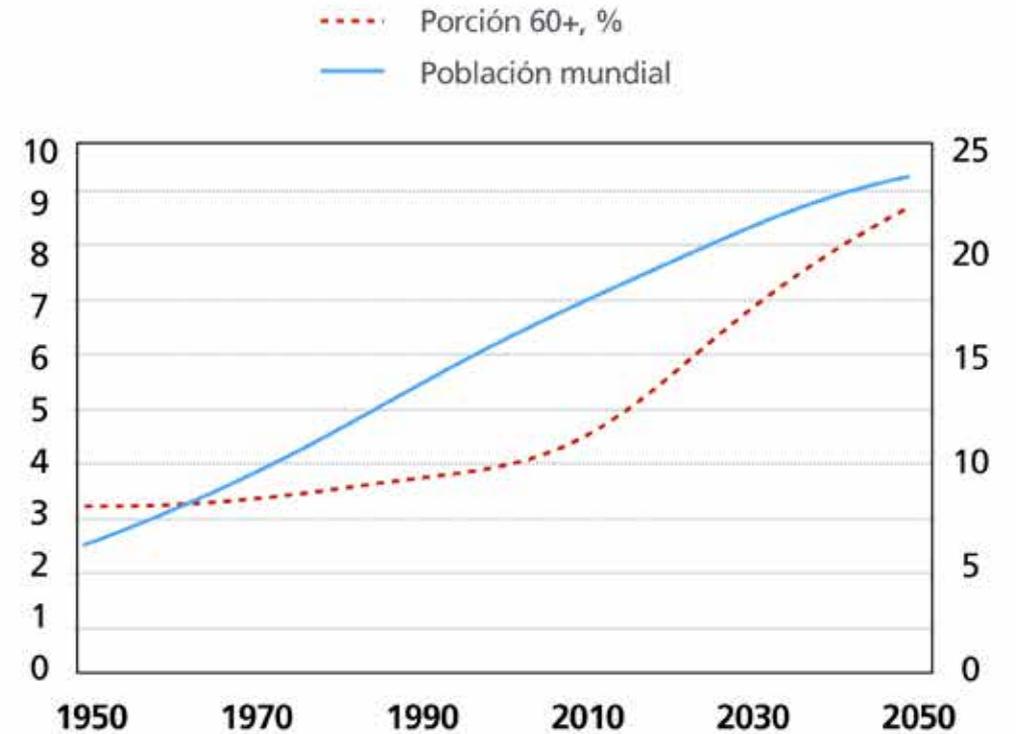
abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas



La población mundial está creciendo y **está más envejecida**



The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva. World Economic Forum. Fuente: United Nations Population Division, 2011.

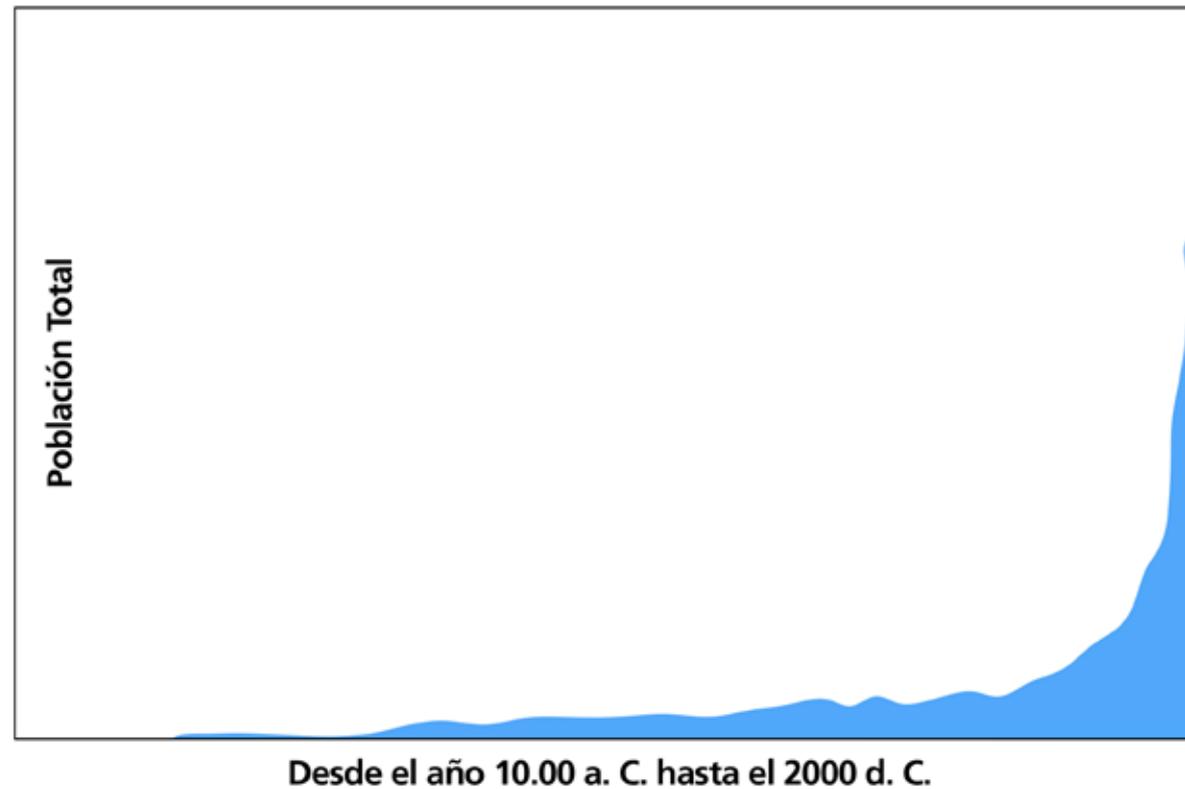


abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

Crecimiento de la población mundial



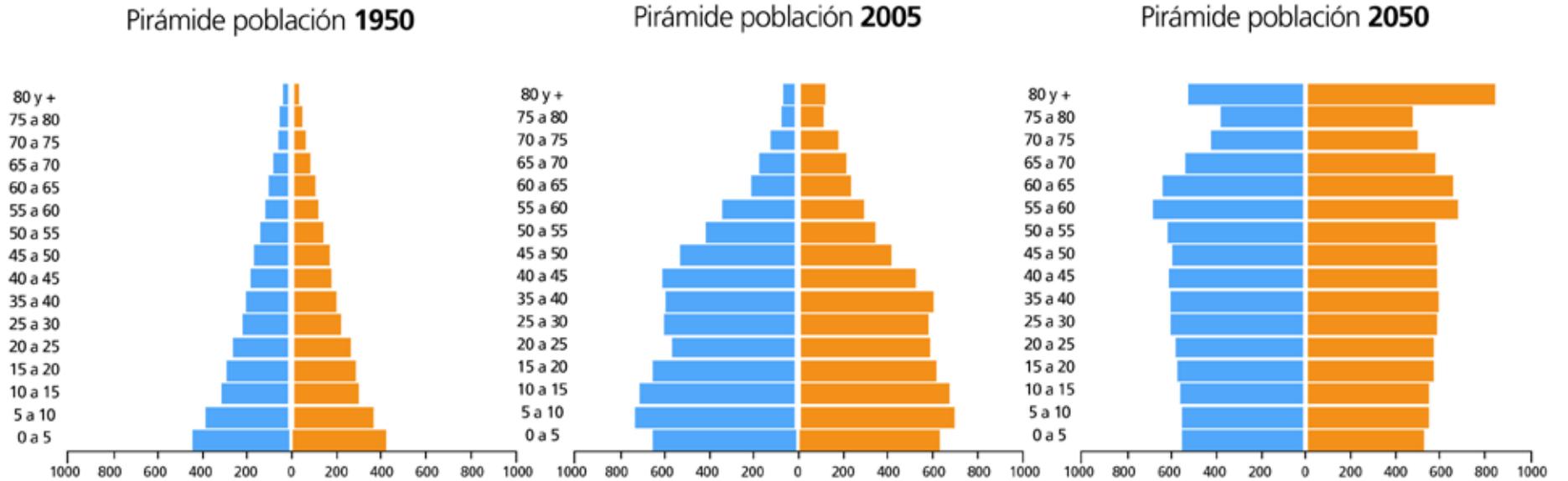


abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

Nueva demografía





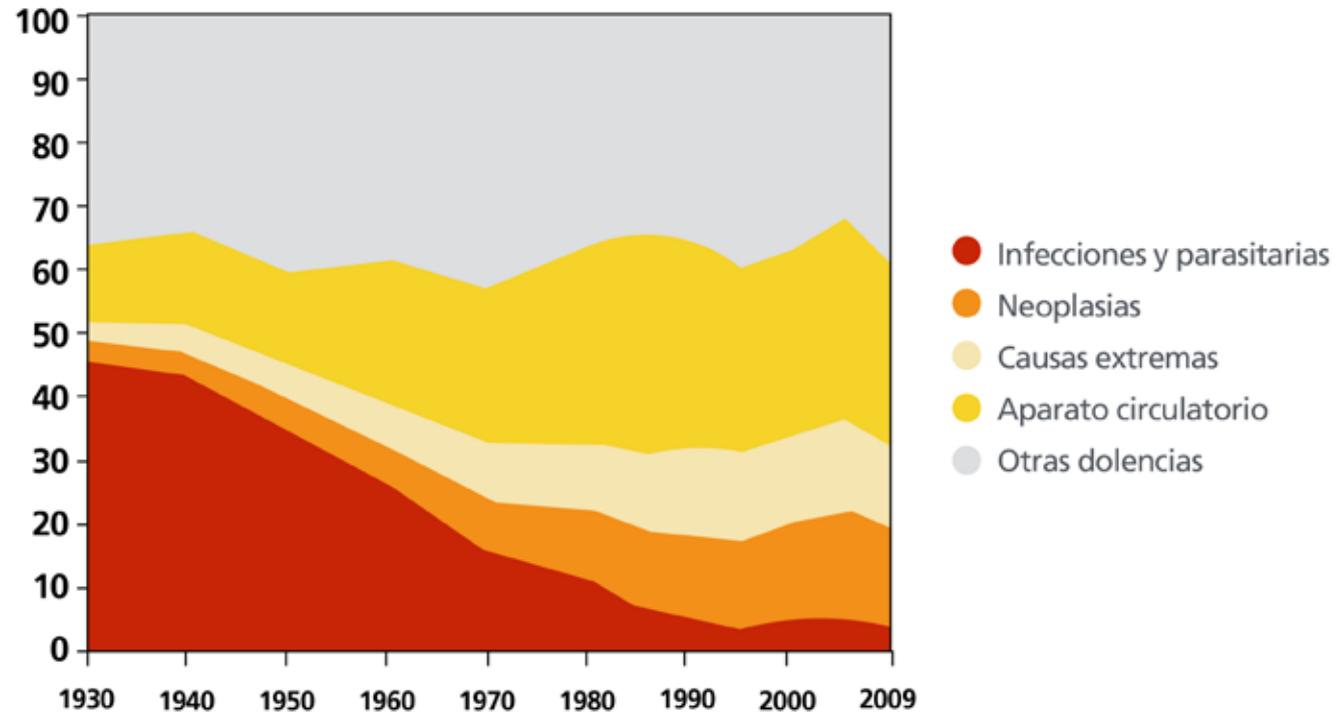
abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

26

Las causas de muerte también cambiaron



Fuente: Mendes EV. "As redes de atenção á saúde. Brasília Organização Panamericana de la salud, 2011



abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas





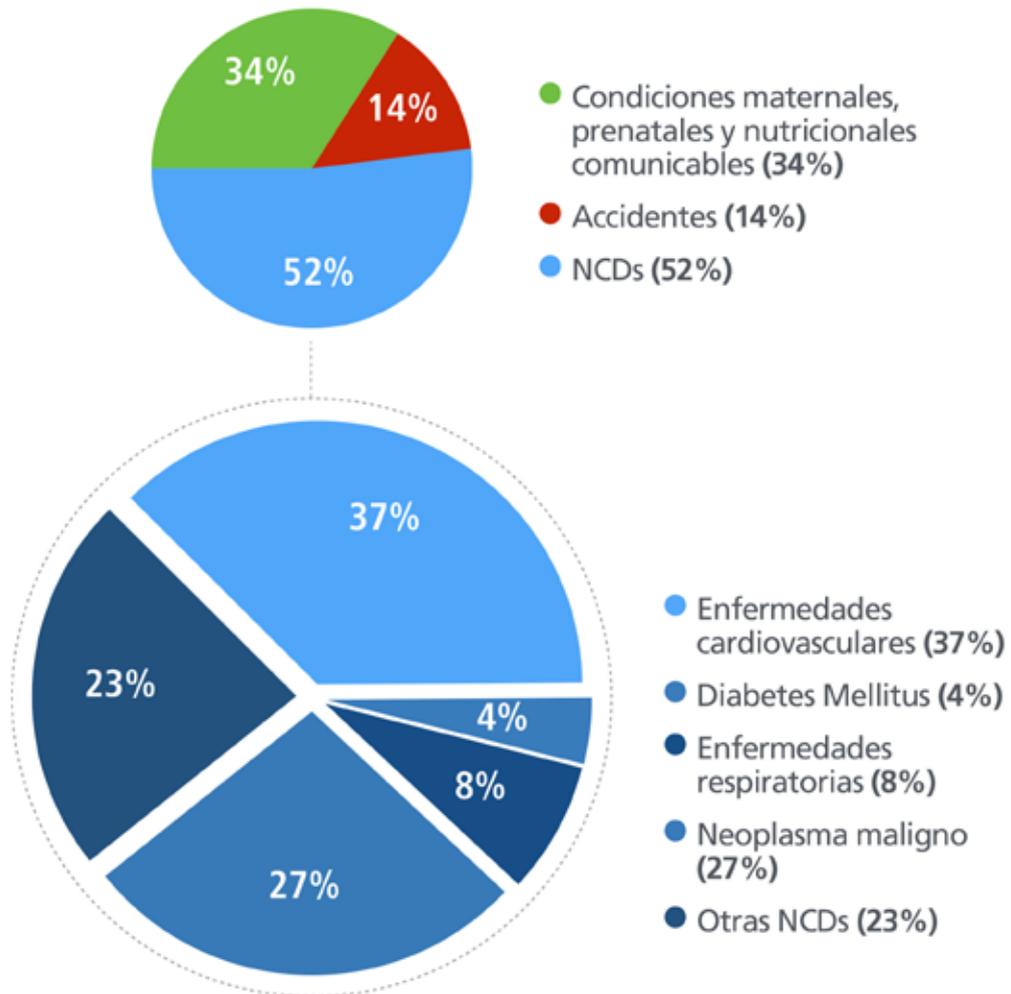
abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

28

Causa de muerte globales en menores de 70



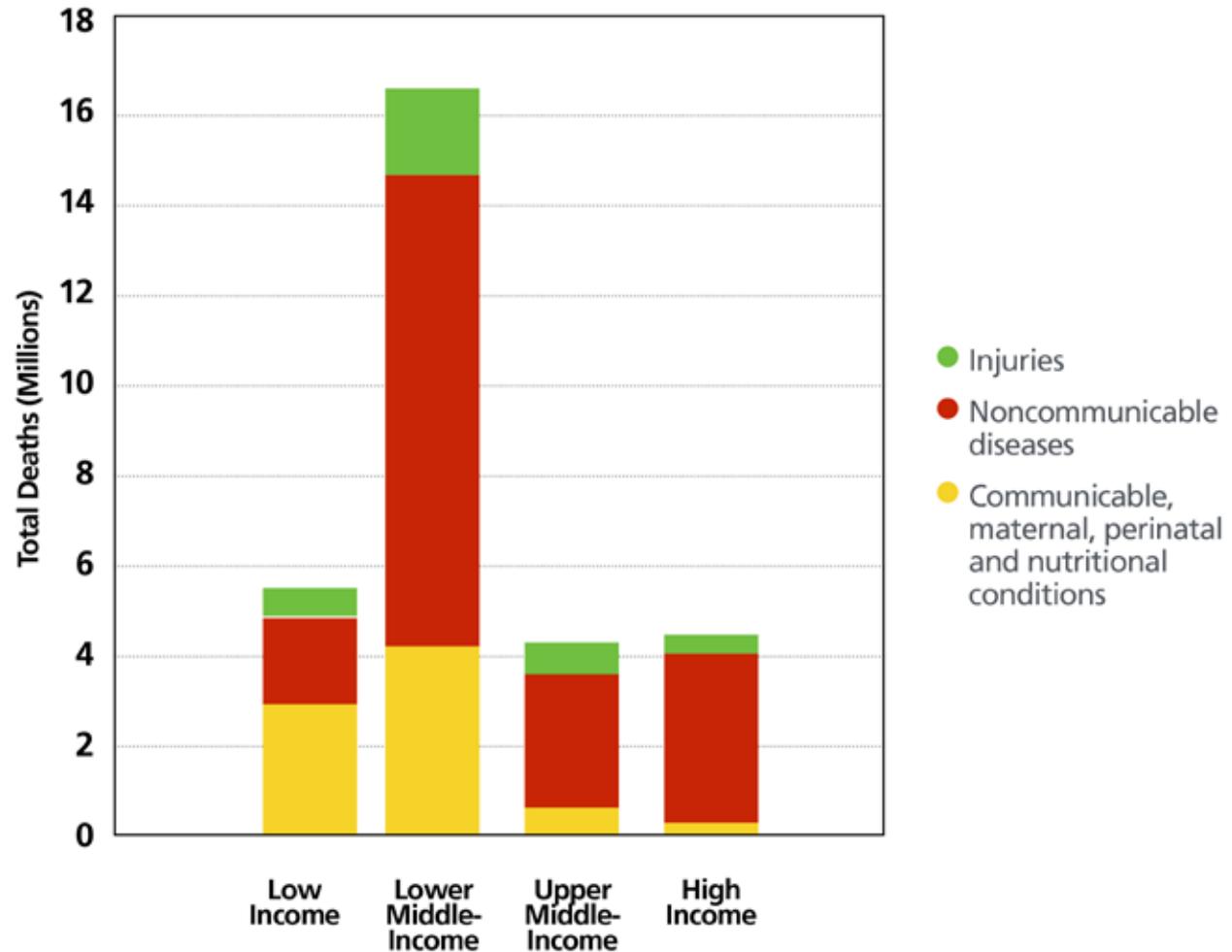


abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

Causa de muerte globales en menores de 70





abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

- ✓ **ENT** actualmente causan mas muertes que todas las otras causas combinadas.
- ✓ Las muertes por **ENTs proyectan incrementarse de 38 millones en 2012 a 52 millones en 2030.**
- ✓ Cuatro **ENTs** (*enfermedad CV, cáncer, enfermedad respiratoria crónica y diabetes*) son responsables del **82%** de las muertes por **ENTs**.
- ✓ Aproximadamente **42%** de todas las muertes por **ENT** en el mundo ocurren antes de los **70 años**.
- ✓ **48%** de las muertes por **ENTs** ocurren en países de ingresos bajos y medios y **28%** en países de altos ingresos



abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas



- ✓ Las muertes por enfermedades no transmisibles **están proyectadas para aumentar globalmente un 15%** entre 2010 y 2020.
- ✓ En los países de ingresos bajos y medios, el **29%** de las muertes por **NCD** son entre personas menores de 60 años , comparado al **13%** en los países de ingresos altos.



abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

La mayoría de las **NCDs** están fuertemente asociadas y causalmente unidas con cuatro comportamientos:



Estos comportamientos llevan a cuatro cambios metabólicos y fisiológicos clave:

- ✓ Alta presión sanguínea
- ✓ Sobrepeso/obesidad
- ✓ Hiperglucemia
- ✓ Hierlipidemia

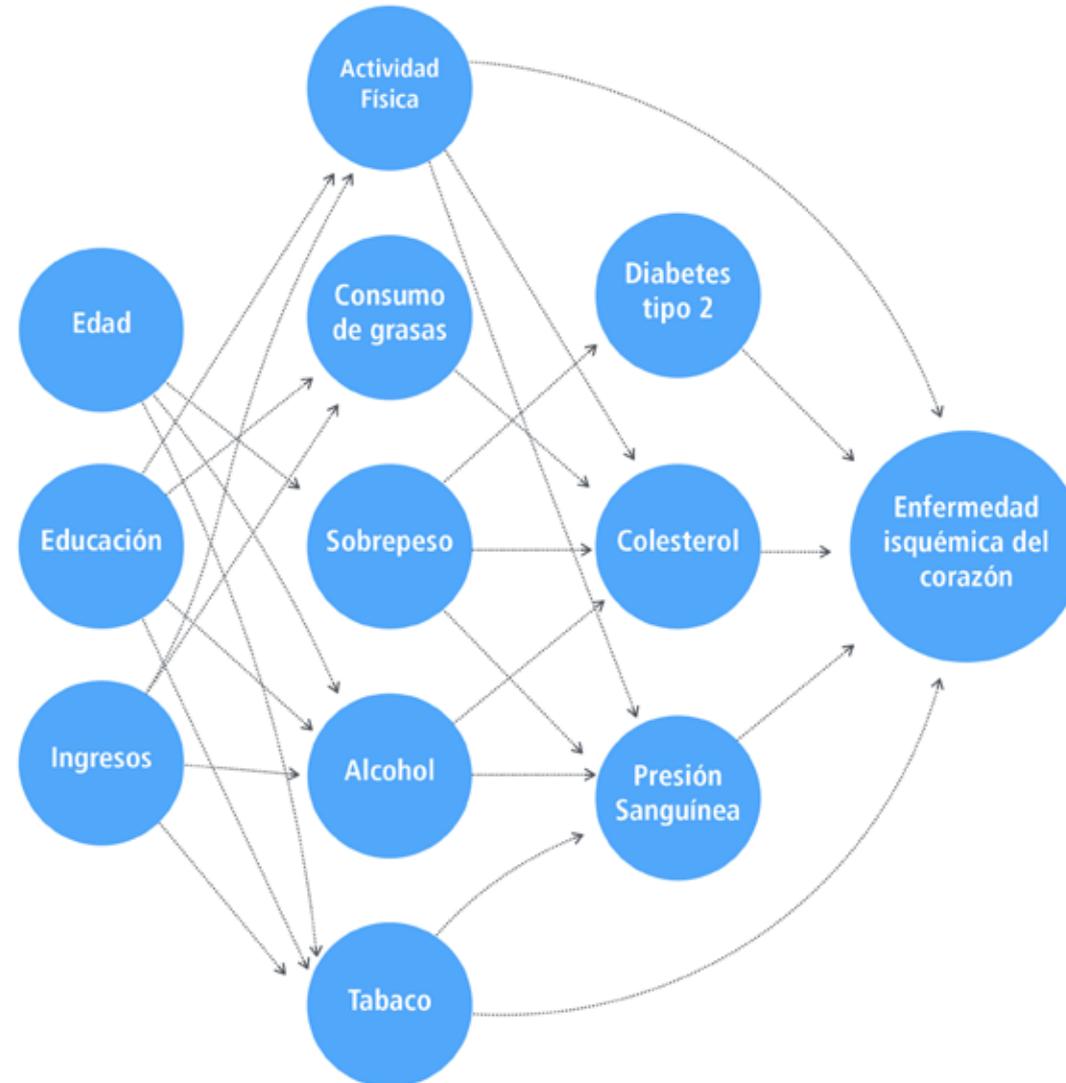


abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

La cadena de causas de enfermedad isquémica del corazón



GLOBAL HEALTH RISKS
Mortality and burden of disease attributable to selected major risks

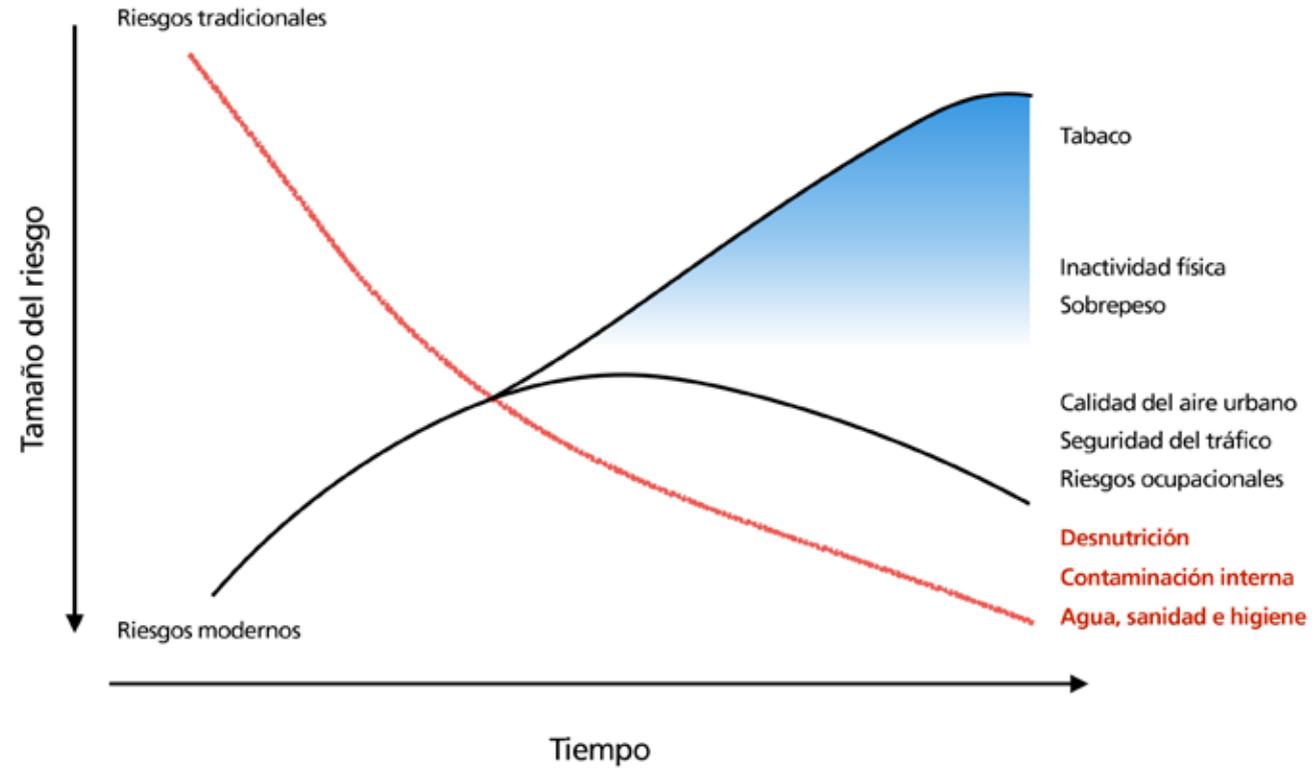


abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

La transición de los riesgos

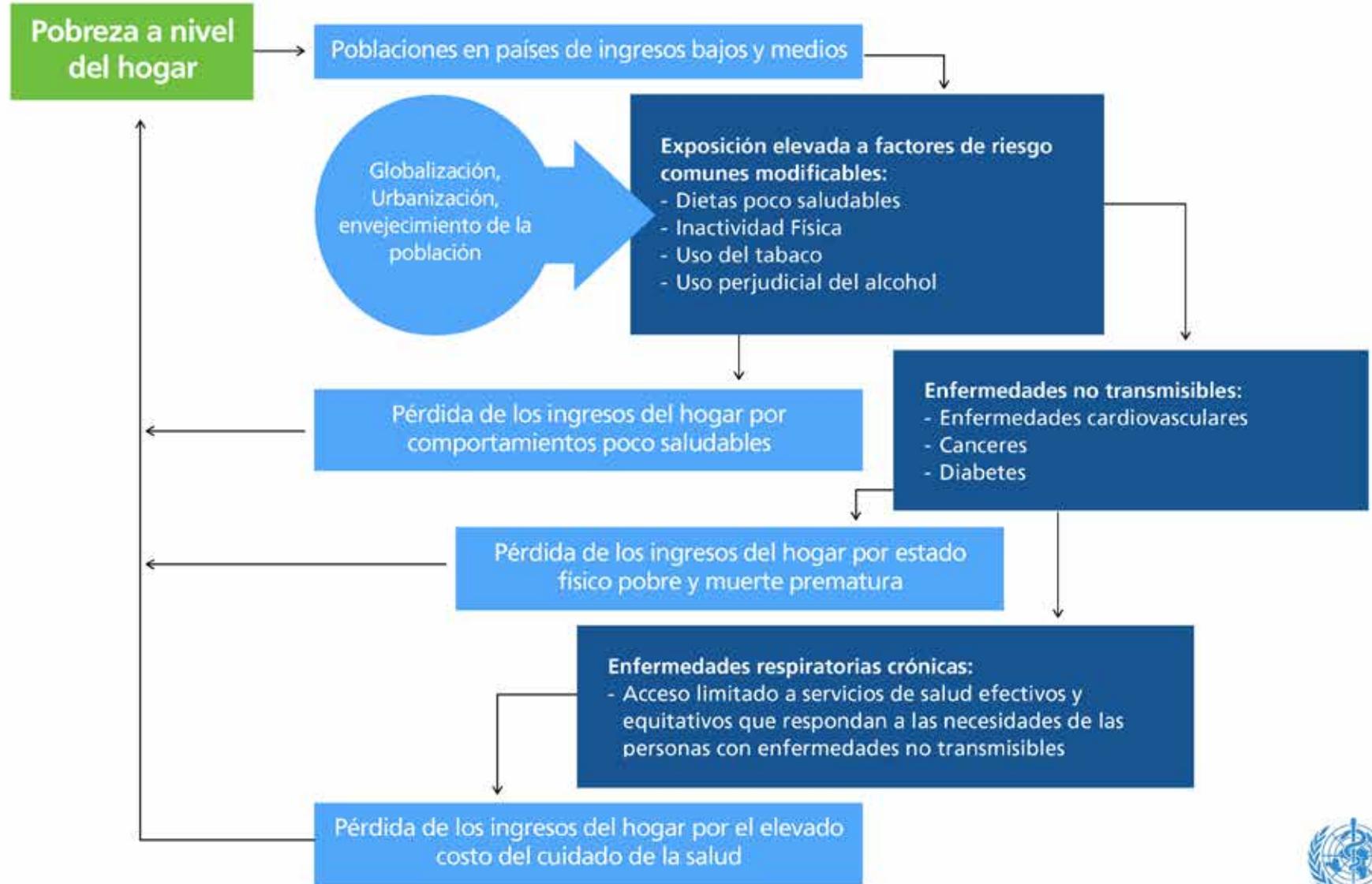




abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas



World Health Organization

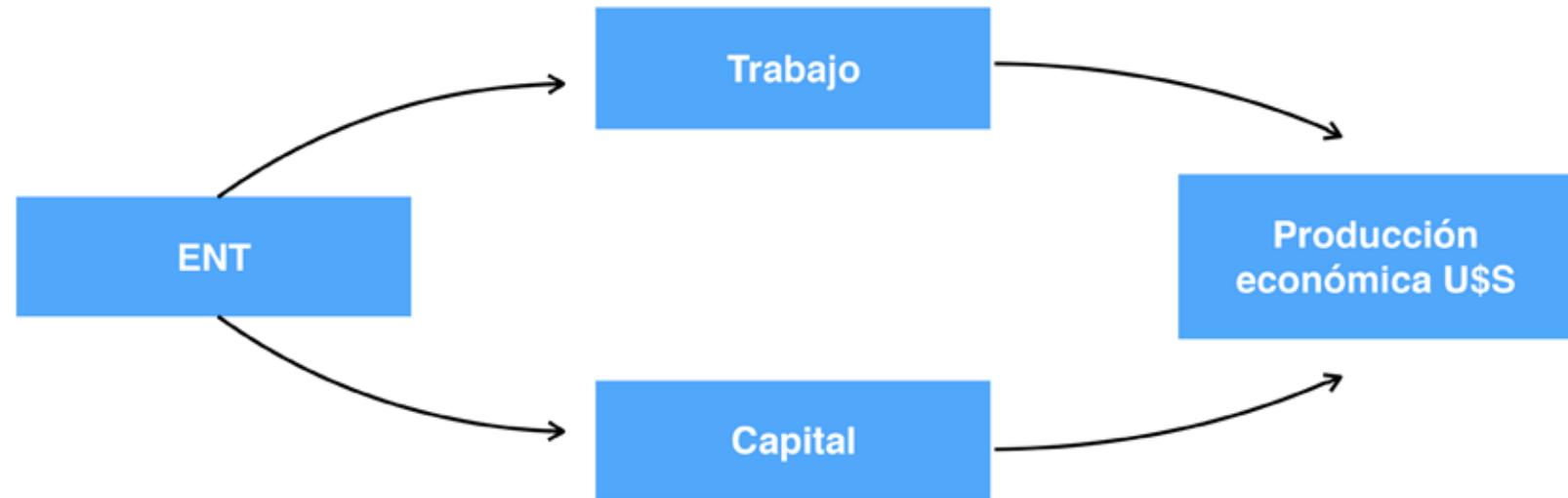


abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

Alrededor de **150 millones de personas** sufren cada año catástrofes financieras y cerca de 100 millones son empujadas bajo la línea de pobreza debido a los pagos por el cuidado de la salud. **Más del 90% de estas personas viven en países de ingresos bajos.**





abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

Un mes de tratamiento para enfermedad CV cuesta:





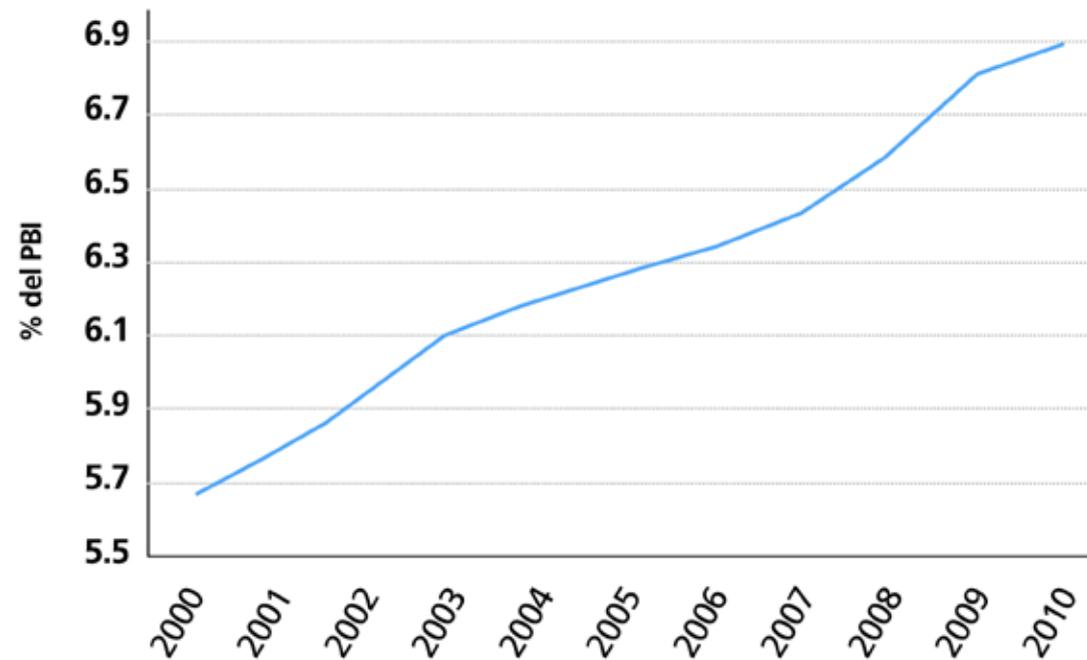
abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

38

El gasto en salud **crece**



Fuente: OECD Health Database (2011) and OECD Economic Outlook Database n 91.

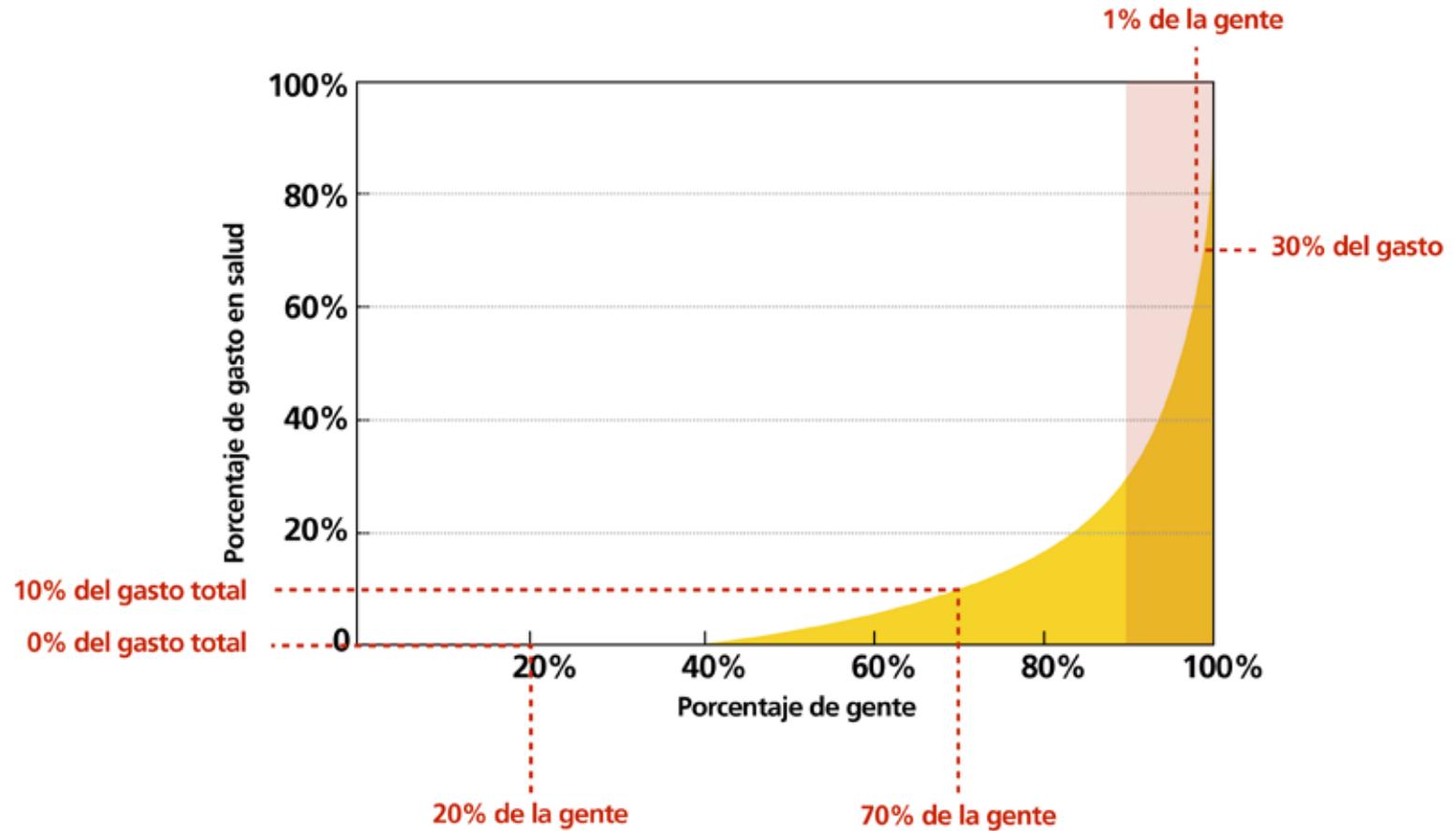


abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

El **10%** de la población consume el **70%** de los gastos



Fuente: Milliman USA Health Cost Guidelines — 2001 Claim Probability Distributions



abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

Pérdida de producción

Carga economica de las ENTs 2011-2013 (*trillones de U\$S 2010*)

Grupo de país por ingresos	Diabetes	Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades respiratorias crónicas	Cancer	Enfermedades mentales *	Total
Alto	0.9	8.5	1.6	5.4	9	25.5
Medio Alto	0.6	4.8	2.2	2.3	5.1	14.9
Medio Bajo	0.2	2	0.9	0.5	1.9	5.5
Bajo	0	0.3	0.1	0.1	0.3	0.9
PIMB	0.8	7.1	3.2	2.9	7.3	21.3
MUNDO	1.7	16.6	4.8	8.3	16.3	46.7



abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

Pérdida de producción

Carga económica de las ENTs 2011-2013 (trillones de U\$S 2010)

Grupo de país por ingresos	Diabetes	Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades respiratorias crónicas	Cancer	Enfermedades mentales *	Total
Alto	0.9	8.5	1.6	5.4	9	25.5
Medio Alto	0.6	4.8	2.2	2.3	5.1	14.9
Medio Bajo	0.2	2	0.9	0.5	1.9	5.5
Bajo	0	0.3	0.1	0.1	0.3	0.9
PIMB	0.8	7.1	3.2	2.9	7.3	21.3
MUNDO	1.7	16.6	4.8	8.3	16.3	46.7

U\$S 40 BILLONES/AÑO
4% PBI LMIC

The global economic burden of non-communicable diseases.
World Economic Forum and Harvard School of Public Health



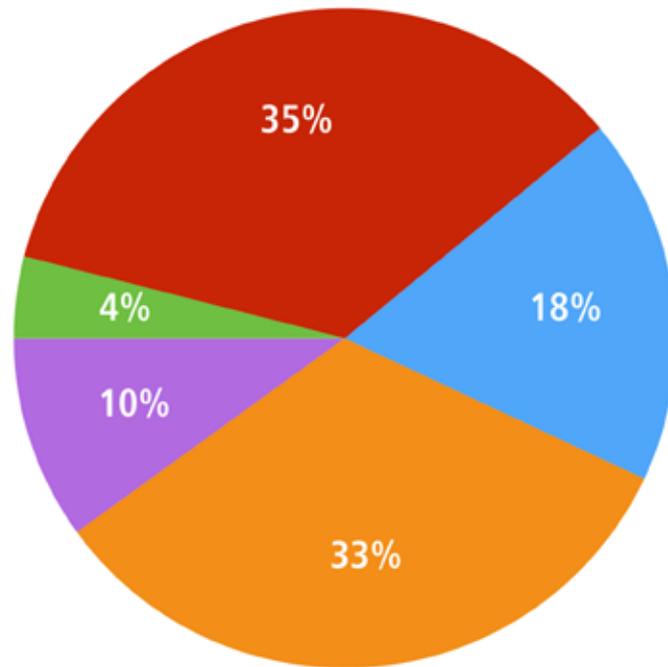
abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

42

La salud mental y las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de pérdida de producción



- Diabetes (4%)
- Salud mental (35%)
- Enfermedades respiratorias crónicas (10%)
- Enfermedades cardiovasculares (33%)
- Cáncer (18%)



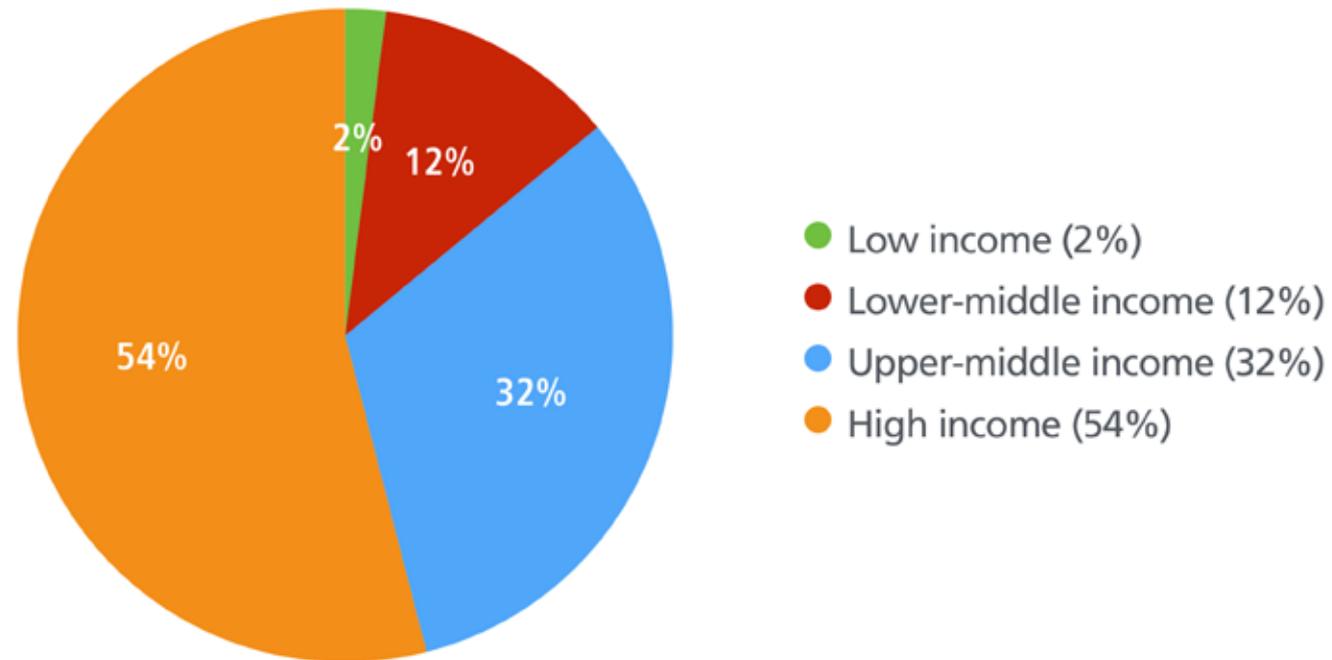
abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

43

Los países de altos ingresos **pierden más producción**



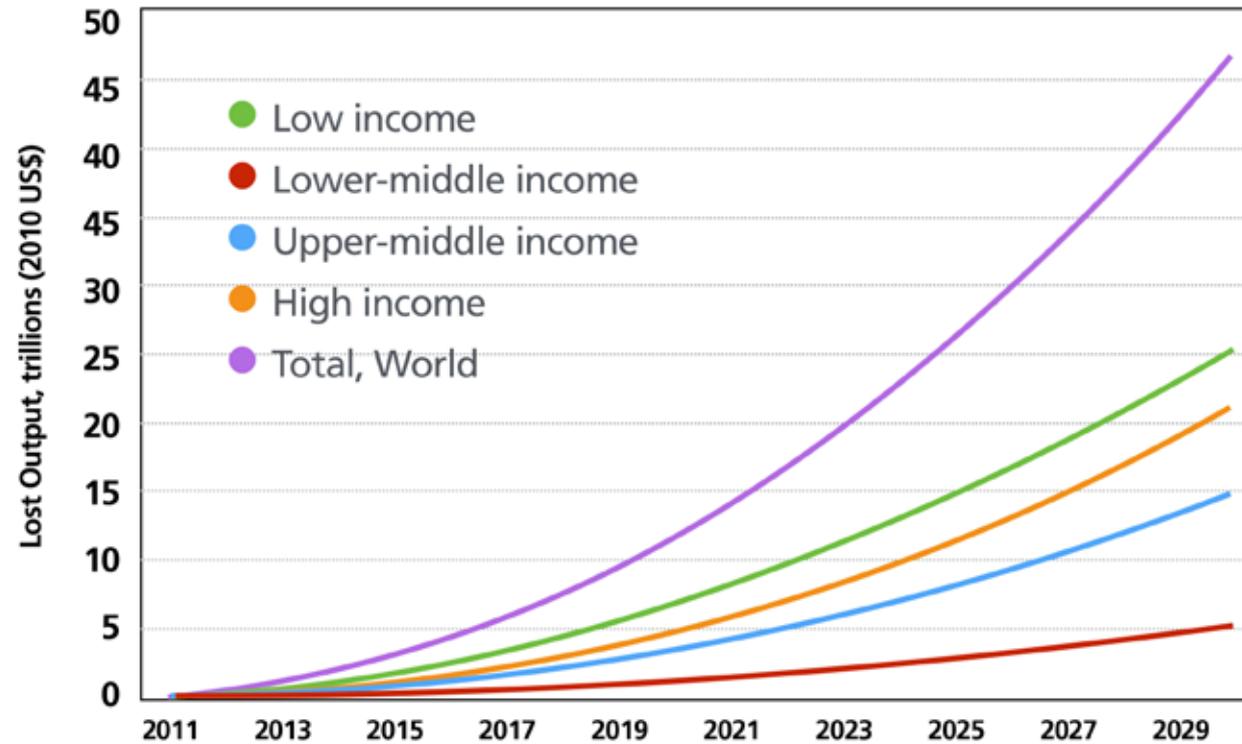


abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

Las pérdidas de producción **se acelerarán en el tiempo**



The global economic burden of non-communicable diseases.
World Economic Forum and Harvard School of Public Health

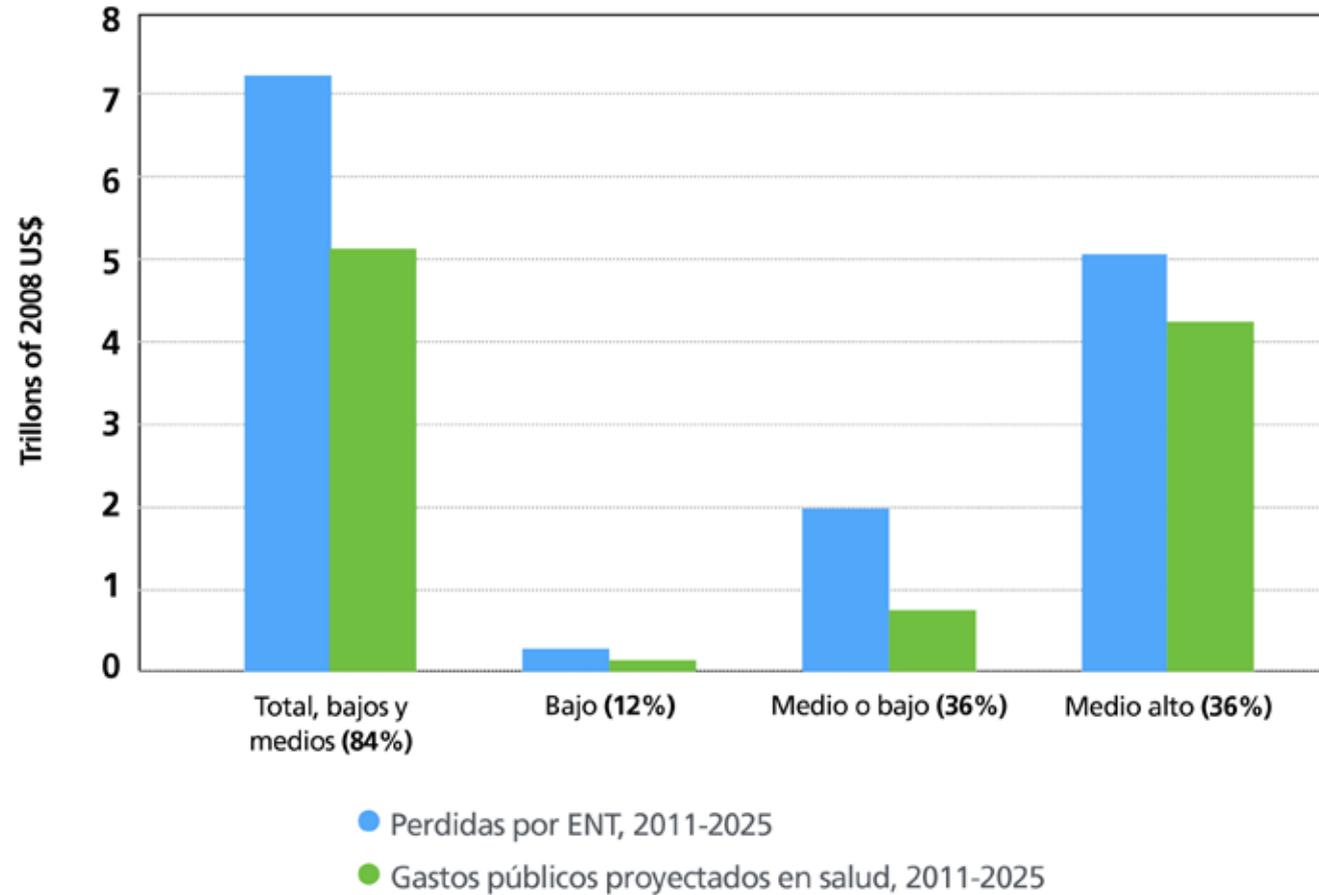


abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

Las pérdidas por NCDs **superan al gasto público en salud**





abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

- ✓ -La epidemia de **ENT** tiene un serio impacto negativo en el desarrollo humano. Las **ENT reducen la productividad** y contribuyen a la pobreza.
- ✓ Las **ENT crean una significativa carga sobre los sistemas de salud** y una creciente carga económica sobre las economías de los países
- ✓ Las **ENT** impiden el progreso hacia los **ODM**

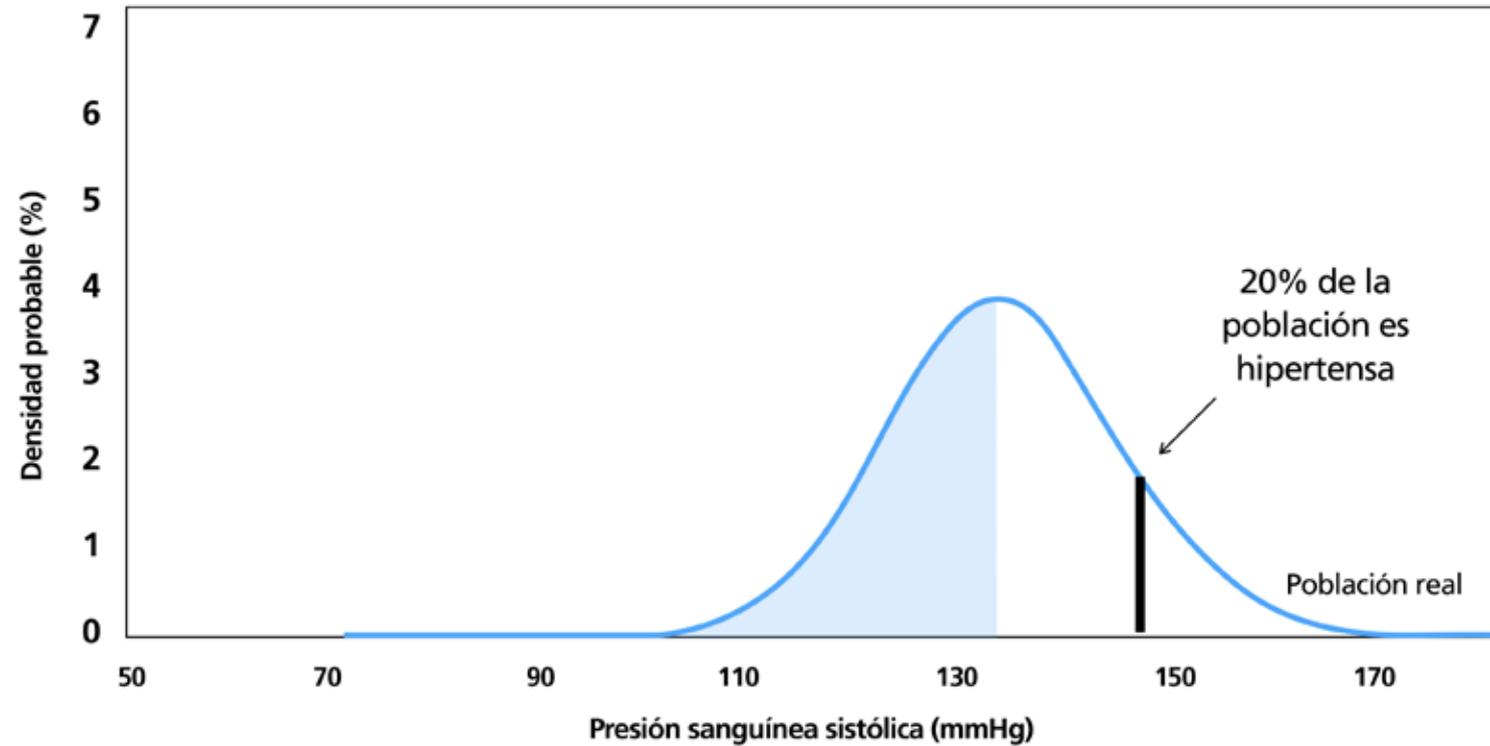


abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

Posibles intervenciones



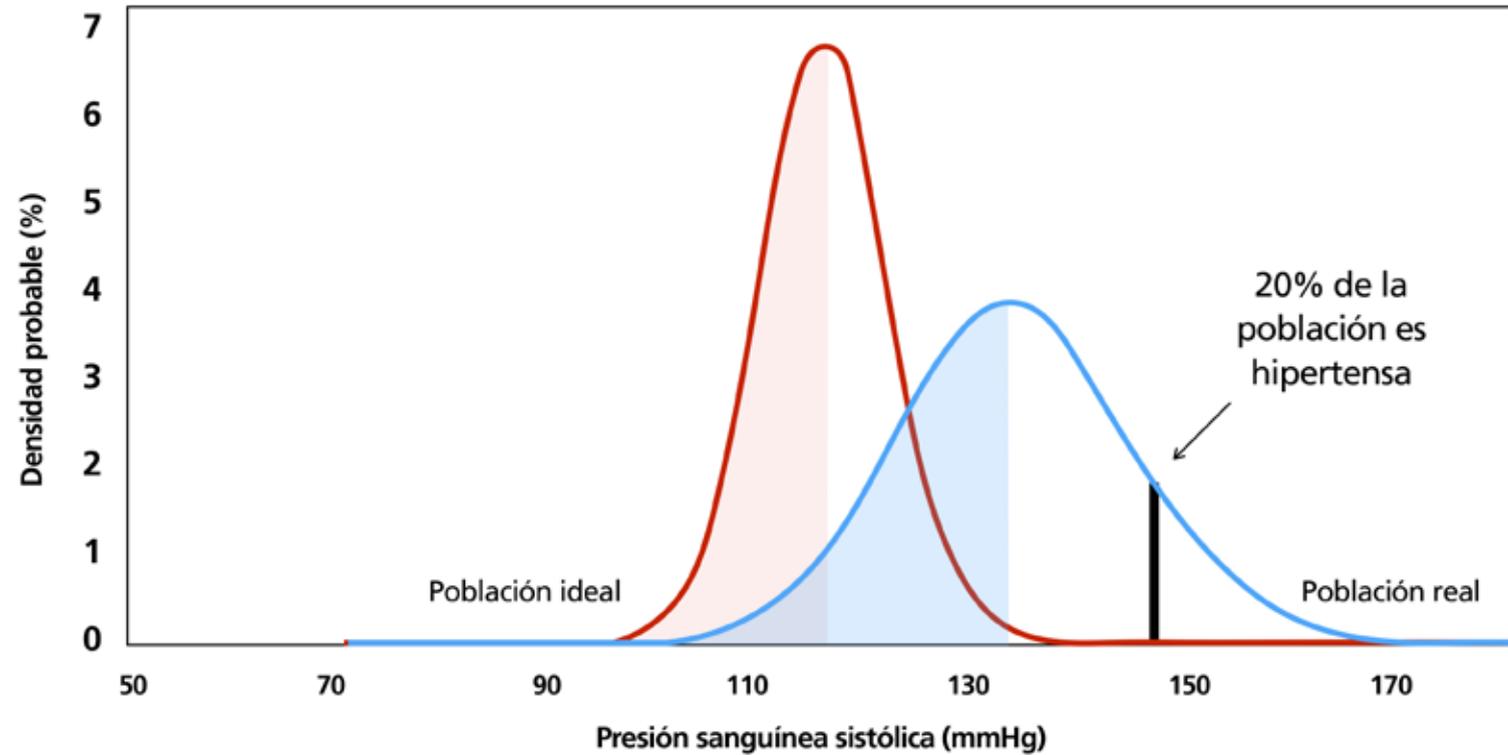


abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

Posibles intervenciones





abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

Intervenciones “Best Buy”

Factor de riesgo/Enfermedad	Intervenciones
Uso del tabaco	<ul style="list-style-type: none">• Aumento de impuestos• Espacios libres de humo de tabaco• Información de salud y advertencias• Prohibiciones de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco
Uso perjudicial del alcohol	<ul style="list-style-type: none">• Aumento de impuestos• Acceso restringido a la venta de alcohol• Prohibición a la publicidad del alcohol
Dietas poco saludables e inactividad física	<ul style="list-style-type: none">• Reducir la sal en las comidas• Reemplazar las grasas trans con grasas polisaturadas• Conciencia pública de las dietas y actividad física a través de los medios de comunicación
Enfermedad cardiovascular (ECV) y diabetes	<ul style="list-style-type: none">• Asesoramiento y terapias multi-droga para personas con alto riesgo de desarrollar ataques al corazón y acv (incluyendo a aquellos con ECV establecidas)• Tratamiento con aspirina para el ataque al corazón
Cancer	<ul style="list-style-type: none">• Inmunización contra la hepatitis b para prevenir cancer (ya ampliado)• Proyección y tratamiento de lesiones pre-cancerígenas para prevenir el cancer cervical

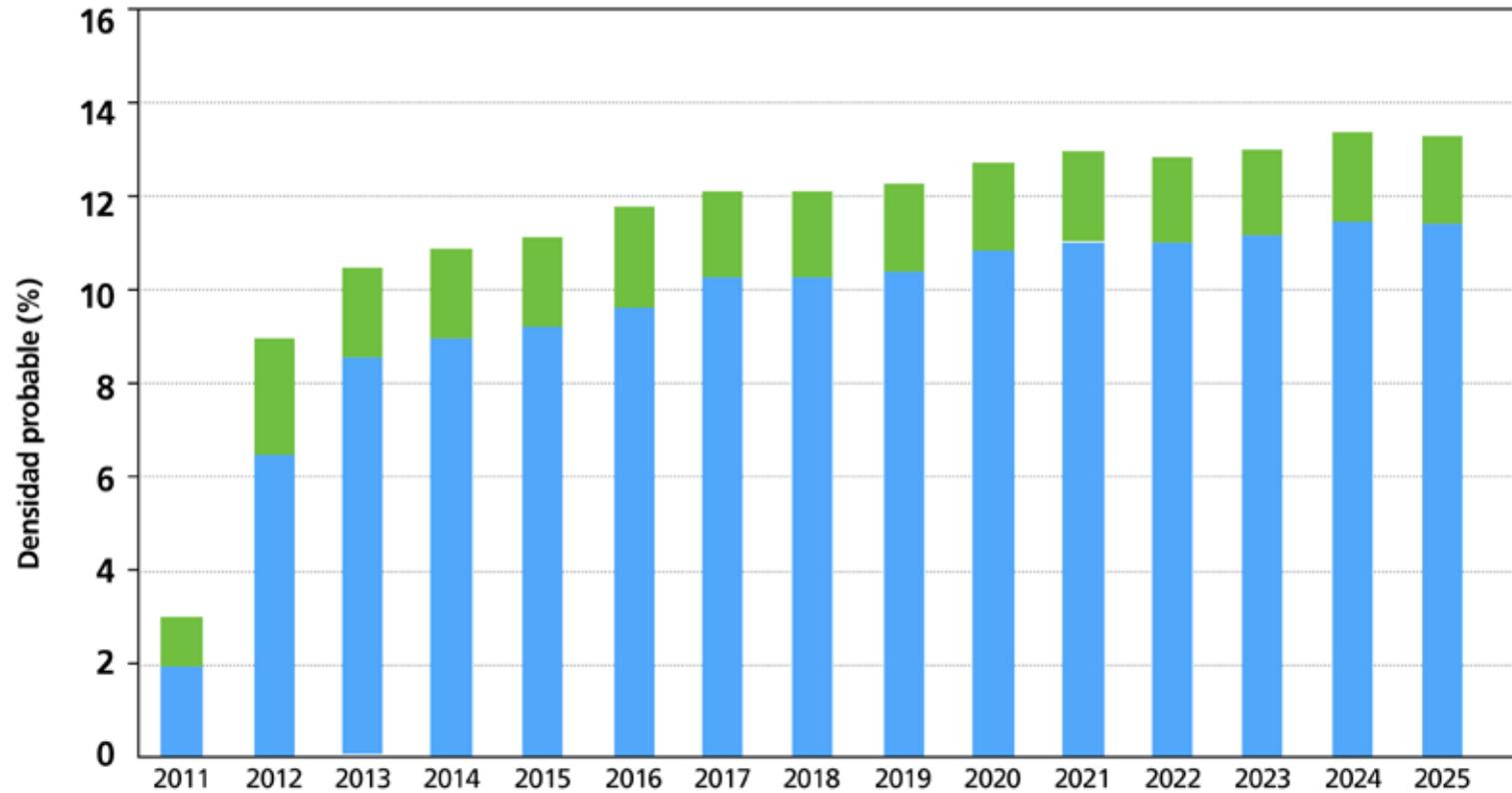


abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

Costo total de ampliar las **Best Buy** en países de ingresos medios y bajos



● Intervenciones Best Buy de base poblacional para factores de riesgo de ENT (tabaco, alcohol, diet, actividad fisica)

● Intervenciones Best Buy de base individual para ENT (enfermedad CV, diabetes, cancer)

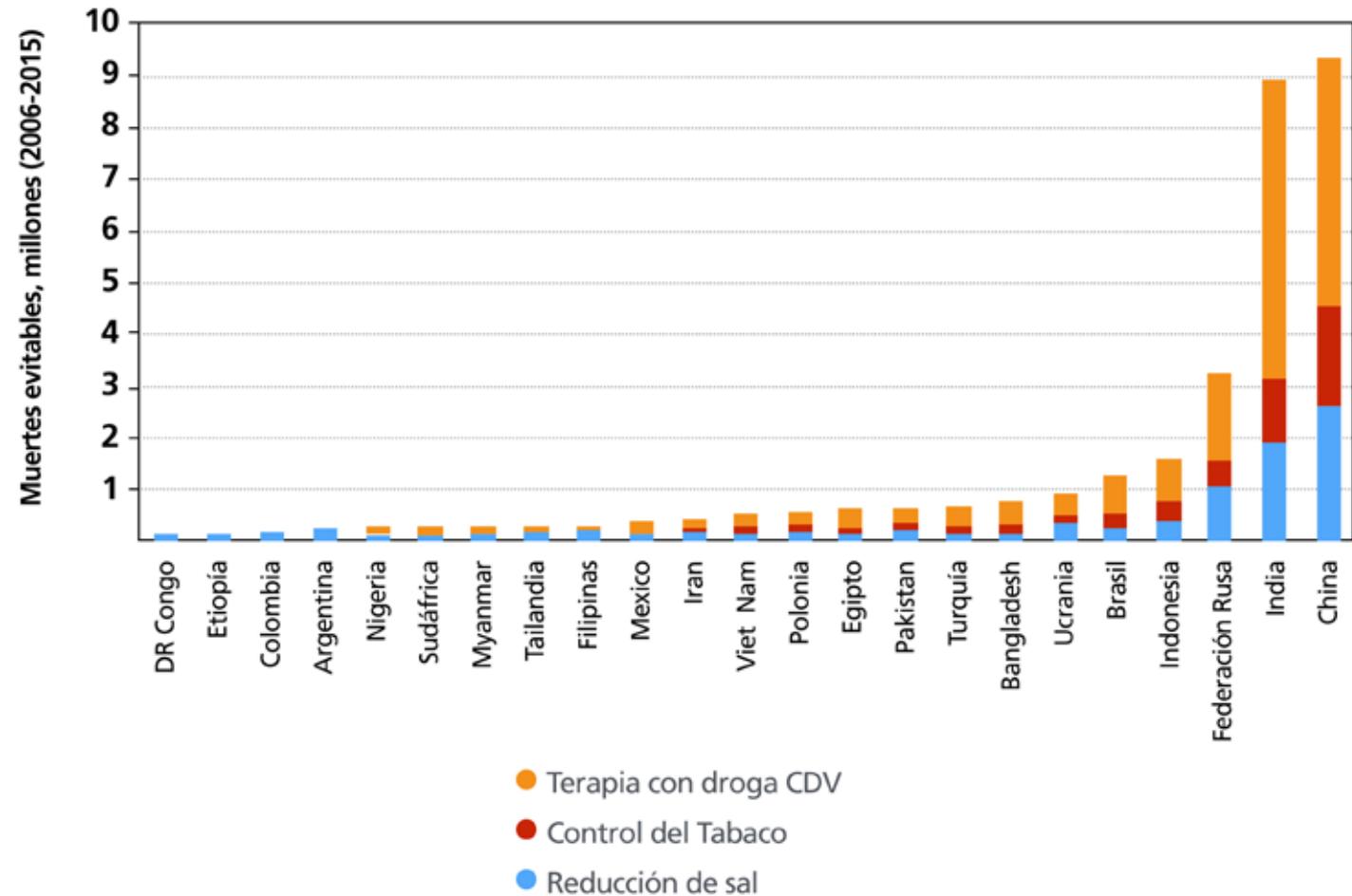


abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

Muertes evitables por ampliar un paquete de intervenciones en 23 países IMB





abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

Muertes evitables por ampliar un paquete de intervenciones en 23 países IMB





abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas

Costos y beneficios de ampliar las intervenciones Best Buy para enfermedad CV 2011-2015 (U\$S billones)

Enfermedades Cardiovasculares (enfermedad isquémica del corazón y ACV)	Cifra acumulada para 2011-2025 (U\$S billones)	Cifra promedio anual para 2011-2025 (U\$S billones)
Costo de las intervenciones "Best Buy" (respuestas ampliadas)	120	8
Beneficio economico proyectado (10% de reduccion en la mortalidad por ECV)	377	25



abbvie

CAPITULO 1

Carga de la enfermedad y costos en enfermedades crónico-degenerativas



HARVARD
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH



COMMITTED TO
IMPROVING THE STATE
OF THE WORLD

Un último pensamiento: Quienes definen las políticas económicas están naturalmente preocupados por el crecimiento económico... Sería ilógico e irresponsable preocuparse del crecimiento económico e ignorar simultáneamente las ENT.

**Las intervenciones en este área serán innegablemente costosas.
Pero no hacer nada será posiblemente mucho más costoso.**



abbvie

CAPITULO 1

Carga de la
enfermedad y
costos en
enfermedades
crónico-
degenerativas

55

Le preguntaron al Dalai Lama que era lo que más le sorprendía de la humanidad y respondió: "El Hombre. Porque sacrifica su salud para ganar dinero. Y cuando lo consigue sacrifica su dinero para recuperar la salud. Y está tan ansioso por el futuro que no disfruta el presente; el resultado es que no vive ni en el presente ni en el futuro; vive como si nunca fuese a morir, y entonces muere sin haber vivido realmente nunca"



CAPITULO 2



Relación entre el proveedor
y financiador. La nueva forma
de trabajar en las enfermedades
crónicas en América Latina



abbvie



abbvie

CAPITULO 2

Relación entre el
proveedor y financiador.
La nueva forma de
trabajar en las
enfermedades crónicas
en América Latina

RETOS DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA



abbvie

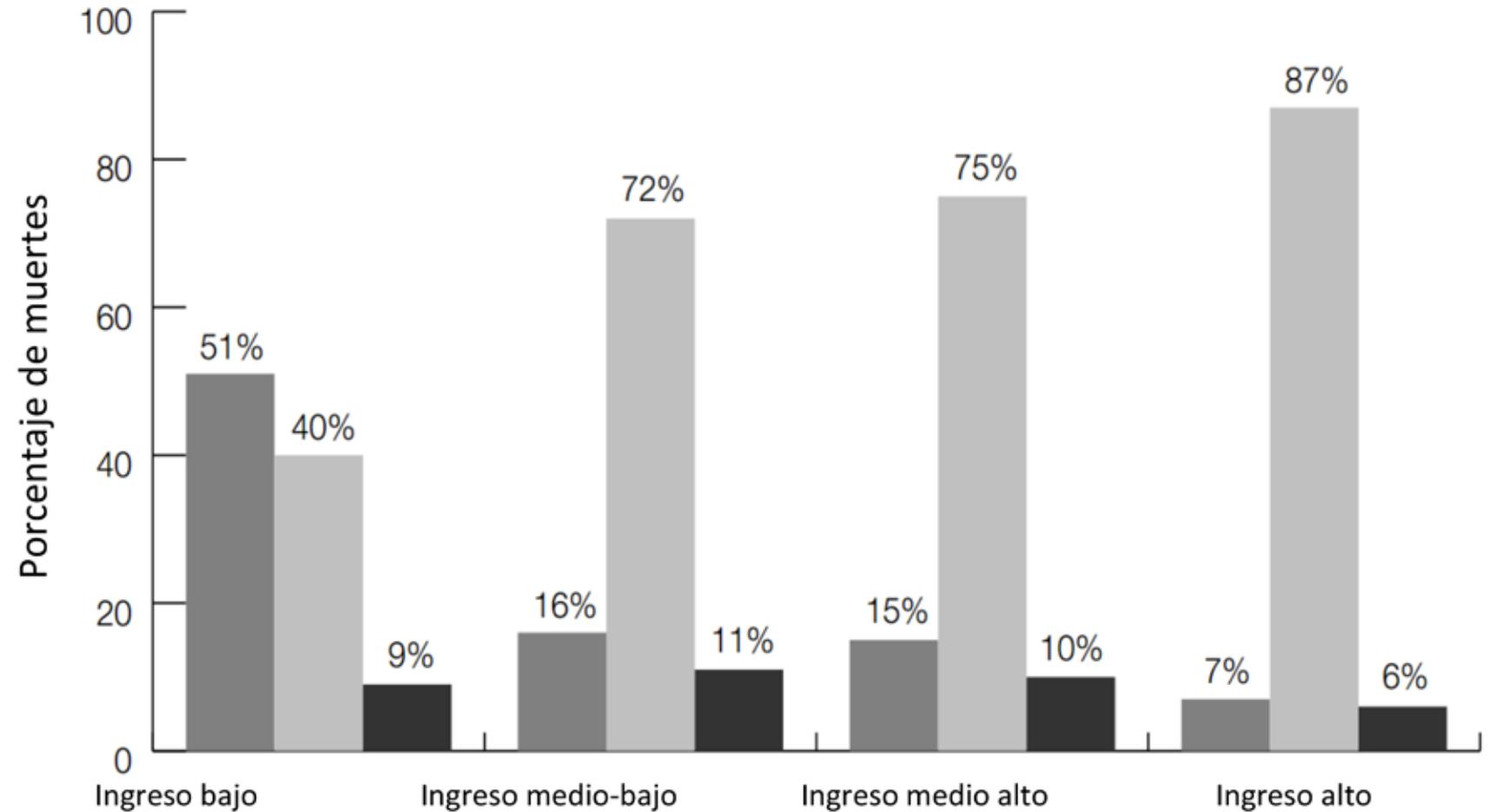
CAPITULO 2

Relación entre el proveedor y financiador. La nueva forma de trabajar en las enfermedades crónicas en América Latina

58

Porcentaje de muertes por tipo de causa

1. AUMENTO DE LA PREVALENCIA



Fuente: Busse et al (2010). WHO Observatory Studies Series No 20

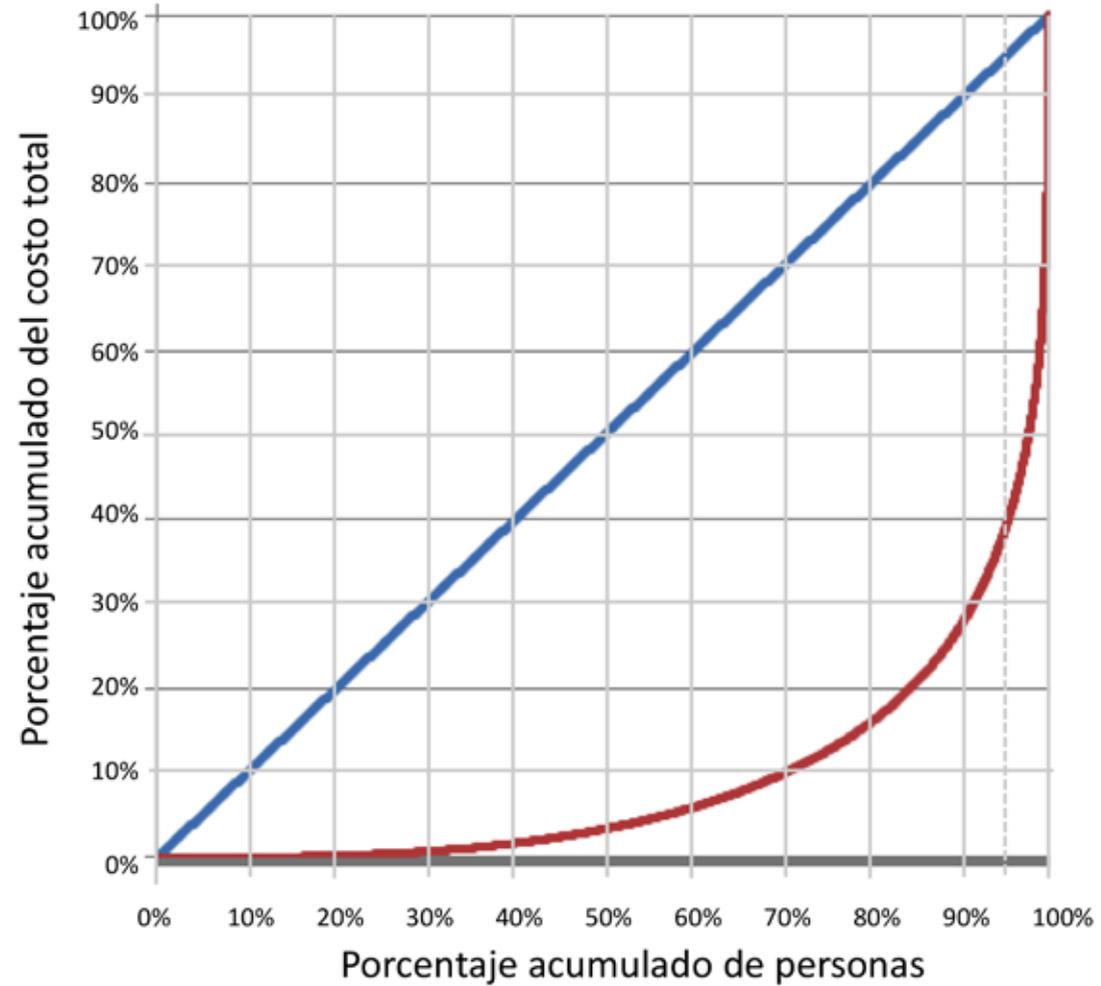


abbvie

CAPITULO 2

Relación entre el proveedor y financiador. La nueva forma de trabajar en las enfermedades crónicas en América Latina

2. CONCENTRACIÓN DEL COSTO



Fuente: Castaño y López (2015)



abbvie

CAPITULO 2

Relación entre el proveedor y financiador. La nueva forma de trabajar en las enfermedades crónicas en América Latina

3. COMORBILIDADES

Condición médica	Costo-Usuario-Año
Hipertensión arterial	\$1'701.818
Diabetes Mellitus	\$2'599.462
HTA + DM	\$3'516.126

Fuente: Castaño y López (2015)



abbvie

CAPITULO 2

Relación entre el proveedor y financiador. La nueva forma de trabajar en las enfermedades crónicas en América Latina

4. FRAGMENTACIÓN

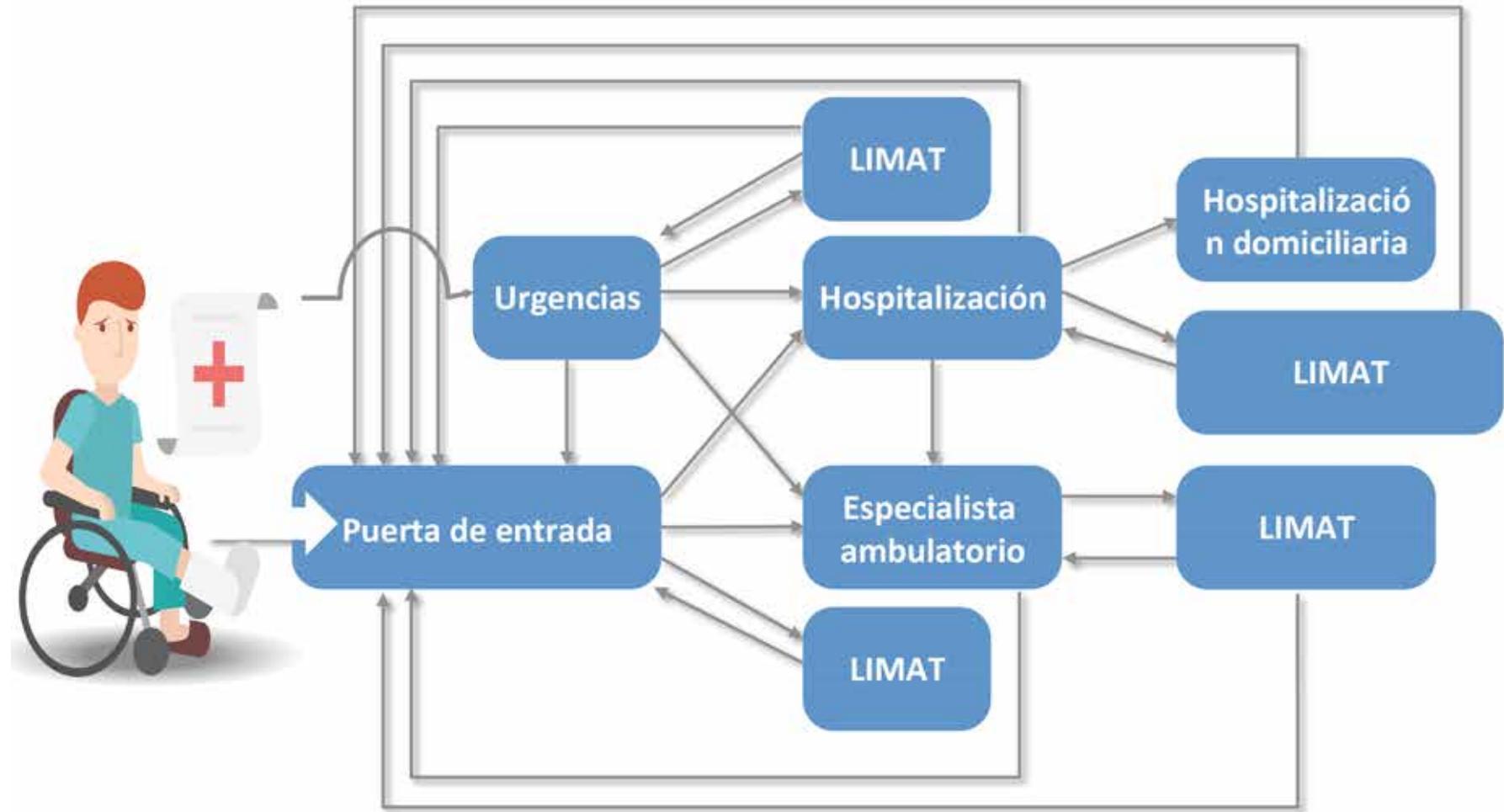
- 30% de exámenes no reclamados
- \$6.000 millones al año en una EPS por reingresos antes de 30 días
- Paciente que pierde trasplante por suspensión de esteroides para poder ajustar glicemia



abbvie

CAPITULO 2

Relación entre el proveedor y financiador. La nueva forma de trabajar en las enfermedades crónicas en América Latina



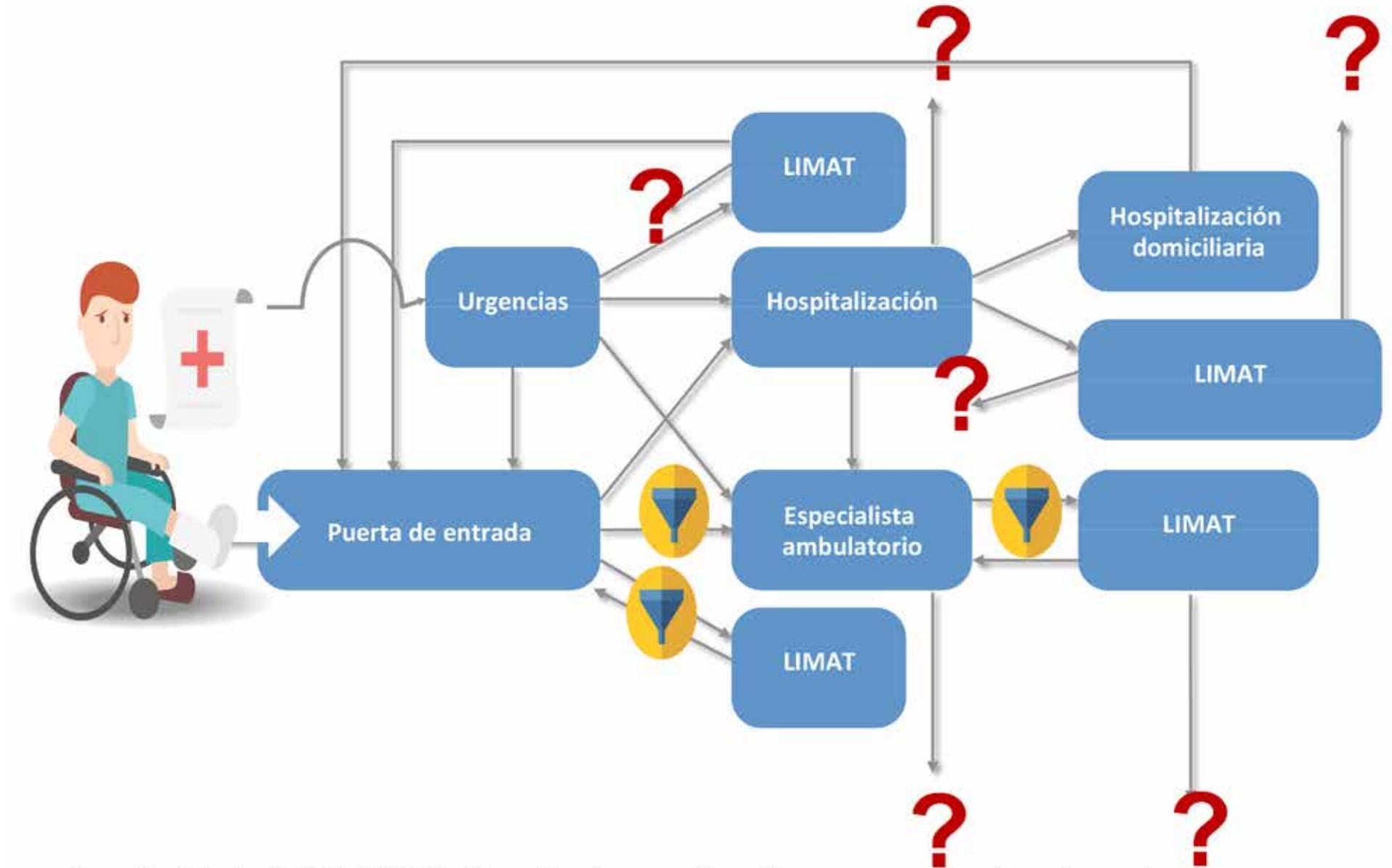
Fuente: Castaño RA (2010). Función de coordinación: agregación de valor en los modelos de atención. *Vía Salud*. 54:2-6



abbvie

CAPITULO 2

Relación entre el proveedor y financiador. La nueva forma de trabajar en las enfermedades crónicas en América Latina



Fuente: Castaño RA (2010). Función de coordinación: agregación de valor en los modelos de atención. *Vía Salud*. 54:2-6



abbvie

CAPITULO 2

Relación entre el proveedor y financiador. La nueva forma de trabajar en las enfermedades crónicas en América Latina

5. APOYO PARA EL AUTOCUIDADO

- La enfermedad crónica es como un avión que nunca aterriza...
- El piloto de ese avión es **EL PACIENTE**, no el doctor
- 99,9% del tiempo el paciente está solo
- Quién lo acompaña en los momentos de verdad?



abbvie

CAPITULO 2

Relación entre el proveedor y financiador. La nueva forma de trabajar en las enfermedades crónicas en América Latina

65

SERVICIOS CENTRADOS EN EL PACIENTE?

- Trámites...
- Autorizaciones...
- Aglomeraciones...
- Oportunidad...
- Respondemos a necesidades, expectativas y preferencias de los pacientes?
- El modelo de prestación es para maximizar ingresos del prestador, o para generar valor para el paciente? (caso AR)
- Llevamos los servicios al paciente?
- Toma de decisiones compartida?
- Acceso a historia clínica electrónica?



abbvie

CAPITULO 2

Relación entre el proveedor y financiador. La nueva forma de trabajar en las enfermedades crónicas en América Latina

HACIA UN NUEVO MODELO DE PRESTACIÓN PARA PACIENTES CON CONDICIONES CRÓNICAS



abbvie

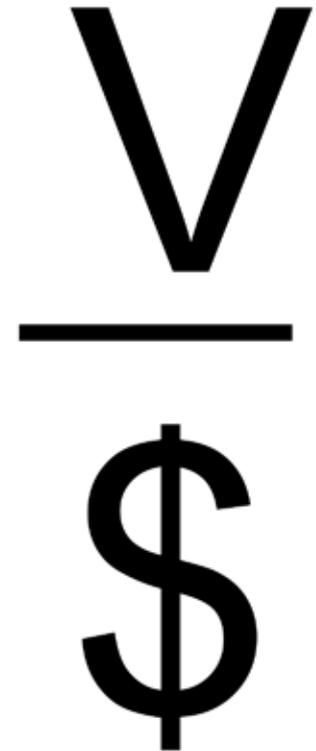
CAPITULO 2

Relación entre el proveedor y financiador. La nueva forma de trabajar en las enfermedades crónicas en América Latina

67

PRINCIPIOS

- Centrado en el paciente, partiendo de sus necesidades-expectativas y preferencias
- Des-hospitalización
- Desmedicalización
- Resolutividad: “one-stop shopping”
- Cero trámites
- Más contactos no presenciales y menos presenciales
- Enfoque bio-psico-social
- Coordinación y continuidad
- Ahorro en costos





abbvie

CAPITULO 2

Relación entre el proveedor y financiador. La nueva forma de trabajar en las enfermedades crónicas en América Latina

68

PORTER Y LEE

(NEJM Abril 30, 2015)

- Generar valor para el paciente debe ser la meta suprema
- Crear valor alrededor de una condición médica específica a lo largo del CICLO COMPLETO de atención de esta
- V/\$: Medición de resultados relevantes para el paciente y costos del ciclo completo de atención
- Pagos “empaquetados” (bundled payments) y otros mecanismos de pago basados en valor y resultados



abbvie

CAPITULO 2

Relación entre el proveedor y financiador. La nueva forma de trabajar en las enfermedades crónicas en América Latina

CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES

- Equipos interdisciplinarios
- Estandarización-delegación
- Enfoque bio-psico-social
- Perfilamiento
 - Biomédico
 - Psicoafectivo
 - FLECS
- Plan de cuidado individualizado



abbvie

CAPITULO 2

Relación entre el proveedor y financiador. La nueva forma de trabajar en las enfermedades crónicas en América Latina

CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES (cont)

- Educación para el autocuidado
 - Paciente experto
 - Ayudas electrónicas
 - Personalizado
- Apoyo para el autocuidado
 - Extensores comunitarios
 - Línea de apoyo 7x24
 - Cambios de hábitos y adopción de estilos de vida saludables
 - Manejo de exacerbaciones
 - Redes de pares
- Función de coordinación y case manager

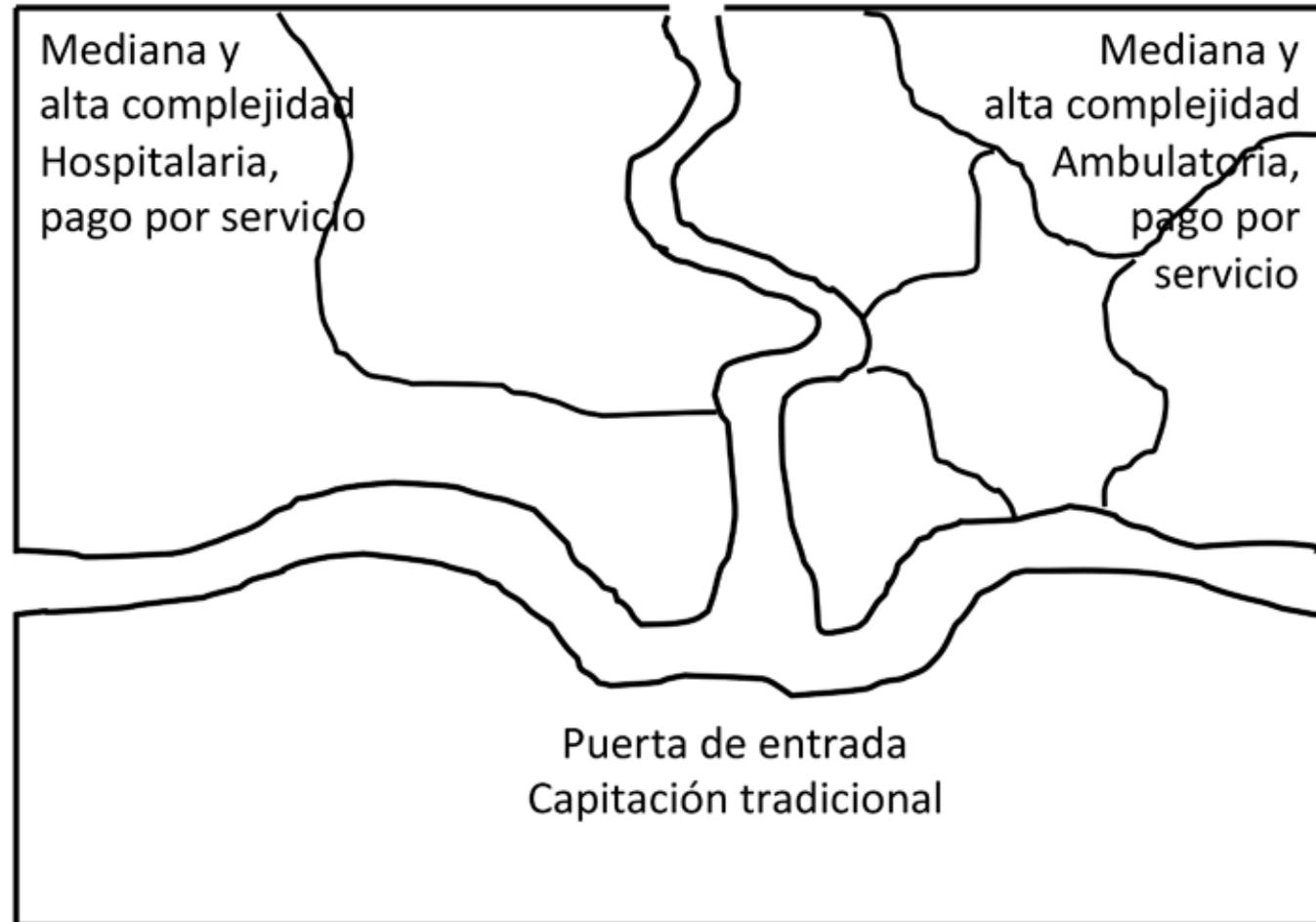


abbvie

CAPITULO 2

Relación entre el proveedor y financiador.
La nueva forma de trabajar en las enfermedades crónicas en América Latina

MECANISMO DE PAGO: CAPCOM



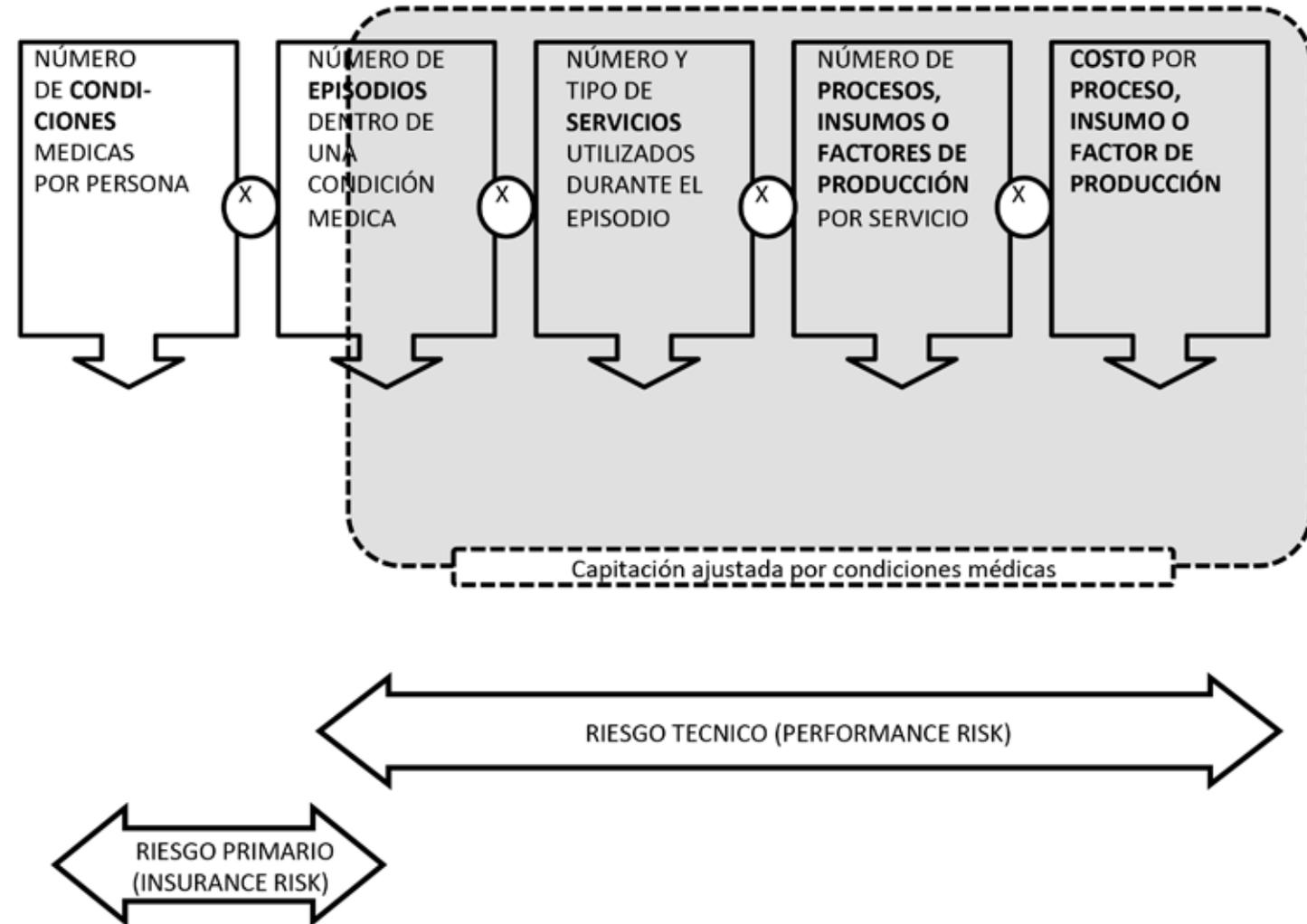


abbvie

CAPITULO 2

Relación entre el proveedor y financiador. La nueva forma de trabajar en las enfermedades crónicas en América Latina

MECANISMO DE PAGO: CAPCOM



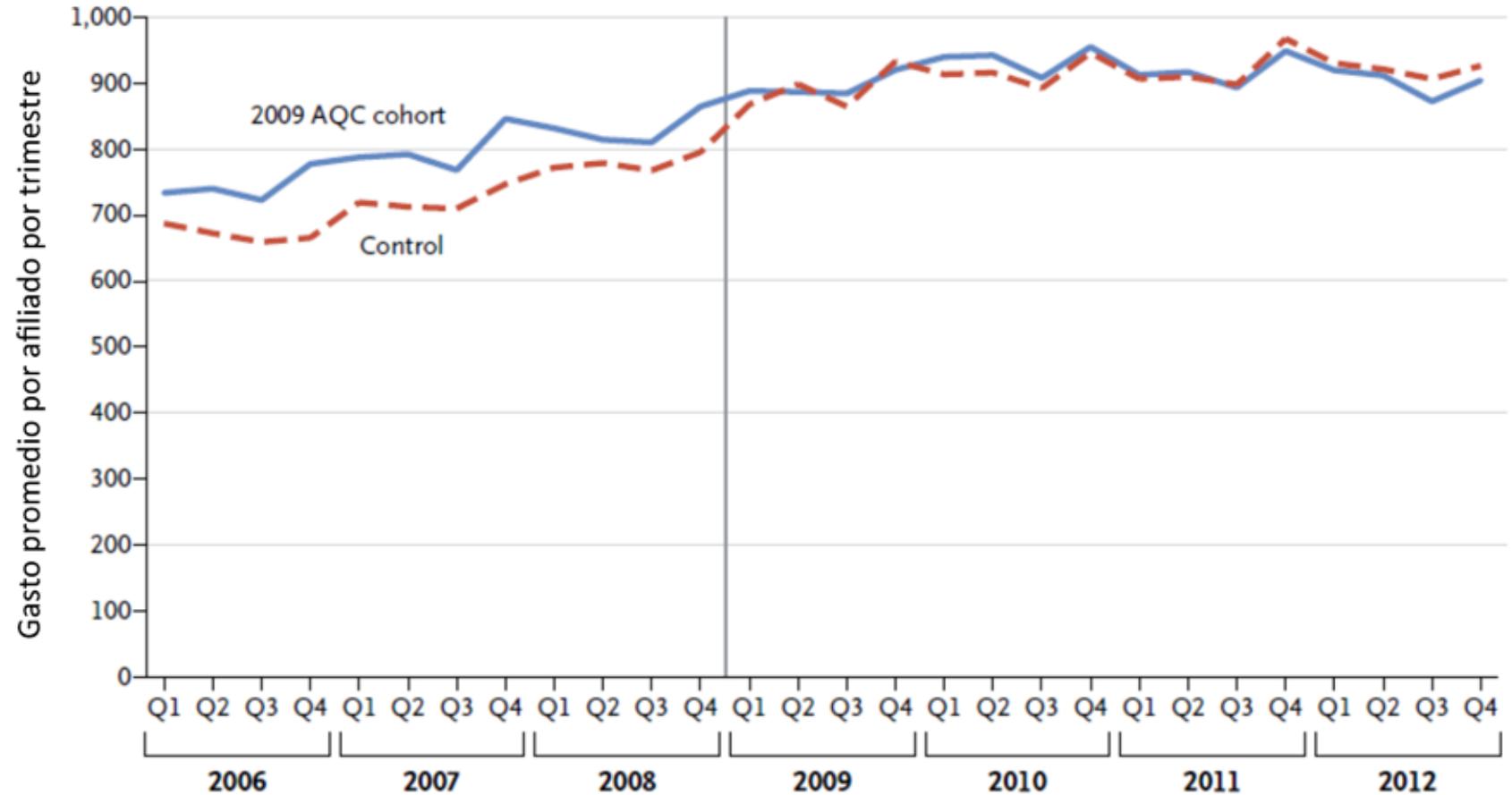


abbvie

CAPITULO 2

Relación entre el proveedor y financiador. La nueva forma de trabajar en las enfermedades crónicas en América Latina

EJEMPLO DEL AQC



Fuente: Son Z et al (2014). Changes in Health Care Spending and Quality 4 Years into Global Payment. *NEJM*. 2014;371:1704-14

CAPITULO 3



Centros de excelencia en artritis reumatoide un nuevo modelo para latinoamerica



abbvie



abbvie

CAPITULO 3

Centros de excelencia
en artritis reumatoide
un nuevo modelo
para latinoamerica

In Latin America - old disease management models

No clinical or epidemiological data

No measurable indicators of management

No long-term planning

YES increased cost of health care – low efficiency

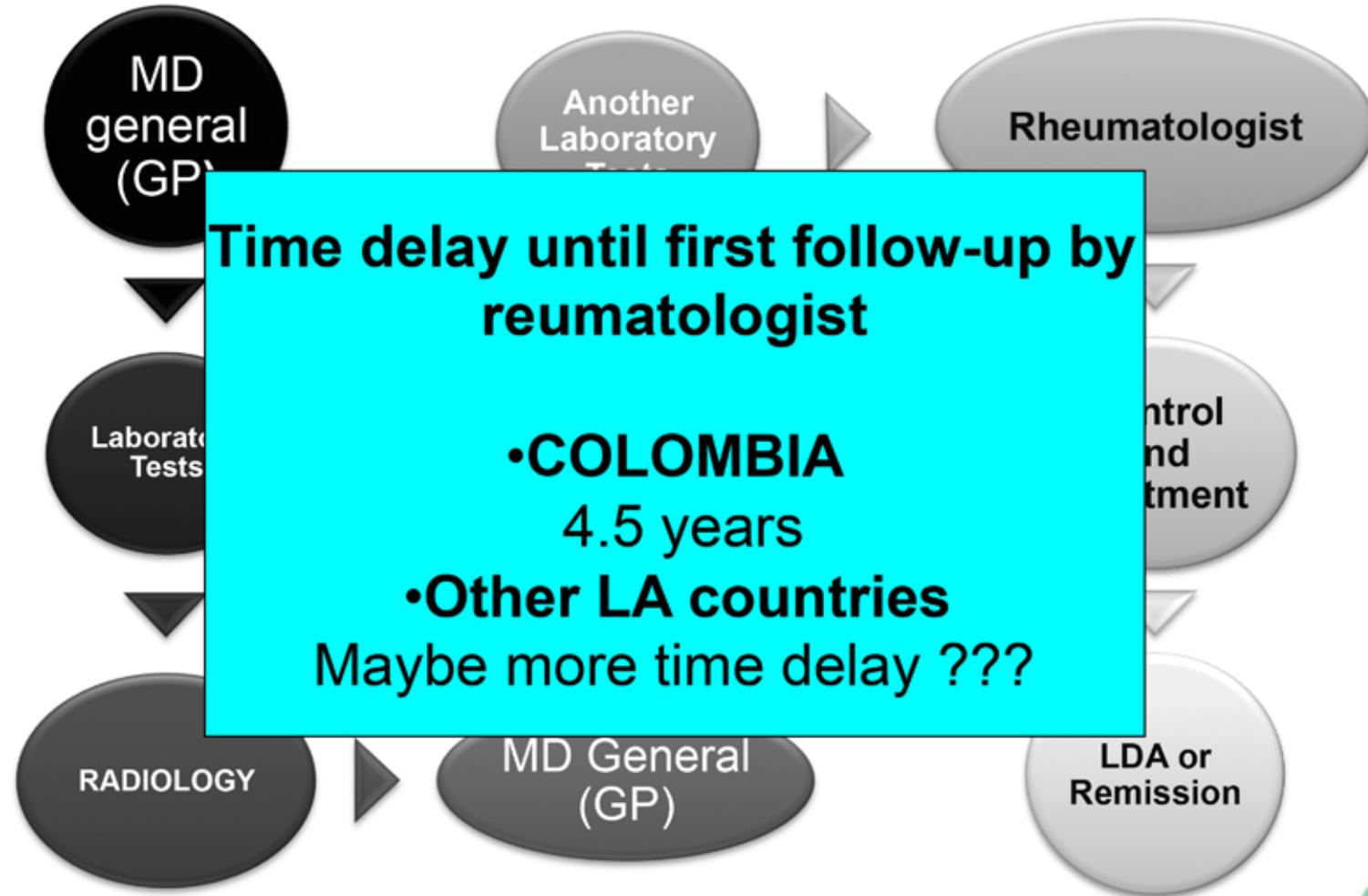


abbvie

CAPITULO 3

Centros de excelencia en artritis reumatoide un nuevo modelo para latinoamerica

Key problem - Conventional follow-up standard





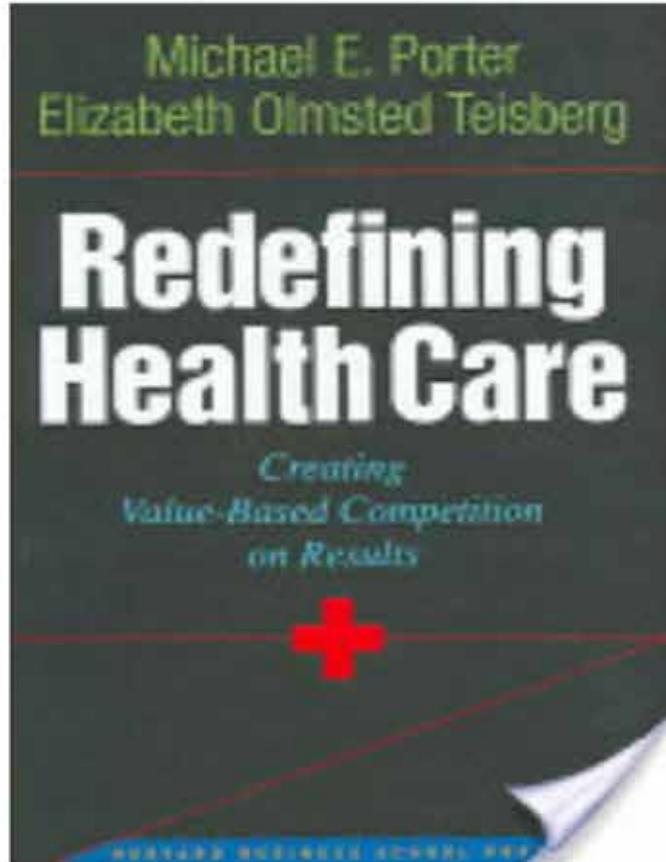
abbvie

CAPITULO 3

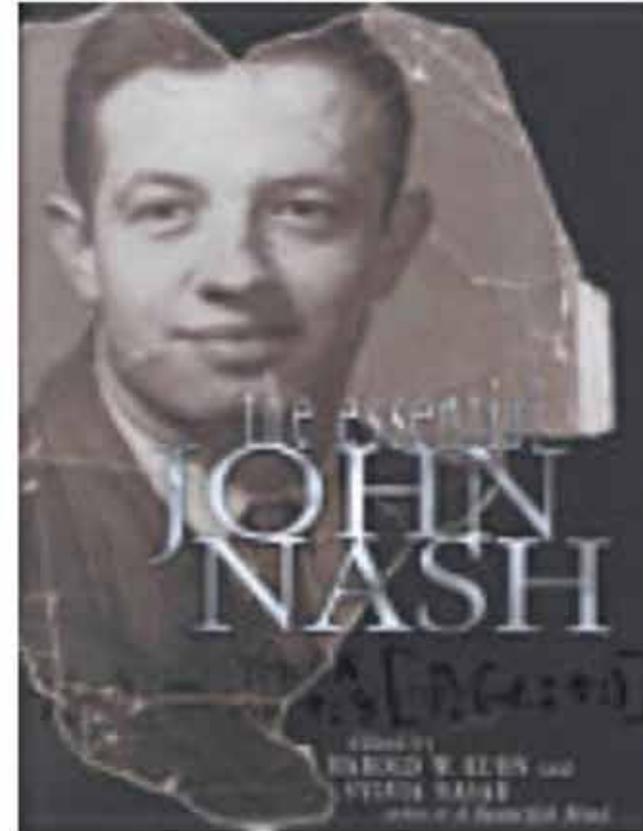
Centros de excelencia
en artritis reumatoide
un nuevo modelo
para latinoamerica

Solución !!!!

- M.Porter, E.Teisberg (2006)



- Essay on the game theory. J Nash (1949)





abbvie

CAPITULO 3

Centros de excelencia
en artritis reumatoide
un nuevo modelo
para latinoamerica

78

Center of Excellence in rheumatoid arthritis

Center of Excellence in RA

Health program only in RA using T2T standards and based on shared clinical goals between insurer and provider, resulting in good results for every part involved (patient, clinician and payer)

1. The clinical goals are shared between insurer and provider
2. Using the best evidence on standards of care (T2T and others) achieve high clinical and safety results
3. There are standardized services using Clinical Practice Guidelines
4. **Patients are concentrated which allows multidisciplinary and transdisciplinary approach**
5. There are a care guide, map of processes and financial model which allows good health economic results





abbvie

CAPITULO 3

Centros de excelencia
en artritis reumatoide
un nuevo modelo
para latinoamerica

79

Center of Excellence in rheumatoid arthritis

Center of Excellence in RA

Health program only in RA using T2T standards and based on shared clinical goals between insurer and provider, resulting in good results for every part involved (patient, clinician and payer)

1. The clinical goals are shared between insurer and provider
2. Using the best evidence on standards of care (T2T and others) achieve high clinical and safety results
3. There are standardized services using Clinical Practice Guidelines
4. Patients are concentrated which allows multidisciplinary and transdisciplinary approach
5. **There are a care guide and map of processes which allows good clinical and health economics results**





abbvie

CAPITULO 3

Centros de excelencia
en artritis reumatoide
un nuevo modelo
para latinoamerica

80

The clinical goals are shared between insurer and provider

- The obtaining of remission or low disease activity is a goal shared between insurer and payer.
- The payer / insurer delegates all the clinical management of patients in the provider.
- Regular meetings are held between the parties to discuss operational management indicators (clinical, administrative and health economics) of The Center of Excellence.



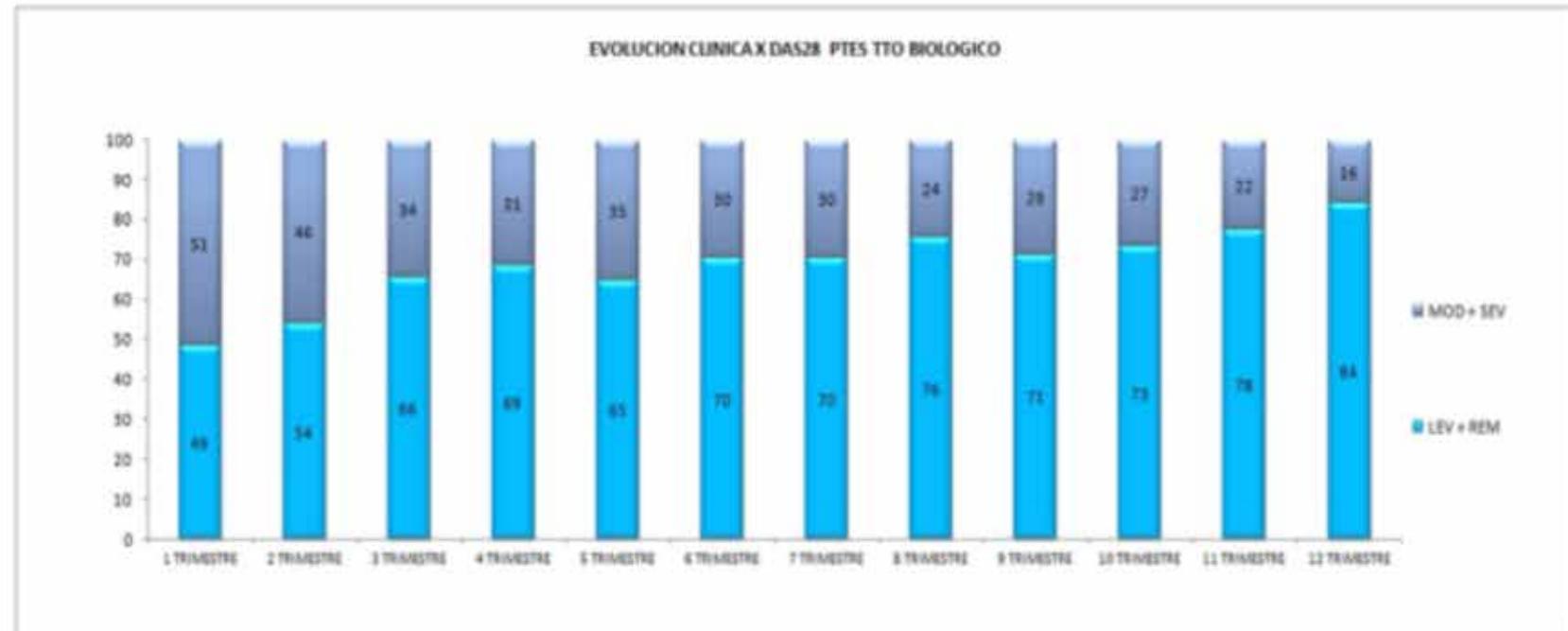


abbvie

CAPITULO 3

Centros de excelencia
en artritis reumatoide
un nuevo modelo
para latinoamerica

Clinical effectiveness Patients in Biological Treatment Until december 2014



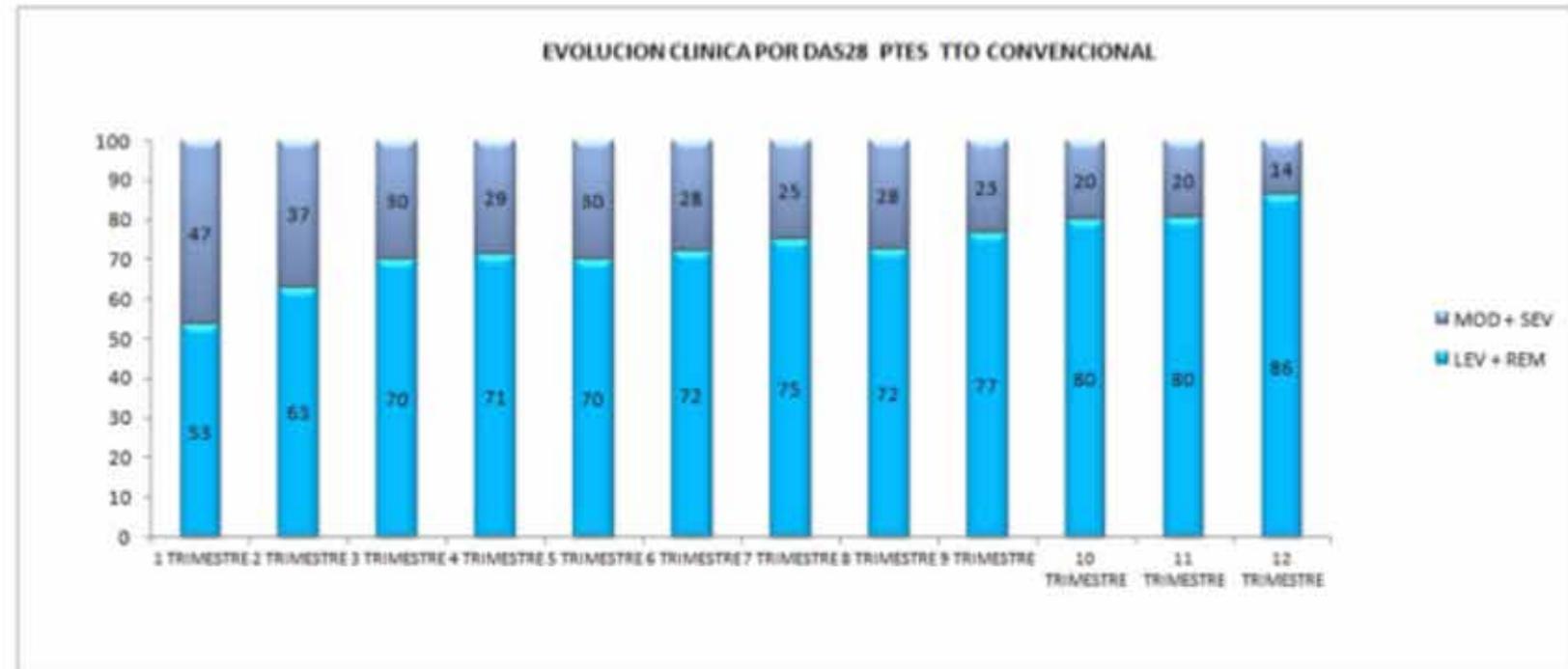


abbvie

CAPITULO 3

Centros de excelencia
en artritis reumatoide
un nuevo modelo
para latinoamerica

Clinical effectiveness Patients in Conventional Treatment Until december 2014





abbvie

CAPITULO 3

Centros de excelencia
en artritis reumatoide
un nuevo modelo
para latinoamerica

83

Center of Excellence in rheumatoid arthritis

Center of Excellence in RA

Health program only in RA using T2T standards and based on shared clinical goals between insurer and provider, resulting in good results for every part involved (patient, clinician and payer)

1. The clinical goals are shared between insurer and provider
2. Using the best evidence on standards of care (T2T and others) achieve high clinical and safety results
3. **There are standardized services using Clinical Practice Guidelines defined between insurer and provider**
4. Patients are concentrated wich allows multidisciplinary and transdisciplinary approach
5. There are a care guide, map of processes and financial model wich allows good health ecomic results



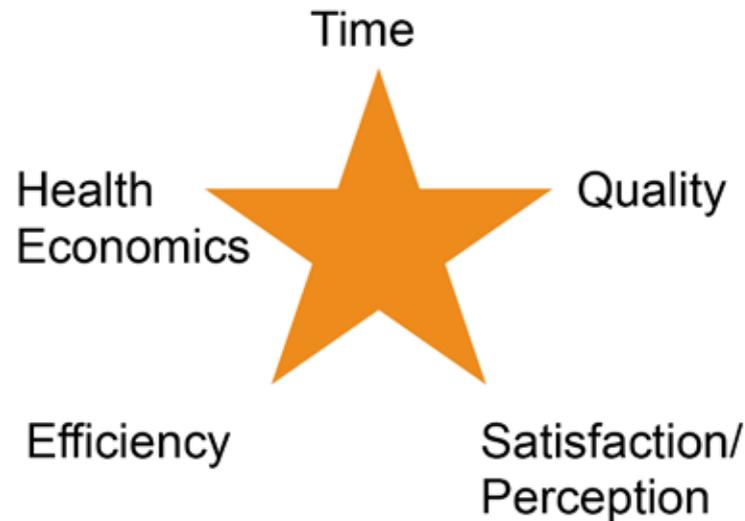


abbvie

CAPITULO 3

Centros de excelencia en artritis reumatoide un nuevo modelo para latinoamerica

There are standardized services using Clinical Practice Guidelines and Care Standard Guide defined between insurer and provider



Time

- To obtain LDA or Remission
- To reduce proportion of SDA patients

Health Economics

- Cost reduction

Quality

- In services , on standards of care

Satisfaction / Perception

- Satisfacción of patients
- Satisfaction of insurer

Efficiency

- In healths processes
- Reduce lost of time





abbvie

CAPITULO 3

Centros de excelencia
en artritis reumatoide
un nuevo modelo
para latinoamerica

85

Center of Excellence in rheumatoid arthritis

Center of Excellence in RA

Health program only in RA using T2T standards and based on shared clinical goals between insurer and provider, resulting in good results for every part involved (patient, clinician and payer)

1. The clinical goals are shared between insurer and provider
2. Using the best evidence on standards of care (T2T and others) achieve high clinical and safety results
3. There are standardized services using Clinical Practice Guidelines
4. **Patients are concentrated which allows multidisciplinary and transdisciplinary approach**
5. There are a care guide, map of processes and financial model which allows good health economic results





abbvie

CAPITULO 3

Centros de excelencia en artritis reumatoide un nuevo modelo para latinoamerica

Center of Excellence - Multidisciplinary and Transdisciplinary approach

Specialists	Allied health professionals
Reumatologist	Nutritionist
Internist	Psychologist
General physician	Social worker
Physiatrist	Occupational Therapy
Researchers	Physical Therapy
Medical director	Rehabilitation

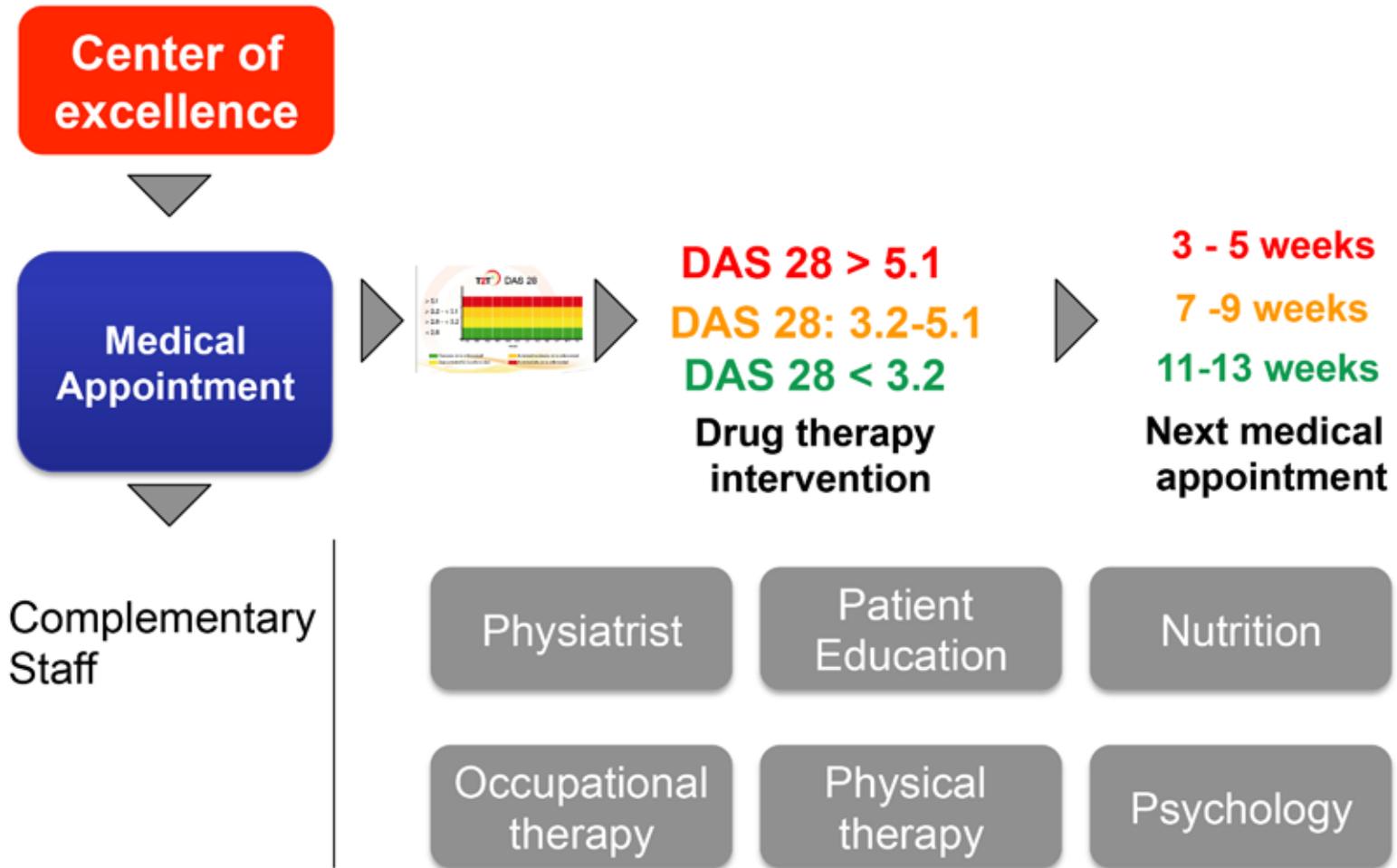


abbvie

CAPITULO 3

Centros de excelencia en artritis reumatoide un nuevo modelo para latinoamerica

How Does T2T Center of Excellence in RA works? – Biomab model





abbvie

CAPITULO 3

Centros de excelencia
en artritis reumatoide
un nuevo modelo
para latinoamerica

88

Center of Excellence in rheumatoid arthritis

Center of Excellence in RA

Health program only in RA using T2T standards and based on shared clinical goals between insurer and provider, resulting in good results for every part involved (patient, clinician and payer)

1. The clinical goals are shared between insurer and provider
2. Using the best evidence on standards of care (T2T and others) achieve high clinical and safety results
3. There are standardized services using Clinical Practice Guidelines
4. Patients are concentrated which allows multidisciplinary and transdisciplinary approach
5. **There are a care guide and map of processes which allows good clinical and health economics results**



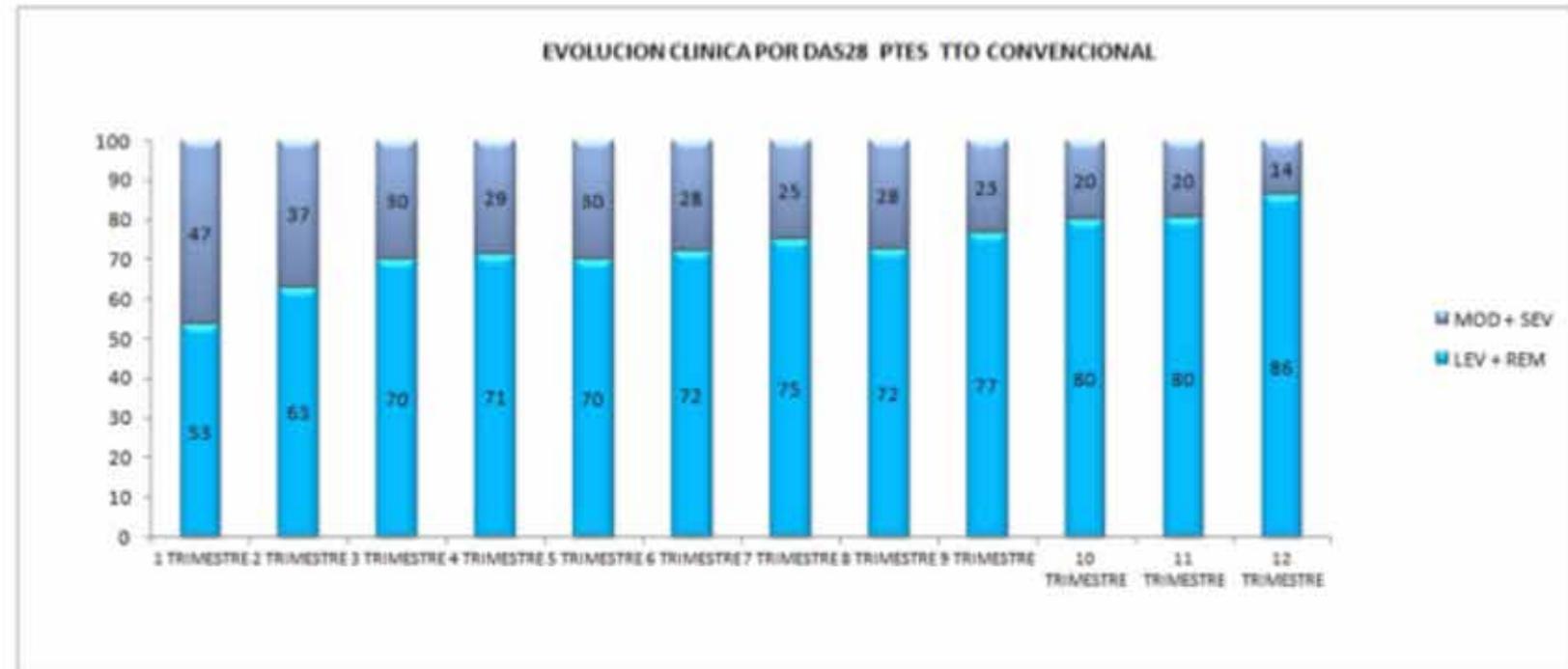


abbvie

CAPITULO 3

Centros de excelencia
en artritis reumatoide
un nuevo modelo
para latinoamerica

Clinical effectiveness Patients in Conventional Treatment Until december 2014





abbvie

CAPITULO 3

Centros de excelencia
en artritis reumatoide
un nuevo modelo
para latinoamerica

90

Cost savings preventing the switching of conventional treatment to Biologicals

PERIODO	TOTAL PTES TERAPIA CONVENCIONAL	REMISION / LEVE	MODERADA / SEVERA
dic-11	100%	53%	47%
dic-13	100%	86%	14%
MEJORIA CLINICA/NO RIESGO INICIO TERAPIA BIOLOGICA			33%
COSTO AÑO MEDICAMENTOS BIOLOGICOS		26.400.000	\$ 14.305.104.000
TOTAL			7.224.800 US\$

Biomab
L.P.S.



abbvie

CAPITULO 3

Centros de excelencia
en artritis reumatoide
un nuevo modelo
para latinoamerica

91

Academical outcomes of the center

Posters presented at ACR 2011, PANLAR 2012 and 2014
Excellence in rheumatology 2012 and EULAR 2012, 2013 and 2014

- **77 posters accepted at american, european and other congresses**
- ACR november 2011 meeting > 1 work
- Excellence in Rheumatology january 2012 > 2 works
- PANLAR april 2012 meeting > 14 works
- EULAR june 2012 meeting > 11 works
- EULAR june 2013 > 10 works
- EULAR june 2014 > 11 works
- PANLAR 2014 > 29 works



- Clinical, demographic, epidemiological data
- Indicators of management > long-term planning
- Center of Excellence in RA is possible to implement and useful in real-life practice





abbvie

CAPITULO 3

Centros de excelencia
en artritis reumatoide
un nuevo modelo
para latinoamerica

Conclusions about Center of Excellence in rheumatoid arthritis and new disease management models

Center of Excellence in RA

Health program only in RA using T2T standards and based on shared clinical goals between insurer and provider, resulting in good outcomes for every part involved (patient, clinician and payer)

1. The clinical goals are shared between insurer and provider
2. Using the best evidence on standards of care (T2T and others) achieve high clinical and safety results
3. There are standardized services using Clinical Practice Guidelines defined between insurer and provider
4. Patients are concentrated which allows multidisciplinary and transdisciplinary approach
5. There are a care guide and map of processes which allows good clinical and health economics results





abbvie

CAPITULO 3

Centros de excelencia
en artritis reumatoide
un nuevo modelo
para latinoamerica

Panamerican League of Associations of Rheumatology meeting on Centers of excellence in Rheumatoid Arthritis

Bogota, may 17/2014

- Creation of a network of centers of excellence in rheumatoid arthritis in LA
- Generation of minimum standards of care in RA
- Generation of clinical guidelines of care
- Generation of management indicators appropriate to each country
- Creating a center of Accreditation - Certification
- Creating a center of continuous quality improvement
- Research by regional and Latin American countries



abbvie

CAPITULO 3

Centros de excelencia
en artritis reumatoide
un nuevo modelo
para latinoamerica

94

Next steps

In Latin america we began a project about dissemination of centers of excellence in RA (15 participating countries).

Generate minimal standars of care

Generate clinical guidelines

Development of disease management concept in RA

Development of Accreditation and Certification Center



So we invite you to consider application opportunities in your environment for participation in this process

PANLAR Accreditation – Certification center process



CAPITULO 4



Cómo medir y reportar
resultados clínicos, económicos
y humanísticos en artritis
reumatoide



abbvie



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Introducción

Las mediciones para un programa de Disease Management para Artritis Reumatoide se basaron en el modelo de atención de los pacientes con Artritis Reumatoide, definido en las Guías de Práctica Clínica:

- **NICE Clinical Guideline 79**
- **Quality Standard For Rheumatoid Arthritis, NICE Quality Standard 33.2013**
- **Recomendaciones EULAR para el manejo de la Artritis Reumatoide: Smolen JS, et al.**



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Metodología





abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Objetivo

Desarrollar una metodología de análisis cuantitativa para evaluar un programa de Disease Management en Artritis Reumatoide (AR).



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Enfoque metodológico

- 1. Desarrollo del método de evaluación de los programas de atención de pacientes con Artritis Reumatoide bajo los conceptos de Disease Management (DM), mediante el análisis de indicadores en cada una de las dimensiones:**
 - **Clínica**
 - **Humanística**
 - **Económica**



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

100

Enfoque metodológico

2. Desarrollo de la estructura de los indicadores

- **Indicadores de resultado:** cumplimiento de los objetivos
- **Indicadores de proceso:** implementación de las recomendaciones
- **Indicadores de estructura:** disposición de los recursos y herramientas



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar
resultados clínicos,
económicos y
humanísticos en artritis
reumatoide

Indicadores y Variables



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Definición de los indicadores

Para cada indicador se definió:

Justificación: basada en las recomendaciones

Dominio: resultado, proceso, estructura

Descripción

Numerador

Denominador



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Dimensión Clínica (C)

Propósito:

Resultados de desempeño clínico en los objetivos clínicos del tratamiento y la minimización de riesgos relacionados con las intervenciones terapéuticas.

Objetivos:

- Remisión clínica o baja actividad de la enfermedad
- Control de la progresión de la enfermedad en términos del daño estructural
- Reducción del riesgo de complicaciones

Estructura indicadores:

- Resultado, proceso y estructura
- Ciclo de atención del paciente
 - Acceso-evaluación-diagnóstico
 - Tratamiento y seguimiento



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Ciclo de atención en Artritis Reumatoide



Diagnóstico temprano

- Criterios Enfermedad articular inflamatoria persistente

2010 ACR-EULAR criterios de clasificación

Objetivos de tratamiento

- Control de la actividad inflamatoria
- Control progresión de la enfermedad (daño estructural)
- Disminución riesgo complicaciones
- Mejoría del estado funcional
- Mejoría calidad de vida



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Indicadores dimensión clínica (C)

Acceso-Evaluación-Diagnóstico en el Programa de DM		
Resultado	Proceso	Estructura
C1.Diagnóstico Temprano	C2.Oportunidad en el diagnóstico	C3.Evaluación por Servicio Reumatología
Tratamiento y Seguimiento en el Programa de DM		
Resultado	Proceso	Estructura
C4.Control de la actividad inflamatoria a los 6 meses	C12.Inicio tratamiento con DMARDs	C14.Evaluación DAS 28
C5.Remisión a los 6 meses	C13.Intervención temprana/ Oportunidad inicio tratamiento con DMARDs	C15. Evaluación del daño estructural
C6.Control de la actividad inflamatoria a los 12 meses		C16.Junta médica para la decisión de inicio de tratamiento biológico
C7.Remisión a los 12 meses.		C17.Evaluación anual
C8.Progresión radiológica a los 12 meses		
C9.Mantenimiento del control de la actividad		
C10.Hospitalización		
C11. Reemplazos articulares por AR		



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Ejemplo: definición de los indicadores dimensión clínica (c)

C1. DIAGNÓSTICO TEMPRANO

- **Justificación:** Los pacientes con diagnóstico de Artritis Temprana tienen mejores resultados clínicos en relación con los objetivos terapéuticos y por ende mejor pronóstico, toda vez que la posibilidad de erosiones, daño articular y deformidades es menor antes de los 2 años de inicio de los síntomas de AR. Identificar, evaluar y diagnosticar la AR dentro de esta ventana se vuelve imperativo y se constituye en el resultado de adecuados procesos de referenciación, acceso y diagnóstico.
- **Dominio:** Resultado.



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Ejemplo: definición de los indicadores dimensión clínica (c)

C1. DIAGNÓSTICO TEMPRANO.....

- **Descripción:** Porcentaje de pacientes que ingresan al Programa de atención para Artritis Reumatoide, que tienen diagnóstico de AR temprana (antes de 2 años de inicio de los síntomas).
- **Numerador:** Pacientes del denominador que cumplen criterios de AR temprana.
- **Denominador:** Pacientes con diagnóstico confirmado de AR que ingresan al Programa de Atención para Artritis Reumatoide.



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Dimensión Humanística (H)

Propósito:

Análisis del programa frente a resultados de calidad de vida, específicamente capacidad funcional HAQ.

Objetivos:

- **Mejorar la capacidad funcional**
- **Promover apoyo en el autocuidado**

Estructura indicadores

- **Resultado, proceso y estructura**



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Indicadores dimensión humanística (H)

Resultado	Proceso	Estructura
H1. Mejoría de la Capacidad Funcional	H2. Educación en el autocuidado.	H3. Evaluación anual de la capacidad Funcional



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Ejemplo: indicadores dimensión humanística (H)

H1. MEJORÍA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL.

- **Justificación:** El control de la enfermedad está directamente relacionado con la satisfacción del paciente, siendo muy importante la intervención del grupo de apoyo y soporte, para el mantenimiento de su capacidad funcional y la supresión de los síntomas. Este indicador evalúa el resultado del proceso de atención en esta dimensión, utilizando herramientas, como HAQ (Health Assessment Questionnaire), estandarizada y ampliamente utilizada en los pacientes con Artritis Reumatoide.
- **Dominio:** Resultado.



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Ejemplo: indicadores dimensión humanística (H)

H1. MEJORÍA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL....

- **Descripción:** Proporción de pacientes que ingresan al programa de DM para Artritis Reumatoide, que muestran en el seguimiento a los 12 meses mejoría de su capacidad funcional, evaluada con herramientas estandarizadas como HAQ.
- **Numerador:** Pacientes del denominador que muestran en el seguimiento a los 12 meses mejoría de su capacidad funcional, evaluada con herramientas estandarizadas como HAQ.
- **Denominador:** Pacientes nuevos que ingresan al programa de DM para Artritis Reumatoide.



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Dimensión Económica (E)

Propósito: evaluar los resultados económicos del programa.

Estructura indicadores:

- **Resultado**
- **Costos médicos directos paciente/año:**
 - **Costo de atención.** consultas médicas especializadas, médicas y del grupo de apoyo para manejo de la enfermedad, comorbilidades y complicaciones.
 - **Costo de medicamentos:** tratamiento convencional (metotrexate y otros DMARDs no biológicos) y tratamiento con medicamentos biológicos.
 - **Costo de laboratorios:** clínicos y de imágenes diagnósticas
 - **Costos de hospitalizaciones:** relacionadas con AR
 - **Costo de procedimientos e intervenciones quirúrgicas** derivadas de complicaciones de la AR.



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Ejemplo: indicadores dimensión económica (E)

E 1. COSTOS DIRECTOS PACIENTE AÑO.

- **Justificación:** El indicador refleja los costos de la atención de los pacientes con Artritis Reumatoide, del programa de Disease Management, considerando para el análisis los costos médicos directos por paciente año.
- **Dominio:** Resultado.
- **Descripción:** Costo médico directo derivado de la atención de cada paciente en el año de reporte.
- **Numerador:** Sumatoria de los costos médicos directos derivados de la atención de los pacientes del programa de DM para Artritis Reumatoide en el año del reporte.
- **Denominador:** Pacientes del programa de DM para Artritis Reumatoide.



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar
resultados clínicos,
económicos y
humanísticos en artritis
reumatoide

Variables



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

VARIABLES CLÍNICAS (C)		
Código	Variable	Definición
27	Control de la enfermedad a los 6 meses	Número de pacientes que ingresaron al programa con enfermedad activa (variable 13) que tienen a los 6 meses de seguimiento DAS28 <3,2.
28	Remisión a los 6 meses	Número de pacientes que ingresaron al programa con enfermedad activa (variable 13) que tienen a los 6 meses de seguimiento DAS28 <2,6.
VARIABLES HUMANÍSTICAS (H)		
41	Evaluación anual de la capacidad funcional	Número de pacientes del programa (variable 2) que tienen evaluación de la capacidad funcional (utilizando herramienta HAQ) dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de reporte.
42	Mejoría de la capacidad funcional	Número de pacientes nuevos (variable 3) a quienes en el seguimiento a los 12 meses, presentan mejoría de la evaluación de su capacidad funcional.
VARIABLES ECONÓMICAS (E)		
44	Costo directos	Sumatoria de los costos directos, derivados de la atención de los pacientes del programa de DM (variable 2) para Artritis Reumatoide en el año de reporte



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar
resultados clínicos,
económicos y
humanísticos en artritis
reumatoide

Operativización de Indicadores



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

INDICADORES ESTRUCTURA			
Nombre del Indicador	Dimensión	Formula del Indicador	Unidad de Medida
Evaluación por Reumatología	Clínica	Variable 12 / Variable 3 x 100	Porcentaje
Evaluación DAS28	Clínica	Variable 25 / Variable 3 x 100	Porcentaje
Evaluación del daño estructural	Clínica	Variable 26 / Variable 3 x 100	Porcentaje



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

INDICADORES DE PROCESO			
Nombre del Indicador	Dimensión	Formula del Indicador	Unidad de Medida
Oportunidad en el diagnóstico	Clínica	Variable 11 / Variable 3	Días
Inicio tratamiento con DMARDs	Clínica	Variable 20 / Variable 13 x 100	Porcentaje
• Inicio tratamiento con DMARDs convencional	Clínica	Variable 21 / Variable 13 x 100	Porcentaje
• Inicio tratamiento con Biológicos	Clínica	Variable 22 / Variable 13 x 100	Porcentaje



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

INDICADORES DE RESULTADO			
Nombre del Indicador	Dimensión	Formula del indicador	Unidad de medida
Diagnóstico Temprano	Clínica	Variable 9 / Variable 3 x100	Porcentaje
Control de la actividad inflamatoria a los 6 meses	Clínica	Variable 27 / Variable 13 x 100	Porcentaje
Remisión a los 6 meses	Clínica	Variable 28 / Variable 13 x 100	Porcentaje
Control de la actividad inflamatoria a los 12 meses	Clínica	Variable 29 / Variable 13 x 100	Porcentaje



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar
resultados clínicos,
económicos y
humanísticos en artritis
reumatoide

Estructura del plan de análisis



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

120

Población objeto

Pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide que ingresan al programa de DM para atención de pacientes con AR.



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Objetivo del plan de análisis

Analizar los resultados y el cumplimiento de los objetivos del programa en las dimensiones: Clínica, Humanística y Económica.



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Metodología del análisis

Para la evaluación del programa, se hará un análisis cuantitativo de los datos del programa y las tendencias de los resultados de los indicadores de estructura, proceso y resultado en cada una de las dimensiones del programa en periodos anuales de cohorte o reporte, identificación de oportunidades de mejora y definición de acciones o intervenciones de mejoramiento a implementar en el proceso de atención.



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar
resultados clínicos,
económicos y
humanísticos en artritis
reumatoide

Evaluación



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Datos del programa

Evalúa los volúmenes de atención y la estructura del equipo clínico del programa.

	Periodos anuales de reporte				
	2015	2016	2017	2018	2019
Volúmenes de atención (pacientes en el programa)					
Pacientes nuevos en el programa					
Número de Reumatólogos del programa.					
Número de médicos de apoyo					
Número de enfermeras del programa					
Personal de apoyo					
Terapia física					
Terapia ocupacional					
Psicología					
Manejo de dolor					
Nutrición					



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Características de la población

Evalúa los perfiles de la población que ingresa al programa. Permite definir la severidad de los pacientes y asociarlos con los resultados de indicadores.

Denominador: Pacientes nuevos que ingresan al programa en el periodo de reporte	Periodos anuales de reporte									
	2015		2016		2017		2018		2019	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Mujeres										
Hombres										
Pacientes con diagnóstico AR temprana										
Pacientes con diagnóstico AR establecida										
Pacientes con enfermedad activa al ingreso (DAS28 >2,6)										
Baja actividad inflamatoria al ingreso. (DAS28 >2,6 y < 3,2)										
Moderada actividad inflamatoria al ingreso (DAS28 >3,2 y < 5,1)										
Alta actividad inflamatoria al ingreso (DAS28 >5,1)										
Pacientes con anticuerpos (+) al ingreso (Factor reumatoide y/o acs anticitrulina)										
Pacientes con daño estructural al ingreso										
Pacientes con factores de mal pronóstico al ingreso										



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Tablero de indicadores

El tablero de indicadores es el eje central del Plan de Análisis y permite evaluar de manera comparativa los resultados y las tendencias en los diferentes años o periodos de reporte.



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Metodología de análisis tablero de indicadores

- 1. Definición de la meta: con base en referentes nacionales o internacionales, ajustada por severidad.**
- 2. Análisis del indicador: comparación**
 - Frente a la meta.
 - Frente a la tendencia esperada (años de reporte)
 - Positiva, tendencia en aumento
 - Negativa, tendencia al descenso
- 3. Semaforización del resultado del indicador**
 - Rojo: desviación de la tendencia esperada y/o de la meta.
 - Verde: tendencia concordante con la esperada y frente a la meta.



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Metodología de análisis tablero de indicadores

4. Identificación de oportunidades de mejora: resultados negativos de la semaforización.
5. Análisis causal.
6. Desarrollo de intervenciones: basados en evidencia científica.
7. Implementación de intervenciones: generando un plan de mejoramiento alineado al modelo de mejoramiento continuo de la calidad del programa.



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Tablero de indicadores – Dimensión Clínica (C)

Propósito: evaluar los objetivos del tratamiento - resultados de desempeño clínico:

- **Mejorar el acceso (oportunidad al diagnóstico y al inicio del tratamiento)**
- **Evaluar, planear e implementar un plan de tratamiento, basado en las recomendaciones de la evidencia (control de la enfermedad, remisión o por lo menos baja actividad inflamatoria a los 6 meses)**
- **Escalar el tratamiento en seguimientos a los 3 y/o 6 meses si los resultados no muestran el logro del objetivo terapéutico.**
- **Minimizar el riesgo aparición o progresión del daño estructural.**
- **Hacer seguimiento a la aparición de comorbilidades y complicaciones.**



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Tablero de indicadores – Dimensión Clínica (C)

El **Tablero** permite evaluar:

Desde la estructura:

- Que se cuente con un proceso de atención liderado por un equipo de Reumatología.
- Que cuente con herramientas implementadas de evaluación y seguimiento: **DAS 28**

Desde los procesos:

- Que cuente con procesos estandarizados para la canalización y evaluación del paciente, que permitan optimizar los tiempos de oportunidad.
- Procesos estandarizados alineados a las Guías de Práctica Clínica para la evaluación, planeación y ejecución del plan de tratamiento.
- Procesos de seguimiento a la respuesta terapéutica.



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Tablero de indicadores – Dimensión Clínica (C)

Indicador	Periodos anuales de reporte					Unidad de medida	Tendencia esperada	Meta
	2015	2016	2017	2018	2019			
Estructura								
Evaluación por Reumatología						Porcentaje	Positiva	
Evaluación DAS 28						Porcentaje	Positiva	
Evaluación del daño estructural						Porcentaje	Positiva	
Proceso								
Oportunidad en el diagnóstico						Días	Negativa	
Inicio tratamiento con DMARDs						Porcentaje	Positiva	
Resultado								
Diagnóstico Temprano						Porcentaje	Positiva	
Control de la actividad inflamatoria a los 6 meses						Porcentaje	Positiva	



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Tablero de indicadores – Dimensión Humanística (H)

Propósito: evaluar las necesidades del paciente, específicamente la capacidad funcional.

El tablero permite evaluar:

Desde la estructura:

- Que cuente y tenga implementada y apropiadas herramientas que permitan evaluar de manera objetiva la capacidad funcional del paciente (ej HAQ: Health Assessment Questionnaire)

Desde los procesos:

- Que cuente con un proceso de apoyo y soporte que responda a las necesidades de información, educación y promoción del auto cuidado.



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Tablero de indicadores – Dimensión Humanística (H)

Indicador	Periodos anuales de reporte					Unidad de medida	Tendencia esperada	Meta
	2015	2016	2017	2018	2019			
Estructura								
Evaluación anual de la capacidad funcional						Porcentaje	Positiva	
Proceso								
Educación en el auto cuidado.						Porcentaje	Positiva	
Resultado								
Mejoría de la capacidad funcional						Porcentaje	Positiva	



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Tablero de indicadores – Dimensión Económica (E)

Evaluar los costos médicos derivados de la atención, considerando como unidad de medida el ciclo del paciente en el año de reporte.

Indicador	Periodos anuales de reporte					Unidad de medida	Tendencia esperada	Meta
	2015	2016	2017	2018	2019			
Costos directos paciente año						Unidad monetaria	Negativa	
• Costo de atención médica paciente año.						Unidad monetaria	Negativa	
• Costo de medicamentos paciente año.						Unidad monetaria	Negativa	
• Costo de laboratorios paciente año.						Unidad monetaria	Negativa	
• Costo de hospitalización paciente año.						Unidad monetaria	Negativa	
• Costo de procedimientos e intervenciones quirúrgicas paciente año						Unidad monetaria	Negativa	



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar
resultados clínicos,
económicos y
humanísticos en artritis
reumatoide

Formato de Reporte



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

Formato de reporte

El formato de reporte debe ser diligenciado siguiendo los lineamientos definidos en el documento: “Indicadores y variables para la evaluación del Programa de Disease Management (DM) para la atención de pacientes con Artritis Reumatoide (AR)”, cuyas variables son el insumo para alimentar los tableros de control para el análisis y evaluación.



abbvie

CAPITULO 4

Cómo medir y reportar resultados clínicos, económicos y humanísticos en artritis reumatoide

REPORTE RESULTADOS PROGRAMA ATENCIÓN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE			
NOMBRE DEL PROGRAMA			
Fecha de reporte			D M A
VARIABLES CLINICAS (C)			
CODIGO	VARIABLE	RESULTADO	
1	Periodo de reporte (año)		
2	Pacientes en el programa	Número pacientes activos en el programa	
3	Pacientes nuevos en el programa	Número pacientes	
		Mujeres	
		Hombres	
4	Pacientes que llevan 2 años en el programa	Número pacientes	

CAPITULO 5



Nuevas alternativas de
adquisición para
terapias de complejo acceso.
Experiencia mexicana



abbvie



abbvie

CAPITULO 5

Nuevas alternativas de adquisición para terapias de complejo acceso.

Experiencia mexicana

Estructura de Adquisición en el Sector Salud Mexicano

La manera de comprar de las instituciones públicas en México no ha sido modificada para adaptarse a los productos de innovación

- 1 La mayor parte de los **productos innovadores** que se encuentran en fase de lanzamiento son de **alta especialidad/alto costo**
- 2 En México, la **política sanitaria de inclusión y adquisición** de estos fármacos **no está actualizada** (aún la **substitución por genéricos** es el tema central de la discusión en las instituciones)
- 3 Otro factor que limita el gasto farmacéutico es la **baja inversión en salud** comparado a otras economías de la región (México ocupa el penúltimo lugar en de la OCDE en gasto farmacéutico y el último en gasto en salud como % del PIB)
- 4 Para poder hacer frente a la nueva tendencia del mercado, **la forma de comprar de los pagadores públicos debe ser repensada en función de la innovación**



abbvie

CAPITULO 5

Nuevas alternativas de adquisición para terapias de complejo acceso.
Experiencia mexicana

140

Como adquirir productos en el Sector Salud Mexicano

Los modelos contractuales para productos innovadores deberían estar determinados por la patología, el producto y los objetivos financieros

Variables que determinan las categorías de compra

Patología

Cada patología tiene condiciones únicas que podrían determinar el tipo de compra ya que el pagador absorbe diferentes riesgos, p.ej.:

- Cáncer, ciclos cortos, respuestas inciertas, beneficios marginales de sobrevida
- Diabetes, tratamiento a largo plazo, exigencia de dosis incrementales, complicaciones de la población

Producto

Los productos determinan qué tipo de modelo de compra puede implementarse por las siguientes características, p.ej.:

- Dosis variables
- Duración variable
- Respuesta incierta
- Suspensión indefinida

Objetivos Financieros

Los drivers de cada institución y patología afectan los modelos de contratación de tecnología, p.ej.:

- Cobertura máxima
- Costo por paciente
- Impacto presupuestal



abbvie

CAPITULO 5

Nuevas alternativas de adquisición para terapias de complejo acceso.
Experiencia mexicana

La combinación de tipos de enfermedades productos y prioridades presupuestarias da lugar a las diferentes categorías

Ejemplos de variables de categorías de compra para medicamentos

Patología	Producto	Finanzas
Enfermedad <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer • Antiviral • Crónico degenerativo • Infeccioso 	Dosificación <ul style="list-style-type: none"> • Ciclos • Microgramos • Cajas 	Presupuesto <ul style="list-style-type: none"> • Costo por paciente • Impacto presupuestal • Cobertura
Tipo tratamiento <ul style="list-style-type: none"> • Crónicos • Por estadios • Hospitalarios • A domicilio 	Administración <ul style="list-style-type: none"> • Inyección • Pastillas • Intravenosa • Inhalación 	Otros costos <ul style="list-style-type: none"> • DALYs de la enfermedad • QALYs generados
Severidad <ul style="list-style-type: none"> • Prevención • Estadios tempranos • Rescate • Soporte 	Almacenaje <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalario • Masivo • Cadena frío • Urgencias 	Marca <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos con patente • Medicamentos genéricos

- La gestión por categorías de compra permite **clasificar** la adquisición de insumos médicos **según**:
 - **Criterios de impacto** que condicionan la compra del insumo
- Estos criterios pueden estar basados en **múltiples variables** como: patología, producto y contexto financiero
- Además, este esquema permite **enfocar las estrategias de compra** hacia necesidades específicas de las instituciones

 Categorías que según nuestra experiencia son las más significativas



abbvie

CAPITULO 5

Nuevas alternativas de adquisición para terapias de complejo acceso.
Experiencia mexicana

IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL SECTOR SALUD Y DESARROLLO DE ESTRATEGIAS

Justificación, utilidad e impacto de la gestión por categorías de compra

Justificación

- Fundamento estratégico para **analizar el comportamiento de compra-venta**
- Permite personalizar una **estrategia específica a las necesidades**
- Identificar los **criterios de decisión de compra más relevantes** para el sector salud

Utilidad

- **Comprender y cubrir las necesidades** del sector salud de una **manera más efectiva**
- Las estrategias personalizadas **tienen mayor probabilidad de éxito**

Impacto

- ✓ Aumento en la competitividad
- ✓ Maximización en las ganancias
- ✓ Mejora en la relación con el proveedor
- ✓ Reducción de gastos
- ✓ Disminución y/o compartimiento de los riesgos
- ✓ Creación de valor agregado



abbvie

CAPITULO 5

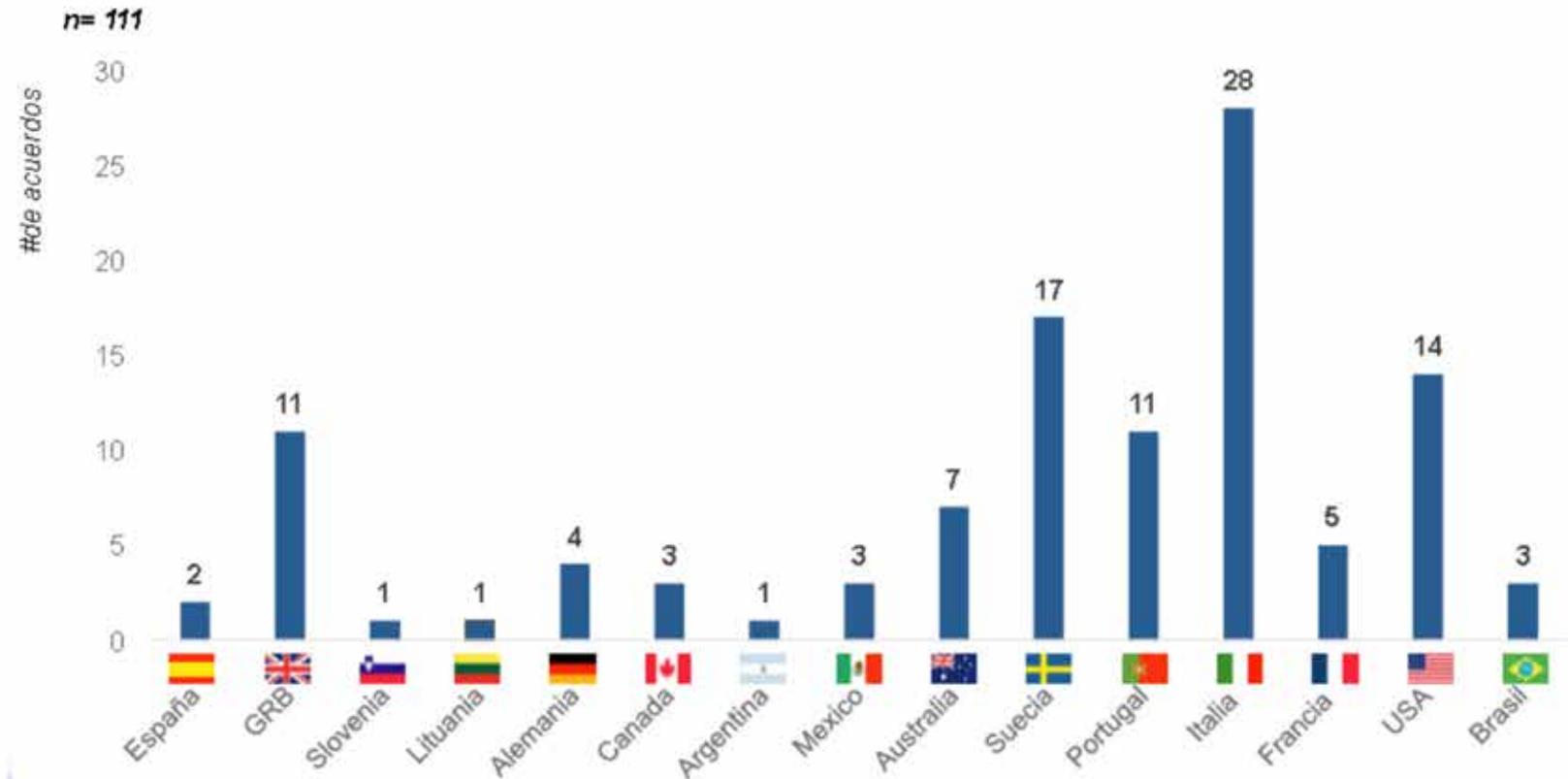
Nuevas alternativas de adquisición para terapias de complejo acceso.
Experiencia mexicana

143

Investigación de Mercado y sus resultados...

Se realizó una investigación de 111 modelos de compra realizados entre pagadores e industria farmacéutica en todo el mundo

Identificación de Esquemas de Acceso a Pacientes





abbvie

CAPITULO 5

Nuevas alternativas de adquisición para terapias de complejo acceso.
Experiencia mexicana

144

Justificación de Modelos de Adquisición...

Los modelos de compra se justifican a través de brindar cobertura de los diferentes tipos de incertidumbre surgida en cada una de las partes

Principales medidas de impacto en las diferentes partes

Pacientes

- **Evitar** riesgos innecesarios
- **Mejores tratamientos**
- Mayor **conocimiento** del tx
- Mayor **participación**
- Menor **incertidumbre**

Pagadores

- **Identificación** de pacientes potenciales
- **Mejores criterios** de uso
- **Medición de resultados**
- **Información** administrativa, clínica y observacional confiable
- **Beneficios** económicos
- **Conocimiento** sobre tratamientos
- Oportunidades de **investigación**

Industria

- **Penetración** de mercado
- **Resultados clínicos**
- **Confianza** en la información administrativa y del producto
- **Compartir** información clínica y observacional
- Definir usos **off-label**
- **Acceso** a cuadros básicos
- **Decisiones** basadas en evidencia clínica local

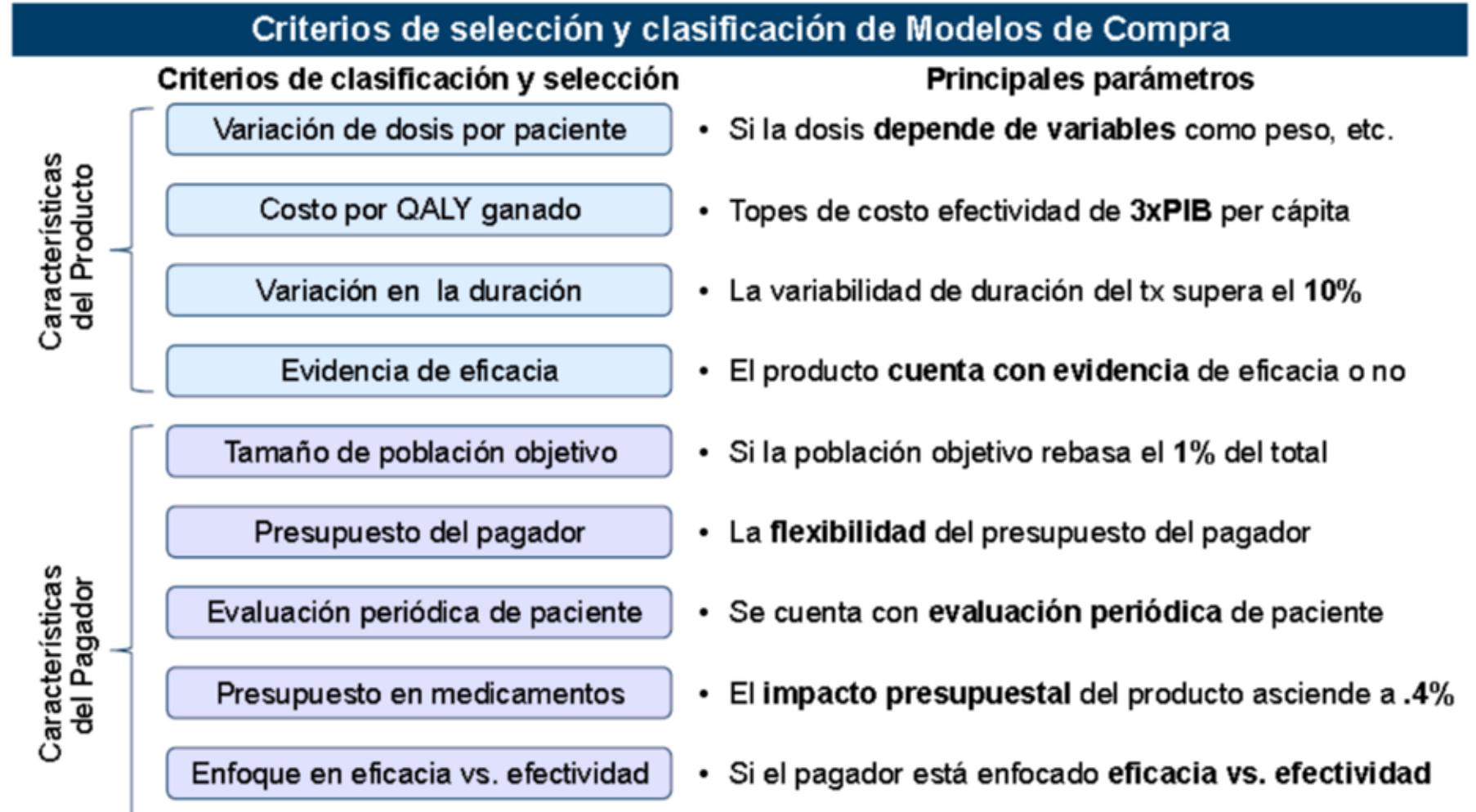


abbvie

CAPITULO 5

Nuevas alternativas de adquisición para terapias de complejo acceso.
Experiencia mexicana

CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA LA DEFINICIÓN DE MODELOS DE ADQUISICIÓN...





abbvie

CAPITULO 5

Nuevas alternativas de adquisición para terapias de complejo acceso.
Experiencia mexicana

TIPOS DE RIESGOS EN FUNCIÓN DE LA ELECCIÓN DE ESQUEMAS...

Tipos de riesgo a través de los diferentes Modelos de Compra

- 1 Ganar-Ganar**
 - El Pagador y la Industria **se benefician** a través del modelo por:
 - **Acceso** por costo efectividad, según el cambio en la práctica clínica
 - Permite el acceso de los productos y su aplicación en **pacientes óptimos**
 - **Extensión** de ensayos clínicos en Fase 3 con el reembolso de la industria
- 2 Riesgo sólo para la Industria**
 - **Acuerdos basados en resultados** representan un riesgo para la Industria, porque se compromete a **cubrir** el tratamiento de los pacientes que **no responden** adecuadamente, dando al pagador la seguridad de reembolso de los pacientes que se beneficiaron del tratamiento
- 3 Riesgo tanto para el pagador como para la Industria**
 - La Industria y el Pagador **comparten el riesgo financiero** se impone un precio fijo por tratamiento o un volumen fijo de ventas con base en experiencia previa
- 4 Descuentos indirectos**
 - Fabricante ofrece un **descuento** en el producto o paga los primeros meses de tratamiento para todos los pacientes



abbvie

CAPITULO 5

Nuevas alternativas de adquisición para terapias de complejo acceso.
Experiencia mexicana

ESQUEMA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN ESQUEMA DE ADQUISICIÓN...

	Herramienta ¹	Descripción
A	Contrato	• Para señalar los términos y condiciones los acuerdo como: indicadores de eficacia, duración, descuentos, etc.
B	Carta de introducción	• Con el fin de describir las características requeridas en pacientes para ser elegibles
C	Guía para entender el Modelo de Compra	• Explicación del rol de los médicos, las farmacias y la Industria.
D	Solicitud de pacientes elegibles	• Carta descriptiva de las condiciones del padecimiento, justificando su candidatura
E	Registros del tratamiento	• Con la finalidad de guardar el historial medico de cada paciente elegible desde el inicio del tratamiento
F	Reportes de progresión de la enfermedad	• Reporte mensual de los montos de producto enviado a cada paciente y de si requiere de algún cambio en la dosis
G	Notificación de tratamiento gratis o reembolso	• Reporte detallado del paciente sujeto de reembolso total o parcia
H	Auditorías	• Auditorías ocasionales para asegurar un buen desempeño
I	Notas de crédito	• Acuerdo con mayoristas de un esquema de crédito



abbvie

CAPITULO 5

Nuevas alternativas de adquisición para terapias de complejo acceso.
Experiencia mexicana

EJEMPLO MEXICANO...

MIELOMA MÚLTIPLE

- El Mieloma Múltiple (MM) es un tumor maligno plasmático, el cual se presenta habitualmente en sujetos de la tercera edad con diversas manifestaciones clínicas sistémicas, las cuales son debidas a la proliferación clonal de las células plasmáticas.
- MEDICAMENTO XXXXX es un inhibidor de proteosoma, diseñado específicamente para inhibir la actividad similar a la quimotripsina del proteosoma 26S, permitiendo la destrucción de la células malignas por diferentes mecanismos.



abbvie

CAPITULO 5

Nuevas alternativas de adquisición para terapias de complejo acceso.
Experiencia mexicana

EJEMPLO MEXICANO...

XXXXX (RIESGO COMPARTIDO)

- El modelo de riesgo compartido ha sido diseñado de manera que las instituciones públicas del sector salud en México solo pague el costo de XXXXX para aquellos pacientes con Mieloma Múltiple que logran respuesta clínica durante los primeros cuatro ciclos de tratamiento
- El costo de los primeros cuatro ciclos se reembolsará en viales que podrán ser utilizados por la institución en otro paciente.



abbvie

CAPITULO 5

Nuevas alternativas de adquisición para terapias de complejo acceso.
Experiencia mexicana

EJEMPLO MEXICANO...

XXXXX (SITUACION ACTUAL PEMEX)

- El XXXXXX se compra actualmente en nuestra institución su uso se encuentra documentado en Central Sur y Norte, Salamanca, Ciudad Madero y Villahermosa
- Compra 2014 **525** piezas
- Costo total . **8,121,151.5**



abbvie

CAPITULO 5

Nuevas alternativas de adquisición para terapias de complejo acceso.
Experiencia mexicana

EJEMPLO MEXICANO...

XXXXX (RESULTADOS)

- Compra 2014 **525** piezas
- Costo total . **8,121,151.5**
- Ahorro escenario uno **2, 436, 345** (costo 5,684,805)
- Ahorro escenario dos **3, 248, 460** (costo 4,872,690)



abbvie

CAPITULO 5

Nuevas alternativas de
adquisición para
terapias de complejo
acceso.
Experiencia mexicana

EJEMPLO MEXICANO EN HCV...

Candidatos al ERC

- Pacientes adultos con hepatitis crónica por el virus de la hepatitis C (VHC), genotipos 1 y 4 con enfermedad hepática compensada (incluyendo cirrosis)
 - Pacientes sin tratamiento previo
 - Pacientes que han fracasado previamente a la terapia de interferón (pegilado o no pegilado) con o sin ribavirina



abbvie

CAPITULO 5

Nuevas alternativas de
adquisición para
terapias de complejo
acceso.
Experiencia mexicana

EJEMPLO MEXICANO EN HCV...

Requisitos para inclusión de pacientes al ERC

- Tener una edad igual o mayor a 18 años.
- No haber recibido un inhibidor de la proteasa NS3/4A del Virus de hepatitis C.
- Presentar una evaluación de carga viral positiva detectable de las concentraciones séricas de ácido ribonucleico (RNA) del VHC > a 25 UI/ml.
- En pacientes con Genotipo 1a se recomienda realizar la determinación del polimorfismo Q80k, mediante la prueba de secuenciación NS3/4A.
- Realización de evaluación basal, de estudios de laboratorio y gabinete.



abbvie

CAPITULO 5

Nuevas alternativas de adquisición para terapias de complejo acceso.
Experiencia mexicana

EJEMPLO MEXICANO EN HCV...

Contraindicaciones Absolutas

- Embarazo y lactancia.
- Insuficiencia hepática descompensada (Child C).
- Enfermedad autoinmune no controlada¹.

Contraindicaciones Relativas

- Síndrome Anémico severo (Hemoglobina <7 g/dl).
- Trombocitopenia (recuento plaquetario < 80.000/mm³).
- Enfermedad psiquiátrica no controlada¹.
- Enfermedad tiroidea no controlada¹.
- La co-administración con sustancias que inducen o inhiben fuertemente al citocromo P450 3A (CYP3A) ya que esto puede dar lugar a una exposición significativamente más baja o mayor de Simeprevir, respectivamente.



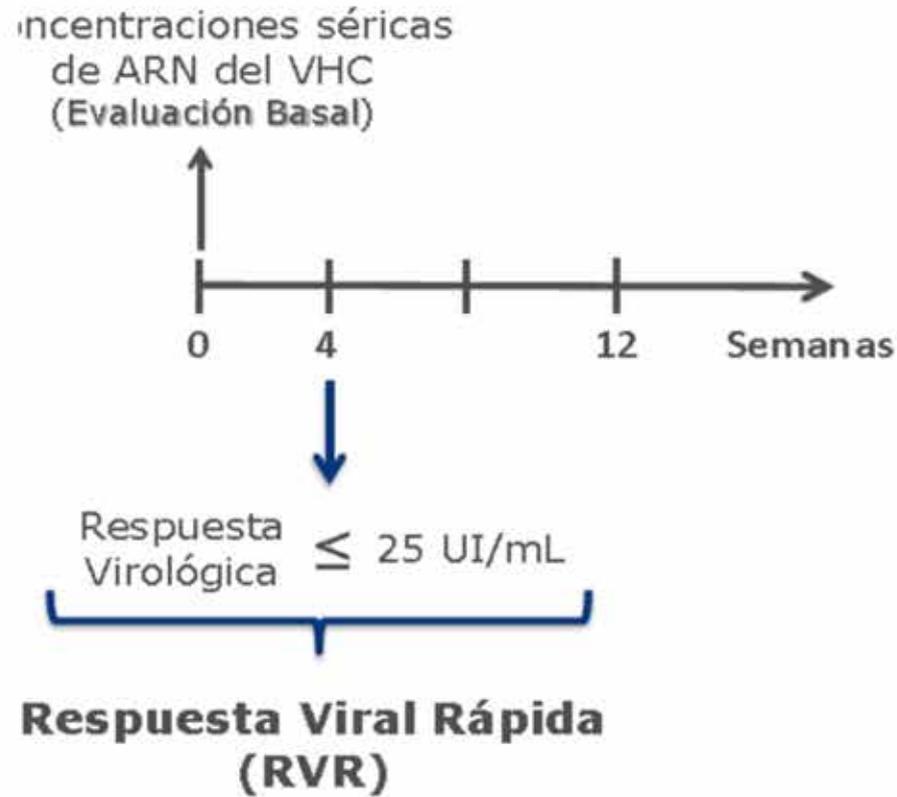
abbvie

CAPITULO 5

Nuevas alternativas de adquisición para terapias de complejo acceso.
Experiencia mexicana

EJEMPLO MEXICANO EN HCV...

Esquema propuesto para Compartir el Riesgo



Si el paciente no alcanza una Respuesta Viral Rápida (RVR) al término de las cuatro semanas de tratamiento:

Se discontinúa el tratamiento y se reponen a la institución las piezas de Simeprevir equivalentes a 4 semanas de tratamiento

CAPITULO 6



El impacto positivo
de los bioterapéuticos en
enfermedades autoinmunes



abbvie



abbvie

CAPITULO 6

El impacto positivo
de los bioterapéuticos
en enfermedades
autoinmunes



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Latino Americano de Pesquisa em Biológicos



Ricardo Garcia, MD

Miembro de la Junta Asesora del Centro Latinoamericano de
Investigacion de Biológicos



abbvie

CAPITULO 6

El impacto positivo
de los bioterapéuticos
en enfermedades
autoinmunes

158



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Latino Americano de Pesquisa em Biológicos



“Impacto Positivo de los Bioterápicos en las enfermedades autoinmunes”



abbvie

CAPITULO 6

El impacto positivo
de los bioterapéuticos
en enfermedades
autoinmunes

159



¿Qué es la Biotecnología?

- Es la producción de algo con células vivas.
- Es muy antigua: cerveza, vino, yogurt, compostas (abono, energía), etc.
- Recientemente se usa la biotecnología para:
 - Eliminar contaminantes
 - Insecticidas
 - Armas
 - Medicamentos (recombinante).



abbvie

CAPITULO 6

El impacto positivo
de los bioterapéuticos
en enfermedades
autoinmunes

160

La tecnología de ADN recombinante



- La tecnología de ADN recombinante dio origen a la primera generación de medicamentos biotecnológicos. Estos eran menos complejos en su estructura e imitaban a las moléculas endógenas de nuestro organismo, como es el caso de la insulina.
- Hasta 1982 la insulina se aislaba a partir del páncreas de animales a través de un proceso complejo y caro. (Se requería el sacrificio de 50 animales para producir la insulina suficiente para una sola persona durante un año).
- A pesar de que las insulinas de origen bovino y porcino cuentan con una acción biológica similar a la humana, los pacientes estaban expuestos a desarrollar eventos adversos peligrosos por el origen animal de las mismas





abbvie

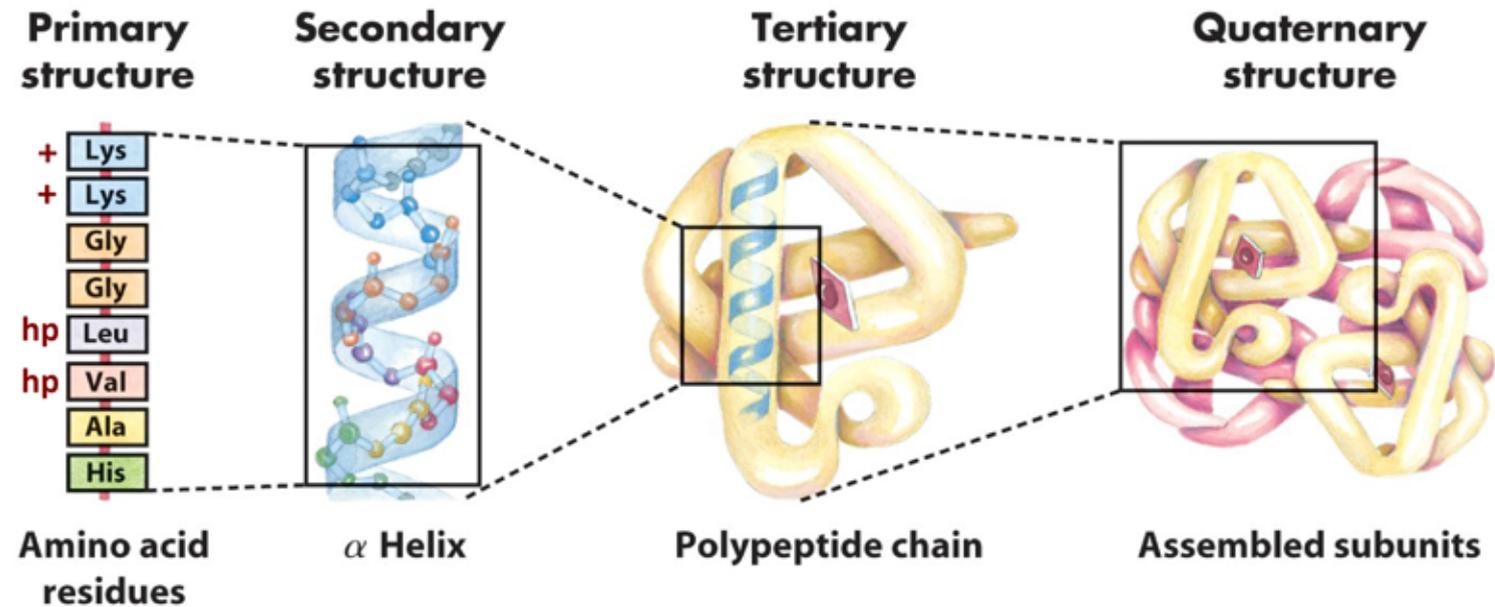
CAPITULO 6

El impacto positivo de los bioterapéuticos en enfermedades autoinmunes

¿Que es un medicamento biotecnológico?



- No existe una definición internacional estándar
- Un biológico es un compuesto derivado de un sistema vivo (humanos, plantas, microorganismos, animales)
- La mayoría de los productos bioterapéuticos hasta la fecha son proteínas





abbvie

CAPITULO 6

El impacto positivo de los bioterapéuticos en enfermedades autoinmunes

Medicamentos biotecnológicos

Tipo de molécula	Ejemplo
Hormonas	Insulina, glucacón, GH, tiotropina, hormona folículo estimulante, eritropoyetina
Citoquinas	Interferón-alfa, factor estimulantes colonias granulocitos, interleukinas
Factores coagulación	Factor VII, factor VIII, Factor IX
Anticuerpos monoclonales	Bevacizumab, cetuximab, abciximab, rituximab, infliximab, tocilizumab, adalimumab, certolizumab, denosumab, trastuzumab
Enzimas	Glucocerebrosidasa, alteplasa, rasburicasa
Proteínas de Fusión	Etanercept
Moléculas conjugadas	Peg-interferón alfa 2-a, peg-filgrastim



abbvie

CAPITULO 6

El impacto positivo de los bioterapéuticos en enfermedades autoinmunes

163

Generaciones de los medicamentos biotecnológicos



■ Primera generación

- El suero de caballo anti tetánico (salvó millares de vidas)
- La insulina de cerdo (salvó millones de diabéticos, era alergénica).
- La heparina de cerdo anticoagulante (salvó a miles de pacientes con trombosis).
- Vacunas: Contra la rabia, poliomielitis, viruela, pertusi, difteria, tétanos.



■ Segunda generación (Obtenidos por ingeniería genética en bacterias recombinantes):

- Insulina humana, hormona de crecimiento, eritropoyetina, factor de crecimiento estimulante de granulocitos e interferones.



■ Tercera Generación (Anticuerpos Terapéuticos de Alta Biotecnología)

- Obtenidos por ingeniería genética; presentan mucha más complejidad en su proceso de fabricación
- Representan uno de los mayores avances en la terapéutica contemporánea
- Anticuerpos Monoclonales: son altamente especializados contra blancos celulares.
- Poseen estructuras localizadas en las células, capaces de reconocer un antígeno y producir
- una respuesta celular, con el potencial para múltiples mecanismos de acción.



abbvie

CAPITULO 6

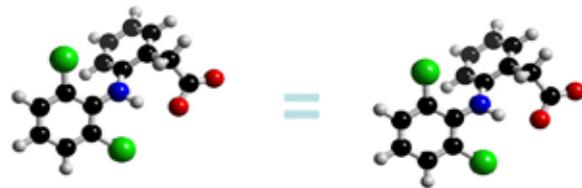
El impacto positivo de los bioterapéuticos en enfermedades autoinmunes

Medicamentos Químicos son producidos; Biológicos son cultivados



Medicamentos químicos son producidos por técnicas químicas. También son conocidos como **"moléculas pequeñas"** o **"medicamentos sintéticos"**

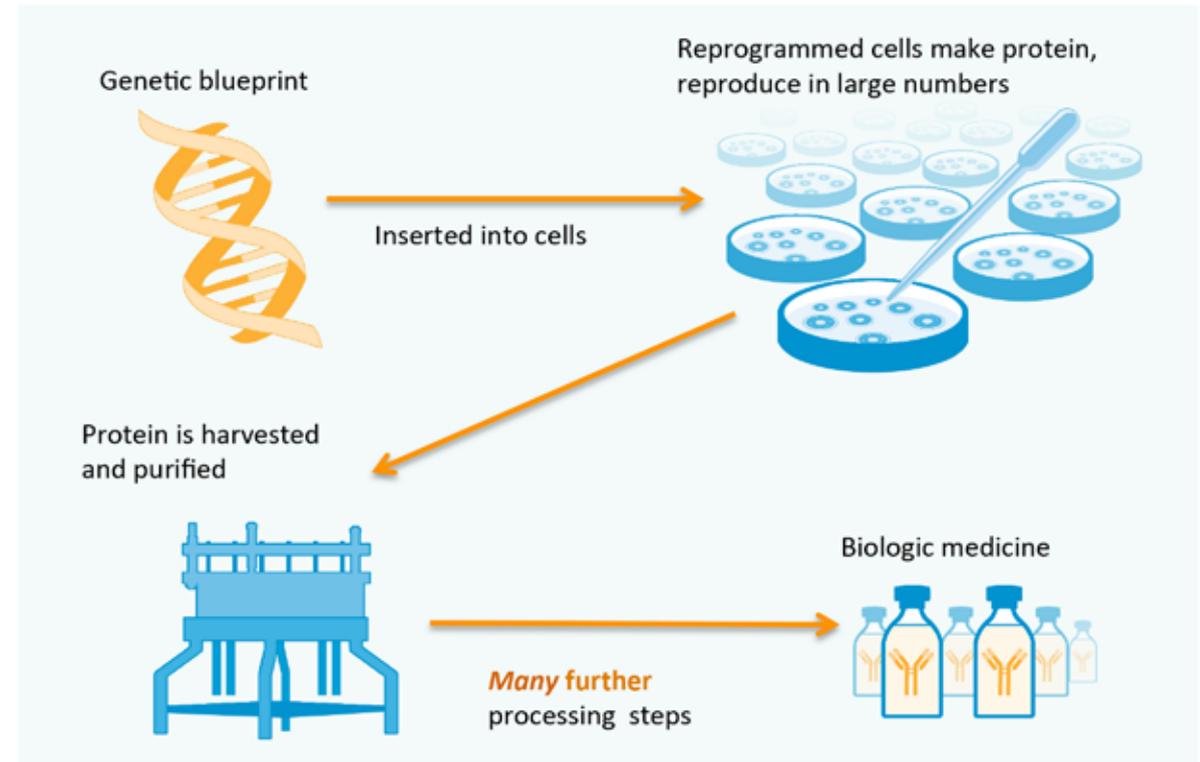
Siguiendo la misma "receta" **se obtiene exactamente el mismo producto**



Diclofenac

Los biológicos son cultivados a partir de células vivas u organismos. Un biológico debe ser manufacturado bajo condiciones muy precisas, siguiendo pasos exactos, para obtener un producto consistente

Biológicos son muy sensibles a las condiciones de manufactura



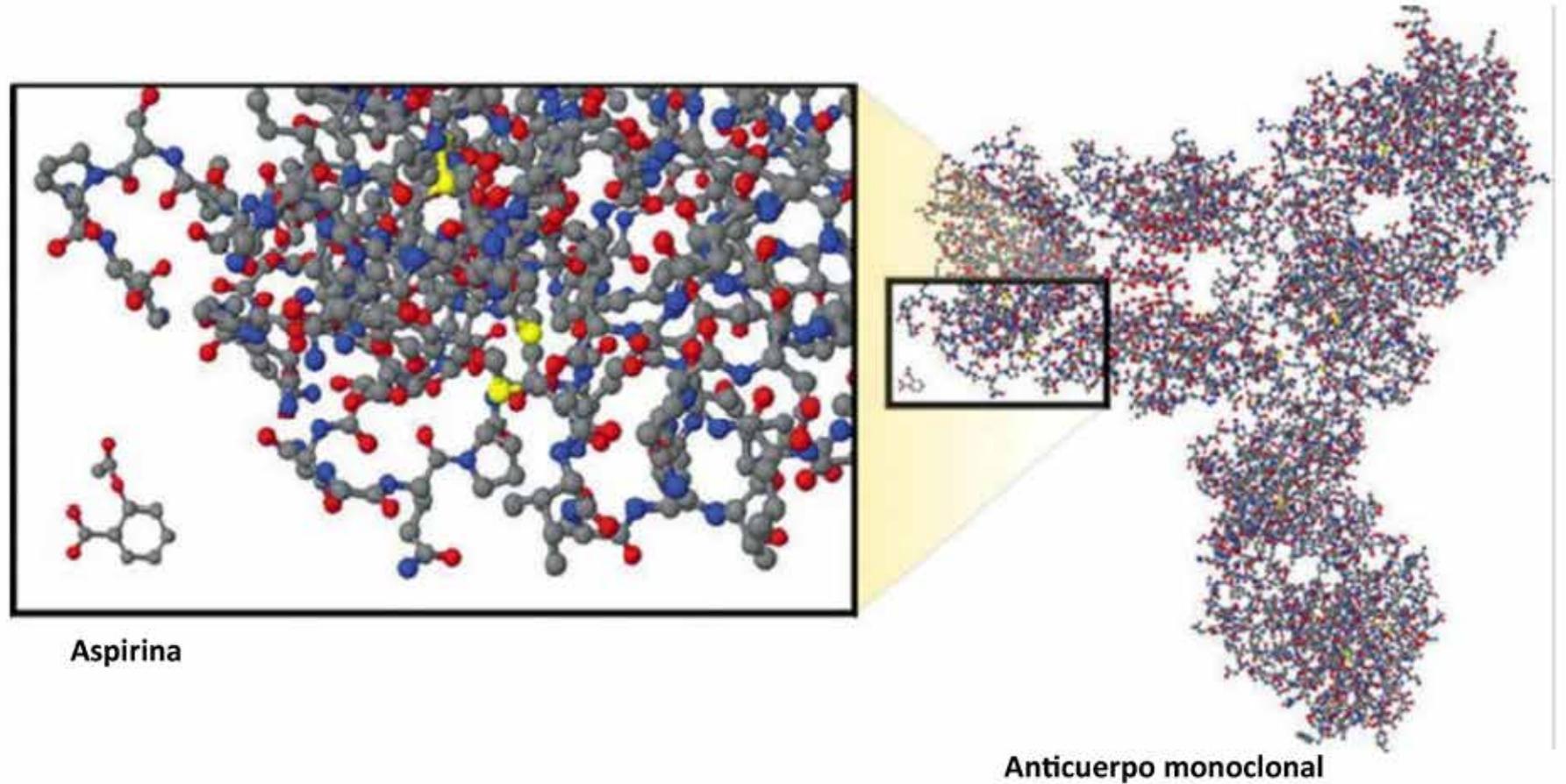


abbvie

CAPITULO 6

El impacto positivo
de los bioterapéuticos
en enfermedades
autoinmunes

Biológicos: Complejidad Molecular





abbvie

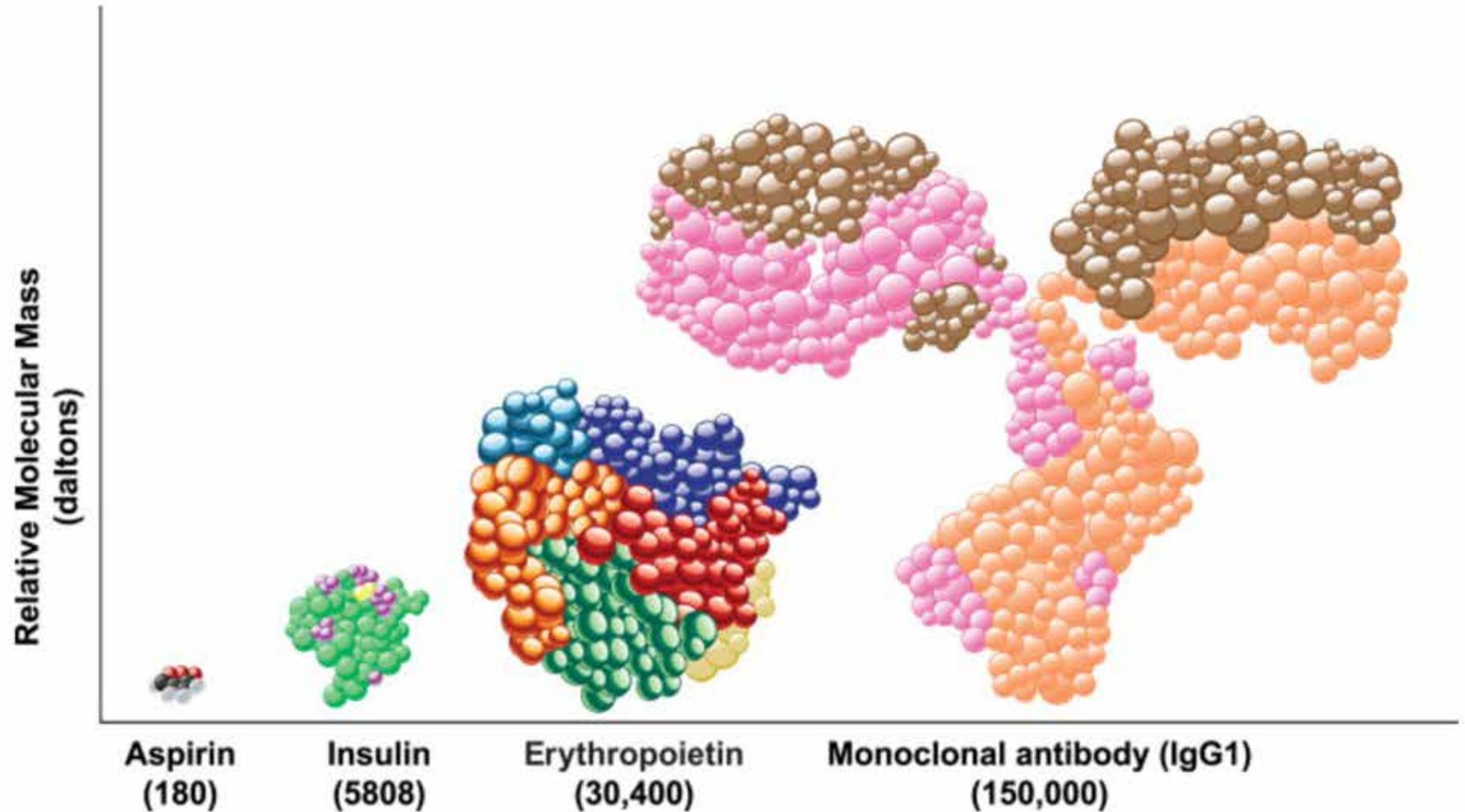
CAPITULO 6

El impacto positivo de los bioterapéuticos en enfermedades autoinmunes

166



Tamaño y Complejidad





abbvie

CAPITULO 6

El impacto positivo
de los bioterapéuticos
en enfermedades
autoinmunes

167



Ejemplo de enfermedad autoinmune beneficiada con la terapia biológica



abbvie

CAPITULO 6

El impacto positivo
de los bioterapéuticos
en enfermedades
autoinmunes

Artritis Reumatoide



- Prevalente (1%)
- Población productiva (30-50a)
- Mayor énfasis en tratamiento temprano y agresivo
- Estudios controlados





abbvie

CAPITULO 6

El impacto positivo
de los bioterapéuticos
en enfermedades
autoinmunes

Porque es importante una intervención temprana y agresiva?



- AR una enfermedad progresiva, maligna





abbvie

CAPITULO 6

El impacto positivo
de los bioterapéuticos
en enfermedades
autoinmunes

Porque es importante una intervención temprana y agresiva?



- AR una enfermedad progresiva, maligna





abbvie

CAPITULO 6

El impacto positivo
de los bioterapéuticos
en enfermedades
autoinmunes

171

¿Por qué es importante una intervención temprana y agresiva?



A los dos años de inicio de la enfermedad existe evidencia de destrucción articular en el 70% de los pacientes. Scott 2000, Eberhart 1995

■ Impacto sobre la calidad de vida

- ✓ Dolor e incapacidad funcional
- ✓ Fatiga (81%), severa (41%)
- ✓ Depresión 14-43% Pincus 1993

■ Discapacidad laboral

- ✓ 25% a los 7 años, 50% a los 10 años
- ✓ 33% disminución ingresos vs. normales

Wolf F, Hawley DJ. J Rheum 1998, 25:2108

Wolf F et al. Arthritis Rheum 1994, 37:481.



abbvie

CAPITULO 6

El impacto positivo
de los bioterapéuticos
en enfermedades
autoinmunes

172

¿Por qué es importante un tratamiento más efectivo en la AR?



- 30-40% no alcanzan un adecuado control con la terapia actual disponible
 - < 50% alcanzan ACR50
 - ~20% alcanzan ACR70
- Esperanza de vida se reduce hasta 10 años
- El 15% al 20% de los pacientes requerirán artroplastias por destrucción articular en el plazo de 5 años. Eberhardt, 1995



abbvie

CAPITULO 6

El impacto positivo
de los bioterapéuticos
en enfermedades
autoinmunes

173

Tratamiento



- Analgesicos
- Antiinflamatorios no esteroides (NSAI)
- corticosteroides
- Drogas antireumáticas modificadoras de la enfermedad (DARMES) sintéticos
 - Metrotexato
 - Leflunomida
 - Hidroxicloroquina
 - Sulfasalazina
 - Inmunosupresores
 - Azatioprina
 - Ciclosporina



abbvie

CAPITULO 6

El impacto positivo
de los bioterapéuticos
en enfermedades
autoinmunes

174

Tratamiento



- Drogas antireumáticas modificadoras de la enfermedad (DARMES) biológicos
 - Adalimumab
 - Etanercept
 - Infliximab
 - Abatecept
 - Anakinra
 - Certolizumab
 - Golimumab
 - Rituximab
 - Tocilizumab



abbvie

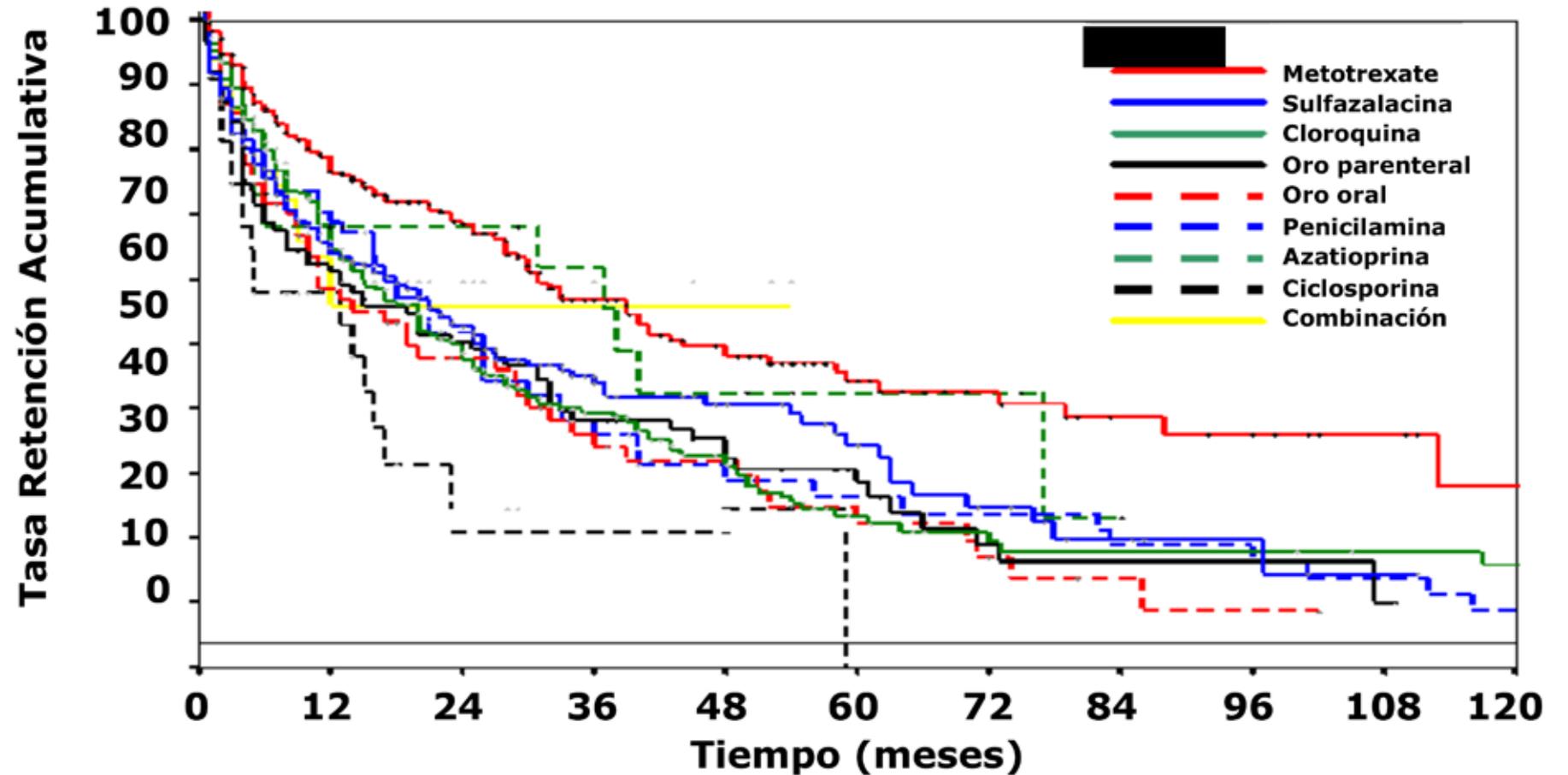
CAPITULO 6

El impacto positivo de los bioterapéuticos en enfermedades autoinmunes

175

DARMES Tradicionales son Efectivos pero no Mantienen Respuesta a Largo Tiempo

Tasa de Retención de DARMES



Log Rank Statistics:
p<0.001 for MTX > Other DMARDs (except AZP and Comb.)
p<0.05 for CyA < Other DMARDs (except PG and OG)



abbvie

CAPITULO 6

El impacto positivo
de los bioterapéuticos
en enfermedades
autoinmunes

La terapia biológica

- Se desarrolla a partir del conocimiento del mecanismos de acción de la enfermedad, cuando se descubre que molécula específica tiene el poder de peorar la inflamación
- Creación de un bloqueador para desactivar dicha molécula
- Diferente de quimioterapia, pues no trae perjuicio para las células saludables que están al rededor
- La terapia biológica ha sido creada para atingir objetivos específicos.
- Controla la inflamación y detiene la evolución de la enfermedad
- Como un ejemplo, las artitis son la principal causa de discapacidad temporaria y permanente, generando altos costos para la sociedad. Las terapias biológicas tienen la posibilidad de cambiar el escenario.



abbvie

CAPITULO 6

El impacto positivo
de los bioterapéuticos
en enfermedades
autoinmunes

La terapia biológica

- Las enfermedades autoinmunes son provocadas por reacciones del sistema inmunológico contra el propio organismo.
- La terapia biológica reproduce los efectos de sustancias ya existentes en nuestro cuerpo, fabricados por el sistema inmune, por eso actúa directamente en el proceso inflamatorio de la enfermedad
- Artritis reumatoide y psoriásica, espondilitis anquilosante y lupus son ejemplos de enfermedades que se puede tratar con esa terapia, como una alternativa a los pacientes que no obtuvieron resultado satisfactorio con las terapias convencionales.
- Los medicamentos biológicos disponibles bloquean las proteínas del sistema inmunológico, como el factor de necrosis tumoral (TNF) y la interleucina IL-1, responsables por grande parte del dolor e inflamación articular.
- Se puede controlar las señales y síntomas de la inflamación y mejorar la capacidad funcional y calidad de vida del paciente.



abbvie

CAPITULO 6

El impacto positivo
de los bioterapéuticos
en enfermedades
autoinmunes

Registro Brasileiro de Biológicos: processo de implementação e resultados preliminares do BiobadaBrasil

David C Tilton¹, Ines Guimarães Silveira², Paulo Louzada-Junior³, Andre L Hayata⁴, Hellen Mary S. Carvalho⁵, Roberto Ranza⁶, Lucila S. Rezende⁷, Geraldo Castelar Pinheiro⁸, Jair Licio F. Santos⁹, Jose Roberto Miranda¹⁰, Jozelio Freitas Carvalho¹¹, Manoel Barros Bertolo¹², Marlene Freire¹³, Morton A. Scheinberg¹⁴, Thelma L Skare¹⁵, Vander Fernandes¹⁶, Washington Bianchi¹⁷, Ieda Maria M Laurindo¹⁸

Objetivos: O presente estudo teve por objetivo descrever o processo de implementação de um registro nacional em um país em desenvolvimento (Brasil) e relatar os principais resultados preliminares do registro BiobadaBrasil. **Material e Métodos:** Através de um acordo com a PANLAR, o protocolo Biobadaser foi utilizado como modelo para a implementação de um novo registro no nosso país. Durante os dois primeiros anos desse esforço, o protocolo original foi adaptado, traduzido e apresentado a todos os reumatologistas brasileiros. Durante dez meses, dados de 1.037 pacientes (750 tratados com biológicos e 287 controles) de 15 centros foram coletados. **Resultados:** A maioria dos pacientes tinha artrite reumatoide (AR) (n = 723). Infliximabe foi o agente anti-TNF mais usado, e a exposição total a biológicos foi 2.101 pacientes-ano. A razão mais comum para suspensão da droga foi ineficiência ou perda de efetividade (50%), e 30% dos pacientes interromperam o tratamento devido a eventos adversos. Três casos de tuberculose foram observados no grupo biológico, representando maior incidência do que aquela da população brasileira geral. Infecções foram observadas em 23% dos pacientes do grupo biológico, sendo o trato respiratório superior o local mais comumente afetado. Apenas um caso de hanseníase tuberculoide foi observado. Nenhuma morte nem malignidade atribuível ao efeito dos medicamentos foi observada até fevereiro de 2010. **Conclusões:** A implementação do registro foi bem sucedida. Embora recente, o registro BiobadaBrasil já forneceu importantes dados.

[Rev Bras Reumatol 2011;51(2):145-160]



abbvie

CAPITULO 6

El impacto positivo de los bioterapéuticos en enfermedades autoinmunes

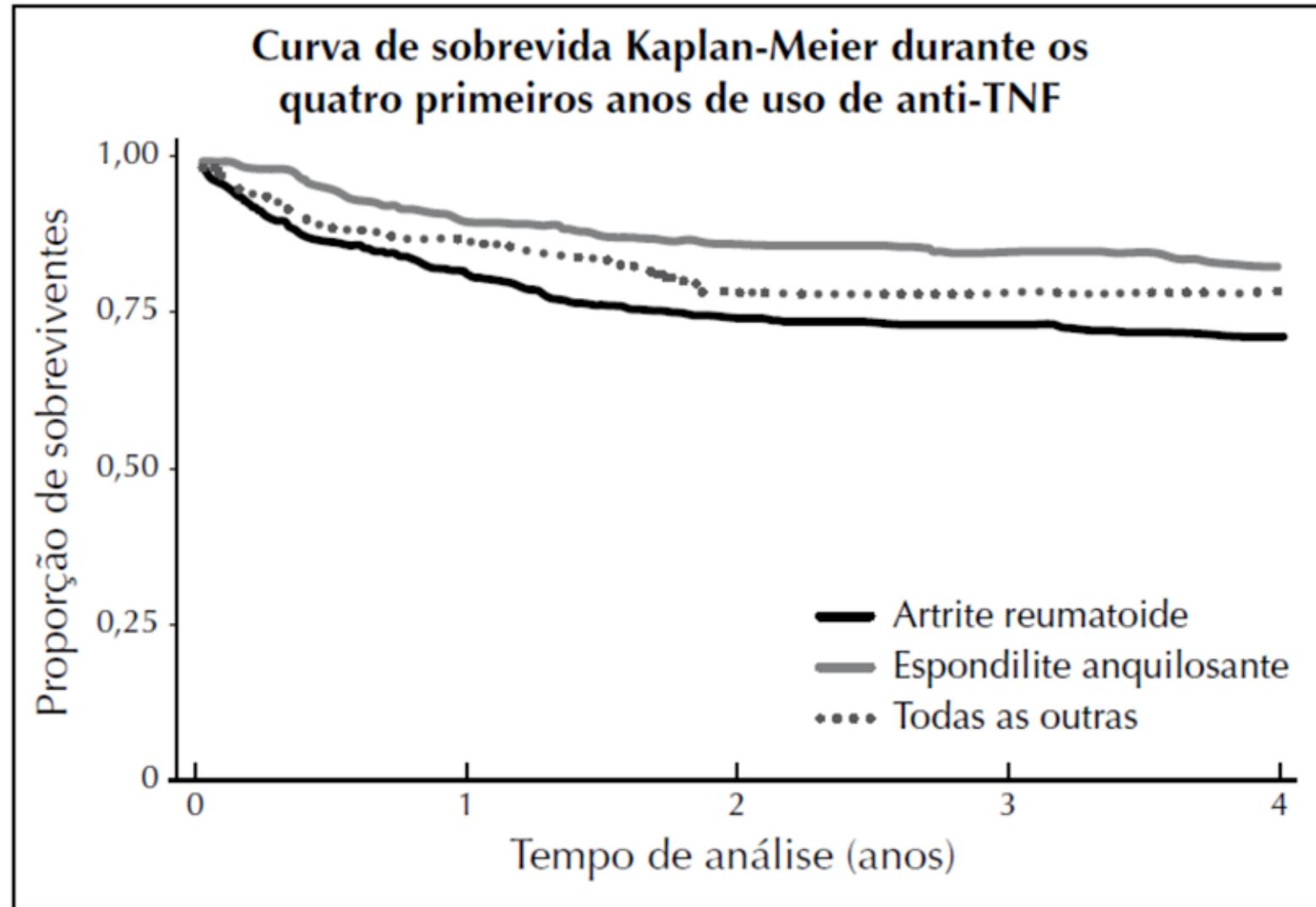


Figura 2

Curva de sobrevida de pacientes com artrite reumatoide, espondilite anquilosante e outras doenças* em uso de antagonistas de TNF durante os quatro primeiros anos de tratamento.

CAPITULO 7



El impacto de la sustitución automática en pacientes estables



abbvie



abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

181

Table of Contents

FUNDAMENTAL DIFFERENCES AMONG TNF- α INHIBITORS



PUBLISHED EVIDENCE ON SWITCHING STABLE PATIENTS FOR NON-MEDICAL REASONS



OUTCOMES OF ADALIMUMAB PATIENTS SWITCHING TO STEP-1 AGENTS



RESOURCE COSTS OF ADALIMUMAB PATIENTS WHO STOPPED HUMIRA USAGE



NON-MEDICAL SWITCHING (NMS) ANALYSIS

PHYSICIAN CHARTS: Electronic Health Record (EHR) Data



NON-MEDICAL SWITCHING (NMS) ANALYSIS

PHYSICIAN CHARTS: Retrospective Chart Review Data



SUMMARY





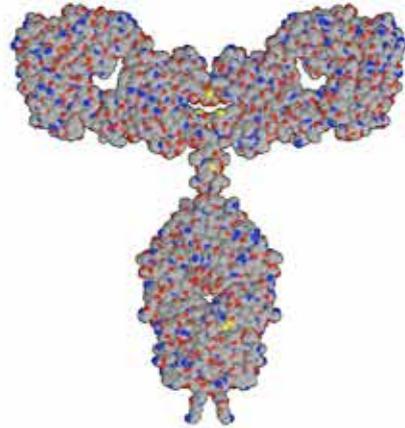
abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

182

FUNDAMENTAL DIFFERENCES AMONG TNF- α INHIBITORS



TNF- α =tumor necrosis factor.

of Adalimumab (D2E7), Infliximab, and Etanercept in the Prevention of Polyarthritis in a Transgenic Murine Model of Arthritis. Kaymakçalan Z et al. AbbVie Bioresearch Center, Worcester, MA, ACR, New Orleans, LA 2002.



abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

183

Overview

Structural, pharmacokinetic, and pharmacodynamic differences have been observed among TNF- α inhibitors¹

Differences in clinical evidence have led to differences in FDA-approved indications and labels for TNF- α inhibitors²

The American College of Rheumatology recommends switching between TNF inhibitors, or to an alternate mechanism of action, when the first agent is associated with inadequate response or poor tolerability³

Limited data are available on switching patients who are stable on biologic therapy

- Health and cost consequences are not well understood
- Available data on switching for non-medical reasons shows potential for worse outcomes and/or higher utilization of healthcare resources⁴⁻⁵

1. Scallon B, et al. J Pharmacol Exp Ther. 2002;301(2):418-426.

2. Please refer to prescribing information for individual products.

3. Singh JA et al. Arthritis Care Res. 2012;64(5):625-639

4. Van Assche, et al. Gut. 2012;61(2):229-234.

5. Signorovitch J, Bao Y, Samuelson T, Mulani P. Presented at EULAR 2012, Berlin, Germany.



abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

Targeted Immunomodulators (TIMs) FDA Labeling Overview

Indications	TNF Inhibitors (TNFi)					Alternative MOAs						
	adalimumab	etanercept	infliximab	certolizumab	golimumab	ustekinumab	abatacept	tocilizumab	tofacitinib	apremilast	vedolizumab	secukinumab
Rheumatoid Arthritis	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	X		
Psoriatic Arthritis	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓		
Ankylosing Spondylitis	✓	✓	✓	✓	✓							
Crohn's disease (CD)	✓	X	✓	✓			X				✓	
Pediatric CD	✓		✓	X								
Plaque Psoriasis	✓	✓	✓			✓				✓		✓
Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA)	✓	✓	X				✓	✓*				
JIA (2-4 years)	✓	✓						✓*				
Ulcerative Colitis (UC)	✓		✓		✓		X				✓	
Pediatric UC			✓									

This chart is not intended to compare the safety and efficacy of these treatments. Please refer to the prescribing information for each product.

✓ = Approved indications.
 X = Failed to reach primary endpoint in randomized controlled trial or study terminated.^{1,2}
 *approved for both polyarticular and systemic JIA.
 TNF=tumor necrosis factor. MOA = mechanism of action.

1. Clinical Trials.gov accessed 11/03/2014.
 2. Sandborn WJ, et al. Gastroenterology 2001;121(5):1088-1094.
 3. See full prescribing information. Indications reflect approved label as of October 2014.
<http://www.pdr3d.com/comparelabels.php> Accessed on 11/02/2014.
 Cosentyx Prescribing Information. Accessed 2/2/2015.



abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

TIMs FDA Labeling Overview in RA

Indications	TNF Inhibitors					Alternative MOAs		
	Adalimumab	Etanercept	Infliximab	Certolizumab	Golimumab	Abatacept	Tocilizumab	Tofacitinib
Treatment of adults with moderately to severely active RA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
• Inducing major clinical response	✓	✓				✓		
• Inhibiting the progression of structural damage	✓	✓	✓			✓		
• Improving physical function	✓	✓	✓			✓		
As monotherapy	✓	✓			✓	✓	✓	✓
Indication Limitations								
After one or more DMARD(s)							✓	
After MTX								✓

This chart is not intended to compare the safety and efficacy of these treatments. Please refer to the prescribing information for each product.

✓ = Approved indications
 RA=rheumatoid arthritis. TNF=tumor necrosis factor. MOA=mechanism of action.
 DMARDs=disease-modifying antirheumatic drugs. MTX = methotrexate.



abbvie

CAPITULO 7

El impacto de
la sustitución
automática en
pacientes
estables

186

Differences Among TNF- α Inhibitors May Have Clinical Consequences

Fundamental differences exist among TNF- α inhibitors.

Different molecular structures and mechanisms of action affect pharmacokinetic and pharmacodynamic effects.

Even within the class of anti-TNF- α monoclonal antibodies, different indications and sub-populations have been approved.

Approved labels for anti-TNF- α monoclonal antibodies demonstrate different levels of evidence for effects on clinical outcomes and symptoms, including remission and inhibition of structural progression.

Real world evidence shows apparent differences in impact on clinical disease activity measures have been observed

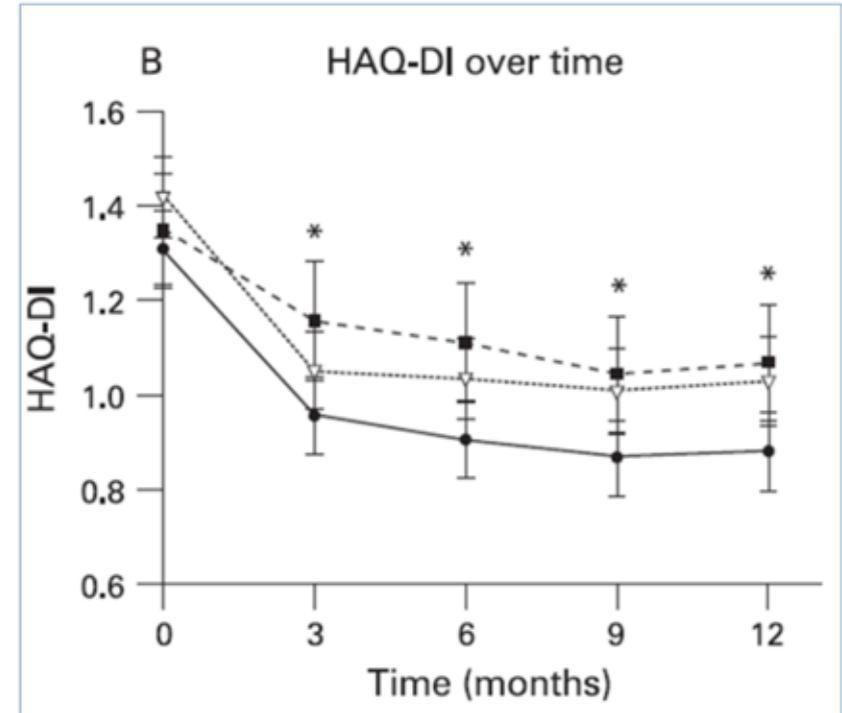
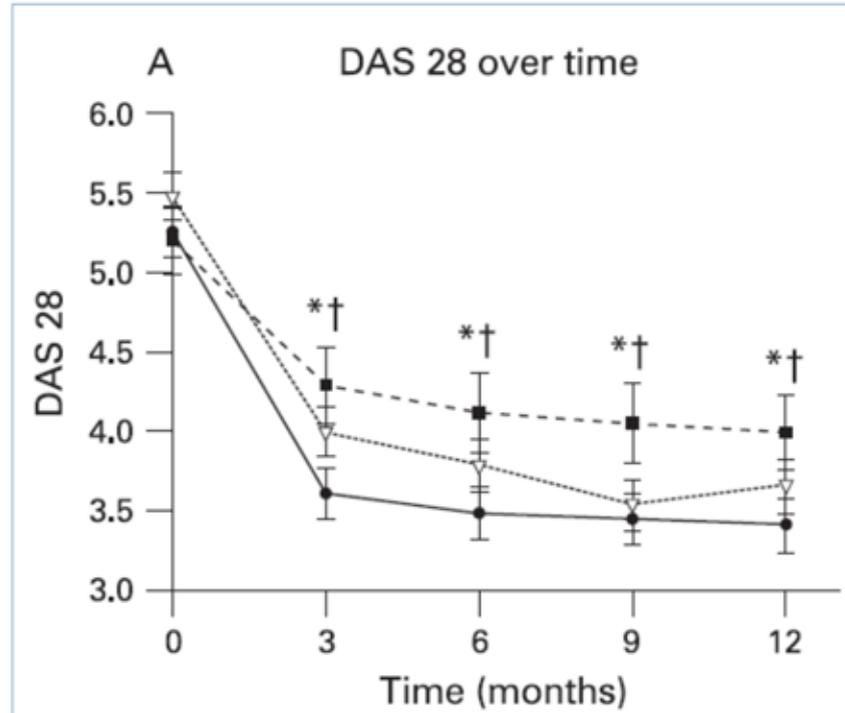


abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

Real World Effectiveness Data: DREAM Registry



*Adalimumab: Significant difference ($p < 0.05$) compared with infliximab patients.

†Etanercept: Significant difference ($p < 0.05$) compared to infliximab patients.

DREAM Registry=Dutch Rheumatoid Arthritis Monitoring Registry.

DAS 28=Disease Activity Score 28. HAQ-DI=Health Assessment Questionnaire Disability Index.

Kievit W, et al. Ann Rheum Dis. 2008;67(9):1229-1234.



abbvie

CAPITULO 7

El impacto de
la sustitución
automática en
pacientes
estables

PUBLISHED EVIDENCE ON SWITCHING STABLE PATIENTS FOR NON- MEDICAL REASONS



abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

Few Data are Available Evaluating Impact of “Elective Switching” for Non-Medical Reasons – Crohn’s Disease (CD)

Study (year)	Disease	Switch in therapy	Number of patients switching for non-medical reason*	Disease duration, years (range)	Results
Van Assche (2012) ¹ Prospective, Randomized, OL	CD	IFX to ADA	73	IFX: Median 12 (10-18) ADA: Median 14 (6-18)	<ul style="list-style-type: none"> • Patients were followed for 1 year after switch. • Dose intensification or early treatment termination seen in 47% switched to ADA vs. 16% continuing IFX (p=0.003). • Discontinuation due to loss of response or intolerance: 28% with ADA vs. 2% continuing IFX (p<0.01) • Recruitment terminated early based on large difference seen between the two groups.
Hoentjen (2013) ² Prospective, observational, OL	CD	IFX to ADA	29	Median 18 (10-22)	<p>Outcomes measured 54 weeks after switch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 needed dose intensification to ADA weekly • 8 (28%) discontinued ADA (3 for lack of efficacy, 4 for adverse effects) • 4 switched back to IFX; none experienced IFX infusion reactions • 3 SAEs reported after switch

*Non-medical reasons included “nonclinical”, convenience, and patient preference. OL=open label. IFX=infliximab. ADA=adalimumab. ETN=etanercept. SAEs=serious adverse events.

1. Van Assche G et al. Gut. 2012;61(2):229-234.
2. Hoentjen F et al. Inflamm Bowel Dis. 2013;19(4):761-766.



abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

190

Crohn's Disease – Switch to Adalimumab in Patients Controlled by Maintenance Infliximab

Background

- Elective switching between TNF- α inhibitors not necessarily dictated by efficacy or tolerability does occur in clinical practice
- Prospective evaluation of the impact of elective switching of patients with Crohn's Disease, who are well-controlled with infliximab IV, to adalimumab SC

SWITCH Study

- Prospective, open-label, randomized, single-center trial
 - N=73 patients with ongoing response to ≥ 6 months of scheduled maintenance infliximab
- Primary endpoints:
 - Patient preference and proportion of patients needing rescue therapy
- Patients randomized to continue infliximab (5 mg/kg IV) or to switch to adalimumab (80mg SC at baseline, followed by 40 mg SC eow for 1 year)
- Dose escalation was allowed for intermittent flares, and patients with loss of response or intolerance could crossover to the alternative treatment group.



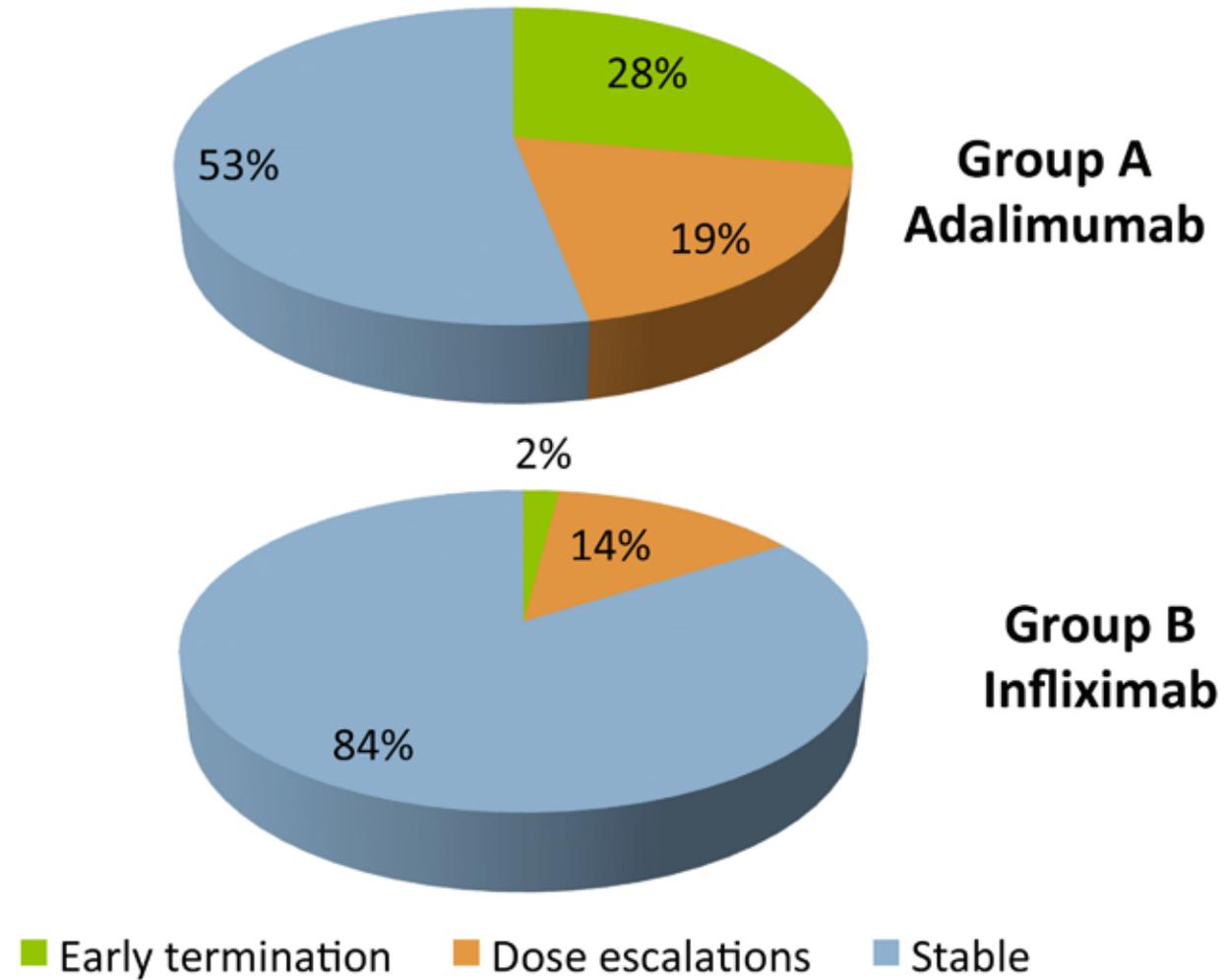
abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

191

SWITCH – Dose Adjustments and Discontinuations





abbvie

CAPITULO 7

El impacto de
la sustitución
automática en
pacientes
estables

192

SWITCH – Authors' Conclusions

Elective switching from infliximab to adalimumab is associated with loss of tolerance and loss of efficacy within 1 year

Adherence to the first TNF- α agent is recommended

The open-label study type is not sufficient to explain why one-third of patients returned to infliximab

Elective switching to adalimumab leads to worse outcomes than maintaining treatment with infliximab



abbvie

CAPITULO 7

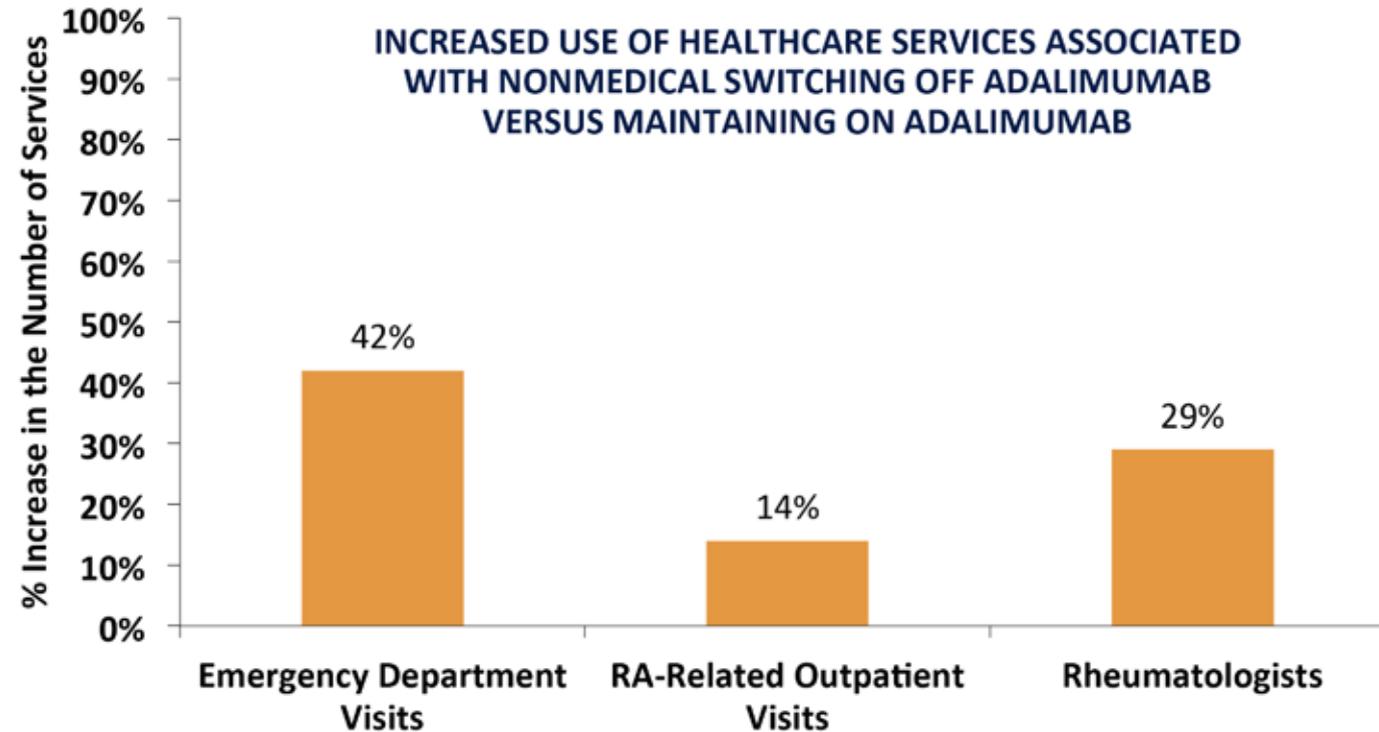
El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

193

Switching from ADA to Another DMARD Therapy for Non-Medical Reasons is Associated with Increased Use of Healthcare Services Compared with Maintaining on ADA



- Thomson Reuters MarketScan Database 2003-2010
- N=6270, 342 RA patients identified as non-medical switchers
- 176 (51%) switched to another TNF antagonist and 166 (49%) switched to nonbiologic DMARDs



ADA=adalimumab. DMARDs=disease-modifying antirheumatic drugs. RA=rheumatoid arthritis. TNF=tumor necrosis factor.

Switching From Adalimumab to Other Disease-Modifying Antirheumatic Drugs Without Apparent Medical Reasons in Rheumatoid Arthritis: Impact on Health Care Service Use, Signorovitch J, Bao Y, Samuelson T, Mulani P, Presented at EULAR 2012, Berlin, Germany.



abbvie

CAPITULO 7

El impacto de
la sustitución
automática en
pacientes
estables

OUTCOMES OF ADALIMUMAB PATIENTS SWITCHING TO STEP-1 AGENTS



abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

195

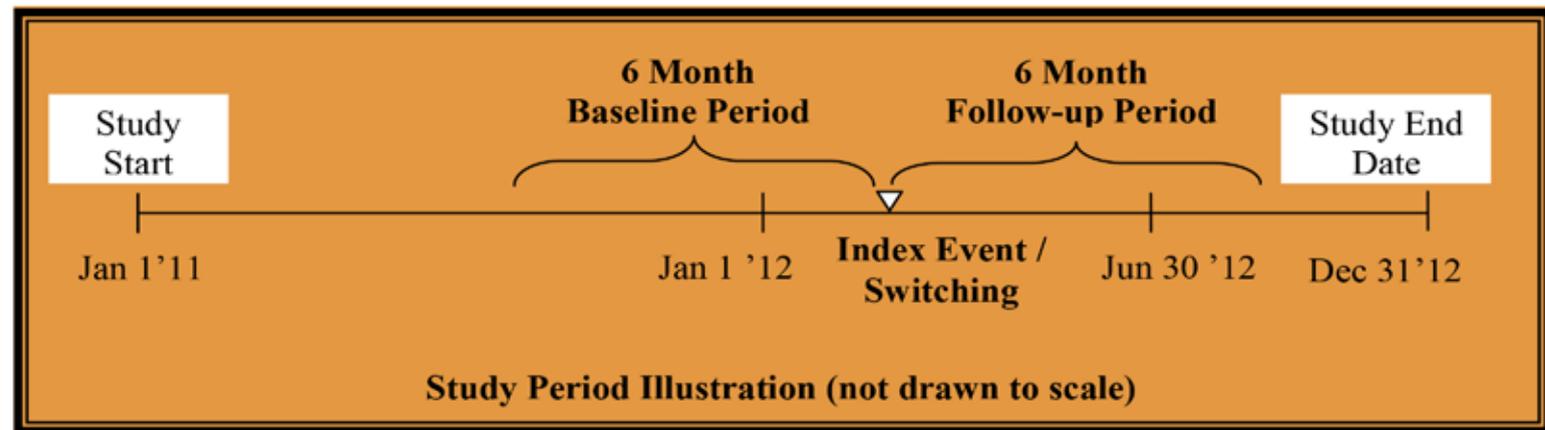
Methods Overview

Patient Selection: All patients in the Clinformatics DataMart (UHC data) who meet the following criteria:

- Age 18-64
- Jan 2011-Dec 2012
- Switchers: Patients taking Adalimumab ≥ 90 days before switching to Step-1 agents* with no hospitalization, ER visit, or Adalimumab dosage escalation during the 6-month period before switching (baseline period); switching occurred in 2012
- Maintainers: Patients with continuous Adalimumab usage (i.e., at least month 1 and month 6 HUMIRA use) in the follow up period

Analysis

- Change in cost from the 6-month baseline period to the 6-month follow-up period is compared between Adalimumab Maintainer and Switcher



*Step-1 agents (CIMZIA, SIMPONI, ENBREL, STELARA)

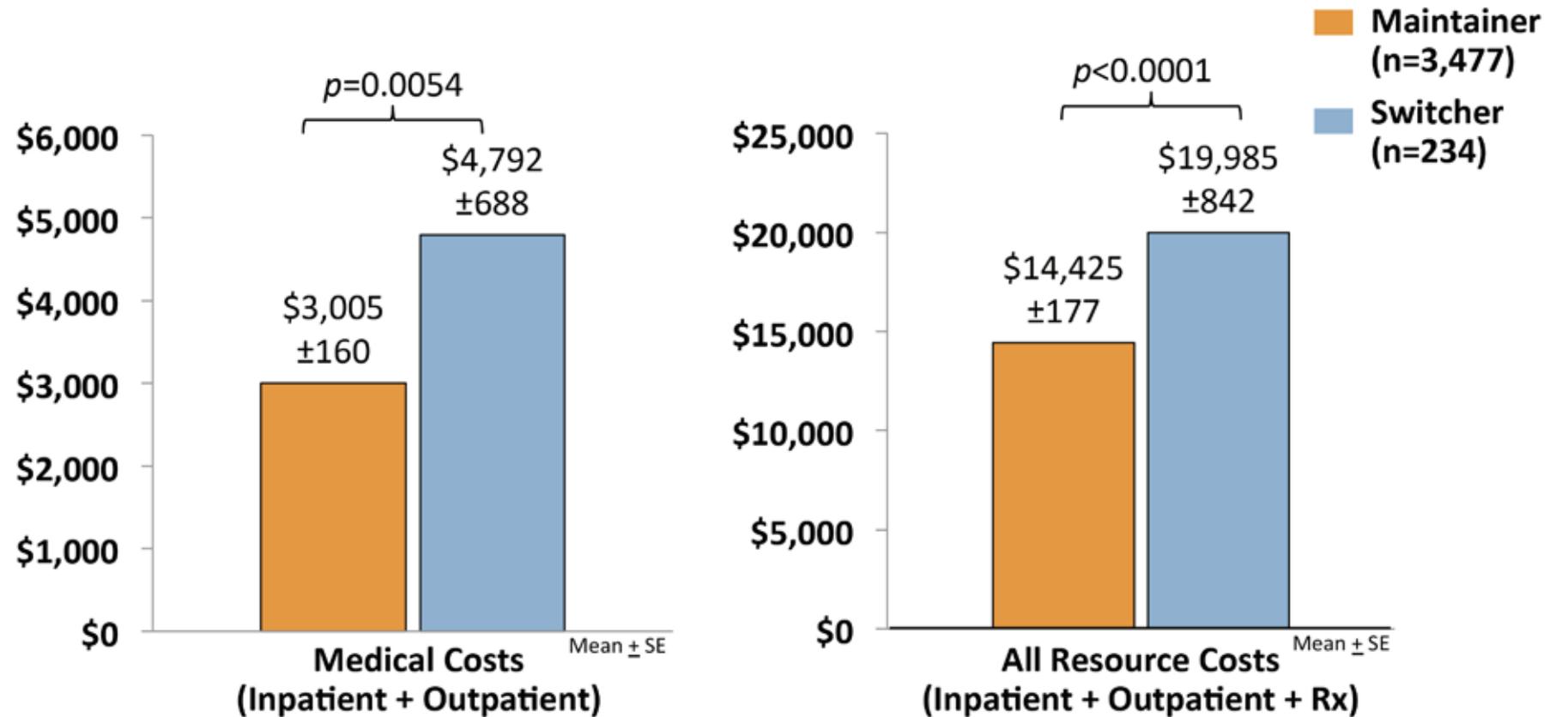


abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

Medical and All Resource Costs During the 6-Month Follow-up Period of Maintainers and Switchers



Switchers and maintainers did not differ in age, gender, region, or health plan type at baseline; switchers had a significantly higher Charlson comorbidity index at baseline than maintainers and when this was adjusted for in the multivariable regression analysis, the cost differences between the groups were still observed ($p < .0001$). Sample sizes of patient groups in this study are comparable to or greater than those of some clinical trials. Initial dosing (and associated costs) may be higher than maintenance dosing for some therapies.

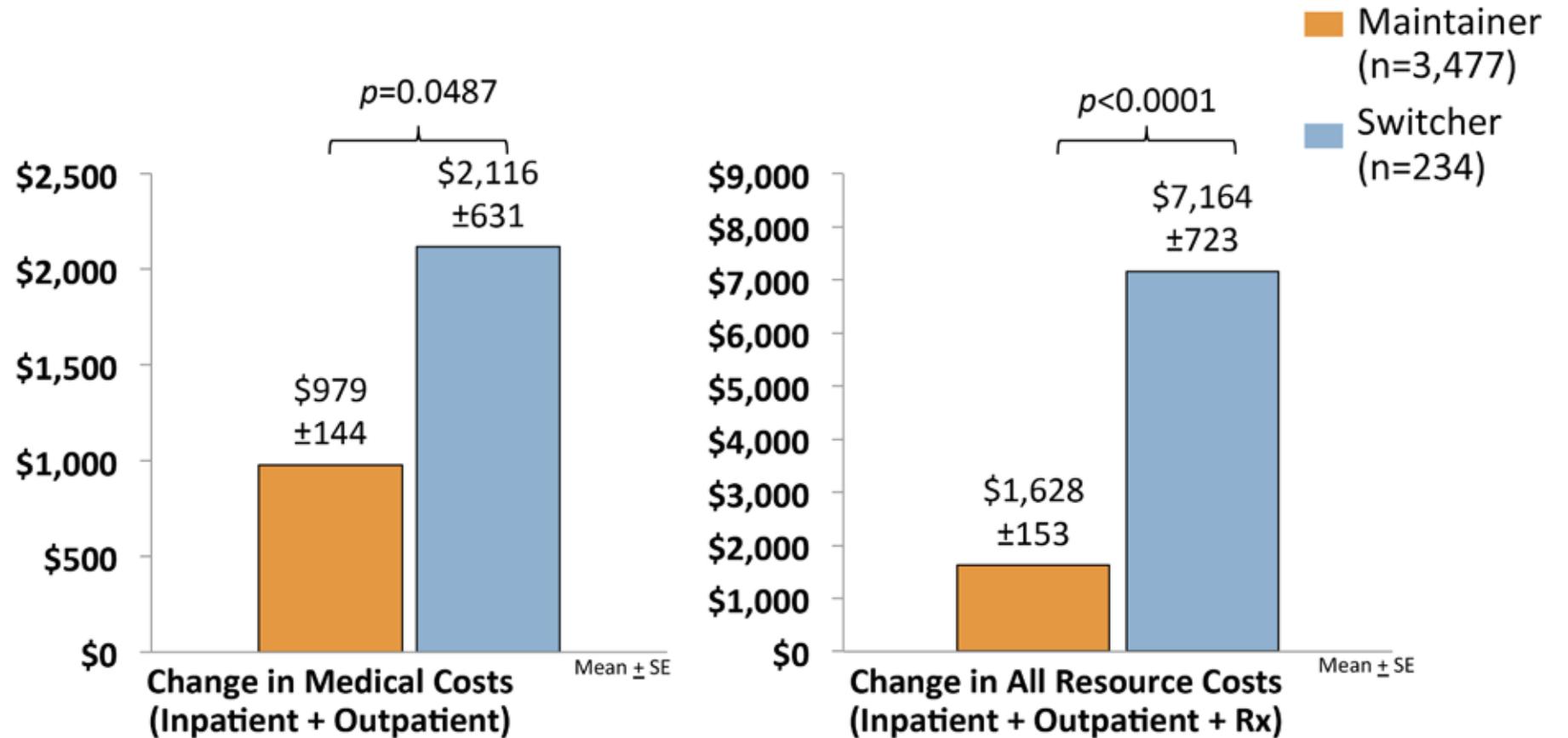


abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

Change in Medical and All Resource Costs (6-Month Follow-up from 6-Month Baseline Period) of Maintainers and Switchers



Switchers and maintainers did not differ in age, gender, region, or health plan type at baseline; switchers had a significantly higher Charlson comorbidity index at baseline than maintainers and when this was adjusted for in the multivariable regression analysis, the cost differences between the groups were still observed ($p < .0001$). Sample sizes of patient groups in this study are comparable to or greater than those of some clinical trials. Initial dosing (and associated costs) may be higher than maintenance dosing for some therapies.



abbvie

CAPITULO 7

El impacto de
la sustitución
automática en
pacientes
estables

RESOURCE COSTS OF ADALIMUMAB PATIENTS WHO STOPPED HUMIRA USAGE



abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

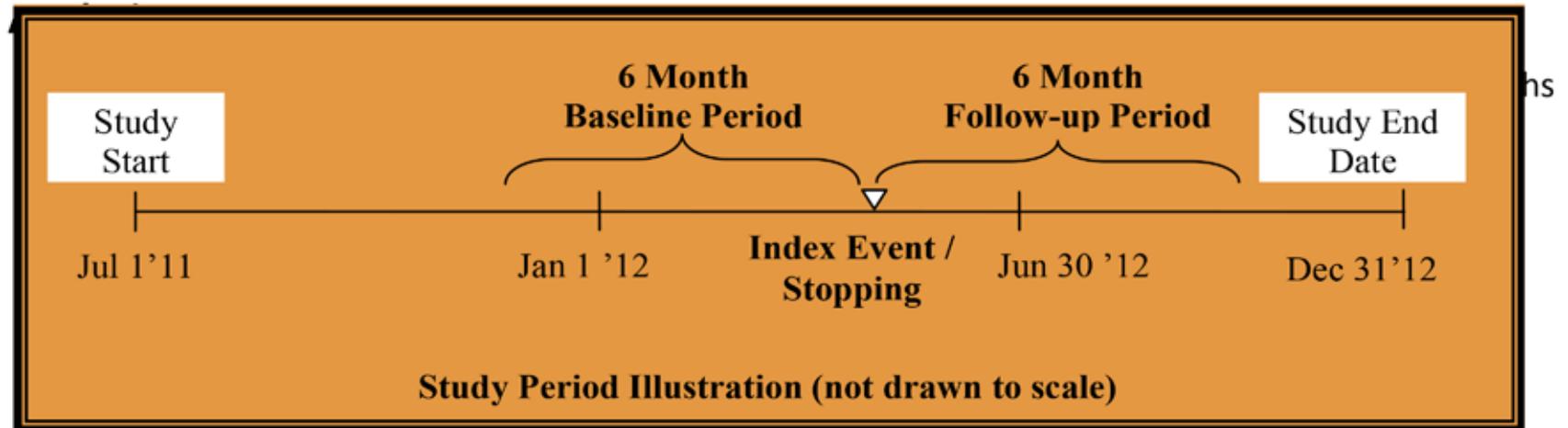
200

Methods Overview

Patient Selection:

All patients in the Clinformatics DataMart (UHC data) who meet the following criteria:

- Age 18-64 years
- Study period: Jul. 2011-Dec 2012
- Patients taking Adalimumab ≥ 90 days before stopping Adalimumab with no hospitalizations, ER visits, or Adalimumab dosage escalation during the baseline period; Adalimumab stopping occurred in 2012
- Patients did not have any usage of Adalimumab or other biologics in the 6 months after stopping Adalimumab (follow-up period).





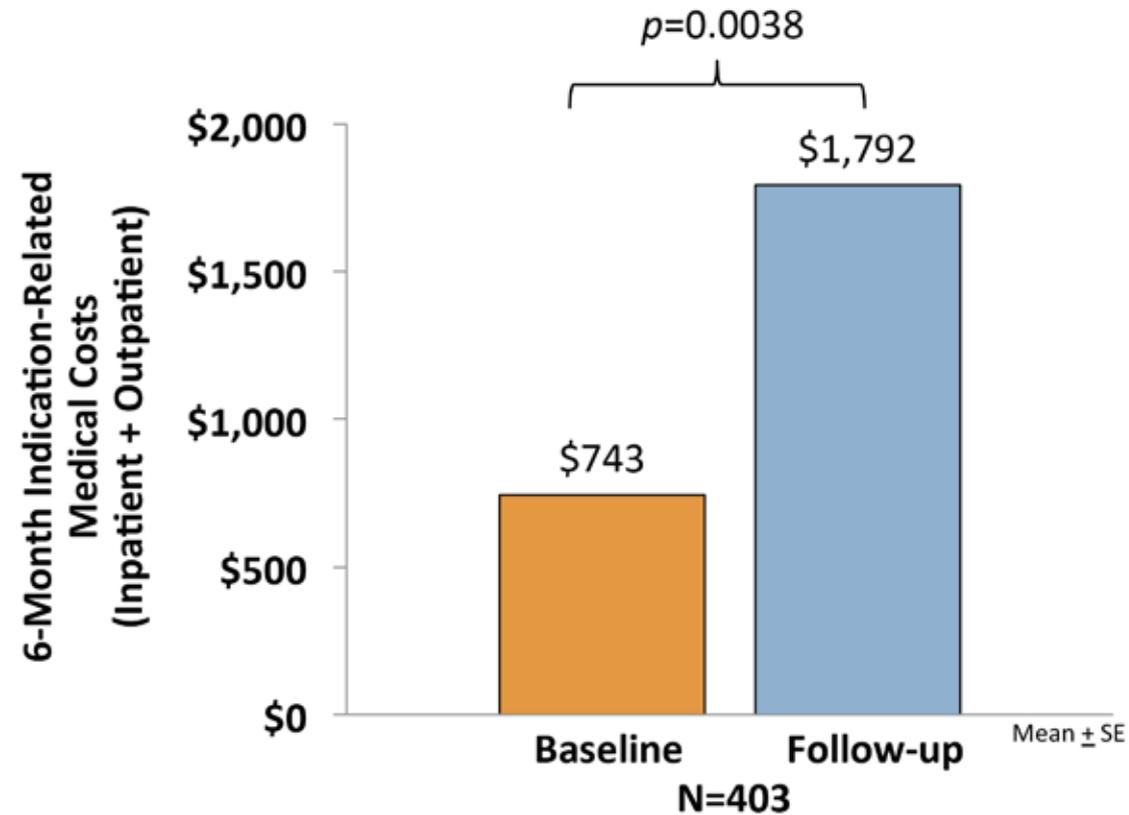
abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

201

Comparison of 6-month Indication-Related Medical Costs Before and After Discontinuing Adalimumab





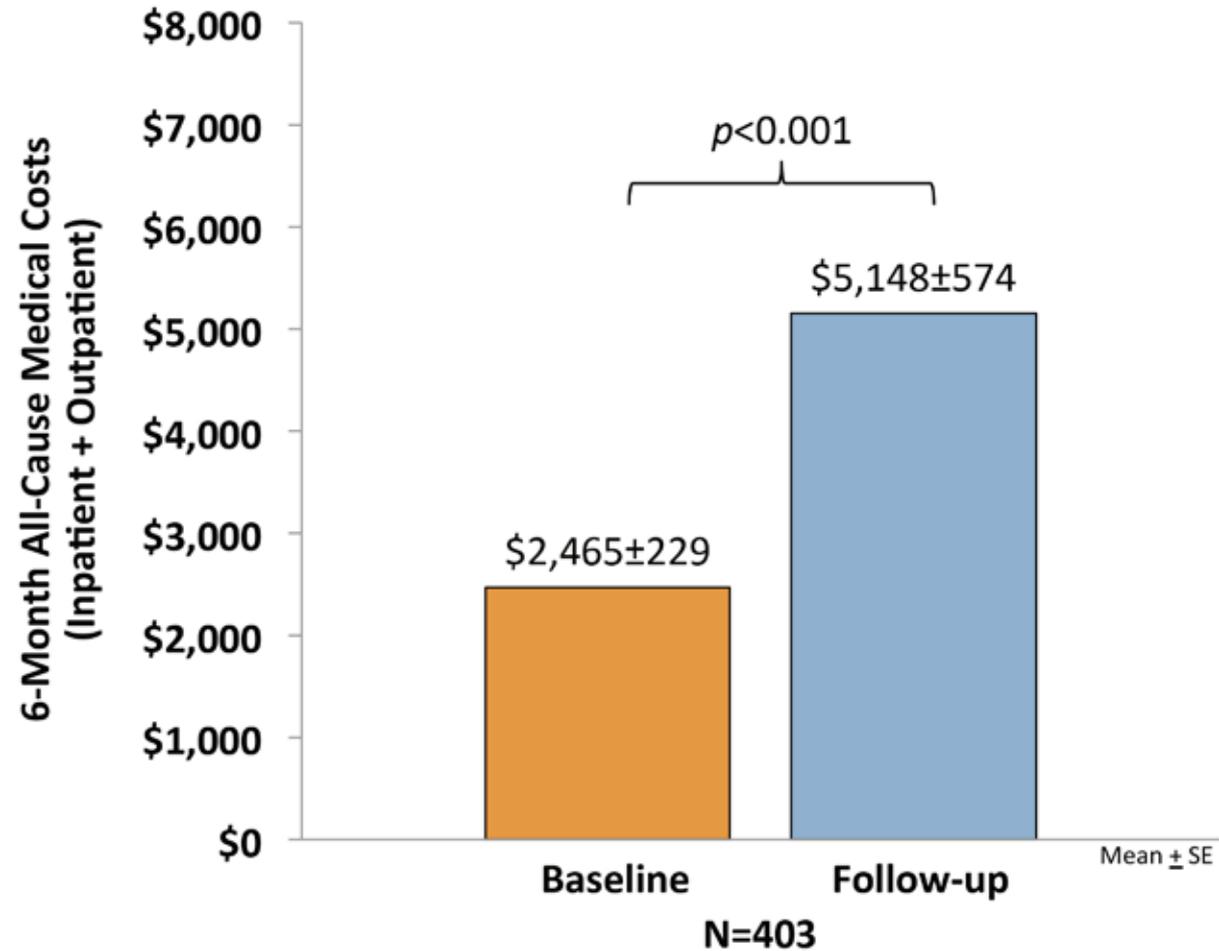
abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

202

Comparison of 6-month All-Cause Medical Costs Before and After Discontinuing Adalimumab





abbvie

CAPITULO 7

El impacto de
la sustitución
automática en
pacientes
estables

203

NON-MEDICAL SWITCHING (NMS) ANALYSIS PHYSICIAN CHARTS



abbvie

CAPITULO 7

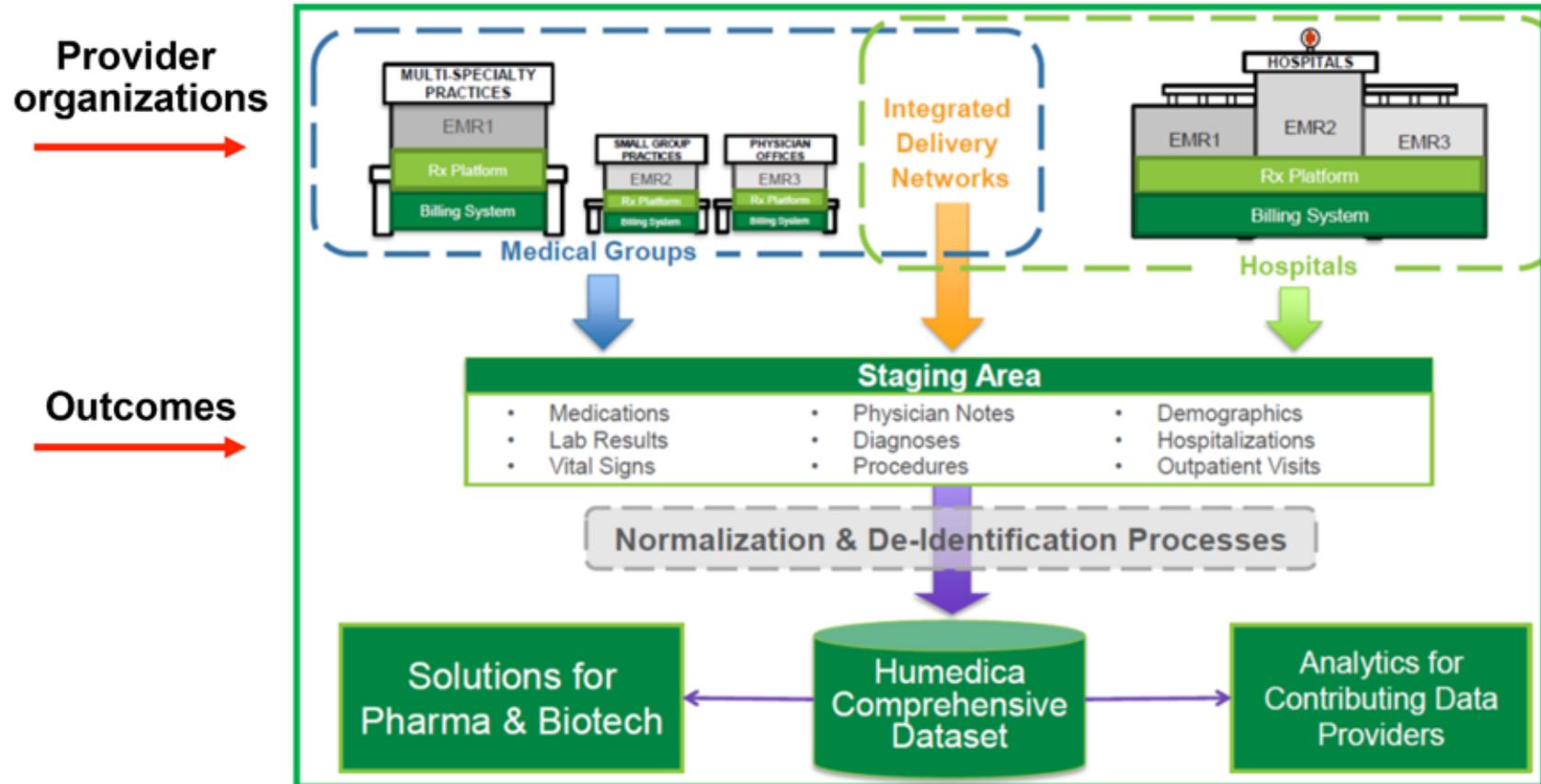
El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

Methods



Data source: Humedica EHR database with physician notes

- Company acquired by UnitedHealth Group, Inc in 2013
- Network of provider organization treating 30 million patients across 38 states





abbvie

CAPITULO 7

El impacto de
la sustitución
automática en
pacientes
estables

205

EHR data



Methods (Cont.)

Data source: Humedica EHR database with physician notes

- Uses natural language processing¹ (**NLP**) technology to extract critical facts from physician notes on a patient charts
 - *NLP variable of interest: **Drug action*** (switch, stop, titrate, etc.)
rationale
 - NLP algorithm identifies reason for treatment change
 - Cost related
 - Side effect related
 - Lack of efficacy related
 - Unknown/none
- Algorithm has high accuracy, sensitivity, and specificity



abbvie

CAPITULO 7

El impacto de
la sustitución
automática en
pacientes
estables

206

Methods (Cont.)

Examples of extracted notes (by NLP category):

- COST

“In the interim patient had to discontinue Remicade infusions as she reports she cannot afford her copayments”

“He did well with Etanercept, but switched to Infliximab since 12/06 due to insurance change”

- NONE

“We will transition her from methotrexate to Etanercept”

“Previously on Adalimumab ”

- SIDE EFFECTS

“At this time patient will continue off of Infliximab due to her left lower extremity cellulitis”

“She cannot be on Etanercept anymore because of her cardiomyopathy”

- LACK OF EFFICACY

“She had lost effect to Remicade and we switched her to Adalimumab 40 mg subcutaneous every other week”

“She was briefly on Humira in 2005, but switched back to Etanercept due to lack of efficacy”

NLP=natural language processing.



abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

207

Methods (Cont.)

Study sample:

- **Indications:** RA, Ps, PsA, AS, CD, or UC
- **Time period:** 1/1/2007 - 9/30/2013
- **Start drug:** Etanercept, Adalimumab, Certolizumab, Golimumab, Infliximab
- **Comparison groups:**
 - **Non-medical switch (NMS) group**
 - Adult (18-100 years old) patients that switched from one anti-TNF to another due to cost or insurance reasons, as recorded in the physician note and detected by natural language processing (NLP) algorithm
 - No emergency room / hospitalization visits or treatment change due to costs, side effects, or lack of efficacy reason during baseline period (as detected by NLP)
 - **Control group**
 - Matched to NMS group based on start drug, clinical indication, patient sex, age category, and integrated delivery network (IDN) status
 - No emergency room / hospitalization visits or treatment change due to costs, side effects, or lack of efficacy reason during baseline period (as detected by NLP)

RA=rheumatoid arthritis. Ps=psoriasis. PsA=psoriatic arthritis. AS=ankylosing spondylitis. CD=Crohn's disease. UC=Ulcerative colitis. TNF=tumor necrosis factor.

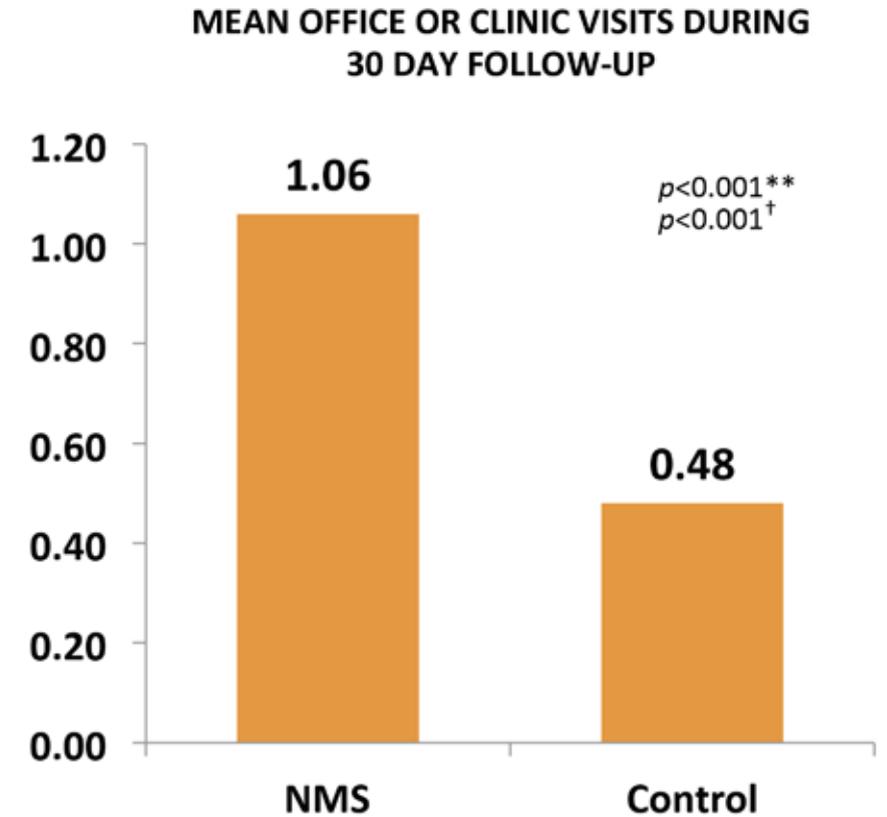
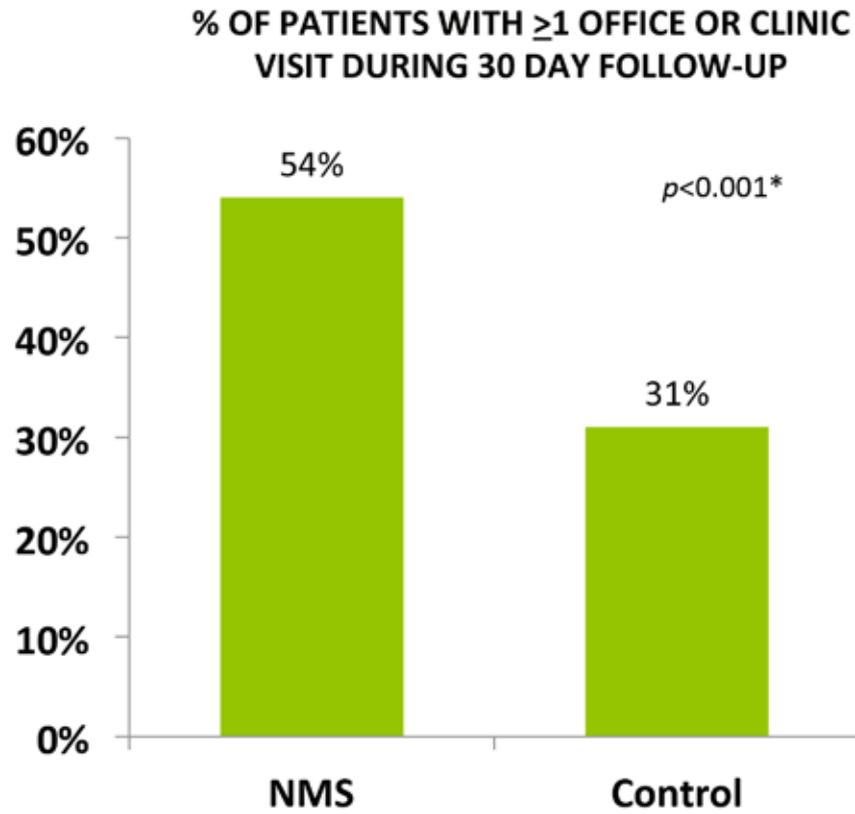


abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

Results: Healthcare Resource Utilization at 30 Days



p*-value based on Chi-square test. *p*-value based on t-test.

†*p*-value based on multivariate regression.

NMS=non-medical switcher (N=153). Control (N=4,735). EHR=electronic health record.

Data on file, H14.DoF.001



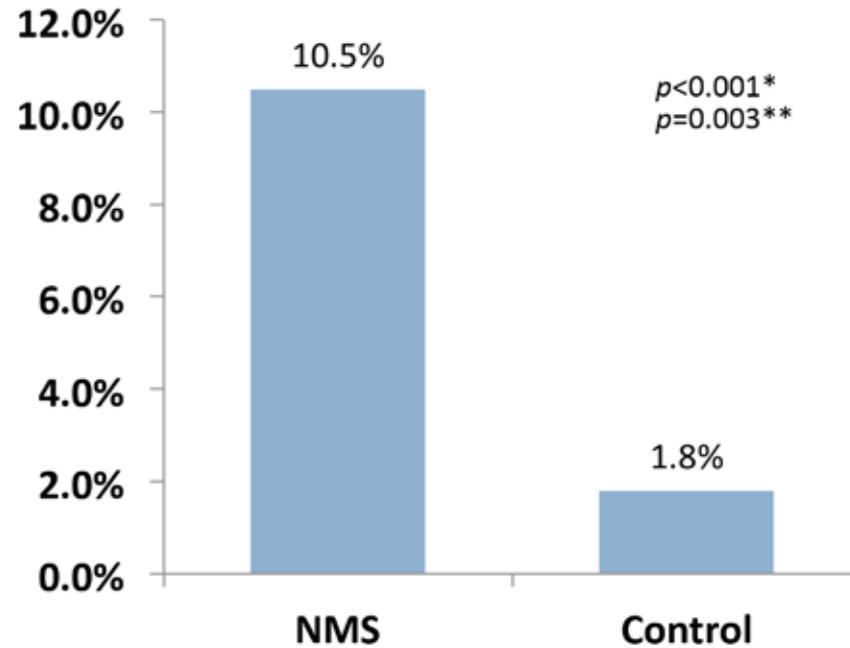
abbvie

CAPITULO 7

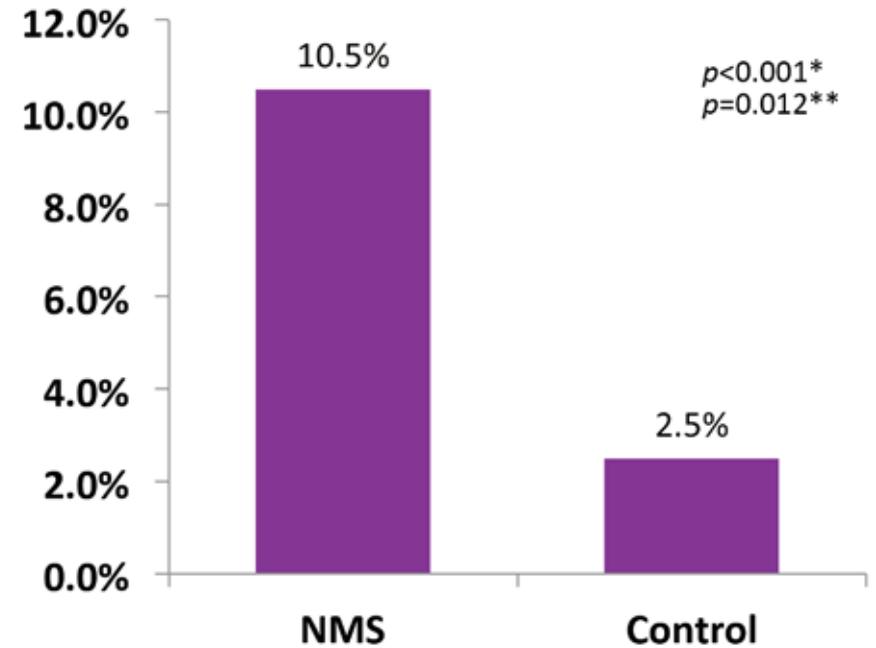
El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

Results: Medical Reason Leading to Treatment Adjustment at 30 Days

% OF PATIENTS WITH SIDE EFFECT LEADING TO TREATMENT ADJUSTMENT DURING 30 DAY FOLLOW-UP



% OF PATIENTS WITH LACK OF EFFICACY LEADING TO TREATMENT ADJUSTMENT DURING 30 DAY FOLLOW-UP



p*-value based on Chi-square test. *p*-value based on multivariate regression
NMS=Non-medical switcher (N=153). Control (N=4,735). EHR=electronic health record.

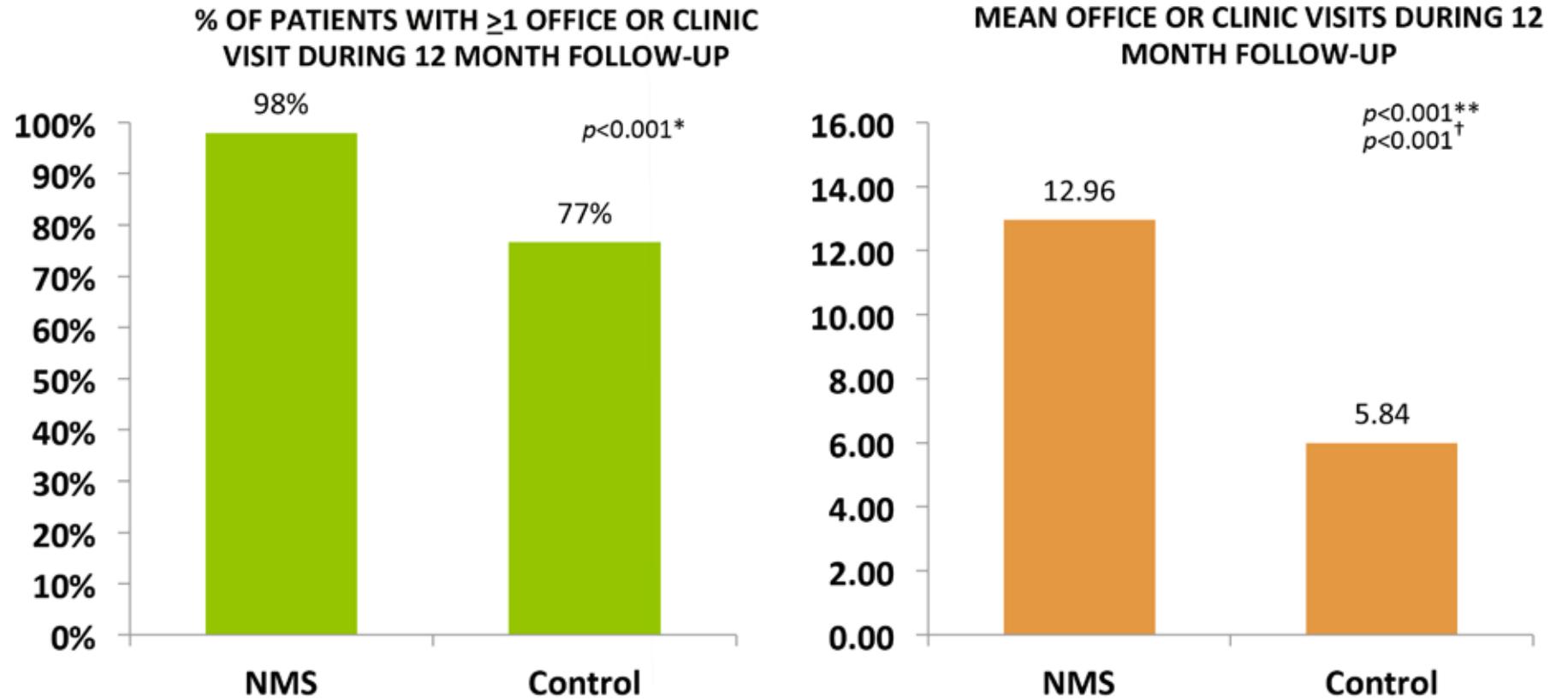


abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

Results: Healthcare Resource Utilization at 12 Months



* p -value based on Chi-square test. ** p -value based on t-test.
 † p -value based on multivariate regression.
 NMS=non-medical switcher (N=99). Control (N=3,490). EHR=electronic health record.

Data on file, H14.DoF.001



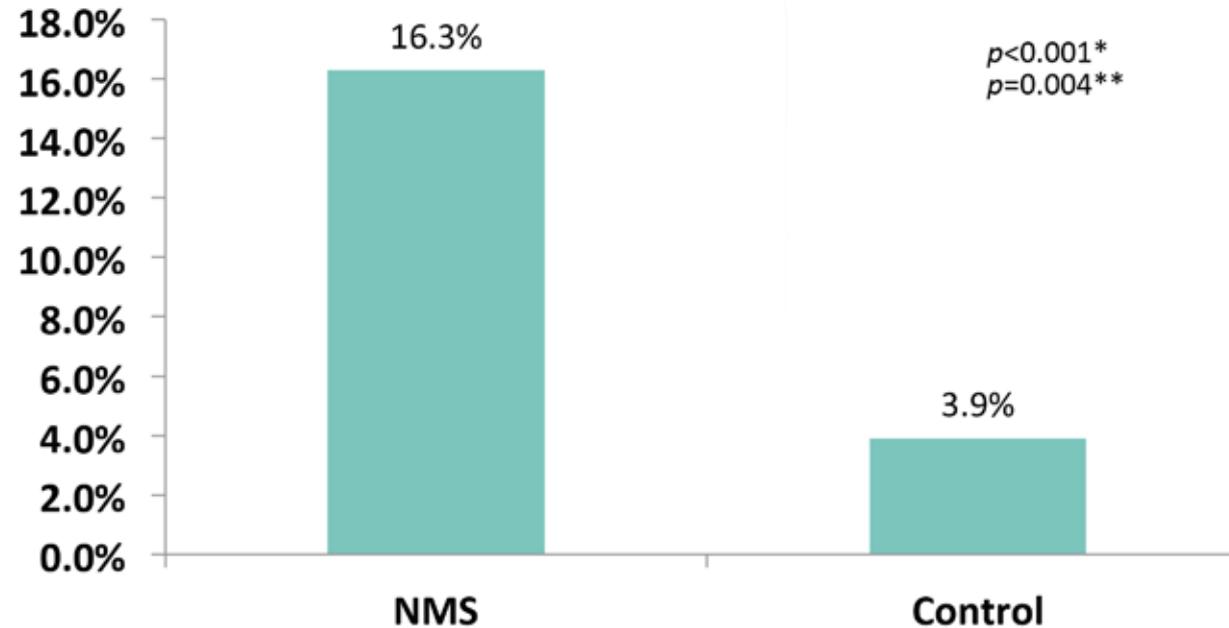
abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

Results: Medical Reason Leading to Treatment Adjustment at 30 Days

% OF PATIENTS WITH SIDE EFFECT OR LACK OF EFFICACY LEADING TO TREATMENT ADJUSTMENT DURING 30 DAY FOLLOW-UP



p*-value based on Chi-square test. *p*-value based on multivariate regression. NMS=non-medical switcher (N=153). Control (N=4,735). EHR=electronic health record.

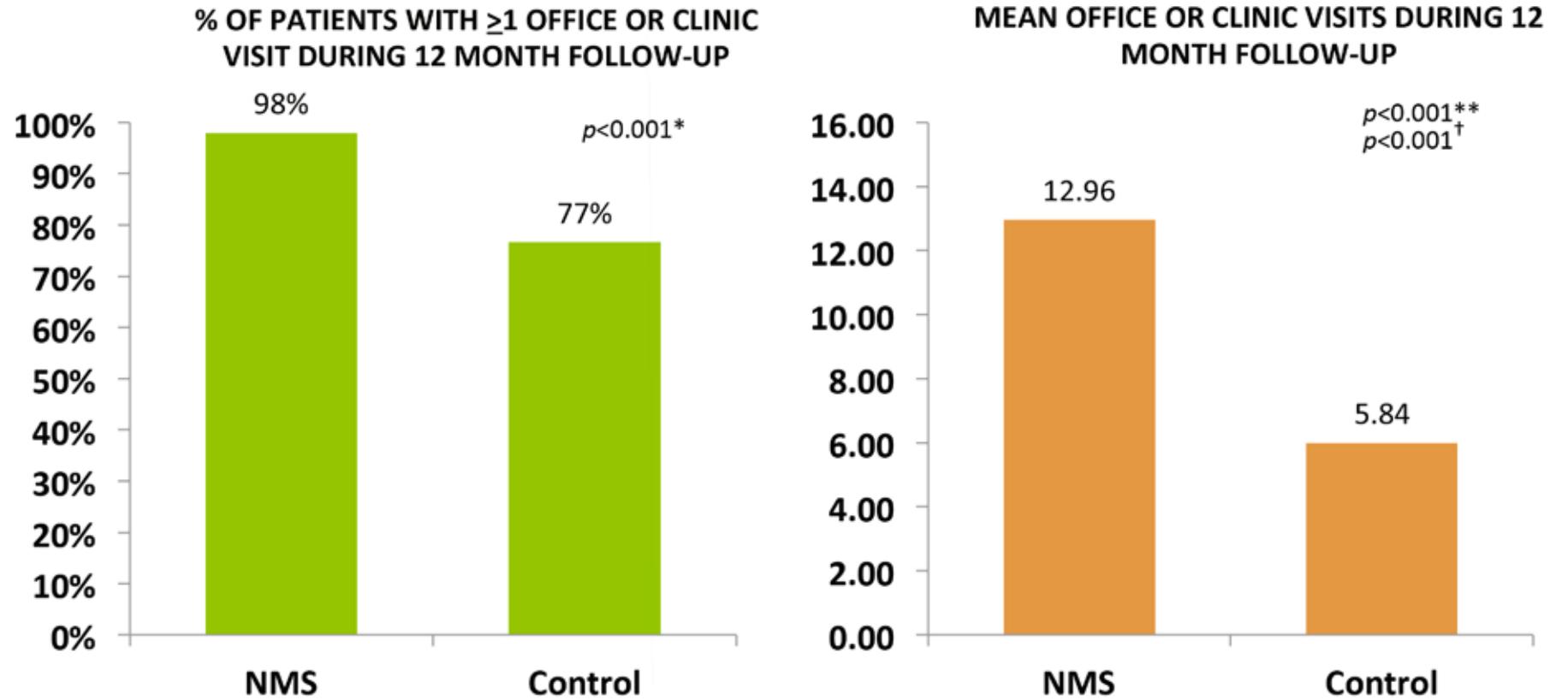


abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

Results: Healthcare Resource Utilization at 12 Months



* p -value based on Chi-square test. ** p -value based on t-test.
† p -value based on multivariate regression.
NMS=non-medical switcher (N=99). Control (N=3,490). EHR=electronic health record.



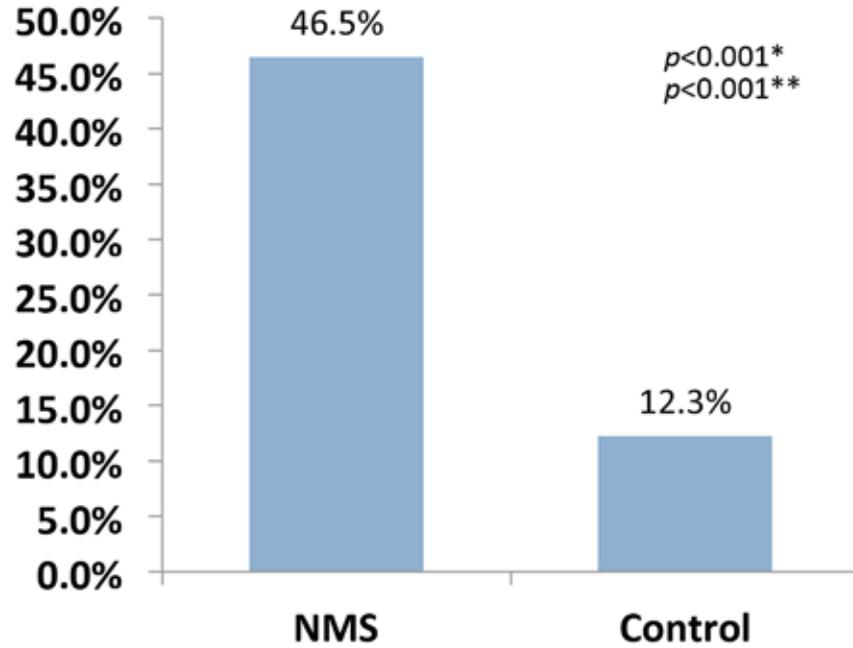
abbvie

CAPITULO 7

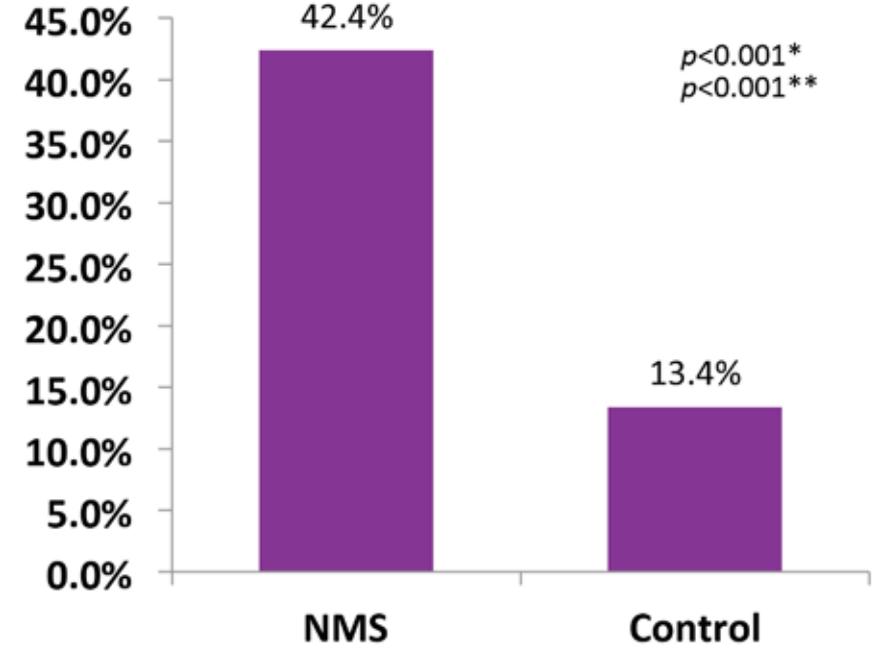
El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

Medical Reason Leading to Treatment Adjustment at 12 Months

% OF PATIENTS WITH SIDE EFFECT LEADING TO TREATMENT ADJUSTMENT DURING 12 MONTH FOLLOW-UP



% OF PATIENTS WITH LACK OF EFFICACY LEADING TO TREATMENT ADJUSTMENT DURING 12 MONTH FOLLOW-UP



p*-value based on Chi-square test. *p*-value based on multivariate regression. NMS=non-medical switcher (N=99). Control (N=3,490). EHR=electronic health record.



abbvie

CAPITULO 7

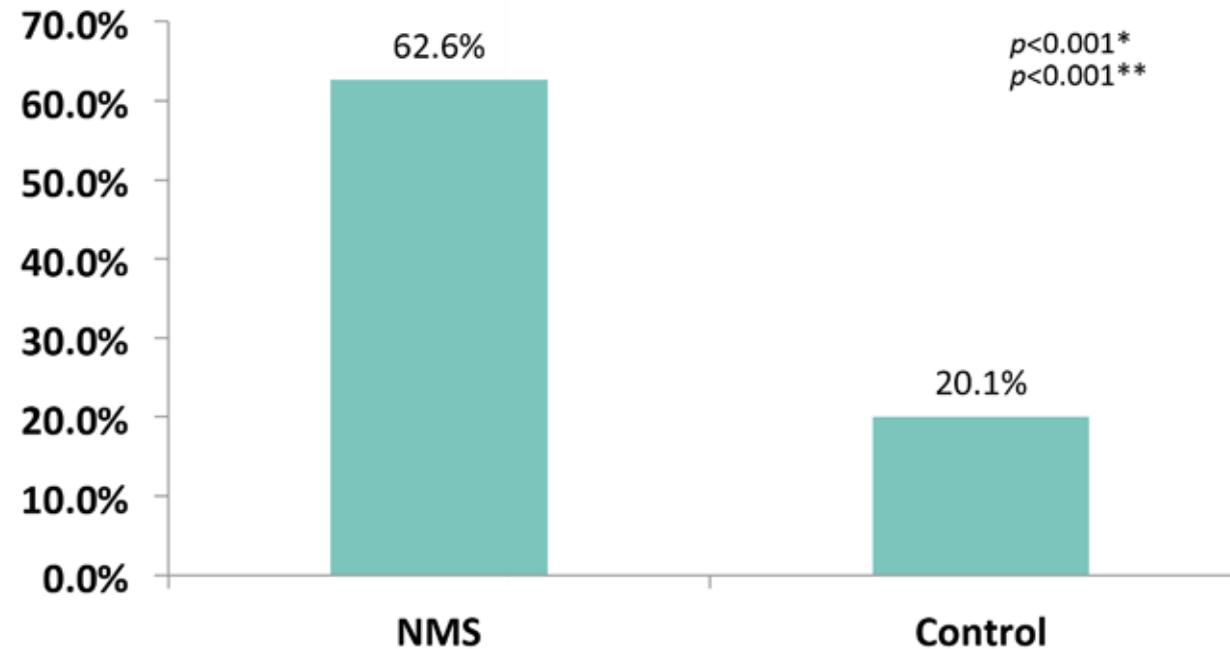
El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

214

EHR data

Medical Reason Leading to Treatment Adjustment at 12 Months

% OF PATIENTS WITH SIDE EFFECT OR LACK OF EFFICACY LEADING TO TREATMENT ADJUSTMENT DURING 12 MONTH FOLLOW-UP



p*-value based on Chi-square test. *p*-value based on multivariate regression.
NMS=non-medical switcher (N=99). Control (N=3,490). EHR=electronic health record.

Data on file, H14.DoF.001



abbvie

CAPITULO 7

El impacto de
la sustitución
automática en
pacientes
estables

NON-MEDICAL SWITCHING (NMS) ANALYSIS PHYSICIAN CHARTS



abbvie

CAPITULO 7

El impacto de
la sustitución
automática en
pacientes
estables

216

Methods

Study design: retrospective case control physician administered chart review study

Data collection:

- Physician consulting network¹ (PCN): panel of representative US physicians
- Chart abstraction forms (CAF) administered Rheumatologists, Dermatologists, and Gastroenterologists
 - Sampled an even breakdown by specialty
- Each physician may provide a maximum of 10 patient chart abstractions

¹ PCN consists of 75,000+ physicians recruited from the American Medical Association master file. Randomly sampled physicians from selected specialties are mailed invitations to join the panel. PCN validates panel members against the AMA database.



abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

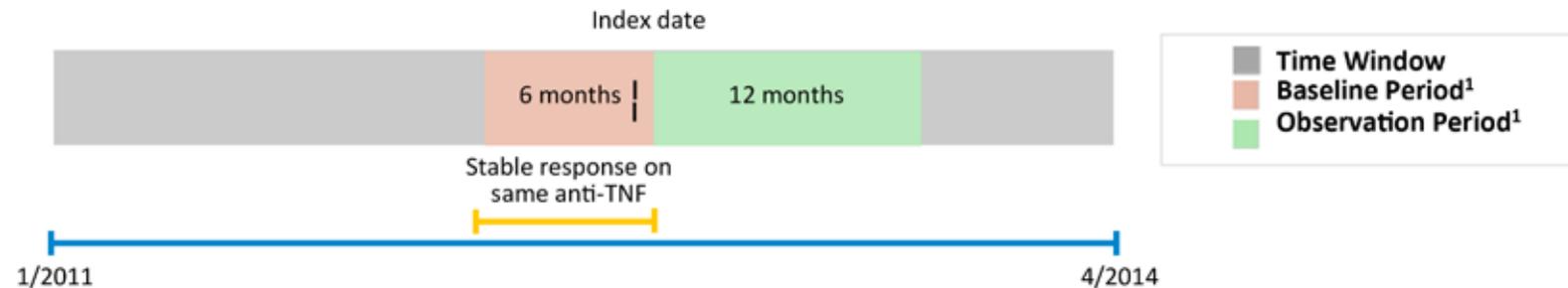
217

Retrospective chart review data

Methods (Cont.)

Study sample:

- **Indications:** RA, Ps, PsA, AS, CD, or UC
- **Start drug:** Etanercept, Adalimumab, Certolizumab, Golimumab, Infliximab
- **Study period:**



- **Comparison groups:**

Non-medical Switcher/Discontinuer group

- Index date: anti-TNF discontinued due to non-medical reason (“includes an economic reason such as increased copay, switching of insurance, job loss, or other economic factors that limit affordability of medication”)

Continuer² group

- Index date: visit closest to the matched Switcher/Discontinuer's index date

¹Physician required to have complete disease-related records (including treatments and clinical response information).

²Physicians asked to identify one continuer for each Switcher/Discontinuer.

RA=rheumatoid arthritis. Ps=psoriasis. PsA=psoriatic arthritis. AS=ankylosing spondylitis. CD=Crohn's disease. UC=Ulcerative colitis. TNF=tumor necrosis factor.



abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

218

Methods (Cont.)

Key variables:

- Disease-related resource use (eg, hospitalization, outpatient, emergency room visits)
- Physician-evaluated treatment response (well controlled, partially controlled, uncontrolled)
- Disease flares

Outcome time periods:

- 12 months

Statistical Analysis:

- Unadjusted: Follow-up outcomes compared using univariate regression
- Adjusted: Follow-up outcomes compared using multivariate regression
 - Controlling for: anti-TNF discontinued/used on the index date; demographic information; selected baseline comorbidities with frequency of above 5% in at least one cohort; baseline immunosuppressant use or steroid use; and baseline number of inpatient, outpatient, and emergency room visits

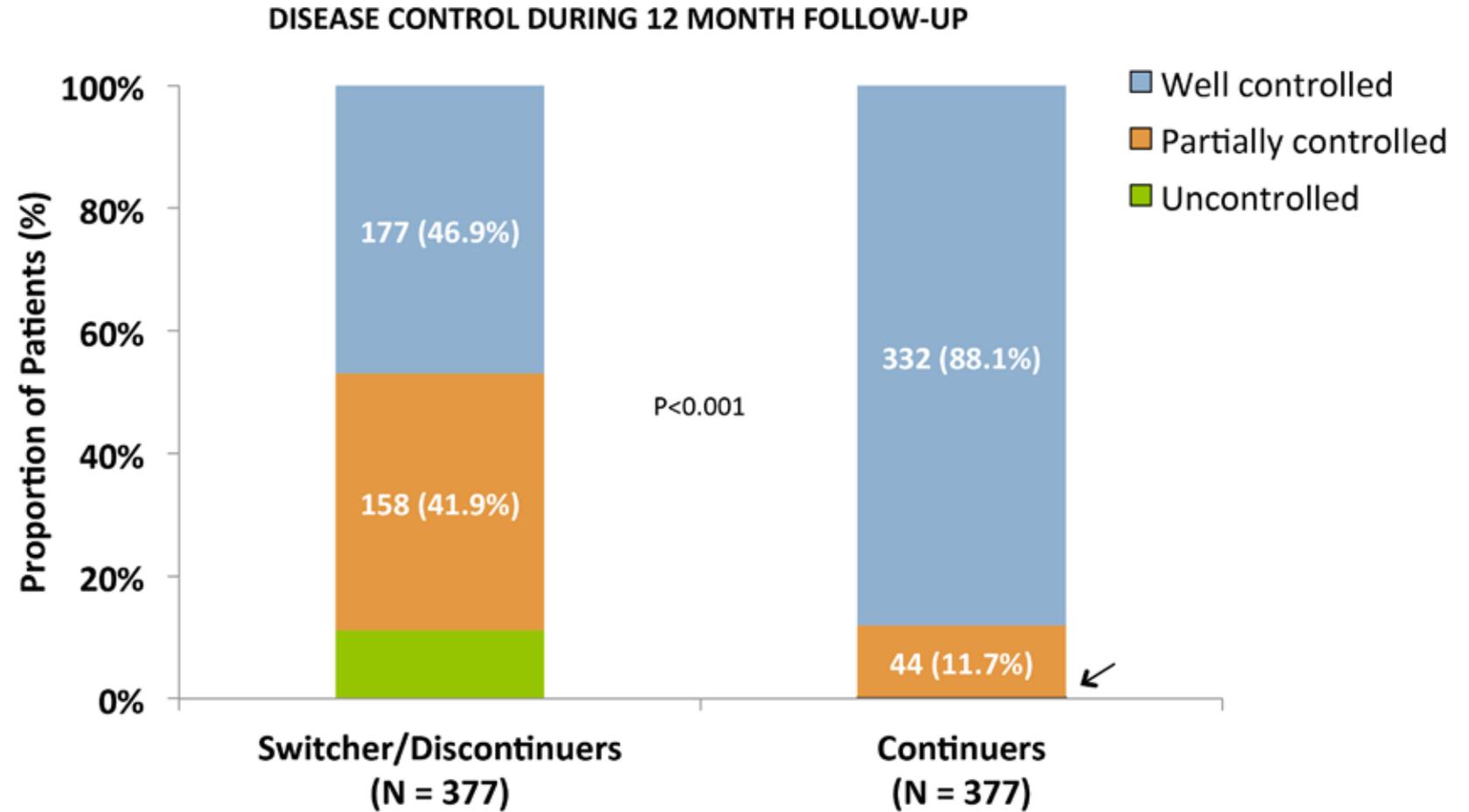


abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

Results: Disease Control Based on Physician Assessment



p-values based on multivariate regression.
Switcher/Discontinuer = Switched or discontinued anti-TNF due to non-medical reason.

Data on file, H14.DoF.002



abbvie

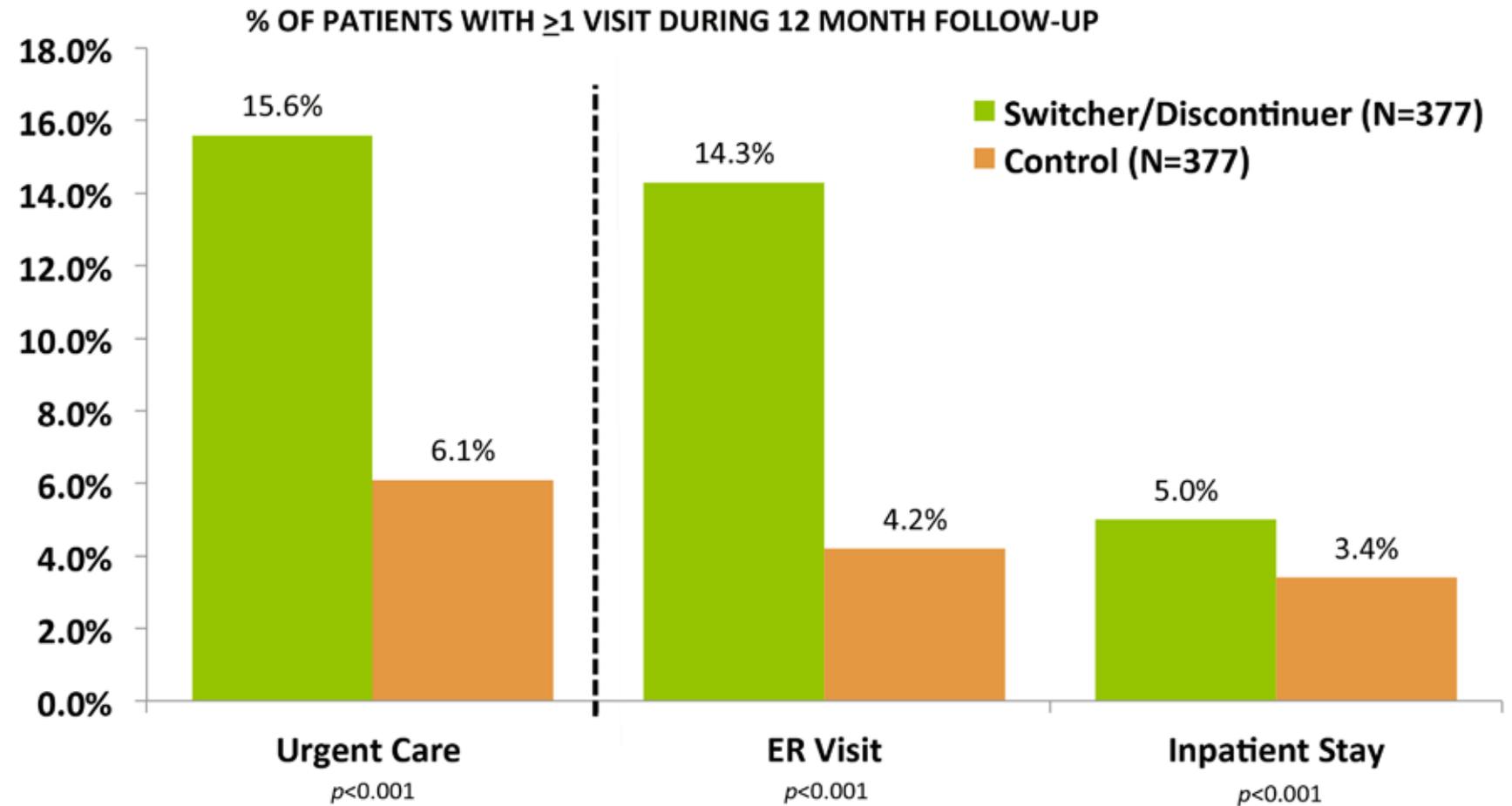
CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

220

Retrospective chart review data

Results: Healthcare Resource Utilization Rates



p-values based on multivariate logistic regression.
Urgent care=emergency room (ER) visit or inpatient visit.

Data on file, H14.DoF.002



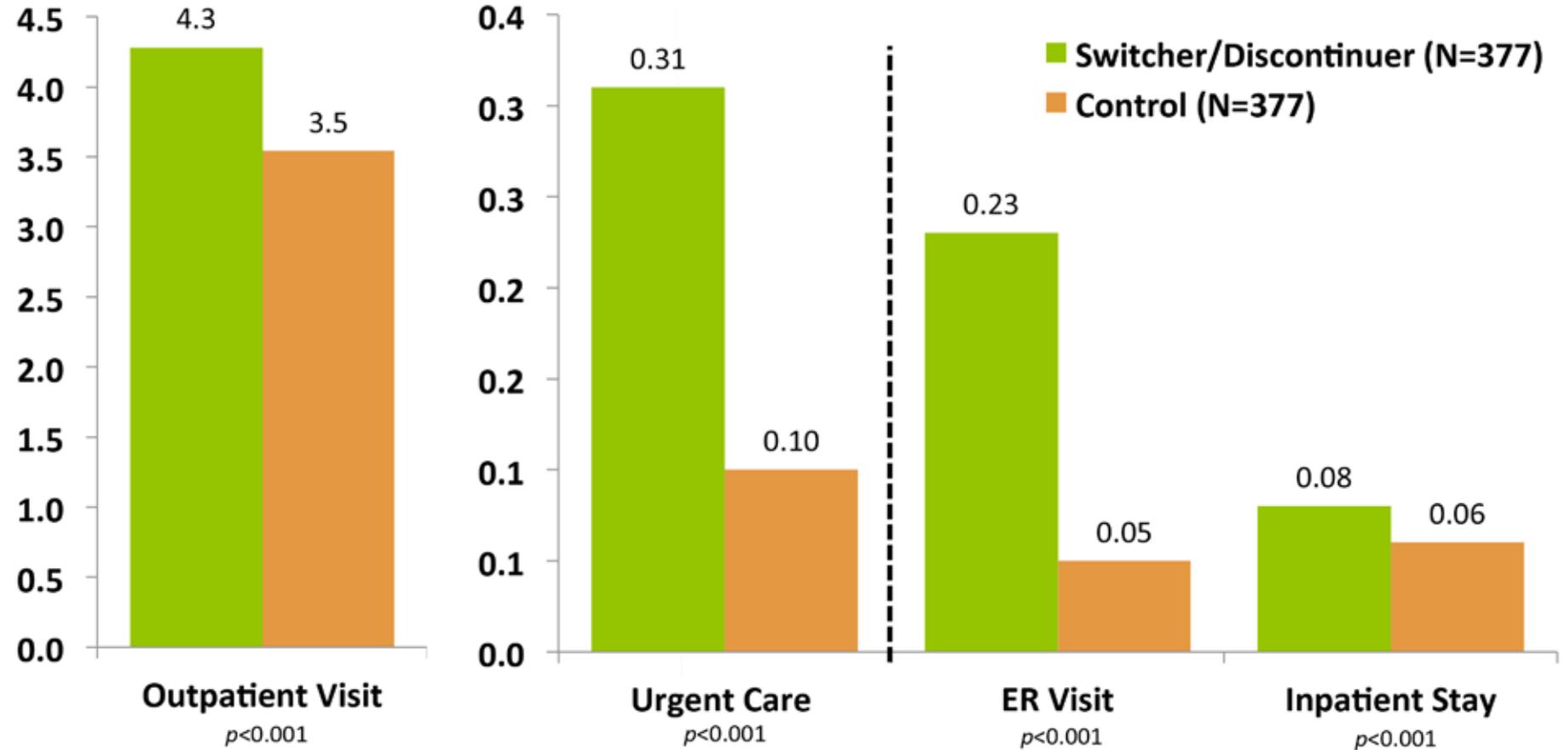
abbvie

CAPITULO 7

El impacto de la sustitución automática en pacientes estables

Results: Number of Healthcare Resource Visits

MEAN NUMBER OF VISITS, BY TYPE, DURING 12 MONTHS FOLLOW-UP



p-values based on multivariate generalized linear regression.
Urgent care=emergency room (ER) visit or inpatient visit.

Data on file, H14.DoF.002



CAPITULO 8



La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C



abbvie



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

3er Foro Latinoamericano de Enfermedades Crónicas

"La implicación positiva de la nueva gestión integral del VHC"



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

CONTENIDO

- **Historia natural de la infección**
- **Magnitud del problema – Epidemiología**
- **Estrategias para diagnóstico temprano**
- **Modelo de atención integral para paciente con VHC:**
 - ❖ **Accesibilidad**
 - ❖ **Adherencia**

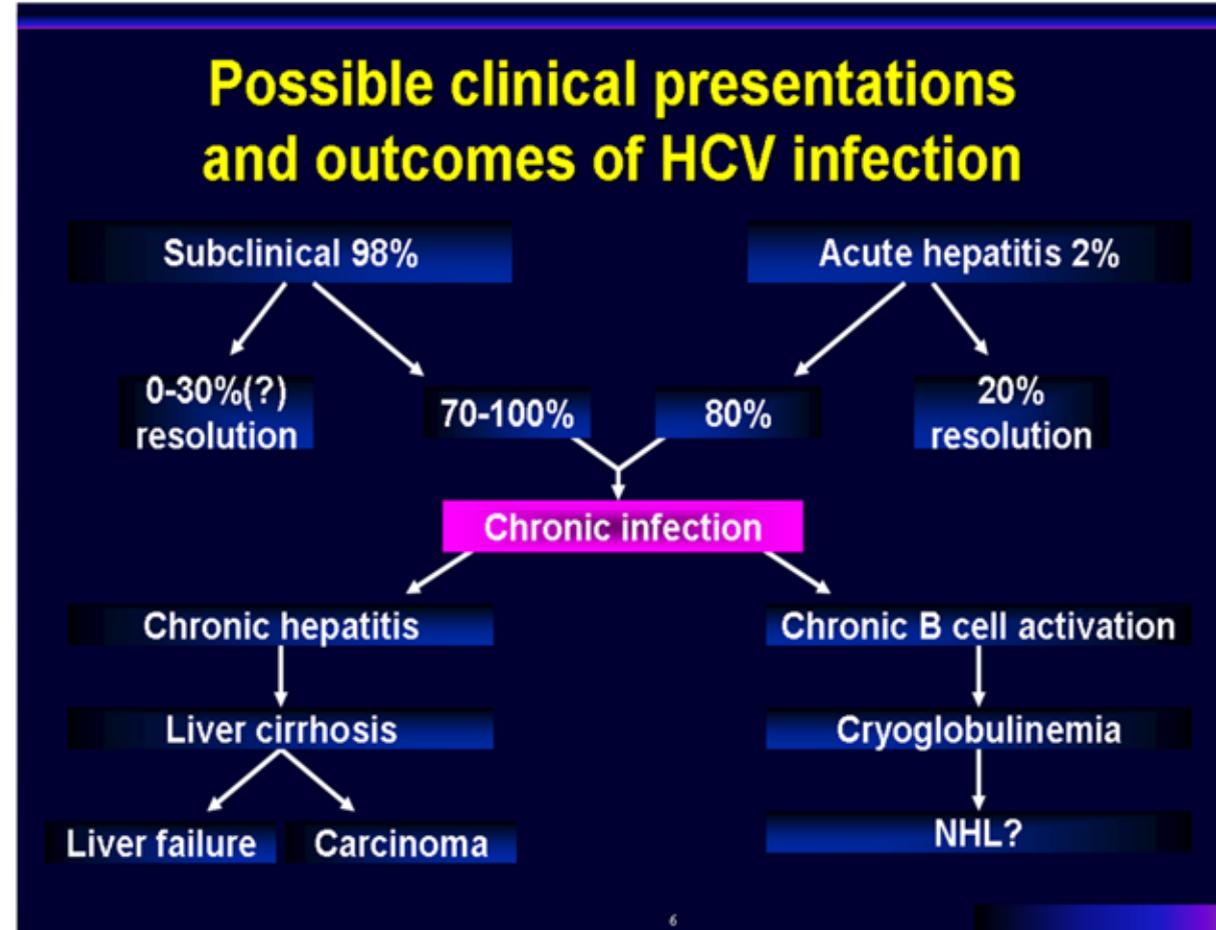


abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

HISTORIA NATURAL





abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

PINZANI M- EASL 2012

The Current Perception of Chronic Liver Disease





abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C





abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

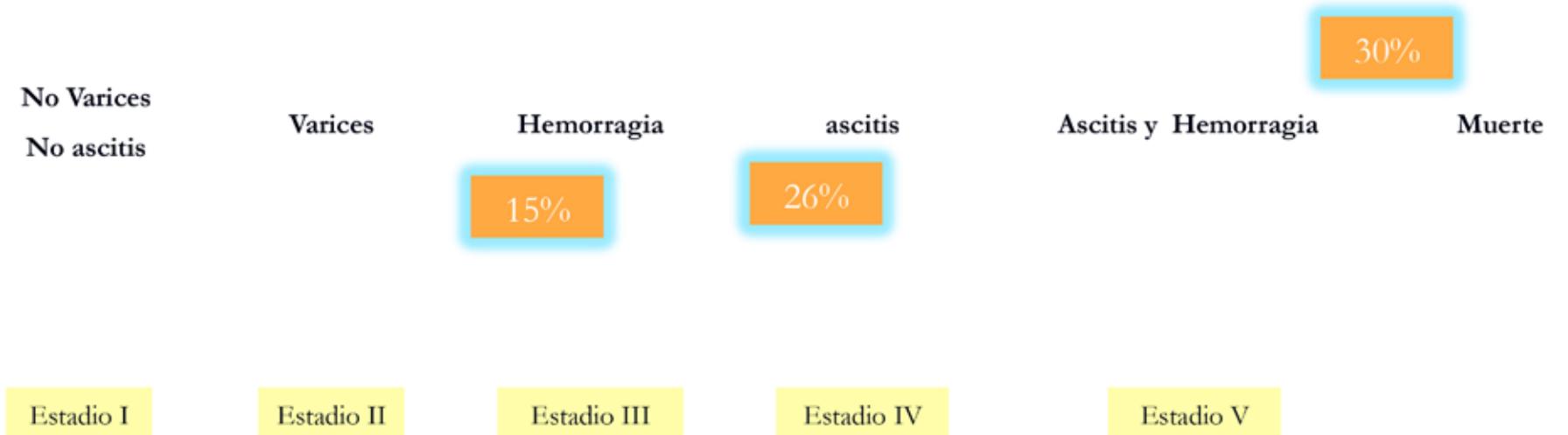




abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C





abbvie

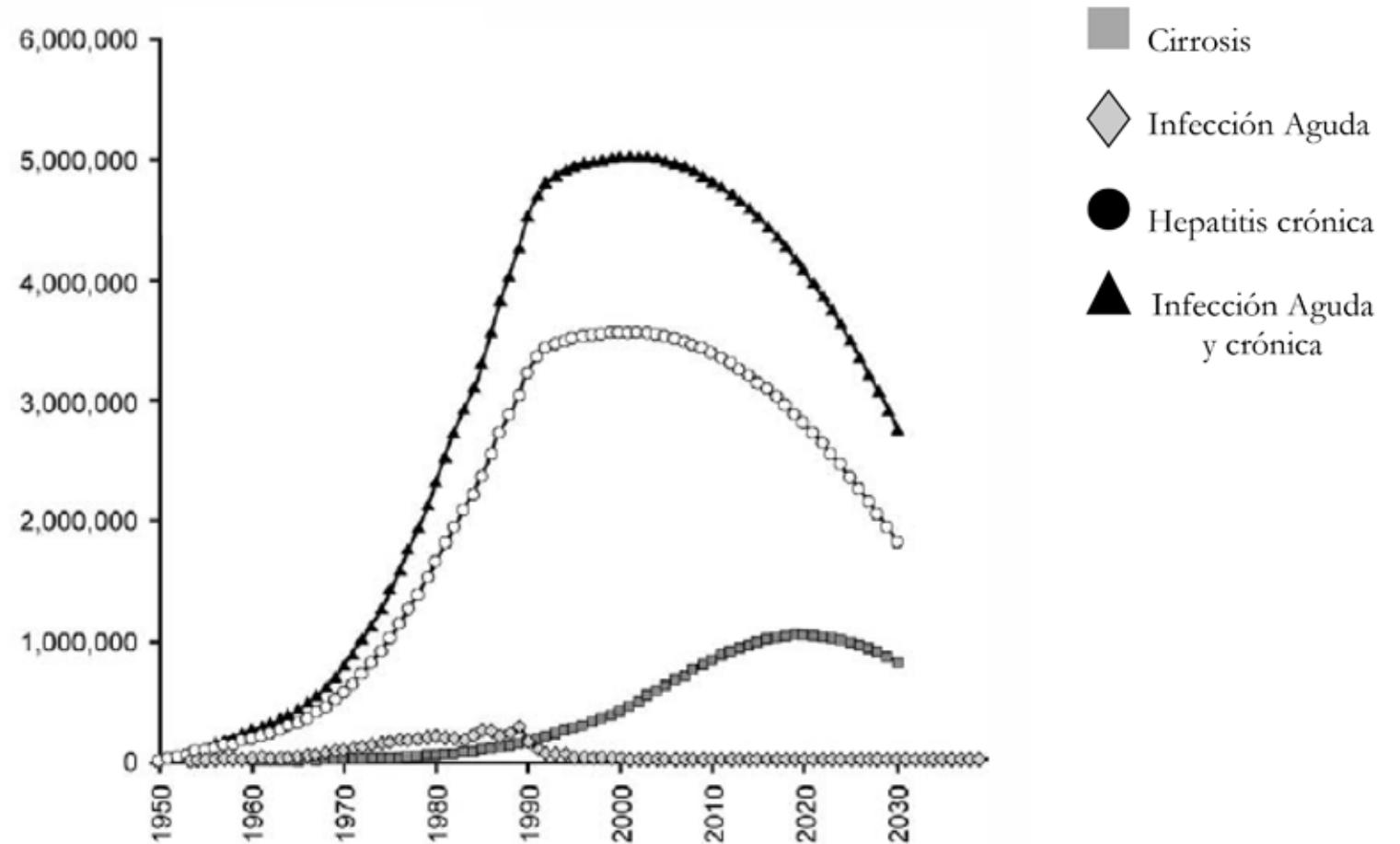
CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

230

Epidemiología de la infección por el virus C de la hepatitis (EEUU)

Casos prevalentes de infección por VHC



Gastroenterology 2010; 138:513-521

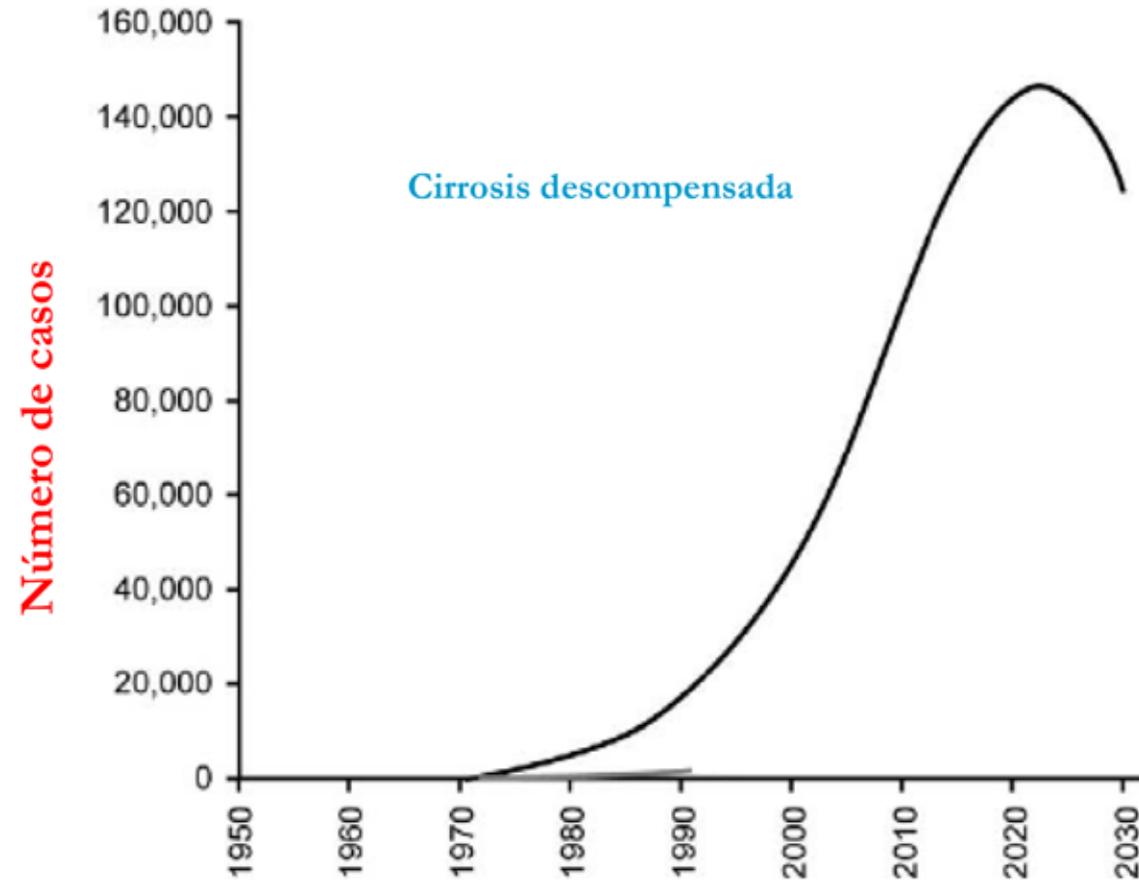


abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

Epidemiología de la infección por el virus C de la hepatitis (EEUU)





abbvie

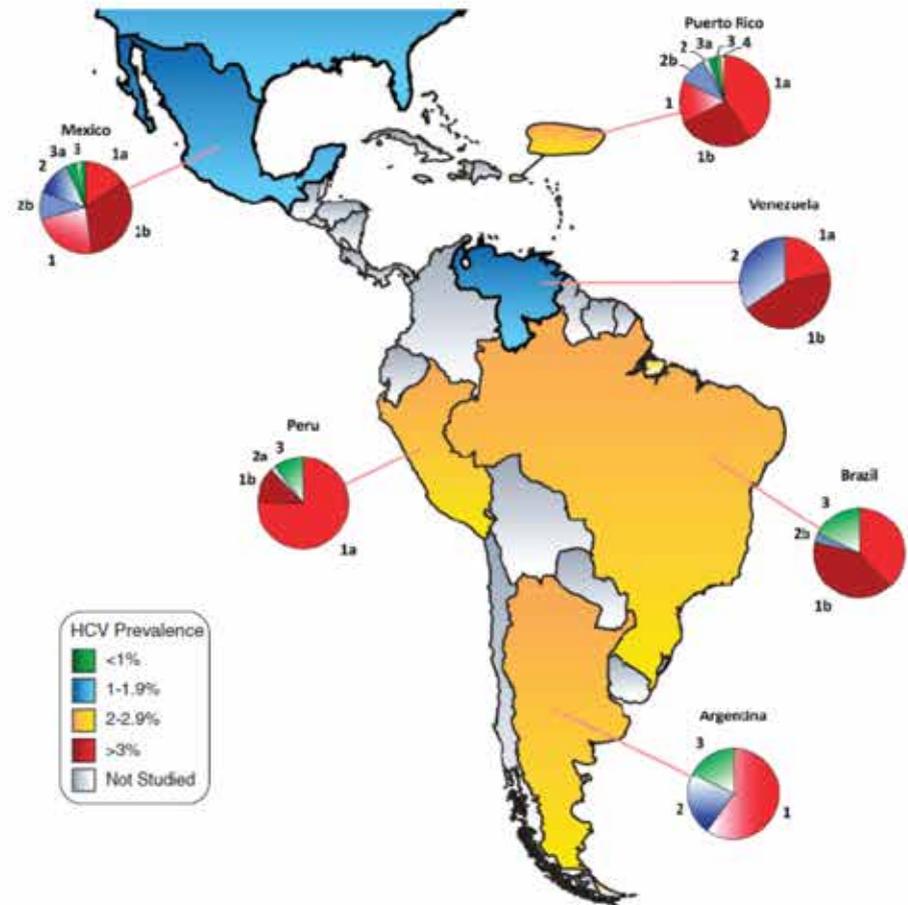
CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

232

Trends and projections of hepatitis C virus epidemiology in Latin America

David Kershenobich¹, Homie A. Razavi², Juan Francisco Sánchez-Avila³, Fernando Bessone⁴, Henrique S. Coelho⁵, Lucy Dagher⁶, Fernando L. Gonçalves⁷, Jorge F. Quiroz⁸, Federico Rodríguez-Perez⁹, Barbara Rosado¹⁰, Carolyn Wallace², Francesco Negro¹¹ and Marcelo Silva¹²



Prevalencia : 1.5% - 2.5.%

8.900.000 infectados en LA

Fig. 6. Hepatitis C virus prevalence among adults and genotype distribution in select Latin American countries/territories.



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

Trends and projections of hepatitis C virus epidemiology in Latin America

David Kershenobich¹, Homie A. Razavi², Juan Francisco Sánchez-Avila³, Fernando Bessone⁴, Henrique S. Coelho⁵, Lucy Dagher⁶, Fernando L. Gonçales⁷, Jorge F. Quiroz⁸, Federico Rodriguez-Perez⁹, Barbara Rosado¹⁰, Carolyn Wallace², Francesco Negro¹¹ and Marcelo Silva¹²

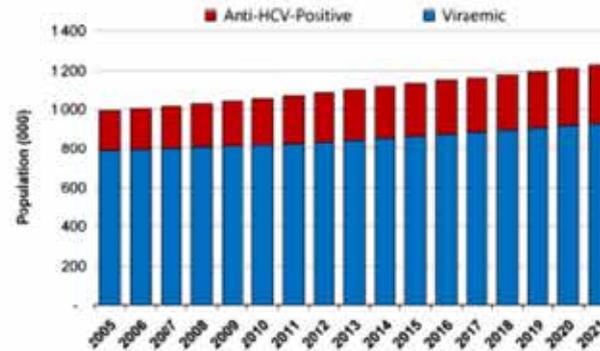


Fig. 4. Forecasted hepatitis C virus (HCV)-infected populations in Mexico.

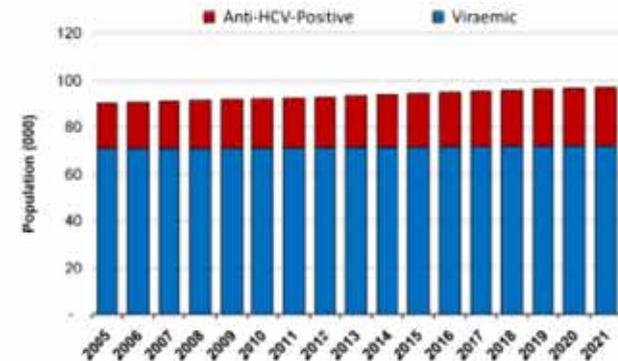


Fig. 5. Forecasted hepatitis C virus (HCV)-infected populations in Puerto Rico.

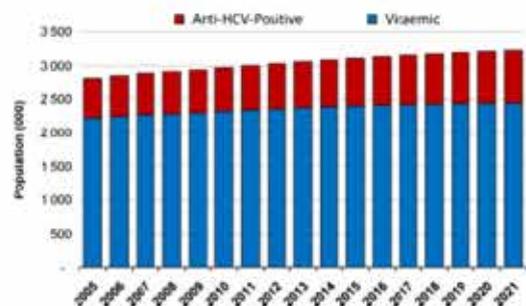


Fig. 2. Forecasted hepatitis C virus (HCV)-infected populations in Brazil.

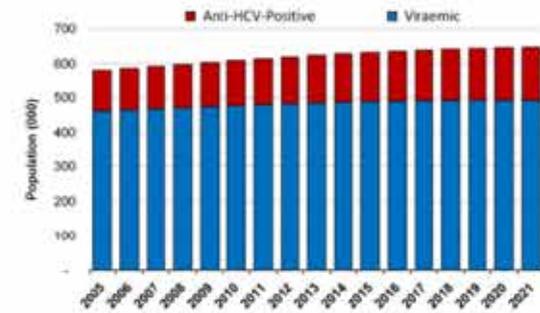


Fig. 1. Forecasted hepatitis C virus (HCV)-infected populations in Argentina.



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

234

Trends and projections of hepatitis C virus epidemiology in Latin America

David Kershenobich¹, Homie A. Razavi², Juan Francisco Sánchez-Avila³, Fernando Bessone⁴, Henrique S. Coelho⁵, Lucy Dagher⁶, Fernando L. Gonçalves⁷, Jorge F. Quiroz⁸, Federico Rodriguez-Perez⁹, Barbara Rosado¹⁰, Carolyn Wallace², Francesco Negro¹¹ and Marcelo Silva¹²

FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS EN LATINOAMERICA

El principal factor de riesgo identificado: Trasmisión de hemoderivados antes de 1993 - 1994

Infecciones nosocomiales

Utensílios contaminados para la ingestión de droga no IV

Procedimientos dentales

Tatuajes

Procedimientos cosméticos



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

235

Que pasa en Colombia?





abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

236

Hepatitis C en Colombia



Seroprevalencia VHC en donantes de sangre en Colombia (%)

Año	1993	1994	1995	1996	1997	2006	2007	2008
Prevalencia	0,9	0,7	0,96	NA	0,85	0,57	0,58	0,61

Biblioteca Sede Organización panamericana de la salud





abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

237

Hepatitis C en Colombia



Año	1993	1994	1995	1996	1997	2006	2007	2008
Prevalencia*	0.9	0.7	0.96	NA	0,85	0,57	0,58	0,61
Cribado	24,7%	67%	99,8%	NA	100%	100%	100%	100%
Unidades infectadas	2364	844	7.5	NA	0	NA	NA	NA

* Seroprevalencia VHC en donantes de sangre en Colombia (%)



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

239

Hepatitis C en Colombia



Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) and Hepatitis Delta (HDV) Viruses in the Colombian Population—How Is the epidemiological situation?

- Poblaciones indígenas
- Trabajadores sexuales
- Trabajadores sanitarios
- Desplazados
- Amazonas: 5.68%
- Choco: 3.68%
- San Andres: 0.66%
- Magdalena: 3.87%

OPEN ACCESS Freely available online

PLoS one

Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) and Hepatitis Delta (HDV) Viruses in the Colombian Population—How Is the Epidemiological Situation?

Mónica Viviana Alvarado-Mora^{1*}, María Fernanda Gutierrez Fernandez², Michele Soares Gomes-Gouvêa¹, Raymundo Soares de Azevedo Neto³, Flair José Carrilho¹, João Renato Rebello Pinho¹



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

240

Hepatitis C en Colombia

Hepatitis C virus seroprevalence in multi-transfused patients in Colombia.

Prevalencia de VHC en pacientes multitransfundidos es del 9%

Hemofilia: 32.2%

células falciformes: 7.1%

Hemodialisis : 6.1%

Hemorragia digestiva : 2.6%

Otras enfermedades hematológicas: 3.4%

J Clin Virol 2005 Dec;3 4 Suppl 2:S33-8



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

Estrategias para la realización de un diagnóstico oportuno



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

Did the Yanks get it right?

More than 75 percent of
American adults with
hepatitis C are baby boomers



Birth cohort screening (1945-65) is cost-effective



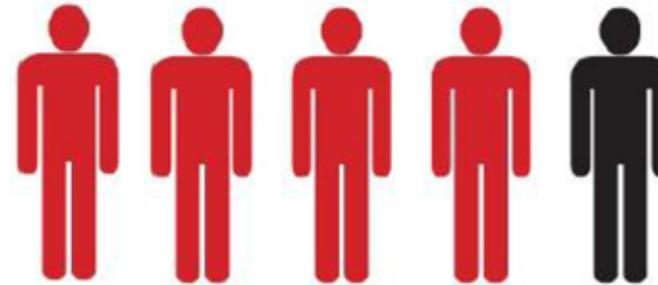
abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

243

En la costa atlántica Colombiana



80% de los pacientes infectados han
sido transfundidos antes de 1994

Traditional and non traditional risk factors for hepatitis C virus infection in caribbean
colombian coast



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

Infección por el virus de la hepatitis C en individuos transfundidos antes de 1994 en Antioquia, Colombia

Hepatitis C Infections among Individuals who Received Transfusions prior to 1994 in Antioquia, Colombia

Variable	Valor p (dos colas)
Edad	0,117
Escolaridad	0,296
# Unidades transfundidas	0,924
Género	0,642
Hemodiálisis	0,088
Hospitalización	0,458
<i>Piercing</i>	1,0
Tatuajes	1,0



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

245

Poblaciones en riesgo para infección por VHC

- Infección por VIH
- Hemofilia
- Pacientes que hayan estado alguna vez en hemodialisis
- **Transfusión sanguínea previa a 1994.**
- Niños nacidos de madres HCV +
- **Procedimientos odontológicos, pedicura, manicura, tatuajes o procedimientos cosméticos con material contaminado.**
- Trabajadores sanitarios expuestos a sangre HCV +
- Parejas sexuales de pacientes HCV +
- **Usuarios de drogas por vía parenteral o inhalada**
- Colocación de piercing, tatuajes o acupuntura con material contaminado
- **Poblaciones indígenas**



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

REVIEW



Los Nuevos Tratamiento de Hepatitis C: Perspectivas Latinoamericanas

Rafael Claudino Botero, MD, FACP,* and Martín Tagle A, MD†

TABLA No 3 Perspectivas De Los Nuevos Antivirales En Países Latino Americanos

Aspectos Evaluados	Programa Estatal de detección o tratamiento	Prevalencia en población general	Esquemas de tratamiento Aprobados actualmente	Estrategia estatal para incluir los nuevos AAD A menor costo	Principal mecanismo de transmisión*
Países					
México	Si	1.4	Tela	Si	TS/DUIV
Costa Rica	Si	0.3	Tela		TS/RCS
Panamá	?	1.0-2.0			TS/RCS
Colombia	Si	1.0-2.0	Tela/Boce	No	TS/RCS
Venezuela	No	1.0-2.0	Tela/Boce	No	TS/RCS
Ecuador	?	1.0-2.0		No	TS/RCS
Perú	No	1.0-2.0	Tela	No	TS/RCS
Bolivia	?	1.0-2.0			TS/RCS
Chile	Si	1.2	Peg/RBV	Si	TS/RCS
Brazil	Si	0.9-1.9 (6)	Tela/Boce	Si	TS/DUIV
Argentina	No	1.3-1.7	Tela/Boce	Si	TS/RCS
Cuba	Si	0.8	Peg/RBV	Yes	TS/RCS
Paraguay	No	0.3	Ninguno	No	TS/RCS
Uruguay	No	1.0			TS/RCS
Santo Domingo	No	2.4	Tela	No	TS/RCS



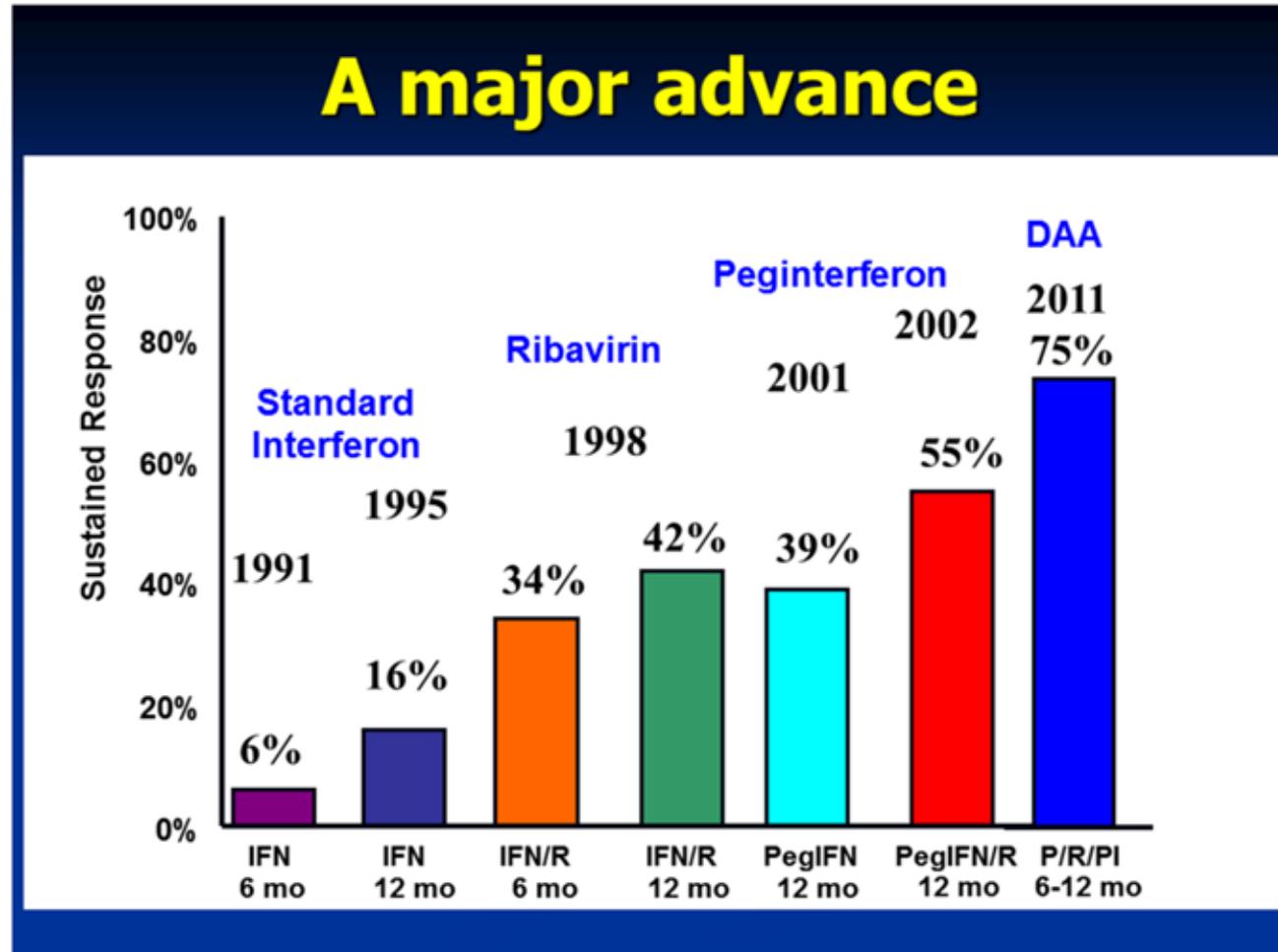
abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

247

ESQUEMA DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON HEPATITIS C DISPONIBLES EN LATINOAMERICA





abbvie

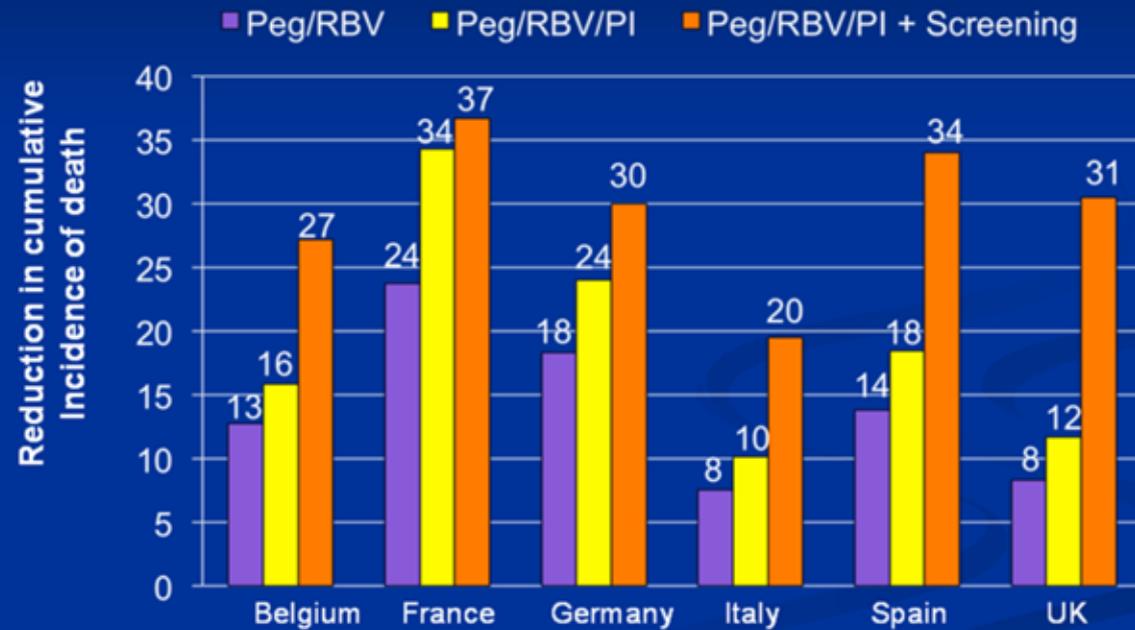
CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

248

Cribado para hepatitis C y mortalidad

Case-finding critical



Treatment only effective for those who receive it...

Deuffic-Burban et al Gastro 2012



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

How to Optimize Hepatitis C Virus Treatment Impact on Life Years Saved in Resource-Constrained Countries

Dorothee Obach,¹ Yazdan Yazdanpanah,^{1,2} Gamal Esmat,³ Anchalee Avihingsanon,^{4,5} Sahar Dewedar,⁶ Nicolas Durier,⁷ Alain Attia,^{8,9} Wagida A. Anwar,⁶ Anthony Cousien,¹ Pisit Tangkijvanich,¹⁰ Serge Paul Eholié,^{11,12,13} Wahid Doss,¹⁴ Aya Mostafa,⁶ Arnaud Fontanet,^{15,16} Mostafa K. Mohamed,^{6†} and Sylvie Deuffic-Burban^{1,17}

Incremento de los años ajustados por calidad de vida al tratar a pacientes con fibrosis avanzada (F3 – F4) frente a una estrategia de tratamiento global (F2-F3-F4)

	Pegintron + RVB	Interferon - free
Egipto	6,7%	16,7%
Tailandia	15,3 %	22%
Cote de Voire	11%	13,1%

Hepatology 2015 (Ahead of print)



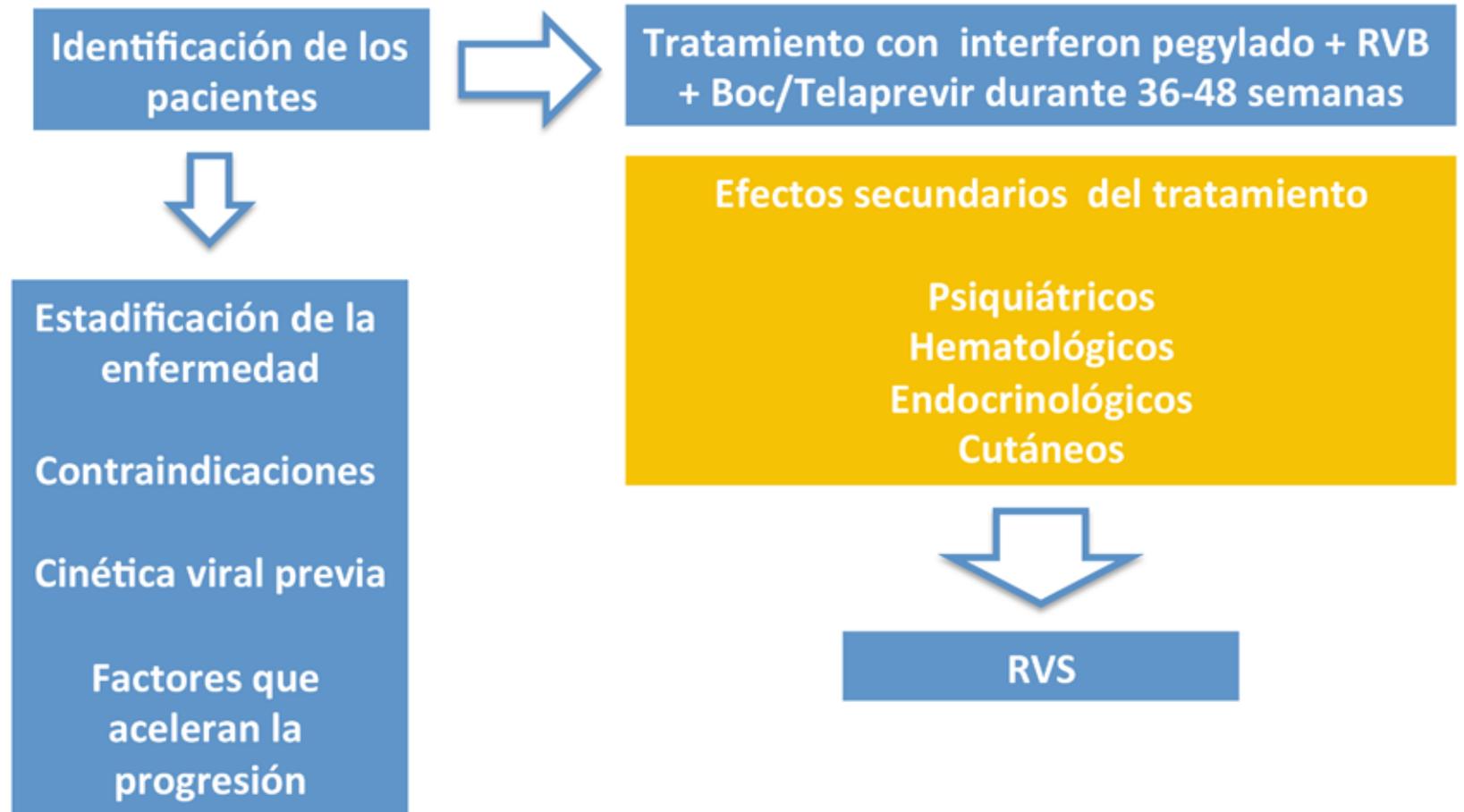
abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

250

MODELO DE ATENCION PARA PACIENTES INFECTADO POR VHC





abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

PINZANI M- EASL 2012

The Current Perception of Chronic Liver Disease

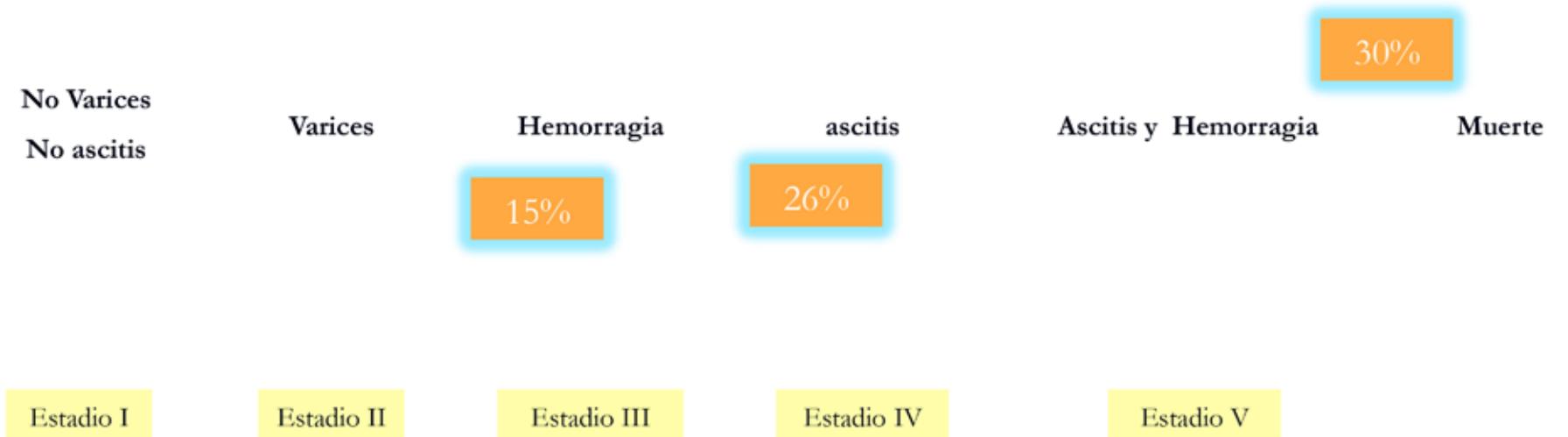




abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C





abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

253

MODELO HOLISTICO DEL TRATAMIENTO PARA LA INFECCION POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C

El tratamiento de las personas infectadas por el virus C debe considerar, además del control de la replicación viral, el estadio de la enfermedad, las implicaciones sociales, psicológicas de la infección y su efecto sobre la calidad de vida de los pacientes con el objetivo de lograr la mayor probabilidad de éxito después de la terapia



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

MODELO HOLISTICO DEL TRATAMIENTO PARA LA INFECCION POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C

- ❖ Accesibilidad
- ❖ Integralidad
- ❖ Calidad
- ❖ Retroalimentación

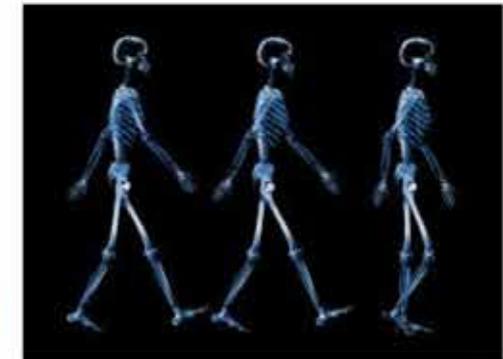


abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

MODELO HOLISTICO DEL TRATAMIENTO PARA LA INFECCION POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C





abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

256

MODELO HOLISTICO DEL TRATAMIENTO PARA LA INFECCION POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C



**EL MODELO DEBE SER DISEÑADO DESDE EL
PACIENTE Y NO HACIA EL PACIENTE**



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

257

Características de la población colombiana

Variable	n = 55
Edad	60,2 (DE 13)
Sexo masculino	23(42%)
Causas para NO recibir tratamiento	
Edad o enfermedad avanzada	11 (33%)
Problemas administrativos	9 (11%)
Cirrosis	28 (51%)

Traditional and non traditional risk factors for hepatitis C virus infection in caribbean colombian coast



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

258

ACCESIBILIDAD



Barreras para recibir tratamiento frente al virus de la hepatitis C

- ❖ Raza
- ❖ Nivel educativo
- ❖ Depresión
- ❖ Estadio de la enfermedad hepática
- ❖ Estigmatización
- ❖ Consumo de alcohol
- ❖ Cumplimiento de la citas
- ❖ Percepción del tratamiento y sus complicaciones
- ❖ Factores sociales



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

259

ACCESIBILIDAD



Barreras para recibir tratamiento frente al virus de la hepatitis C

- ❖ Raza
- ❖ **Nivel educativo**
- ❖ Depresión
- ❖ Estadio de la enfermedad hepática
- ❖ Estigmatización
- ❖ Consumo de alcohol
- ❖ Cumplimiento de la citas
- ❖ Percepción del tratamiento y sus complicaciones
- ❖ Factores sociales

Material de apoyo visual que permita la comprensión de la enfermedad y los beneficios del tratamiento



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

260

ACCESIBILIDAD



Barreras para recibir tratamiento frente al virus de la hepatitis C

- ❖ Raza
- ❖ Nivel educativo
- ❖ **Depresión**
- ❖ Estadio de la enfermedad hepática
- ❖ **Estigmatización**
- ❖ **Consumo de alcohol**
- ❖ Cumplimiento de la citas
- ❖ Percepción del tratamiento y sus complicaciones
- ❖ Factores sociales

Evaluación psicológica desde el diagnóstico para determinar el bienestar psíquico, los sentimientos de culpa/estigmatización y el uso de alcohol o drogas



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

261

ACCESIBILIDAD



Barreras para recibir tratamiento frente al virus de la hepatitis C

- ❖ Raza
- ❖ Nivel educativo
- ❖ Depresión
- ❖ Estadio de la enfermedad hepática
- ❖ Estigmatización
- ❖ Consumo de alcohol
- ❖ Cumplimiento de la citas
- ❖ Percepción del tratamiento y sus complicaciones
- ❖ Factores sociales

Apoyo del trabajador social para evaluar el soporte social, fortalecerlo y educar en la enfermedad a pacientes y familiares



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

262

ACCESIBILIDAD



Barreras para recibir tratamiento frente al virus de la hepatitis C

- ❖ Raza
- ❖ Nivel educativo
- ❖ Depresión
- ❖ **Estadio de la enfermedad hepática**
- ❖ Estigmatización
- ❖ Consumo de alcohol
- ❖ Cumplimiento de la citas
- ❖ Percepción del tratamiento y sus complicaciones
- ❖ Factores sociales

Políticas nacionales para búsqueda y control de las hepatitis virales

Tamizaje en poblaciones de riesgo



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

263

INTEGRALIDAD

El modelo debe estar diseñado con un enfoque biopsicosocial para incrementar la adherencia a la terapia, incrementar la respuesta virológica sostenida y mejorar la calidad de vida de los pacientes a través de estrategias educativas, generando un ambiente de confianza entre los pacientes y el personal sanitario



abbvie

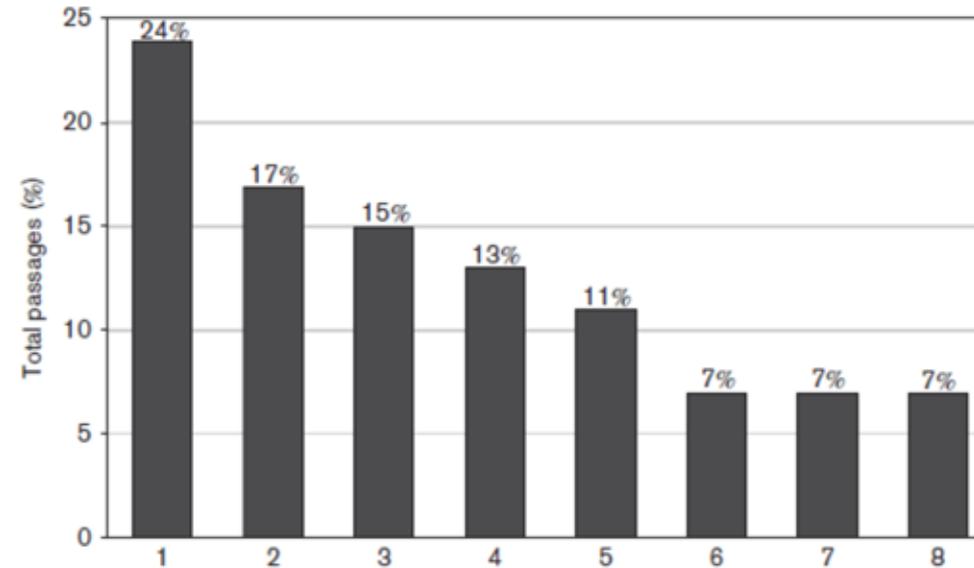
CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

264

Patient perspectives on hepatitis C and its treatment

Carol S. North^{a,b,c}, Robert Devereaux^e, David E. Pollio^f, Barry A. Hong^g and Mamta K. Jain^d



Content category

- 1 Understanding of the treatment process (223 passages)
- 2 Second-hand information about HCV/HIV (156 passages)
- 3 Social factors (139 passages)
- 4 Need for information about HIV/HCV (120 passages)
- 5 Treatment barriers (107 passages)
- 6 Desire for treatment (68 passages)
- 7 Patient fund of information about HIV/HCV (62 passages)
- 8 Coping methods (61 passages)



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

265

Development of a conceptual model of health related quality of life among hepatitis C patients: A systematic review of qualitative studies

Áreas principalmente afectadas en pacientes con infección por el VHC

- ❖ Síntomas físicos: debilidad, fatiga, cansancio.
- ❖ Culpa: Disminución recursos familiares – conductas adictivas previas
- ❖ Estigma: Asociación de HCV con HIV, drogas. Desinformación sobre mecanismos de transmisión
- ❖ Distres emocional: depresión, miedo, ansiedad, rabia, irritación y frustración
- ❖ Funcionamiento cognoscitivo: Afectando las actividades de la vida diaria y el desempeño social de los pacientes

[Hepatol Res](#) 2015 Apr 6. doi: 10.1111/hepr.12521. [Epub ahead of print]



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

266

Development of a conceptual model of health related quality of life among hepatitis C patients: A systematic review of qualitative studies

Áreas principalmente afectadas en pacientes con infección por el VHC

- ❖ Conductas psicológicas negativas: reserva con el diagnóstico, paranoia, confusión por falta de orientación sobre el futuro, tendencia a disculparse continuamente por comportamientos inapropiados e irracionales con la pareja
- ❖ Relaciones sociales: Limitación en las relaciones sociales – Especialmente con los familiares y personal sanitario
- ❖ Limitación laboral: Fatiga – Riesgo de transmisión
- ❖ Funcionamiento sexual: Disminución de la actividad sexual por el miedo de transmisión, la fatiga o efectos secundarios al tratamiento

Hepatol Res 2015 Apr 6. doi: [10.1111/hepr.12521](https://doi.org/10.1111/hepr.12521). [Epub ahead of print]



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

267

Psychother Psychosom. 2013;82(5):332-40. doi: 10.1159/000348587. Epub 2013 Aug 9.

A biopsychosocial model of interferon-alpha-induced depression in patients with chronic hepatitis C infection

Baranyi A¹, Meinitzer A, Stepan A, Putz-Bankuti C, Breitenecker RJ, Stauber R, Kapfhammer HP, Rothenhäusler HB.

⊕ Author information

- ❖ 53% (n = 22) de los pacientes desarrollaron depresión relacionada con el tratamiento

Factores de riesgo asociados:

- Menor soporte social
- Sexo femenino
- Antecedentes de enfermedad psiquiátrica
- Vía de transmisión de la enfermedad
- Baja cobertura sanitaria
- Disfunción sexual



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

268

Predictors of Poor Mental and Physical Health Status Among Patients With Chronic Hepatitis C Infection: The Chronic Hepatitis Cohort Study (CHeCS)

Joseph A. Boscarino,¹ Mei Lu,² Anne C. Moorman,³ Stuart C. Gordon,² Lorelee B. Rupp,² Philip R. Spradling,³ Eyasu H. Teshale,³ Mark A. Schmidt,⁴ Vinutha Vijayadeva,⁵ and Scott D. Holmberg,³ for the Chronic Hepatitis Cohort Study (CHeCS) Investigators*

Variable	Depresión	Estado de salud
Sexo masculino	0,70	0,81
Raza negra	0,60	0,61
Escolaridad Menor a la secundaria	1,81	1,54
Situación laboral	0,36	0,25
Estrés	2,44	1,64
Bajo soporte social	2,78	1,40
Pluripatología	1,58	2,12

Hepatology 2015;61:802-811



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

Modelo holístico de atención para paciente con VHC

Identificación de los pacientes: Accesibilidad

BIO

Estadificación de la enfermedad

Verificar la ausencia de contraindicaciones médicas y de factores pronósticos de respuesta al tratamiento

planificación del tratamiento

PSICOSOCIAL

Estado psicológico de los pacientes

Soporte familiar – social

Conductas de riesgo

Calidad de vida – Áreas más afectadas

Grupos de riesgo: mujeres, desempleados, alto nivel de estrés, bajo soporte social, comorbilidades



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

270

Modelo holístico de atención para paciente con VHC

Seguimiento de los pacientes: Adherencia

BIO

Adaptar el seguimiento al estadio de la enfermedad

Monitorizar la respuesta virológica a lo largo del tratamiento y hasta seis meses después

Prevención de los efectos secundarios del tratamiento

Mejorar la probabilidad de respuesta en pacientes en actitud expectante

PSICOSOCIAL

Educación en la enfermedad a pacientes, familiares y amigos cercanos: síntomas, mecanismos de transmisión, cobertura de los seguros, prácticas sexuales seguras.

Terapia familiar

Disminución de las conductas de riesgo: Alcohol – drogas – uso de metadona

Evaluación continua de la calidad de vida de las áreas más frecuentemente afectadas

Educación al personal sanitario en las manifestaciones psicosociales de la enfermedad



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

271

Modelo holístico de atención para paciente con VHC

Valoración psiquiatría, Nutrición, Trabajo social, Educación en la enfermedad y el tratamiento
Adaptar el seguimiento al estadio de la enfermedad

Búsqueda activa de factores que afectan la adherencia durante el tratamiento.

Identificación de los pacientes



Tratamiento con interferon pegylado + RVB + Boc/Telaprevir durante 36-48 semanas



Estadificación de la enfermedad
Contraindicaciones
Cinética viral previa
Modificación de factores pronósticos de respuesta

Efectos secundarios del tratamiento

Psiquiátricos
Hematológicos
Endocrinológicos
Cutáneos

Apoyo logístico

CONFIANZA



RVS



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

272

'Makes you wanna do treatment': Benefits of a hepatitis C specialist clinic to clients in Christchurch, New Zealand

Loren Brener PhD, Rebecca Gray MA, Elena J. Cama BCCJ and Carla Treloar PhD
National Centre in HIV Social Research, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia



Programa piloto :2008 – 2012

Beneficios: Incrementar el acceso a los servicios de salud, mejorar los resultados en salud, el conocimiento, los estilos de vida saludable y el funcionamiento psicosocial de los usuarios

Health and Social Care in the Community (2013) 21(2), 216–223



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

273

Am J Gastroenterol. 2011 October ; 106(10): 1777–1786. doi:10.1038/ajg.2011.219.

A Randomized Controlled Trial of an Integrated Care Intervention to Increase Eligibility for Chronic Hepatitis C Treatment

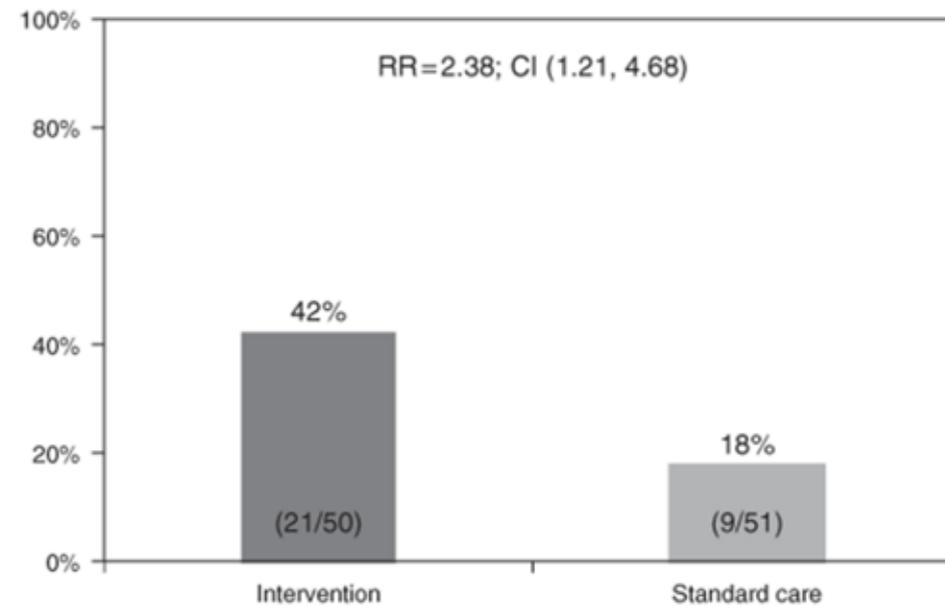


Figure 2. Intent-to-treat analysis of treatment eligibility rates. CI, confidence interval; RR, relative risk.

Am J Gastroenterol. 2011 October ; 106(10): 1777–1786



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

274

Self-Efficacy and Adherence to Antiviral Treatment for Chronic Hepatitis C

Jason E. Bonner, PhD, Denise A. Esserman, PhD,†‡ Carol E. Golin, MD,§ and Donna M. Evon, PhD**

Autoeficacia: Capacidad de movilizar recursos internos o externos para desarrollar comportamientos específicos para alcanzar metas concretas

4 áreas

- ❖ Confianza para comunicarse con el personal sanitario
- ❖ Confianza para superar los síntomas físicos del tratamiento
- ❖ Confianza para superar los síntomas emocionales del tratamiento
- ❖ Confianza para seguir el tratamiento y asistir a las consultas de seguimiento

J Clin Gastroenterol 2015;49:76–83



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva de la nueva gestión integral de la hepatitis C

275

Self-Efficacy and Adherence to Antiviral Treatment for Chronic Hepatitis C

Jason E. Bonner, PhD,* Denise A. Esserman, PhD,^{†‡} Carol E. Golin, MD,[§] and Donna M. Evon, PhD*

El análisis multivariante identificó la interacción entre la confianza para comunicarse con el personal sanitario, el sexo y la depresión como predictores independientes de fallos en la administración de ribavirina

TABLE 4. Baseline Self-Efficacy as a Predictor of Ribavirin Nonpersistence

	Baseline to Treatment Week 24			
	Unadjusted (N = 384)		Adjusted* (N = 384)	
	HR (95% CI)	P	HR (95% CI)	P
Global self-efficacy	0.73 (0.59, 0.90)	0.004	0.77 (0.58, 1.03)	0.078
Communication self-efficacy	0.83 (0.70, 0.98)	0.026	0.87 (0.73, 1.04)	0.125
Physical coping self-efficacy	0.86 (0.75, 0.98)	0.026	0.93 (0.79, 1.09)	0.380
Psychological coping self-efficacy	0.88 (0.75, 1.03)	0.107	0.97 (0.79, 1.18)	0.745
Adherence self-efficacy	0.77 (0.65, 0.91)	0.002	0.78 (0.63, 0.95)	0.013

J Clin Gastroenterol 2015;49:76–83



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

276

CALIDAD

American Association for the Study of Liver
Diseases/American Gastroenterological Association Institute/
American Medical Association-convened Physician
Consortium for Performance Improvement®

Hepatitis C Performance Measurement Set

12 acciones : Diagnostico, monitorización de la terapia antiviral, vacunación frente al VHA y VHB, consumo de alcohol, cribado para el hepatocarcinoma, participación del paciente en la toma de decisiones



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

EVALUACION DEL MODELO HOLISTICO DE ATENCION

Porcentaje de cumplimiento de los estandares de calidad

Número de personas cribadas en los grupos de riesgo identificados

Porcentaje de personas identificadas que inician tratamiento

Porcentaje de pacientes que se vuelven elegibles durante el seguimiento

Incremento de la calidad de vida en pacientes y familiares

Adherencia al tratamiento

Porcentaje de pacientes que alcanzan la respuesta virológica sostenida



abbvie

CAPITULO 8

La implicación positiva
de la nueva gestión
integral de la hepatitis C

278

CONCLUSION

Los modelos holísticos de atención para pacientes infectados con el virus de la Hepatitis C se están aplicando en países europeos demostrando tener un impacto positivo en la accesibilidad, la adherencia al tratamiento, la calidad de vida de los pacientes, la percepción de calidad en la atención en salud por parte de los profesionales de salud implicados y potencialmente sobre la respuesta virológica sostenida y la morbimortalidad asociada a la infección en comparación con el modelo de atención estándar

CAPITULO 9



La experiencia de Panamá en la gestión integral de los pacientes con VIH



abbvie



abbvie

CAPITULO 9

La experiencia de Panamá en la gestión integral de los pacientes con VIH

VIH en Panamá

Población	Prevalencia (%) (dato anterior)	Prevalencia (%) (último dato)
HSH	10.9 (2003)	17 %
Personas trans	N/A	37.6 (2012)
Trabajadoras sexuales cautivas	No se encontró ningún caso (2007)	0.01 (2010)
Trabajadoras sexuales ambulantes	4 (2002)	1.4 (2010)
Privados de libertad	N/A	2,0 (2007)
Embarazadas nacional	0.3% (2007)	0.3% (2012)
Mujeres 15 en adelante nacional	N/A	0.12% (2010)
Población general	0.8 (2010)	0.7 (2012)



abbvie

CAPITULO 9

La experiencia de Panamá en la gestión integral de los pacientes con VIH

VIH en Panamá

Población	Anterior	Actual
PTMI	9 %	3.5%
Viven VIH	11950	12500
Personas en Tratamiento	6411	7782



abbvie

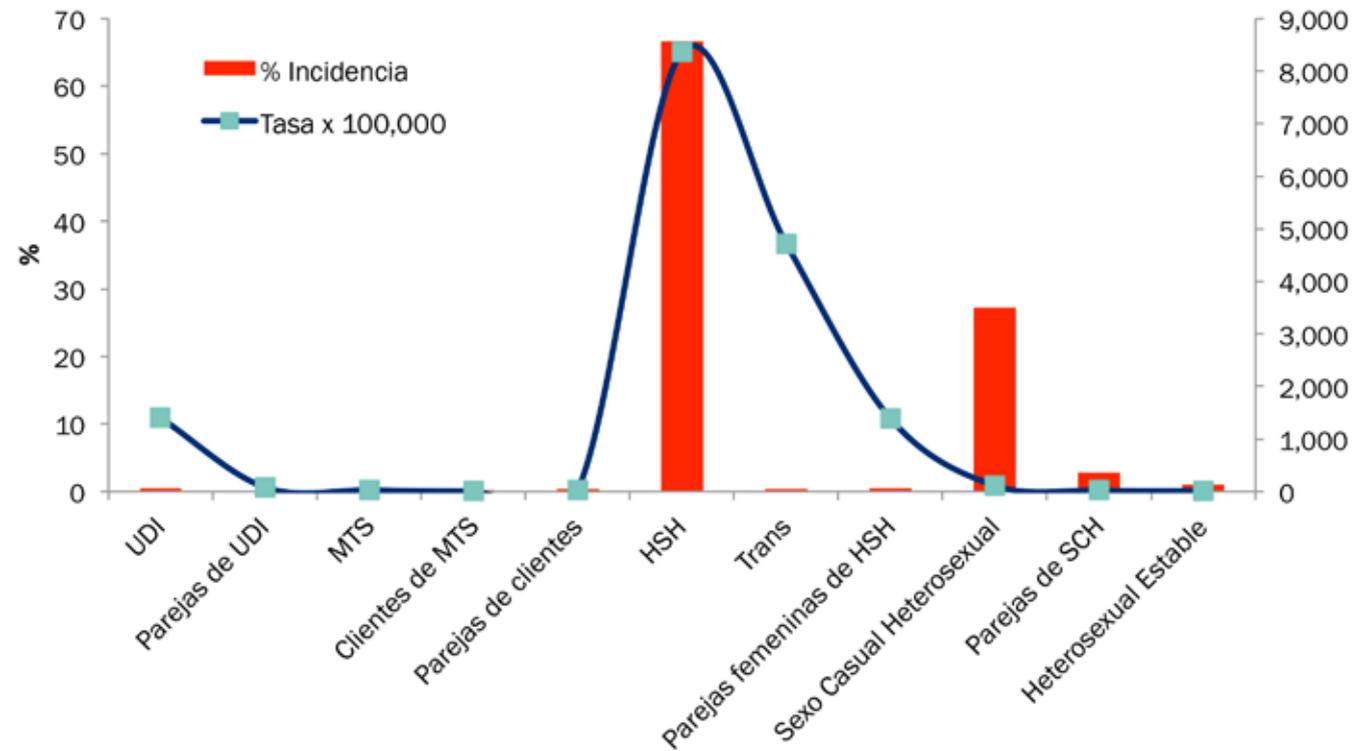
CAPITULO 9

La experiencia de Panamá en la gestión integral de los pacientes con VIH

282

Modos de transmisión del VIH

% sobre el total de nuevas infecciones previstas y tasa por poblaciones





abbvie

CAPITULO 9

La experiencia de Panamá en la gestión integral de los pacientes con VIH

283

Estrategias innovadoras

Recomendación de OMS de Tx en CD4 <500.

- 500 pacientes en CTARV con CD4 >350
- Prueba ofertada por el proveedor (Ley)
- Gratuidad de la prueba de VIH
- Nuevo algoritmo diagnóstico con 2 RT (Finalizado)
- Apertura de Clínicas Amigables (CLAM)

Programa Nacional de Hepatitis virales (B-C), VIH e ITS



abbvie

CAPITULO 9

La experiencia de Panamá en la gestión integral de los pacientes con VIH

Estrategias innovadoras

Tratamiento como prevención (TasP).

Tratamiento a PEMAR con VIH, con Carga Viral >1000

Reducir sus nuevas infecciones (1500 a 500 año) 5 años

- La carga viral (CV) llega a ser indetectable (<20 a 40 copias)
- Se detiene el progreso a SIDA
- Menos infecciones oportunistas
- Con CV indetectable no se transmite el virus de VIH
- **No se apuesta todo al uso del condón**



abbvie

CAPITULO 9

La experiencia de Panamá en la gestión integral de los pacientes con VIH

285

Estrategias innovadoras

Panamá apuesta al TasP porque:

- Demuestra que las poblaciones marginadas y minoritarias son prioritarias para el estado
- Optimiza los fondos dinero (nuevas infecciones e IO)
- Promover entornos amigables para la defensa de los derechos de los mas vulnerables al VIH



abbvie

CAPITULO 9

La experiencia de Panamá en la gestión integral de los pacientes con VIH

Clínicas amigables (CLAM)

CLAM	Colón	Metro	SM	Chiriquí	Bocas	Pma-O	Total
Total de pacientes	64	215	40	34	--	--	353
Pacientes con VIH	9	29	1	1	--	--	40
Pacientes con otras ITS	11	45	5	8	--	--	69
Apertura	Nov 2012	Abril 2012	Agosto 2013	Marzo 2013	Agosto 2014	Agosto 2014	



abbvie

CAPITULO 9

La experiencia de Panamá en la gestión integral de los pacientes con VIH

Impacto de CLAM en 5 años

	CLAM	TARV	TARV	TARV	TARV	TARV	
Año	2013	Año 1	año 2	año 3	año 4	año5	2017
Evitadas Dx	40	120	480	960	1920	3840	7320
Inversión /Ahorro	60,000 CLAM	77760	311040	610560	1198080	2304000	4501440



abbvie

CAPITULO 9

La experiencia de Panamá en la gestión integral de los pacientes con VIH

288

Nueva Ley de VIH

Garantiza la sostenibilidad de la respuesta al VIH.

Prueba ofertada por el proveedor.

Pruebas ofertada a hospitalizados

Gratuidad de la prueba a PEMAR.

Realizar pruebas al adolescentes



abbvie

CAPITULO 9

La experiencia de Panamá en la gestión integral de los pacientes con VIH

Próximos pasos

Aumentar la cobertura de pruebas a PEMAR 45/65/85

Apertura de CLAM (6) proyectadas (3)

Nota conceptual TB/VIH (2,1/5.6) Aprobada

Gratuidad de pruebas de VIH a embarazada B⁺ y B⁺plus

Gratuidad de pruebas de VIH PEMAR (TasP)



abbvie

CAPITULO 9

La experiencia de Panamá en la gestión integral de los pacientes con VIH

290

Próximos pasos

Guías de atención integral a personas con VIH

Nuevo algoritmo de diagnóstico con 2 PR

Presentación y divulgación de las guías de ITS

Decreto de apertura y normativa de CLAM

Equipamiento para point of care con CD4 y CV

CAPITULO 10



Implementación de centros
de atención integral en el
reemplazo renal en Panamá



abbvie



abbvie

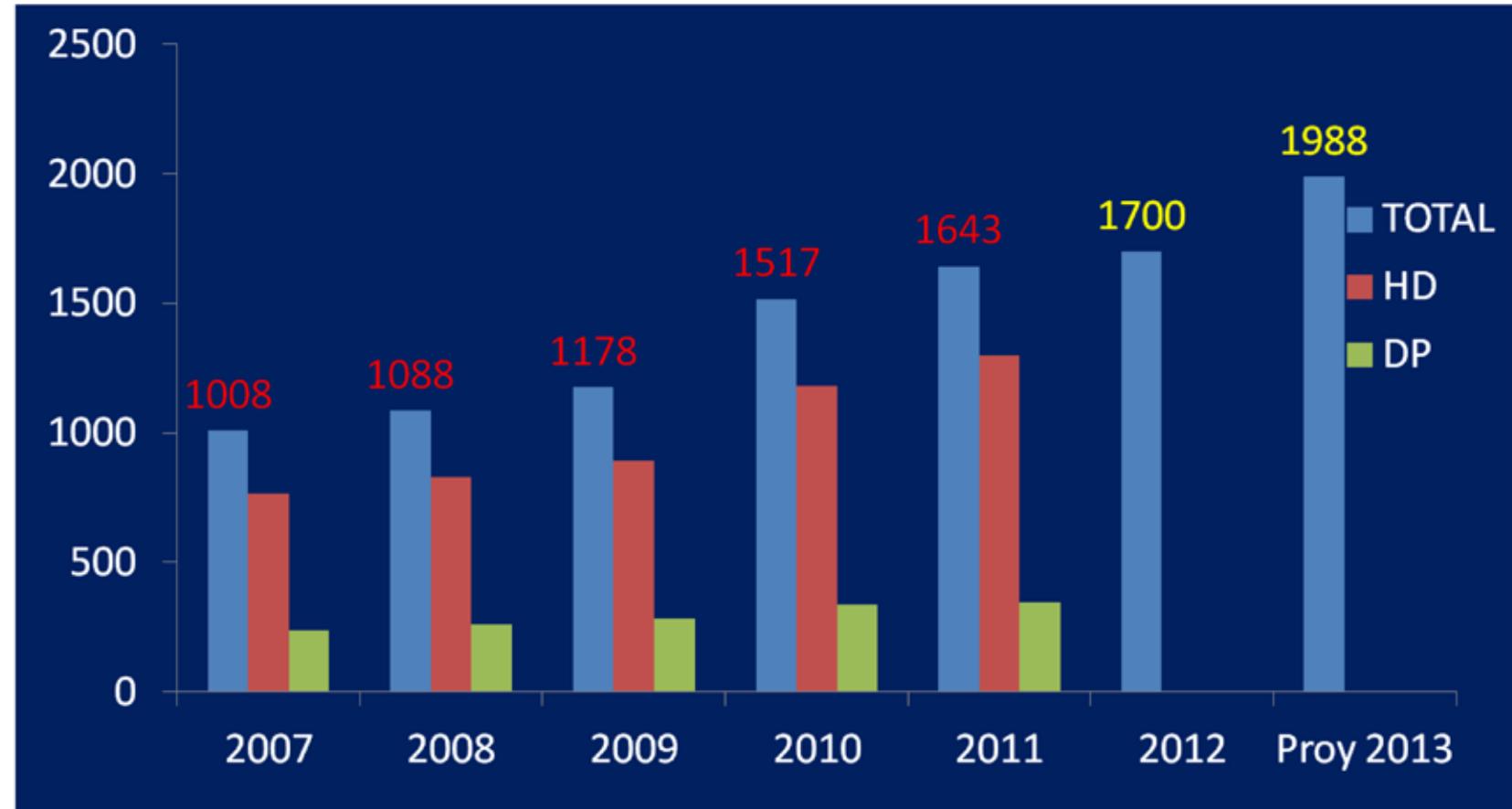
CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

292



CRECIMIENTO NACIONAL DE PACIENTES EN DIÁLISIS 2007 - 2013



Prevalencia total 2011 ~ 46.9 x 100,000 habitantes

Fuente: Registro Nacional de Nefrología



abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

293

Implementación de Centros Integrales de Atención de Reemplazo Renal en Panamá: *Situación en 2012*



- Pacientes en Hemodiálisis: **735** pacientes (aproximado).
- Pacientes en Diálisis Peritoneal: **282** pacientes.
- Pacientes trasplantados: **302** pacientes.
- Total de pacientes CSS en TRR: **1319** pacientes.
- Total de pacientes en Panamá en TRR: **1692**
- Población de Panamá: **3,787,511** ; Tasa por millón: **446.7** pacientes/M
- **7 salas** de Hemodiálisis todas intrahospitalarias.
- Localizada en las cabecera de provincia.
- Total de máquinas de Hemodiálisis: **135**.

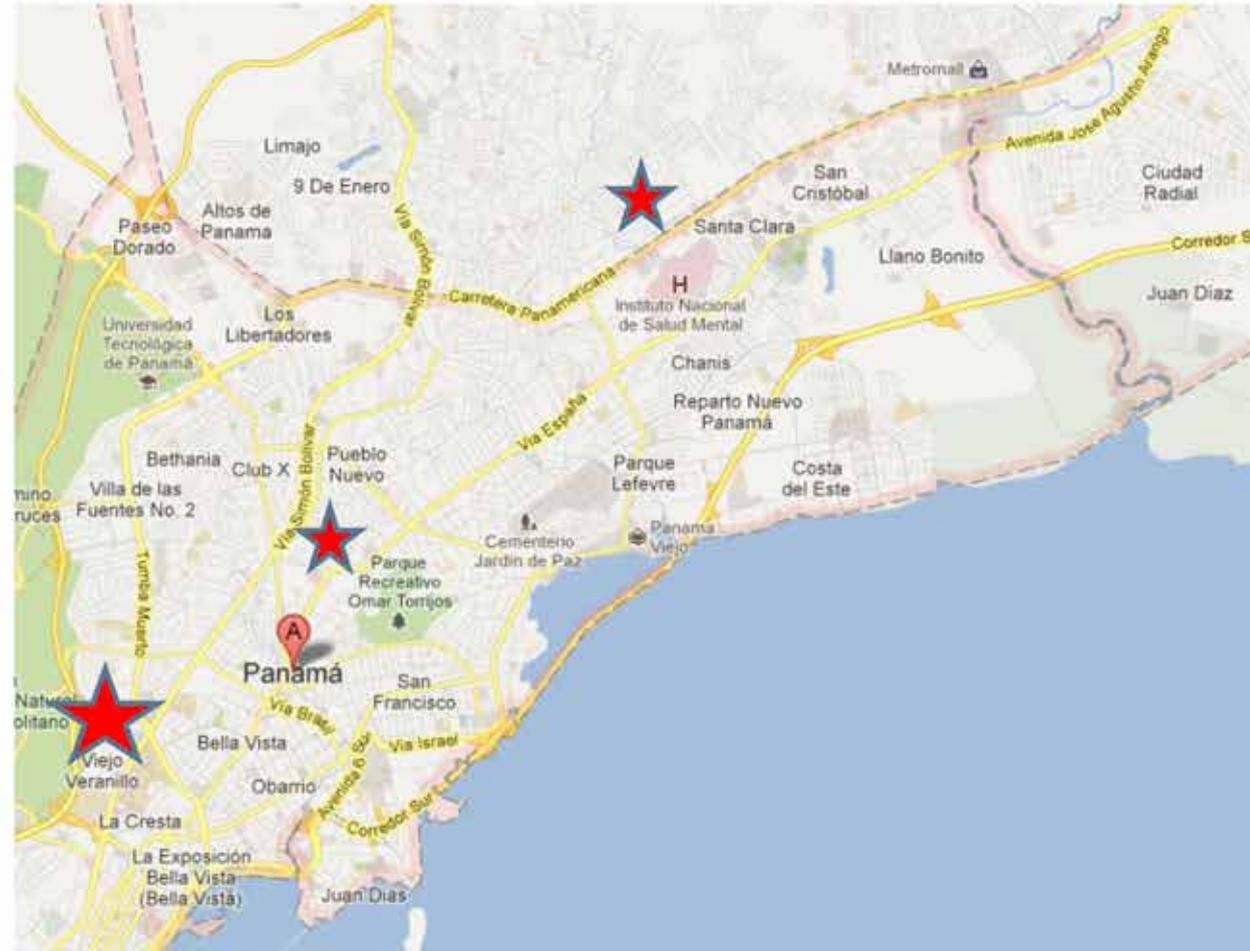


abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

Implementación de Centros Integrales de Atención de Reemplazo Renal en Panamá: Salas Hemodiálisis 2012





abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

Implementación de Centros Integrales de Atención de Reemplazo Renal en Panamá: *Situación en 2012*



- Salas inadecuadas, hacinadas y saturadas
- Hasta 4to y 5to turno.
- Problemas de transporte.
- >90% de los pacientes ingresan por Urgencias.
- Acceso vascular principalmente catéteres.





abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

296

Implementación de Centros Integrales de Atención de Reemplazo Renal en Panamá: Objetivos



- Mejorar calidad de vida:
 - ✓ Hasta 3 turnos
 - ✓ Salas extrahospitalarias cerca del domicilio
- Aumentar capacidad instalada:
 - ✓ Ambulatoria extrahospitalaria
 - ✓ Agudas intrahospitalaria
- Mejorar la atención:
 - ✓ Tratamientos 3 veces por semana, 4 horas
 - ✓ Mejora de acceso vascular
 - ✓ **Evaluación multidisciplinaria mensual (Nefrólogo, Nutricionista, Psicología)**
 - ✓ Intervención por trabajo social.



Mejorando tu calidad de vida



abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

297

Implementación de Centros Integrales de Atención de Reemplazo Renal en Panamá: Licitación pública



- Consorcio único proveedor de hemodiálisis
- SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE EQUIPOS, SUMINISTRO DE INSUMOS, MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNIDADES DE HEMODIÁLISIS, SU CORRESPONDIENTE DISEÑO, HABILITACIÓN DE ESPACIOS FÍSICOS Y/O CONSTRUCCIÓN: **9 salas nuevas.**
- Duración: 52 meses.
- Monto: \$126,341,067.84
- Costo por sesión: \$133.82



Mejorando tu calidad de vida



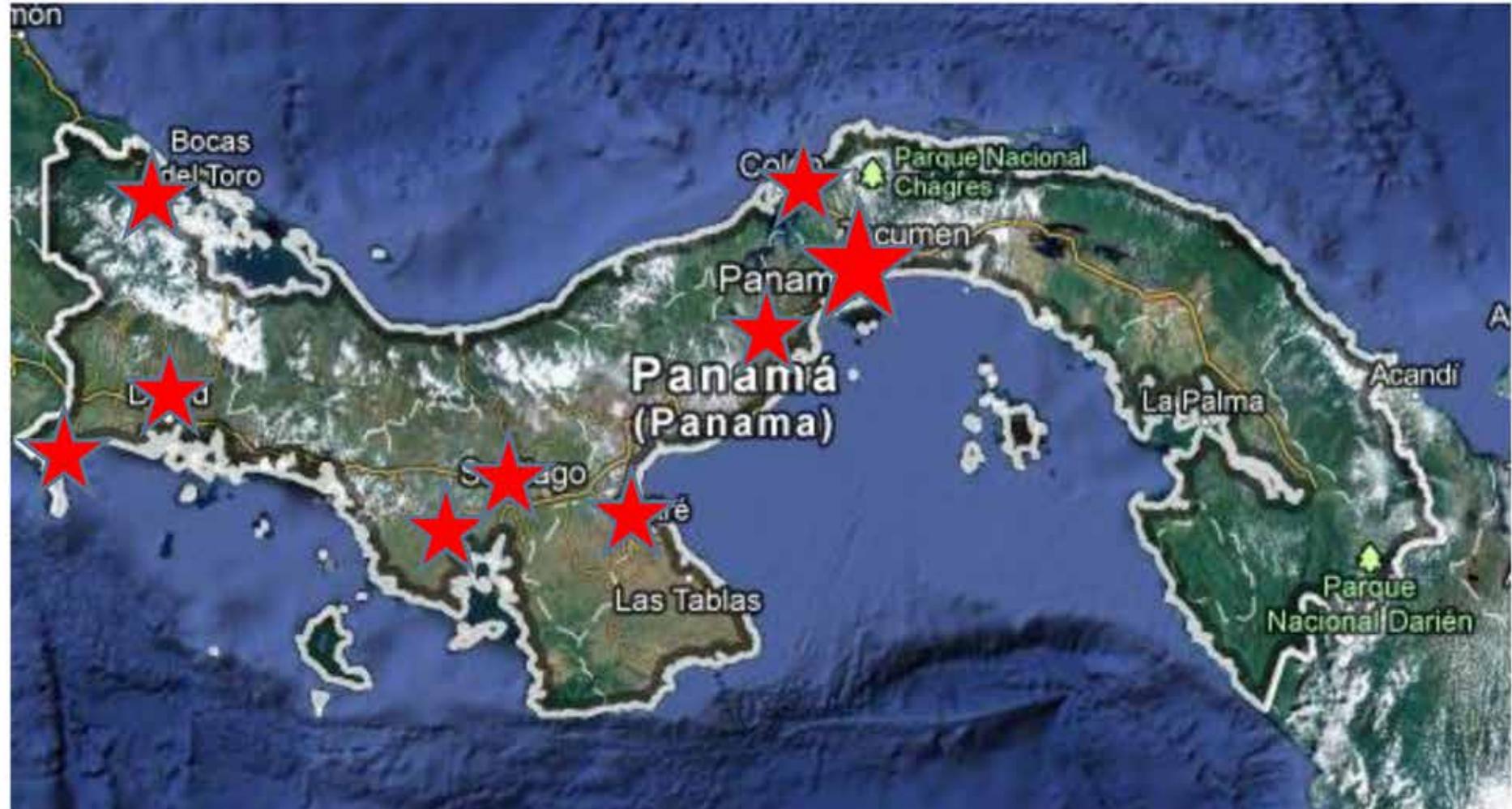
abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

298

Implementación de Centros Integrales de Atención de Reemplazo Renal en Panamá: Salas 2015





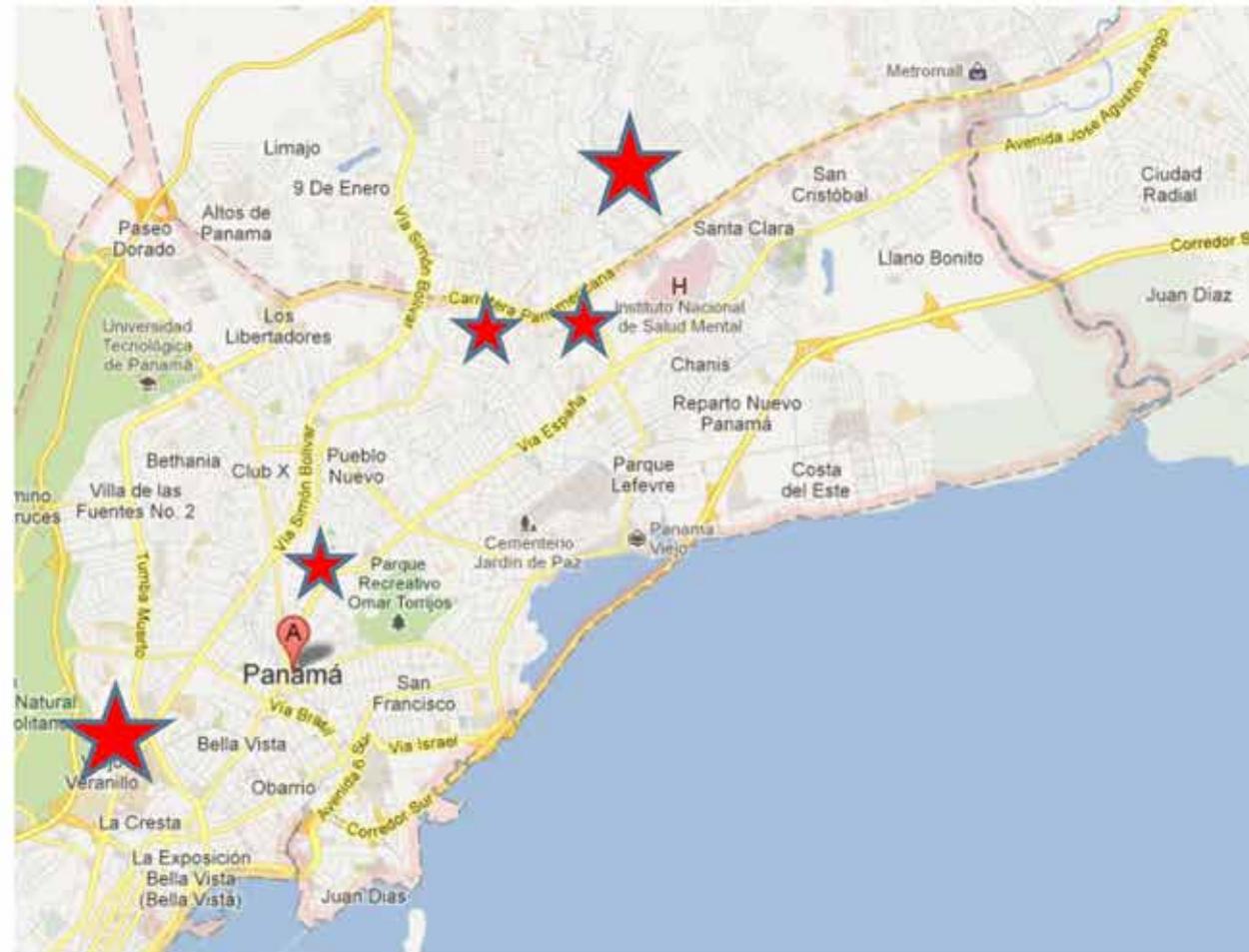
abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

299

Implementación de Centros Integrales de Atención de Reemplazo Renal en Panamá: salas 2015





abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

300

Implementación de Centros Integrales de Atención de Reemplazo Renal en Panamá: Salas 2015





abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

301



COORDINACION NACIONAL DE DIALISIS Y ENFERMEDAD CRONICA DE LOS RIÑONES



Proyecto de Diálisis Peritoneal



Plan Nacional Salud Renal



Programa Nacional de Acceso Vascular



abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

Implementación de Centros Integrales de Atención de Reemplazo Renal en Panamá: Nuevas Unidades



- Altos estándares de construcción
- Autosuficientes hasta 12 horas (planta eléctrica y reserva de agua)
- Monitoreo remoto de la sesiones.
- Administración privada.
- Personal de Salud Pública





abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

Implementación de Centros Integrales de Atención de Reemplazo Renal en Panamá: Nuevas Unidades





abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

304

Implementación de Centros Integrales de Atención de Reemplazo Renal en Panamá: Personal



- Trabajo Social:
 - ✓ Coordinadora Nacional
 - ✓ Refuerzo de trabajadoras locales.
 - ✓ De 6 a 16 trabajadoras sociales
- Enfermería
 - ✓ Máximo de 5 pacientes por enfermera
 - ✓ 5 centros de entrenamiento en el país
 - ✓ Curso de entrenamiento de 4 meses.
 - ✓ De 57 a 163 enfermeras



Mejorando tu calidad de vida



abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

305

Implementación de Centros Integrales de Atención de Reemplazo Renal en Panamá: Nefrólogo



- ✓ Un nefrólogo regente de cada unidad.
- ✓ Siempre hay uno disponible vía telefónica.
- ✓ Consulta médica 1 vez al mes a cada paciente.
- ✓ Programa de Pago por Productividad en horario extraordinario, viáticos y transporte.
- ✓ Actualmente hay 18 nefrólogos adultos y 3 pediátricos.
- ✓ 6 residentes de nefrología.



Mejorando tu calidad de vida



abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

306

Implementación de Centros Integrales de Atención de Reemplazo Renal en Panamá: Médico General



- Siempre presente en la unidad.
- Funciones:
 - ✓ Atender urgencias durante el tratamiento
 - ✓ Médico de cabecera
 - ✓ Corroboración del peso seco
 - ✓ Preparación para acceso vascular
 - ✓ Elaboración de Protocolo pre trasplante
 - ✓ Funciones administrativos y de registro
- Relación de 20 pacientes conectados por médico general
- Entrenamiento a Cuartos de Urgencia en complicaciones en pacientes de Diálisis



Mejorando tu calidad de vida



abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

307

Implementación de Centros Integrales de Atención de Reemplazo Renal en Panamá



- Farmacia
 - ✓ Unidad ejecutora con Farmaceuta regente
 - ✓ Medicamentos especiales: Eritropoyetina, Sevelamer, Cinacalcet, Paricalcitol
 - ✓ Medicamentos intrahospitalarios: Vancomicina, Ceftazidima, amikacina, heparina
- Laboratorio:
 - ✓ Química general mensual
 - ✓ KTV cada 3 meses (KTV en línea?)
 - ✓ Cinética de hierro cada 3 meses
 - ✓ PTH intacta cada 3 meses
 - ✓ Pruebas virales cada 3 meses



Mejorando tu calidad de vida



abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

308

Implementación de Centros Integrales de Atención de Reemplazo Renal en Panamá: Protocolos de Atención



- Ingreso a pacientes, manejo inicial y referencia a unidades periféricas.
- Referencia y contrareferencia
- Evaluación preoperatoria
- Adecuación
- Anemia
- Metabolismo mineral óseo



Mejorando tu calidad de vida



abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

309

Implementación de Centros Integrales de Atención de Reemplazo Renal en Panamá: Indicadores*



- Acceso vascular: % de accesos permanente (FAV/Injertos AV), >80%.
- Adecuación: % de pacientes en meta (1.2)
- Hemoglobina: % de paciente en meta (10-12mg/dL)
- Fósforo: % de pacientes en meta (<5.5)
- Lista de espera: % de pacientes en lista



Mejorando tu calidad de vida



abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

310

Implementación de Centros Integrales de Atención de Reemplazo Renal en Panamá



- Programa de Creación de Accesos Vasculares:
 - ✓ Creación de 3 centros de excelencia
 - ✓ Procedimiento ambulatorio
 - ✓ Anestesia general
 - ✓ 3 coordinadores: Insumos, Clínico y quirúrgico
 - ✓ Pago por primas de productividad

- ✓ En 18 meses se han realizado 600 accesos vasculares con % de falla primaria menor de 10%.



Mejorando tu calidad de vida



abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

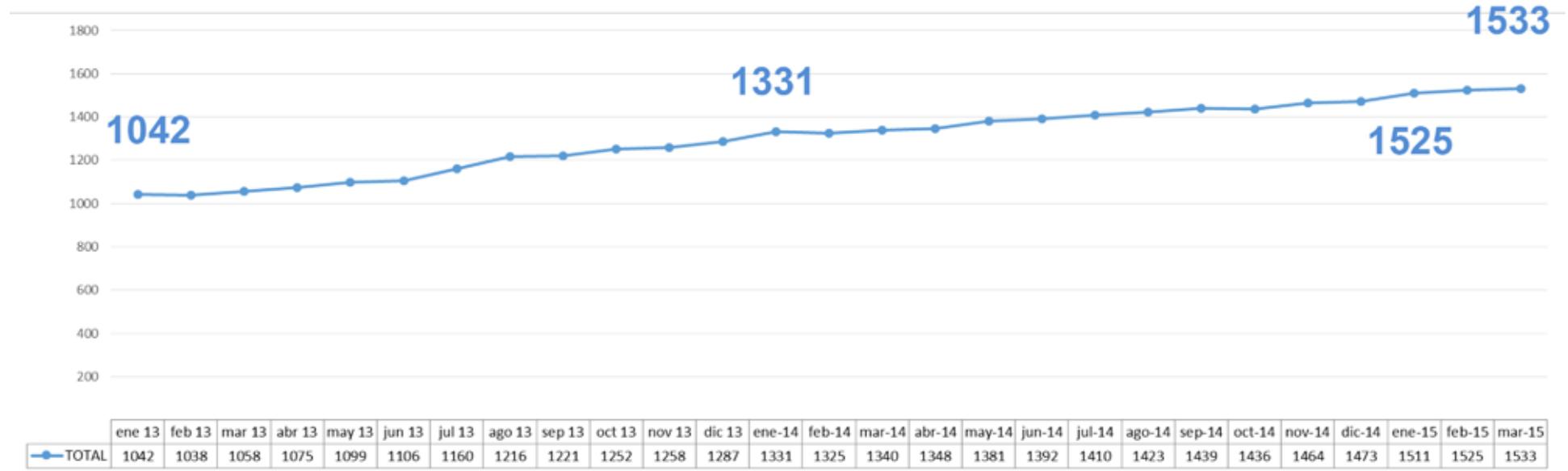


Número Mensual de Pacientes en Hemodiálisis de enero 2013 - septiembre 2015

Crecimiento anual:

27.7%

13.5%





abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

312



Estadísticas de Ingresos y Egresos Proyecto de Hemodiálisis – Febrero 2013 a febrero 2014

- Ingresos nuevos anual: 482 pacientes.
- Ingreso mensual promedio: 40 pacientes.
- Retiro del Proyecto: 194 pacientes.
- Crecimiento neto de pacientes: 288 pacientes.
- Crecimiento mensual neto: 24 pacientes.

CUAUSAS DE RETIRO DEL PROYECTO			
DEFUNCIONES			134
TRASPLANTE			22
CAMBIO A DIALISIS PERITONEAL			18
PERDIDA DE SS EN AREA METRO			3
RETIRO DE DIALISIS (MANEJO MEDICO)			8
RECUPERO FUNCION RENAL (AGUDAS)			3
DESCONOCIDAS			6
TOTAL			194





abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

313



Estadísticas de Ingresos y Egresos Proyecto de Hemodiálisis – Febrero 2013 a febrero 2014

- Ingresos nuevos anual: 482 pacientes.
- Ingreso de prevalencia salas de MINSA: 86
- Ingresos nuevos reales: 396 pacientes.
- Ingreso mensual promedio ajustado: 33 pacientes.
- Retiro del Proyecto: 194 pacientes.
- Crecimiento neto pacientes ajustado: 202 pacientes.
- Crecimiento mensual neto ajustado: 17 pacientes.



- HST 20 pacientes
- Hosp. Chicho Fábrega 11 pacientes
- Hosp. Aquilino Tejeira 55 pacientes



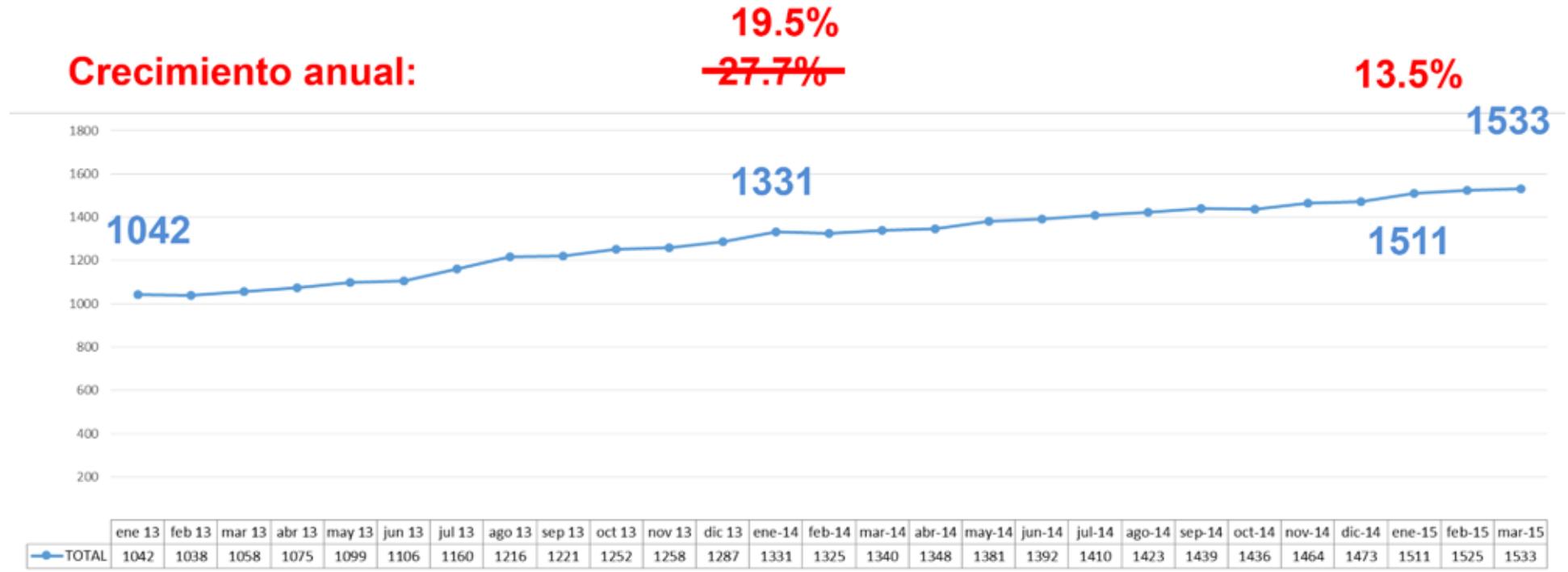
abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá



Número Mensual de Pacientes en Hemodiálisis de enero 2013 - septiembre 2015





abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

315



Estadísticas de Ingresos y Egresos Proyecto de Hemodiálisis – Febrero 2013 a febrero 2014

- Riesgo de Morir en 1 año (mortalidad): 13%.
- Riesgo de ser trasplantado: 2.1%.
- Riesgo de recuperar función renal: 0.29%





abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

316



Estadísticas de Ingresos y Egresos Proyecto de Hemodiálisis – Febrero 2014 a febrero 2015

- Ingresos nuevos anual: 462 pacientes.
- Ingreso mensual promedio: 38.5 pacientes.
- Retiro del Proyecto: pacientes: 268
- Crecimiento neto de pacientes: 194 pacientes.
- Crecimiento mensual neto: 16.2 pacientes.

CUAUSAS DE RETIRO DEL PROYECTO			
DEFUNCIONES			179
TRASPLANTE			21
CAMBIO A DIALISIS PERITONEAL			29
PERDIDA DE SS EN AREA METRO			5
RETIRO DE DIALISIS (MANEJO MEDICO)			6
RECUPERO FUNCION RENAL (AGUDAS)			13
DESCONOCIDAS			15
TOTAL			268





abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

317



Estadísticas de Ingresos y Egresos Proyecto de Hemodiálisis – Febrero 2014 a febrero 2015

- Riesgo de Morir en 1 año (mortalidad): 13.4%.
- Riesgo de ser trasplantado: 1.6%.
- Riesgo de recuperar función renal: 0.98%





abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

318



Estadísticas de Proyecto de Hemodiálisis al 31 de marzo 2014

- Total de pacientes Hemodiálisis: 1330.
- Edad Promedio 54.4 años.
- Masculino: 61.8%
- Femenino: 38.2%





abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

319



Estadísticas de Proyecto de Hemodiálisis al 31 de marzo 2015

- Total de pacientes Hemodiálisis: 1525.
- Edad Promedio 54.3 años.
- Masculino: 62.5%
- Femenino: 37.5%





abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

320



Estadísticas de Proyecto de Hemodiálisis al 31 de marzo 2014

- Total de pacientes en TRR: 2083.
- Total de pacientes Trasplantados: 426.
- Total de pacientes en Diálisis: 1663.

- Total de pacientes en Hemodiálisis: 1330.
- Total de pacientes PD: 333.
 - Hospital Especialidades pediátricas: 6.
 - CAIPAR: 34
 - Policlínica Santiago Barraza: 29.
 - Complejo Hospitalario Dr. A.A.M.: 122.
 - Hospital Rafael Hernández: 31.
 - Hospital Rafael Estévez: 72
 - Hospital Gustavo Nelson Collado: 40.





abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

321



Estadísticas de Proyecto de Hemodiálisis al 31 de marzo 2015

- Total de pacientes en TRR: 2324.
- Total de pacientes Trasplantados: 440.
- Total de pacientes en Diálisis: 1884.

- Total de pacientes en Hemodiálisis: 1525 (81%).
- Total de pacientes PD: 359 (19%).





abbvie

CAPITULO 10

Implementación de centros de atención integral en el reemplazo renal en Panamá

322



Estadísticas de Proyecto de Hemodiálisis al 31 de marzo 2015

- Población panameña estimada (2015): **3,975,404**
Meta de OMS/OPS para LA a diciembre 2019:
700 pacientes/M
- Cobertura total en TRR CSS: **585 pacientes/M**
- Cobertura total en TRR MINSA (330): 83 pacientes/M
- Cobertura total en Privados (113): 28 pacientes/M
- Cobertura de TRR en Panamá: 696 pacientes/M
- % de Cobertura (CSS/MINSA/Privado)
– **84%/11.9%/4.1%**



CAPITULO 11



Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión



abbvie



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

324

1. **La era de la peste y el hambre:** mortalidad alta y fluctuante (impide crecimiento sostenido de población), con esperanza de vida variable y baja, entre 20 y 40 años.

2. **La era del retroceso de las pandemias:** la mortalidad disminuye progresivamente, con la disminución de picos epidémicos. La esperanza de vida aumenta de manera constante aproximadamente 30 a 50 años. El crecimiento demográfico es sostenido y comienza a ser exponencial.

(Los promedios de crecimiento de población en 1950, 60 y 70, fueron de 1,8% por año, y el mundo creció en 2 billones de personas entre 1950 y 1980.)



1970: Abdul Omran

3. **La era de las enfermedades degenerativas y artificiales:** La mortalidad sigue disminuyendo y, se acerca la estabilidad en un nivel relativamente bajo.

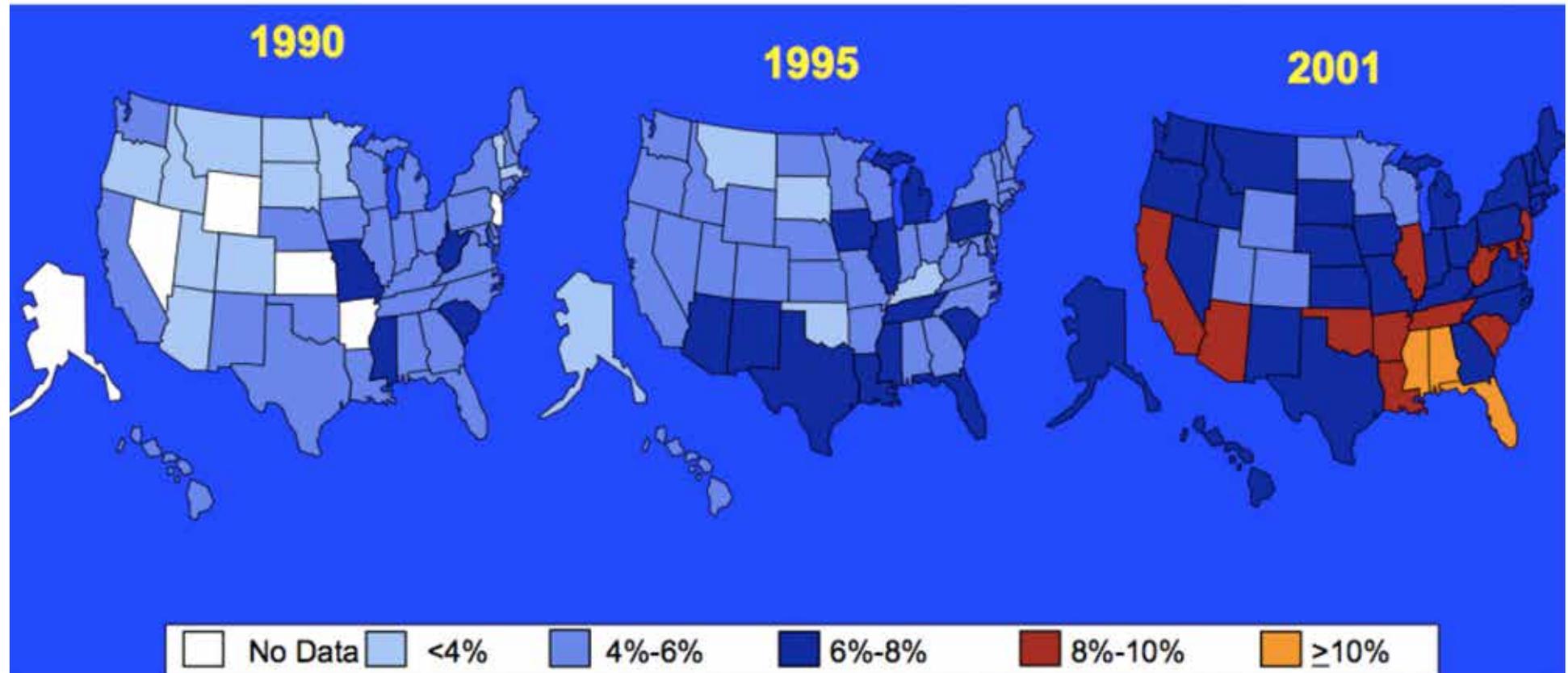


abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

- 7 de cada 10 muertes
 - 72% del gasto
- están relacionadas con la enf. crónica*



2/3 del aumento en el gasto actual
se debe al aumento de la prevalencia de enf. crónicas



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

**Los factores de riesgo
más importantes son:**

**Hipertensión
(20% a 40% de la población)**

**Diabetes
(5% - 10% de la población)**

**En la región de las Américas cada año,
casi 4 millones de personas mueren a
causa de las ECNT, lo cual representa
el 76% de todas las defunciones.**

**Más de un tercio de estas muertes son
antes de los 70 años, la mayoría son
evitables y podrían posponerse.**

**Obesidad (26% de los adultos,
más que cualquier otra región)**

**Uso de tabaco
(22% de la población)**



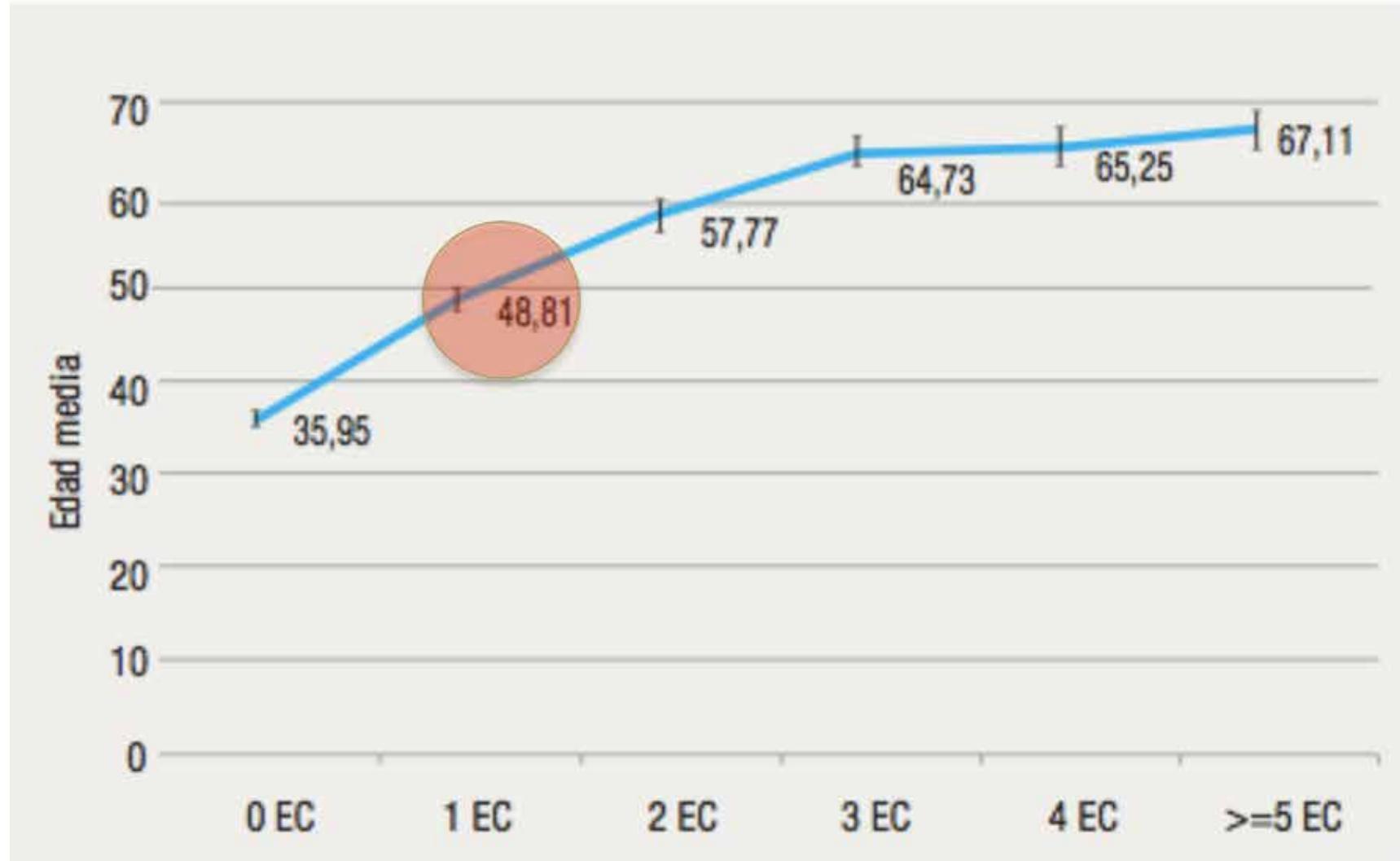
abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

327

Un problema de edad?

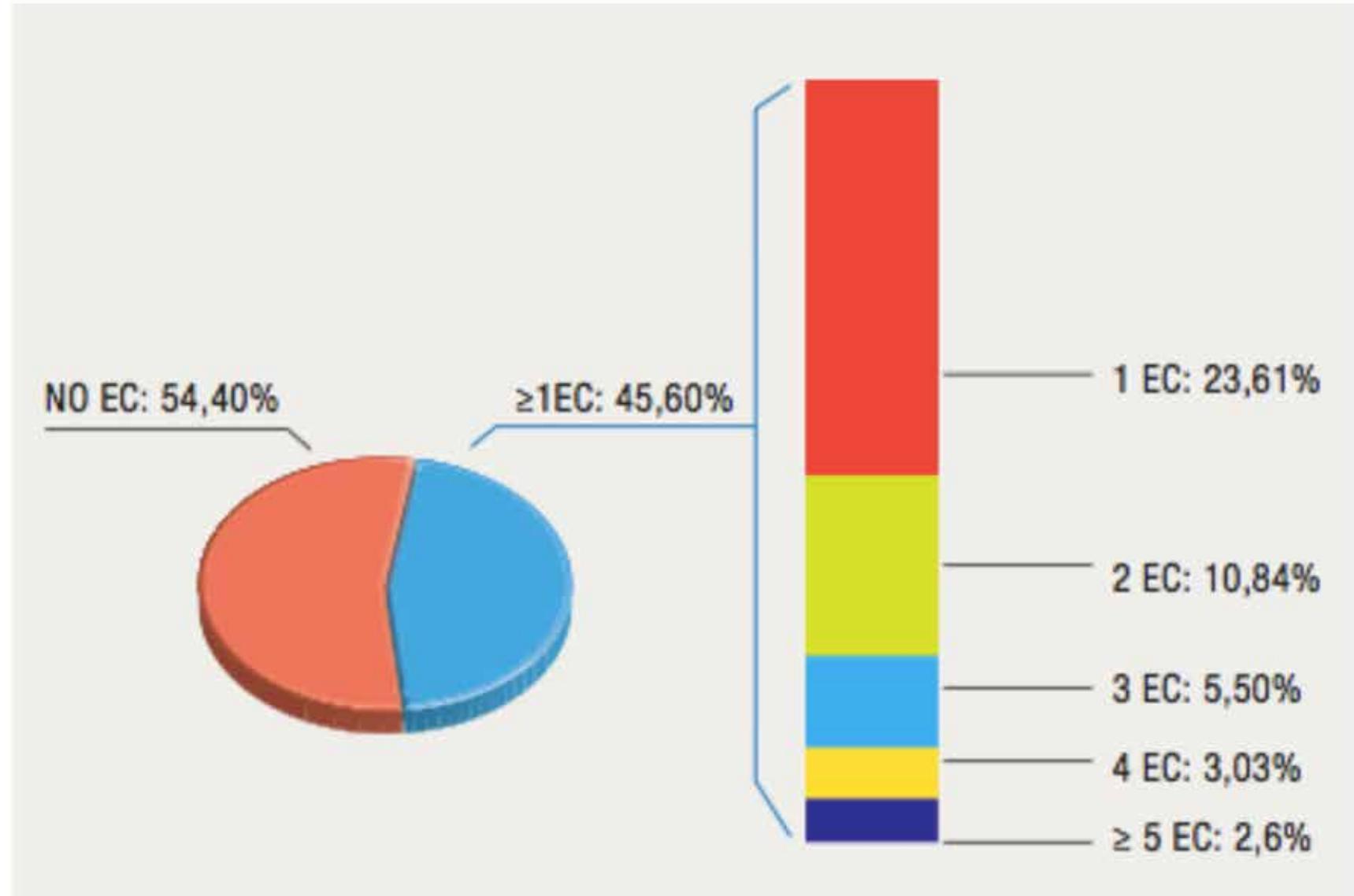




abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión



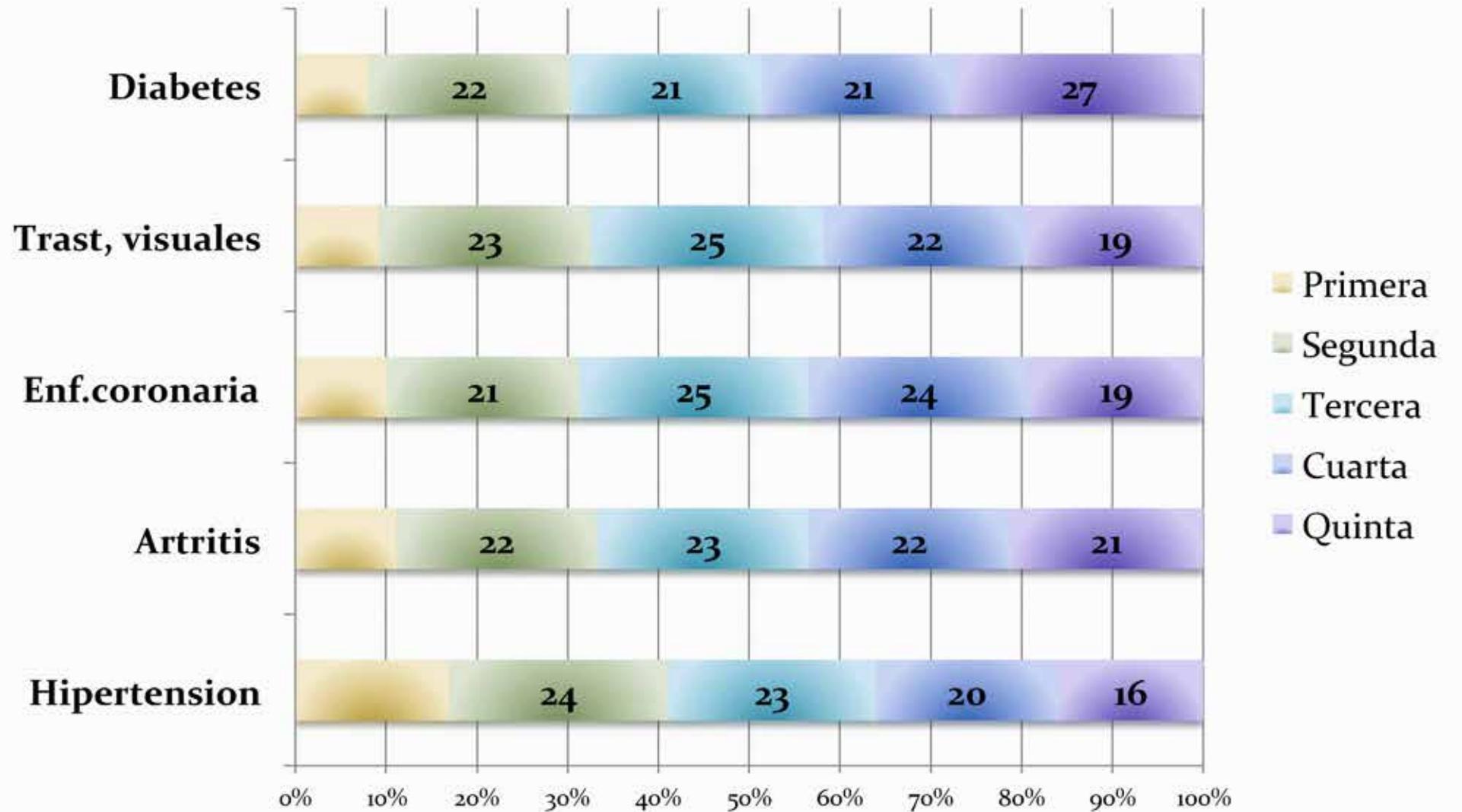


abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

329



Fuente: John Hopkins univ. 2004



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

330

Consumo de medicamentos y enfermedad crónica





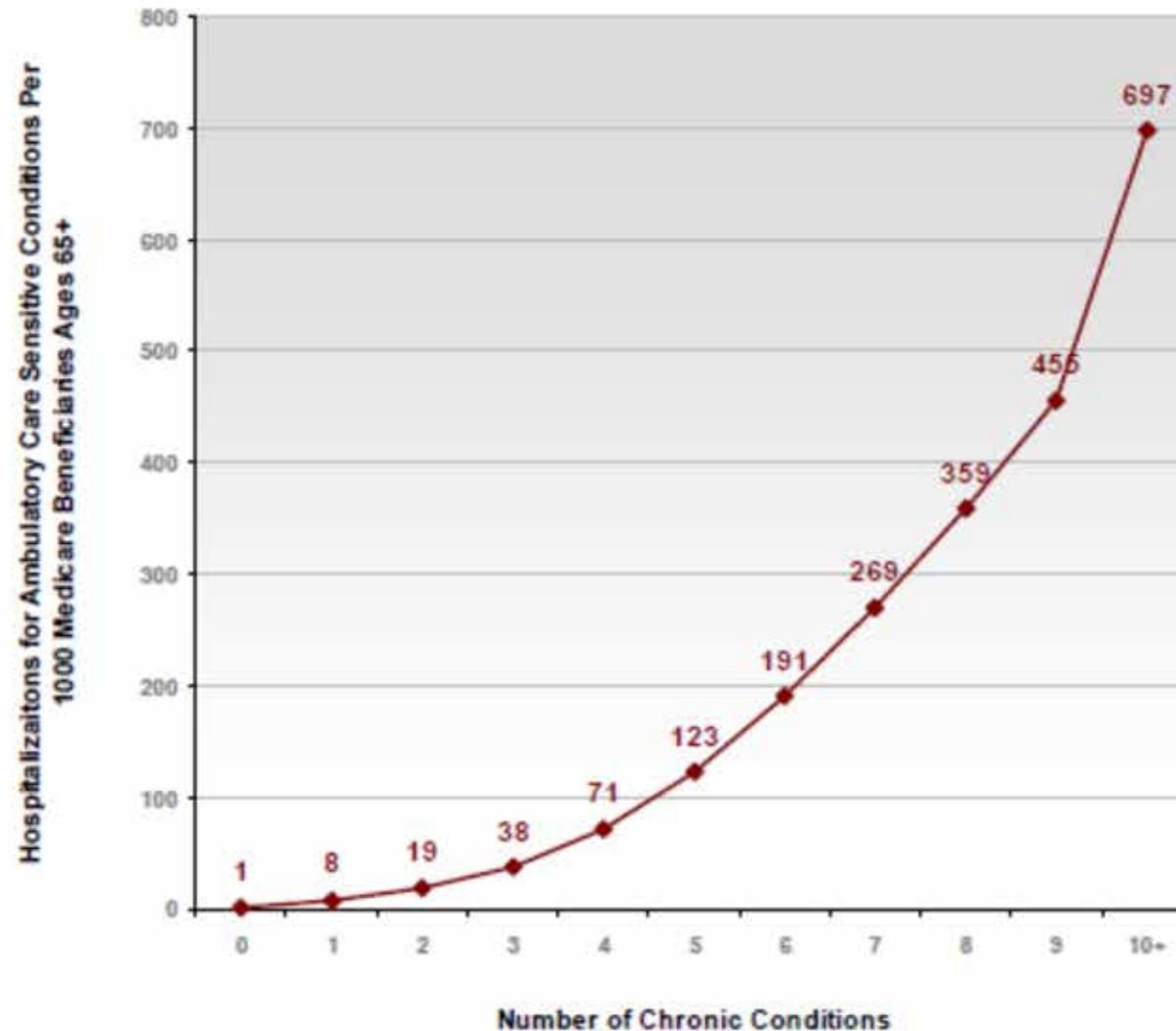
abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

331

La falta de... o pobre coordinación de los cuidados incrementa las hospitalizaciones evitables o innecesarias



Source: Medicare Standard Analytic File, 2004



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

332

● **TENEMOS UNA EPIDEMIA, que NO VA A MEJORAR**

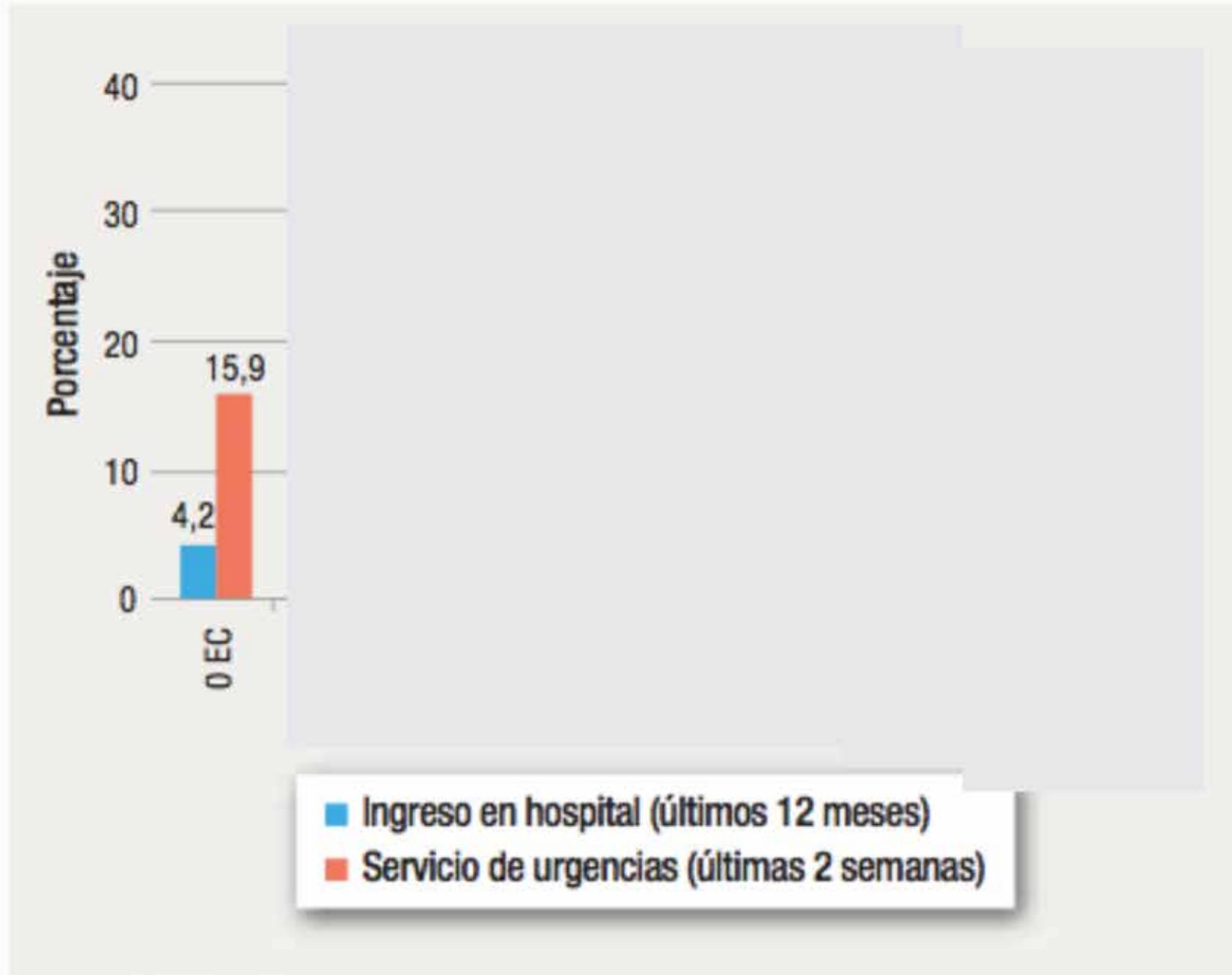
- En 2010, el *costo global de las ECV* se estimó en **US\$ 863 mil millones**; y aumentará a más de **\$US 1 billón en 2030 (>22%)**.
- En *cáncer*, los 13,3 millones de nuevos casos reportados en el 2010 costaron **US\$ 290 mil millones**,
- Los *costos relacionados con las ECNT* se proyectan que lleguen a **US\$ 458 miles de millones para el año 2030**.
- La *diabetes* le costó a la economía global casi **US\$ 500 mil millones** en 2010 (se proyecta que aumente a por lo menos **US\$ 745 mil millones en el 2030**, con los países en desarrollo asumiendo la mayor parte. Representó el **9% del gasto total en salud** en Sud y Centroamérica y alcanzó el **14%** en Norteamérica, incluyendo los países angloparlantes del Caribe y Haití.
- El *costo actual* del tratamiento de la *diabetes* es el **doble** del costo del tratamiento del VIH, alcanzando **US\$ 10,7 mil millones sólo en Latinoamérica**
- En **México**, si la prevalencia de *diabetes e hipertensión* continúa elevándose como se predijo, se estima que el gasto nacional de salud tendrá que incrementarse **5% - 7% cada año**, sólo para satisfacer las necesidades de los recién diagnosticados . En **Trinidad y Tobago**, el costo actual de la hipertensión y la diabetes se estima en un **8% del PIB**.
- En **Brasil**, la pérdida proyectada del ingreso nacional que se atribuye a las ECNT, será del **3,21% del PBI** en el 2015.



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión





abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

334

● **TENEMOS UNA EPIDEMIA; NO VA A MEJORAR**

Un estudio sobre calidad de la atención médica a la diabetes proporcionada por médicos generales del sector privado en 9 países de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Chile, C. Rica, Ecuador, Guatemala, México, Perú y Venezuela), revela que:

- **58% de los pacientes tenían una dieta pobre,**
 - **71% eran sedentarios**
 - **79% eran obesos o con sobrepeso**
 - **En el 78% de los pacientes se observó control glucémico deficiente;**
 - **La proporción de pacientes con hemoglobina glicosilada (A1c) <7,0% fue del 43%**
 - **86% de los pacientes registraron comorbilidades asociadas a la diabetes tipo 2**
-
- El Ca de mama, se diagnostica a más de 100.000 mujeres anualmente en Latinoamérica y el Caribe, y causa aproximadamente 37.000 muertes al año.
 - A pesar de que se han visto algunas mejoras recientemente en algunos países, el **30 - 40% de las mujeres con Ca de mama se diagnostican en etapas avanzadas**, en comparación con sólo el 10% en los países industrializados



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

Crisis del Modelo de Atención Predominante

- ✓ Centrado en la atención episódica de cuadros agudos,
- ✓ Hospital-céntrico con alta dependencia y consumo de tecnología,
- ✓ Pobre continuidad de la atención, calidad y economías de escala
- ✓ Sistemas de referencia y contra-referencia inoperantes,
- ✓ Generador de gran insatisfacción ciudadana.

Los sistemas de Referencia y Contra-referencia no solucionaran los problemas de la fragmentación.



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

336

Fragmentación del Cuidado



➤ Falta de acceso

- Demanda reprimida o insatisfecha
- Listas de espera
- Atención por estancos

➤ Perdida de oportunidad en la atención

- Derivaciones tardías o innecesarias
- Cuidados inapropiados en lugares inapropiados
- Verticalización de la atención

➤ Pobre continuidad de los procesos asistenciales

- Repeticiones innecesarias de historial clínico o pruebas diagnósticas
- Falta de una fuente usual de atención

➤ Falta de conformidad de los servicios con las necesidades y las expectativas de los usuarios

- Programas verticales no acordes con el perfil demográfico o de morbilidad
- Intervenciones que no toman en cuenta las particularidades culturales



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

337

“Las personas con condiciones crónicas intentan obtener un continuo de servicios en un sistema de financiamiento y provisión de servicios de salud orientado a la provisión episódica de cuidados.”





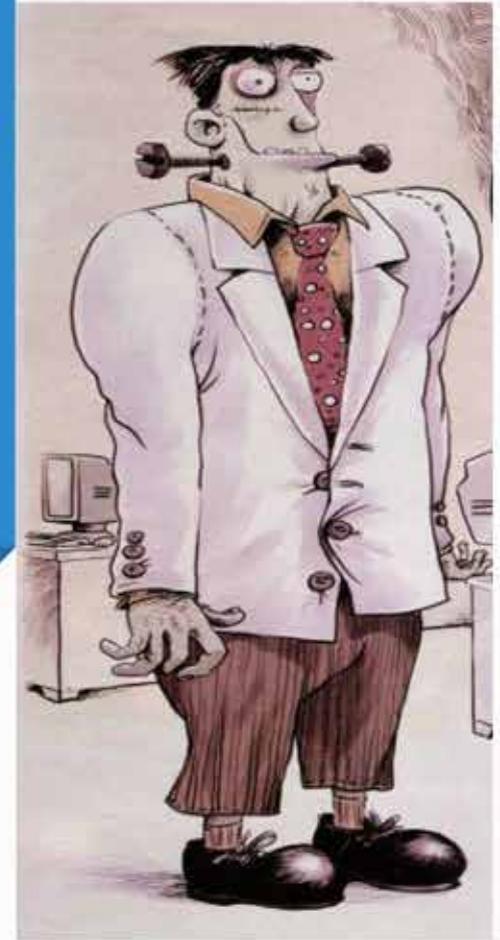
abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

Fragmentación de la Red de Servicios y de los Cuidados

- “coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial” (Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Vol. 1, p. 319. Washington, DC: OPS; 2007)



Algunas causas de la fragmentación

- **Descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención,**

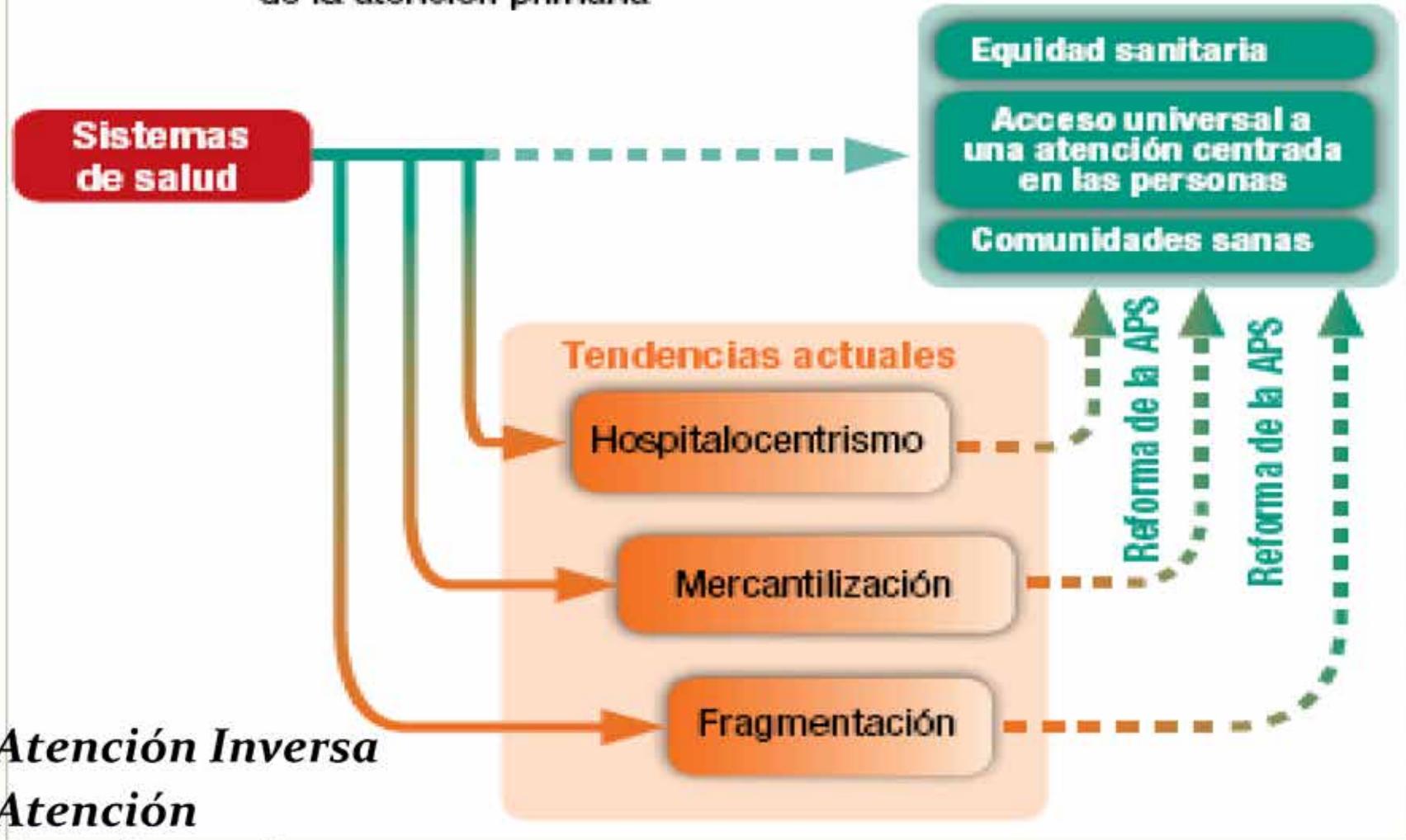


abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

Figura 1.10 Los sistemas de salud se apartan de los valores fundamentales de la atención primaria



- *Atención Inversa*
- *Atención Empobrecedora*
- *Atención Fragmentada*
- *Atención Peligrosa*



abbvie

CAPITULO 11

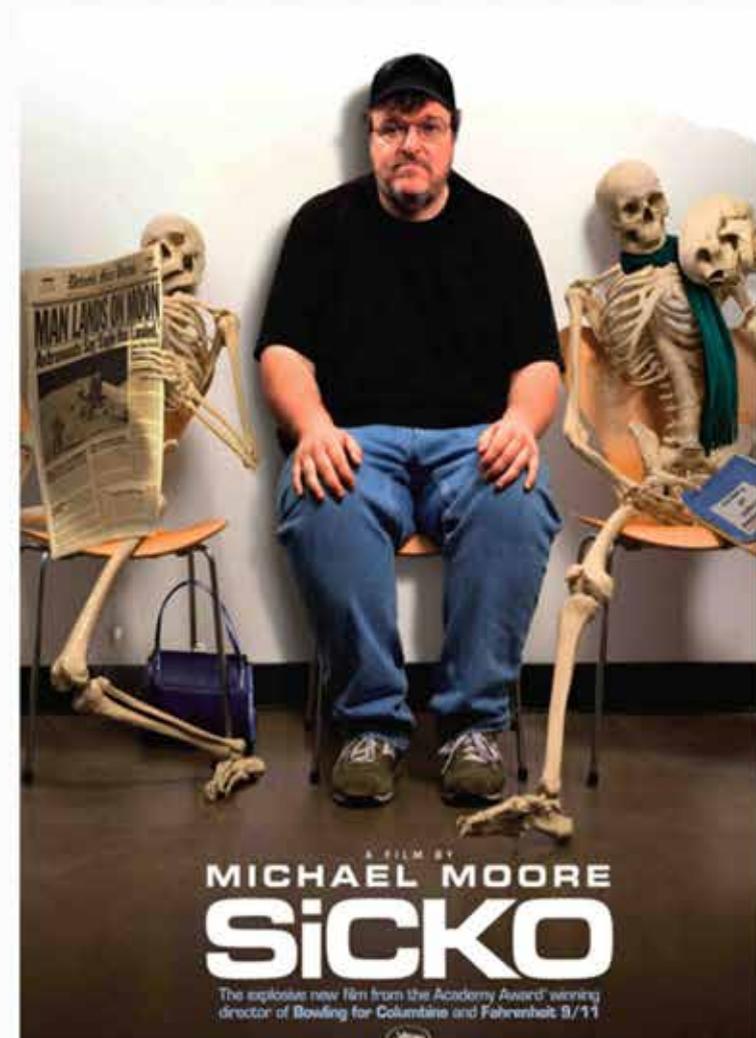
Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

Aquí, allá y en todas partes....

¿Cómo financiar y hacer sostenible el sistema sanitario?

¿Cómo proteger a las personas de las consecuencias financieras de la enfermedad y del pago de los servicios sanitarios?

¿Cómo fomentar el uso óptimo de los recursos disponibles?



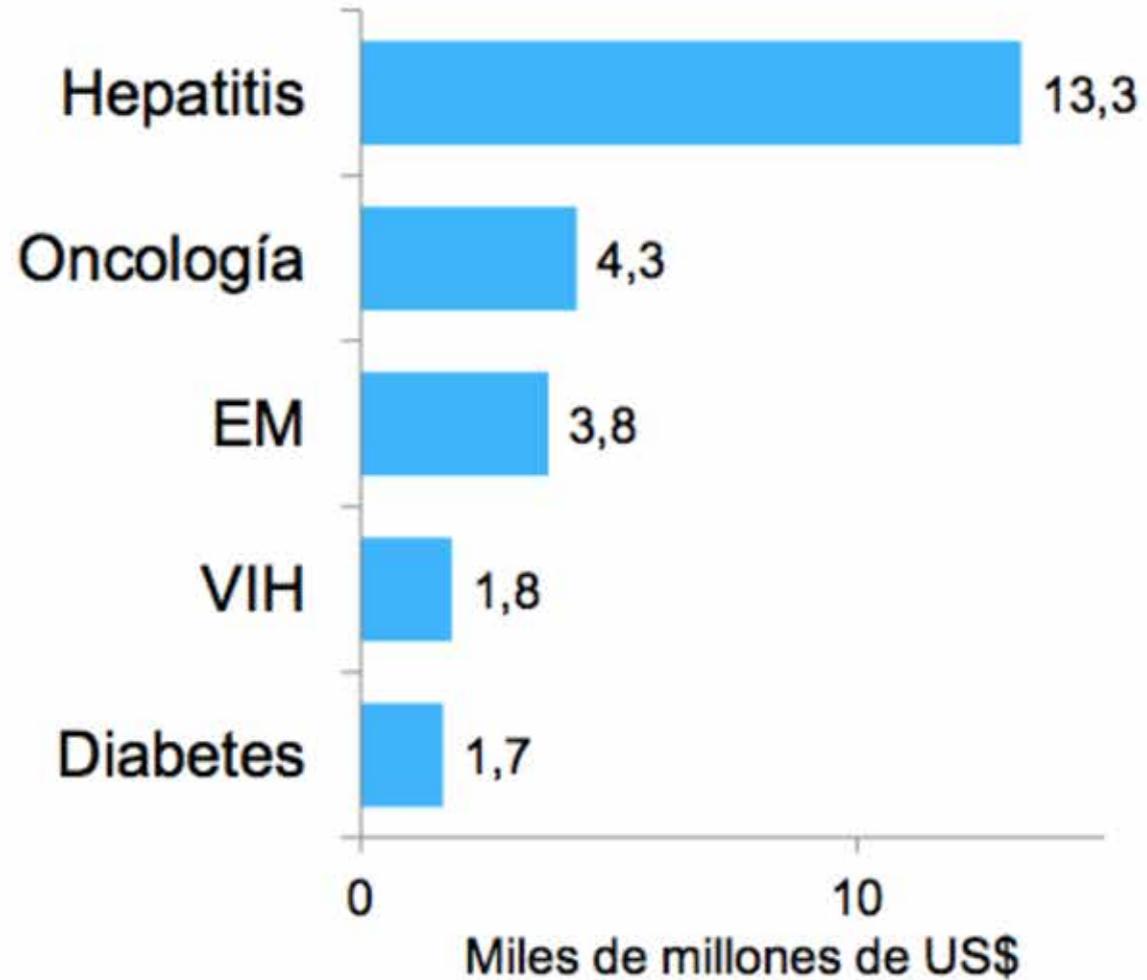


abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

Crecimiento del gasto en marcas nuevas



Fuente: IMS Market Prognosis, marzo de 2015
LATAM World Review 0515



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

342

● **TENEMOS UNA EPIDEMIA que NO VA A MEJORAR**

- **TENEMOS ALGUNOS MODELOS Y MARCOS DE REFERENCIA y ALGUNAS HERRAMIENTAS :**

Gestión del cambio ?

Liderazgo clínico real /Participación de los profesionales

Gestión estratégica de “sistema”

Uso de tecnología más y más compleja en sistemas de información

Procesos explícitos para compartir los datos de rendimiento de los profesionales (“healthy competition”)

Cultura de responsabilización.

Educación del paciente y auto -gestión

Perseverancia; continuidad; años.

- **TENEMOS EVIDENCIA CRECIENTE y RESULTADOS ESPERANZADORES**

- ***75% de los re-ingresos hospitalarios son evitables*** (13% de los ingresos en un hospital)

Esta situación se puede corregir :

- *disminuyendo las complicaciones durante la estancia hospitalaria*
- *mejorando la comunicación en el proceso de alta hospitalaria*
- *promoviendo una monitorización estrecha con el paciente*
- *ejerciendo una participación activa por los pacientes*
- *mejorando la comunicación y colaboración con la a. primaria después del alta.*

¿¿¿ **CÓMO AVANZAR ???**



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

343

Aquí, allá y en todas partes....

¿Cómo financiar y hacer sostenible el sistema sanitario?

¿Cómo proteger a las personas de las consecuencias financieras de la enfermedad y del pago de los servicios sanitarios?

¿Cómo fomentar el uso óptimo de los recursos disponibles?

- Universalidad del aseguramiento
- Financiamiento predominantemente s/ RRGG
- **Canasta prestacional**
- **Protocolización**
- **Evaluación de tecnologías**
- Marco regulatorio
- **Participación Ciudadana**
- Universalidad de la cobertura de EAC
- **Educación Médica**
- **Gestión de redes**
- **Innovación en modalidades de contratación**
- Asociación público privada



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

¿ Se puede manejar a los pacientes crónicos de una forma diferente?



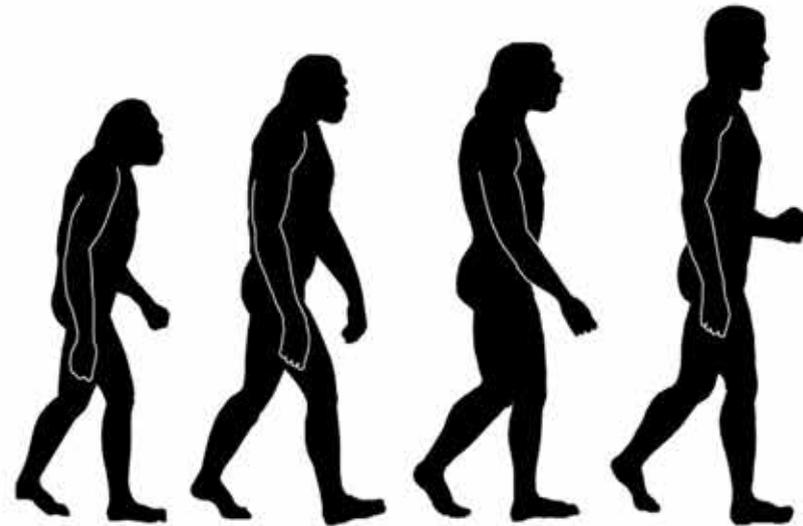


abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

Es posible reducir la mortalidad consecutiva a las ECNT al combinar la prevención (mediante la identificación y atención de los sujetos en riesgo)



2.5 million years





abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

y el tratamiento eficaz de los casos

Entre 1980 y el 2000, el decrecimiento de la mortalidad cardiovascular en E. Unidos se explica por la suma de acciones preventivas y terapéuticas:

- **44%** de la reducción se debe al tratamiento de los casos en riesgo.
- **24%** consistió en la disminución de las concentraciones del colesterol
- **20%** tratamiento de la hipertensión arterial
- **12%** tabaquismo
- **5%** inactividad física.
- **47%** tratamiento de los episodios coronarios.



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión



1993

“Disease Management” ?

Gestión de Enfermedades

Case Management (Gestión de casos), *Care Management* (Gestión de atención o cuidados) y *Care Coordination* (Coordinación de cuidados).
Gestión de Patologías, Gestión Integral de Patologías, Atención Integral de Patologías, Gestión de Procesos

Proceso de **optimización de la provisión de cuidados** mediante la **coordinación de recursos** a lo largo de todo el sistema de salud, durante todo el ciclo de vida de la enfermedad, basado en la **evidencia científica** y orientado a mejorar la calidad y los resultados (clínicos, económicos, calidad de vida y satisfacción de usuarios y profesionales) **al menor costo posible**.

Más que una técnica concreta, un **proceso de transformación estratégica** de la organización sanitaria y de la forma de prestar servicios y de obtener resultados.



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

Estratificación del riesgo

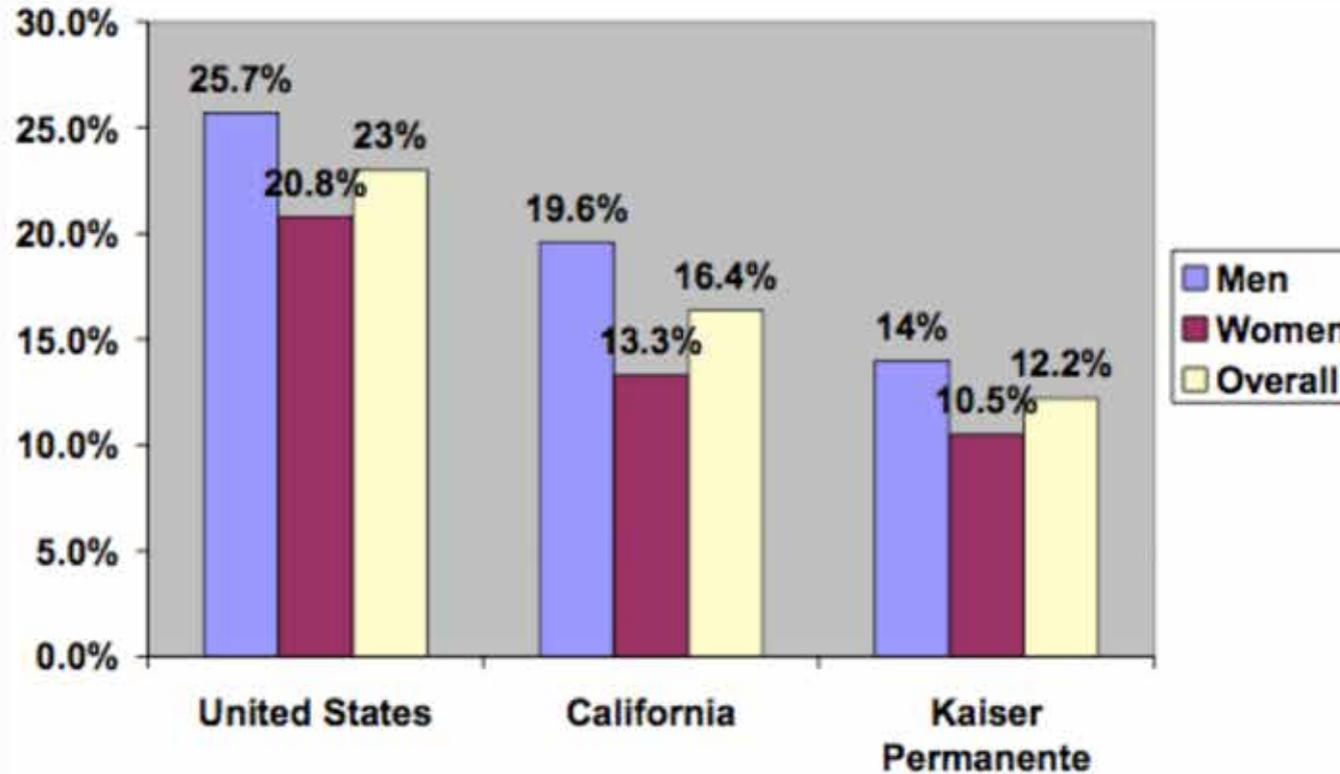




abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión



- Reducción de 15% en mortalidad por Ins. Cardíaca (1996-2001)
- Reducción del 25% en tasa de ingreso hospitalario en insuficiencia cardíaca (1998-2001)
- Tasas de Mortalidad post infarto 50% más bajas que hospitales parecidos en el estado de California
- Mortalidad general cardiovascular menor en un 30% en la población KP que en la población no-KP.

Source: Kaiser Permanente Division of Research - Preliminary Member Health Survey report prepared by Nancy P. Gordon, ScD, Division of Research 10/14/2003
Source: CDC-National Center for Chronic Disease Prevention & Health Promotion Behavioral Risk Factor Surveillance System 2002



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión



Calidad de Cuidados en APS no estructurada:

- 13% alcanzaron sus metas de control en HbA_{1c} , HT ; Colesterol (2495 pacientes de DM tipo 2 en 120 centros de APS en Belgica)Goden et al. Leuven 2008



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

- La atención multifactorial de la diabetes reduce la incidencia de complicaciones microvasculares:
- **Nefropatía: -61%; retinopatía: -48% y macrovasculares -53%**

- Ann Fam Med 2005;3:209-214. Duke University Dept. of Community and Family Medicine*
- Tiempo mínimo necesario por equipo de APS para prestar servicio aplicando las recomendaciones de guías de práctica clínica para las 10 condiciones crónicas más comunes a 2500 pacientes:
 - Para las 10 condiciones una vez estabilizadas : **828** Horas por año o **3.5** horas por día
 - Para las 10 condiciones pero mal controladas : **2484** horas o **10.6** horas por día



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

352

Marco para la atención innovadora de enfermedades crónicas





abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión



Detección y monitoreo remoto



Salud y telemedicina móviles

TRANSFORMACIÓN SANITARIA

- Aumento del uso de medicamentos adecuados y seguros en base a evidencias del mundo real
- Evaluación más rápida de las necesidades del paciente
- Reducción de la mentalidad "presupuesto para fármacos"
- Mayor aprovechamiento de las opciones de menor costo, si están disponibles

El mejor medicamento para el paciente indicado en el momento justo

- Partir de la perspectiva del paciente
- Quiénes son los pacientes
- Tienen necesidades
- Tienen un presupuesto
- Reducir el costo
- Reducir el uso de medicamentos con bajo valor percibido
- Buscan prestaciones convenientes y accesibles
- Su voz se tiene en cuenta
- Menor uso de medicamentos inadecuados en base a evidencias del mundo real
- El medicamento deja de administrarse al paciente más rápidamente, siempre que sea oportuno
- Menor uso de medicamentos que no tienen un beneficio clínico relevante cuando son más caros
- Reducción del uso inadecuado de medicamentos



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión





abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

ACCIONES CLAVES PARA EL APOYO AL AUTOMANEJO

- Asegurar la participación del paciente en el proceso de atención;
- Promover el uso de educadores laicos y de pares;
- Utilizar las visitas grupales;
- Desarrollar habilidades de auto-control en los pacientes (por ejemplo, el manejo de la salud, del rol y de las emociones relacionadas con las enfermedades crónicas);
- Promover las habilidades de comunicación del paciente (especialmente con respecto a las interacciones con los profesionales de la salud y en general con el sistema de salud);
- Negociar los objetivos de tratamiento con el paciente para modificar comportamientos de salud específicos y hacer cambios moderados en especial aquellos que representan desafíos para el paciente;
- Estimular el auto-monitoreo del paciente (seguimiento de conductas);
- Promover modificaciones del medio ambiente (la creación de un contexto para maximizar el éxito);
- Asegurar la auto-recompensa (refuerzo del comportamiento del individuo con recompensas inmediatas, personales y deseables);
- Organizar el apoyo social (obtener el apoyo de los demás);
- Utilizar el enfoque de las 5 A durante los encuentros clínicos de rutina.

EJEMPLOS DE INTERVENCIONES EFECTIVAS

- ✓ Apoyo grupal al automanejo para personas con diabetes tipo 2 (50)
- ✓ Auto-monitoreo de la presión arterial especialmente como complemento del tratamiento (51)
- ✓ Intervención educativa para pacientes sobre el manejo del dolor por cáncer junto al tratamiento con analgésicos (52)
- ✓ Intervención educativa para el paciente, utilizando las 5 A para reducir el tabaquismo, consumo nocivo de alcohol y control del peso (53)
- ✓ Capacitación para mejor control de la glucosa en sangre y los hábitos alimenticios de las personas con diabetes tipo 2 (54)
- ✓ Educador laico dirigiendo los programas de automanejo para personas con enfermedades crónicas, incluidas artritis, diabetes, asma, EPOC, enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares (55-57)
- ✓ Apoyo al automanejo que involucra un plan de acción por escrito, auto-monitoreo y examen médico regular para adultos con asma (58)
- ✓ Apoyo al automanejo para personas con insuficiencia cardíaca para reducir los reingresos hospitalarios (59)
- ✓ Intervenciones orientadas al paciente, tales como las que se enfocan en la educación o la adherencia al tratamiento (60)



abbvie

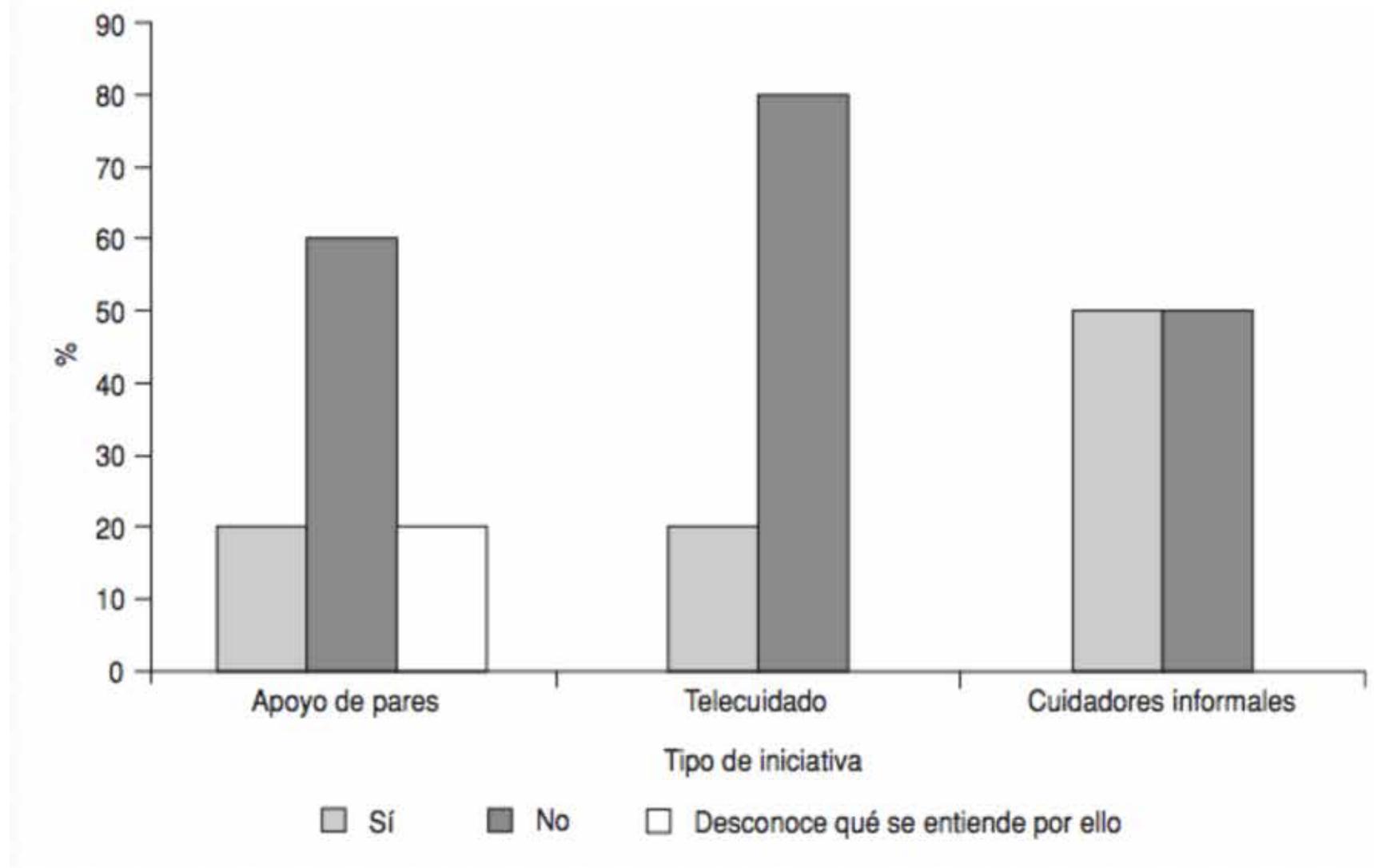
CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

356

Participación en iniciativas específicas para cuidado y autocuidado de pacientes con e. crónicas

10 países de América Latina
(2009)





abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

ACCIONES CLAVES PARA EL DISEÑO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

- Organizar la atención alrededor de la Atención Primaria (APS);
- Definir funciones y distribuir tareas entre los miembros del equipo;
- Asegurar una atención proactiva y el seguimiento regular;
- Usar clasificación o estratificación del riesgo;
- Asegurar manejo de casos o un coordinador de atención para pacientes con enfermedades complejas;
- Brindar una atención que los pacientes comprendan y que se ajuste a su entorno cultural;
- Desarrollar redes para la prestación de servicios integrados de salud.

EJEMPLO DE INTERVENCIONES EFECTIVAS

- ✓ Auditoría y retroalimentación de expedientes clínicos (73)
- ✓ Asignar a un proveedor clínico a funciones de automanejo, apoyo en la toma de decisiones y diseño del sistema de atención (74)
- ✓ Implementar plan de seguimiento personalizado y estructurado después de dar de alta a los pacientes (75)
- ✓ Directrices y formularios para la remisión (76)
- ✓ Avisar regularmente a los pacientes sobre las citas médicas (77)
- ✓ Programas para mejorar el manejo de los cuidados crónicos enfocado a la diabetes (78)
- ✓ Programa de enfermeras que contactan frecuentemente a los pacientes (60)



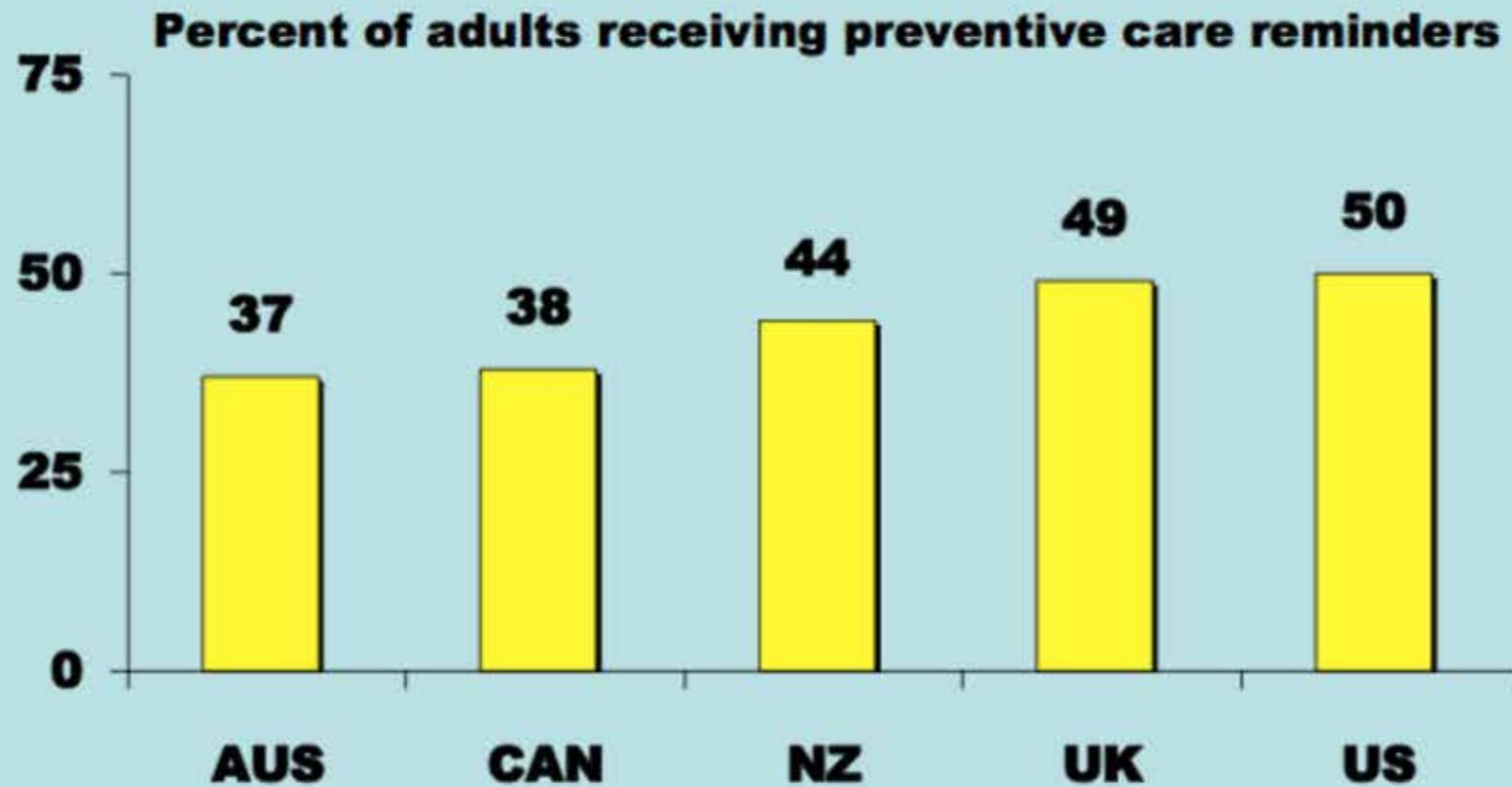
abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

358

Encuesta a Pacientes: ¿ Recordatorios Preventivos Recibidos?



2004 Commonwealth Fund International Health Policy Survey



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

359

ATENCIÓN A LA SALUD

- Apoyo a la mejoría de la calidad de la atención visible a todos los niveles de la organización, comenzando con la dirección superior;
- Promoción de estrategias efectivas para la mejoría de la calidad, dirigidas al cambio integral del sistema;
- Promoción de un manejo abierto y sistemático de los errores y los problemas de calidad para mejorar la atención;
- Brindar incentivos (financieros o de otro tipo) para mejorar la calidad en la atención;
- Desarrollo de acuerdos que faciliten la coordinación dentro y entre los diferentes centros y niveles de atención.

EJEMPLOS DE INTERVENCIONES EFECTIVAS

- ✓ Estructurar el monitoreo de factores de riesgo y las prescripciones (77)
- ✓ Programas de atención integral ambulatorios (107)
- ✓ Uso del Modelo de Cuidados Crónicos como marco para las intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia al tratamiento del asma (108)
- ✓ Intervenciones dirigidas a factores de riesgo específicos o dificultades funcionales para las personas con múltiples condiciones crónicas (109)
- ✓ Incentivos financieros, en particular la modalidad de incentivos financieros a nivel de grupo (110-111)
- ✓ Intervenciones profesionales multifacéticas (60)
- ✓ Mejoramiento del desempeño de los profesionales de la salud (88)
- ✓ Estrategias para el mejoramiento de la calidad de la atención a la hipertensión que incluya los médicos y otros miembros del equipo (112)



abbvie

CAPITULO 11

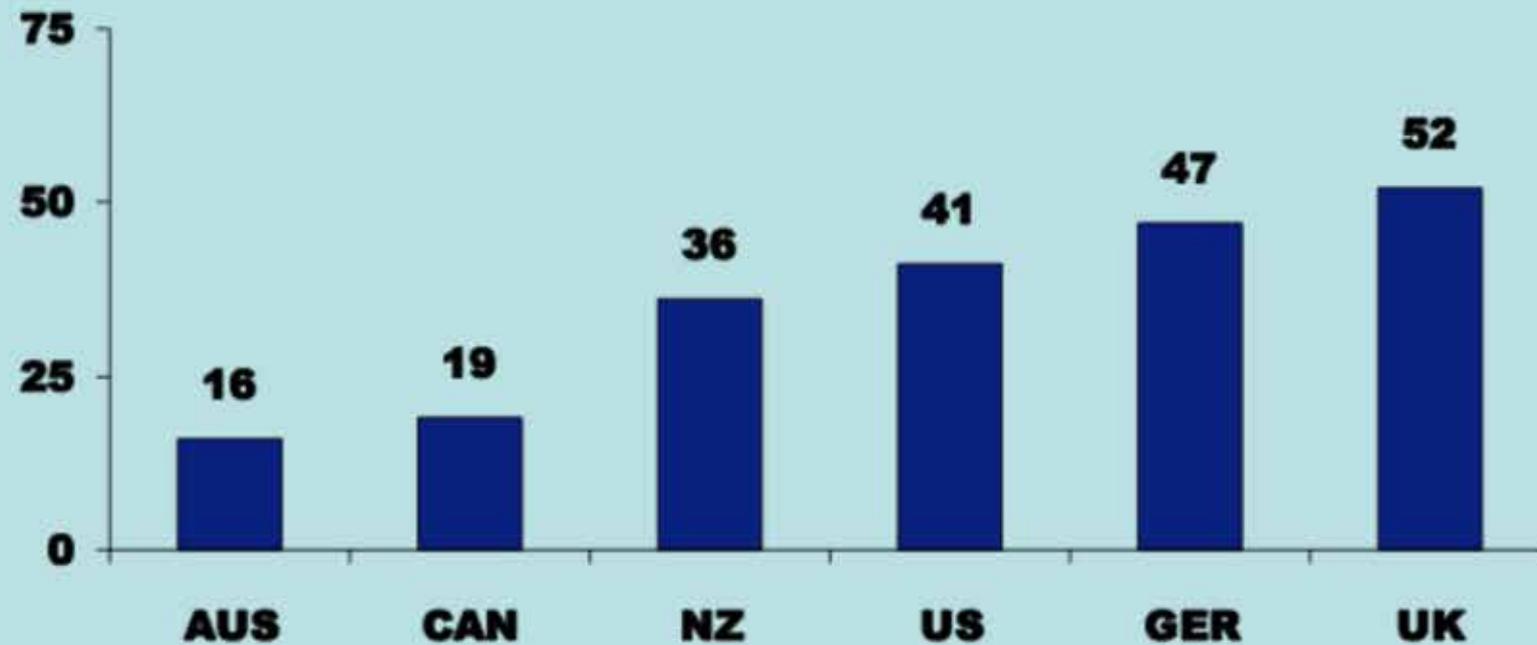
Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

370

Equipos que disponen de Enfermería para la “Gestión de Casos” 2005

Base: Adults with chronic disease

**Percent who have a nurse involved
in case management**



2005 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

ACCIONES CLAVES PARA SISTEMAS DE INFORMACIÓN CLÍNICA

- Monitorear la respuesta al tratamiento;
- Supervisar individuos y grupos de pacientes;
- Proporcionar recordatorios oportunos para los proveedores y los pacientes;
- Identificar sub-poblaciones que requieran atención proactiva;
- Facilitar la planificación de la atención a pacientes individuales;
- Compartir información con los pacientes y los proveedores para coordinar la atención;
- Evaluar el desempeño de los equipos de práctica clínica y el sistema de atención;
- Utilizar recordatorios para el plan de cuidados.

EJEMPLOS DE INTERVENCIONES EFECTIVAS

- ✓ Introducción de tecnología de información de salud, en particular los expedientes médicos electrónicos (100)
- ✓ Realizar auditorías periódicas de expedientes clínicos (101)
- ✓ Brindar retroalimentación a los proveedores de servicios sobre la calidad de la atención (101)
- ✓ Recordatorios computarizados en los centros de atención (63, 102)
- ✓ Manejo de casos para pacientes con diabetes (84)
- ✓ Educación, recordatorios e intervenciones de apoyo a los pacientes con diabetes (84)
- ✓ Intervenciones organizativas para mejorar los recordatorios regulares (60)
- ✓ Revisión de resultados de los pacientes en un sistema informatizado central (60)



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

- La HCFA (*Health Care Financing Administration*), responsable de *Medicare* y *Medicaid* que financian cobertura sanitaria mediante pago a proveedores privados a más de 74 millones de americanos, llevo a cabo un estudio piloto para evaluar la eficiencia y efectividad de programas de coordinación de cuidados para ser ofertados a su población beneficiaria, a fin de establecer el valor añadido de estos programas sobre los servicios habituales prestados a los pacientes con patologías crónicas. Se seleccionaron las condiciones de mayor riesgo por su variabilidad o impacto en el costo: insuficiencia cardiaca congestiva, otras enfermedades cardiacas (infarto, cardiopatía isquémica, angina, arritmias), diabetes, enfermedad hepática, EPOC y otras enfermedades pulmonares crónicas, ACVs y otras enfermedades vasculares crónicas, trastornos psicóticos, depresión mayor, dependencia de alcohol y drogas, Alzheimer y otras demencias, cáncer y HIV/ SIDA.
- En los programas el responsable de la coordinación era la enfermería.
- Los programas evaluados ofertaban servicios que actualmente no son cubiertos de forma habitual por los proveedores sanitarios: evaluación multidimensional exhaustiva de las necesidades médicas, funcionales y psicológicas. Gestión de servicios comunitarios; coordinación entre proveedores; educación sanitaria intensiva y soporte para la modificación de estilos de vida y seguimiento estructurado de los pacientes entre las visitas a médicos u otros proveedores; e incluían las 2 principales orientaciones en la coordinación de cuidados, los programas de gestión de casos ("*case management programs*") y los programas específicos de enfermedades ("*disease management programs*").
- De los 157 programas evaluados, 67 (42,7%) mostraron reducción en los costos o en el uso de servicios hospitalarios
- 90 (57,3%) no mostraron impacto en los costos, en los ingresos hospitalarios o en términos funcionales o de salud.



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

373

ACCIONES CLAVES PARA EL APOYO A LA TOMA DE DECISIONES

- Divulgar guías de práctica clínica para las ECNT basadas en evidencia;
- Utilizar metodología técnicamente robusta para desarrollar nuevas guías de práctica clínica o adaptar las ya existentes;
- Asegurar que las guías de práctica clínica basadas en evidencia se actualicen periódicamente;
- Integrar las guías de práctica clínica basadas en evidencia a la práctica clínica diaria;
- Integrar la atención por especialistas a la atención primaria;
- Utilizar la modalidad de interconsulta o atención compartida con especialista;
- Utilizar métodos probados para la educación de los proveedores de salud;
- Compartir las guías de práctica clínica con los pacientes.

EJEMPLOS DE INTERVENCIONES EFECTIVAS:

- ✓ Sistema para el apoyo a las decisiones clínicas (88)
- ✓ Atención basada en guías de práctica clínica (89)
- ✓ Distribución de boletín impreso con un mensaje único y claro que incluya una revisión sistemática de la evidencia (90)
- ✓ Interconsulta con especialista para mejorar las prescripciones(91)
- ✓ Reuniones educativas que brinden a los profesionales de la salud retroalimentación, materiales para el aprendizaje y apoyo para la toma de decisiones sobre los pacientes (92)
- ✓ Uso de sistemas computarizados de apoyo para la toma de decisión clínica en la atención primaria (93)
- ✓ Ayudas y apoyo para la decisiones clínicas (94)
- ✓ Asignar a un proveedor de servicios clínicos una función para el apoyo a la toma de decisiones (74)



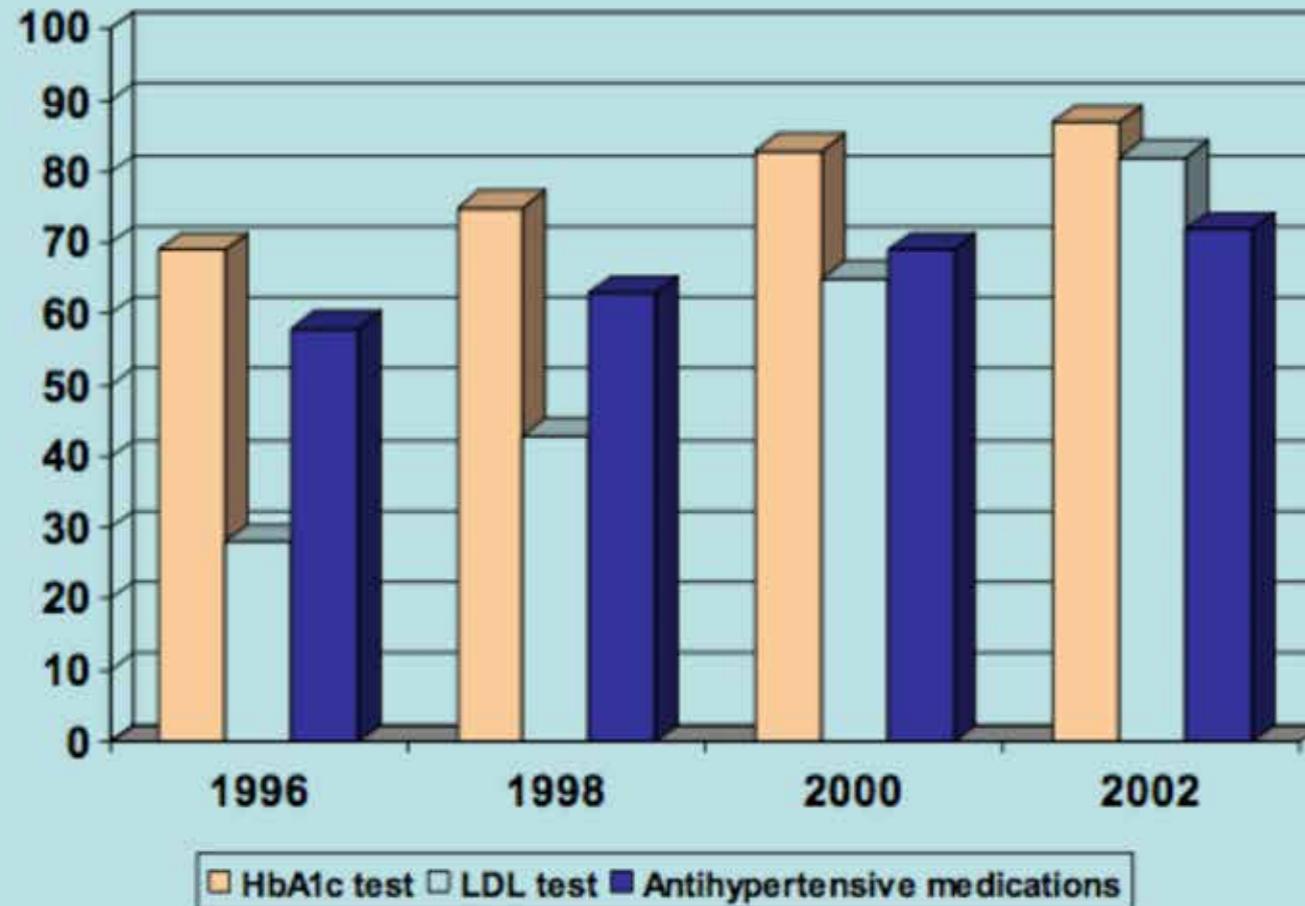
abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

374

Indicadores de Calidad: % de pacientes recibiendo pruebas recomendadas y medicación.



Fireman B, Bartlett J, Selby J. Can disease management reduce health care costs by improving quality? *Health Affairs* 2004;23(6):63-75.



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

ACCIONES CLAVES PARA LOS RECURSOS Y POLÍTICAS COMUNITARIAS

- Animar a los pacientes a participar en programas comunitarios eficaces;
- Crear alianzas con organizaciones comunitarias para apoyar y desarrollar intervenciones que llenen las brechas en los servicios necesarios;
- Abogar por políticas destinadas a mejorar la atención al paciente y los centros de atención comunitaria;
- Uso de personal no-médico como coordinador de atención;
- El automanejo y el apoyo social.

EJEMPLOS DE INTERVENCIONES EFECTIVAS

- ✓ Atención domiciliar por medio de programas de enfermeros comunitarios (115)
- ✓ Coordinador voluntario de atención (116)
- ✓ Navegador de paciente para detección de cáncer colorrectal (117)
- ✓ Navegador de paciente para cáncer de mama (118)
- ✓ Educación entre pares para cáncer de próstata (116)
- ✓ Programa educativo con trabajadores de salud no profesionales para aumentar la detección del cáncer de mama (119)



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

376

Castlefields Health Centre, Runcorn, Cheshire Gestión de Casos.

Pacientes de más de 65 años con:

- 4 o más condiciones crónicas
- 2 o más ingresos hospitalarios en último año .
- 2 o más ingresos a urgencias en último año.
- Con más de 4 medicamentos a la vez
- Dificultades en la vida diaria

En el primer año

- **15 % de *reducción en ingresos hospitalarios***
- ***Reducción del tiempo de estancia* en 31 % (de 6.2 a 4.3 días)**
- Se estimó un ***ahorro* de £300,000** en ingresos hospitalarios.



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

377

Solo Disease management?





abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

378

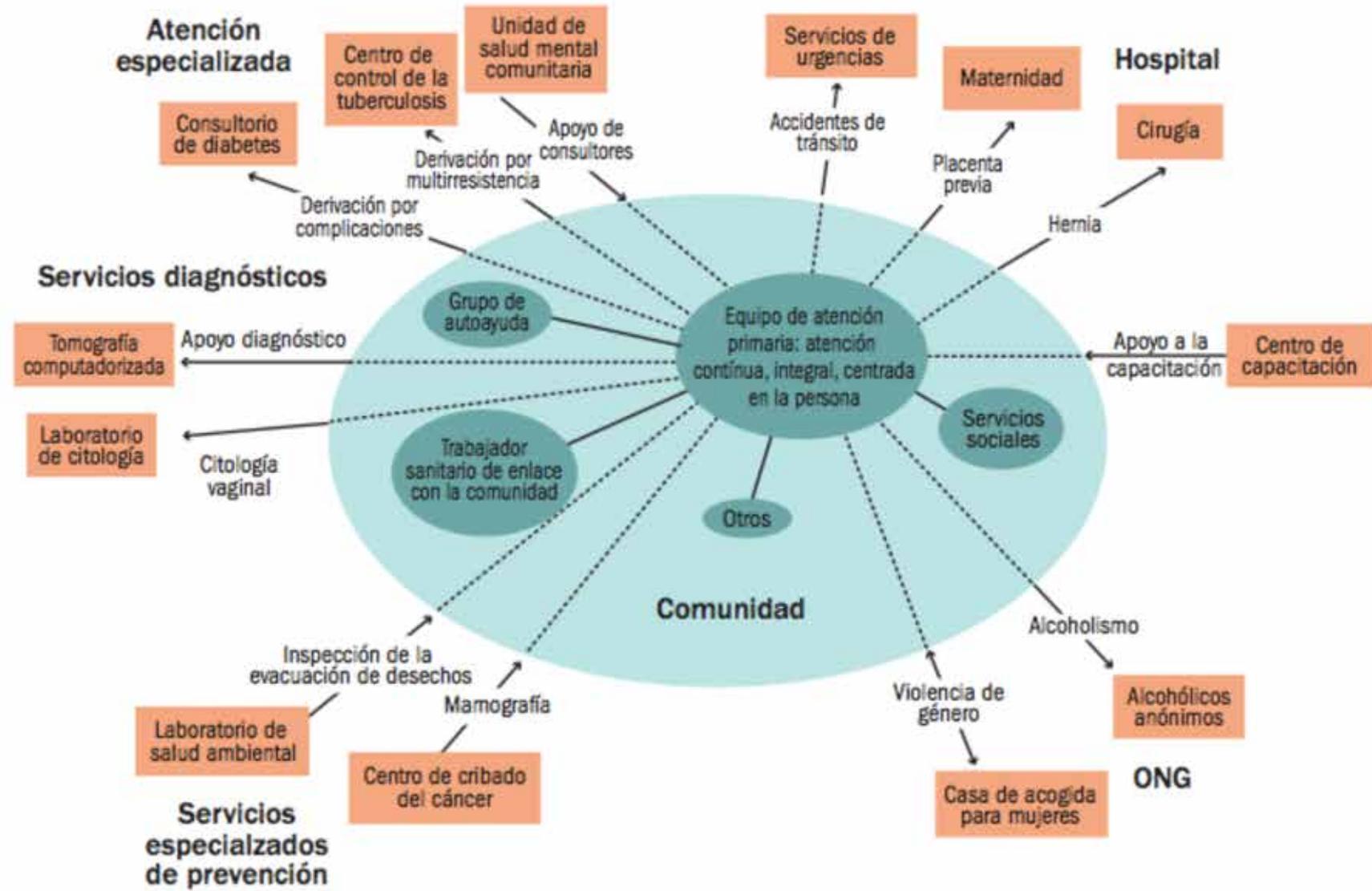
1. Implementar el Modelo de Cuidados Crónicos en su totalidad.
2. **Garantizar un enfoque centrado en el paciente.**
3. **Crear políticas multisectoriales** (o revisar las ya existentes) para el manejo de las ECNT, entre ellas el acceso universal a la atención y el alineamiento de los sistemas de pago en apoyo a las mejores prácticas.
4. **Crear sistemas de información clínica** (o mejorar los ya existentes) entre ellos el monitoreo, la evaluación y las estrategias de mejora de calidad, como partes integrales del sistema de salud.
5. Introducir el apoyo sistemático al automanejo del paciente.
6. **Orientar la atención hacia el cuidado preventivo** y poblacional, reforzado por estrategias de promoción de la salud y participación comunitaria.
7. Cambiar (o mantener) las estructuras del sistema de salud para apoyar mejor el manejo y control de las ECNT.
8. **Crear redes de cuidados liderados por la APS** que apoyen la atención continua.
9. **Reorientar los servicios de salud mediante la creación de una cultura de cuidados crónicos**, incluyendo atención proactiva basada en evidencias y estrategias de mejora de calidad.
10. Reorganizar al personal de atención en equipos multidisciplinarios garantizando la capacitación continuada en manejo de ECNT.



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión





abbvie

CAPITULO 11

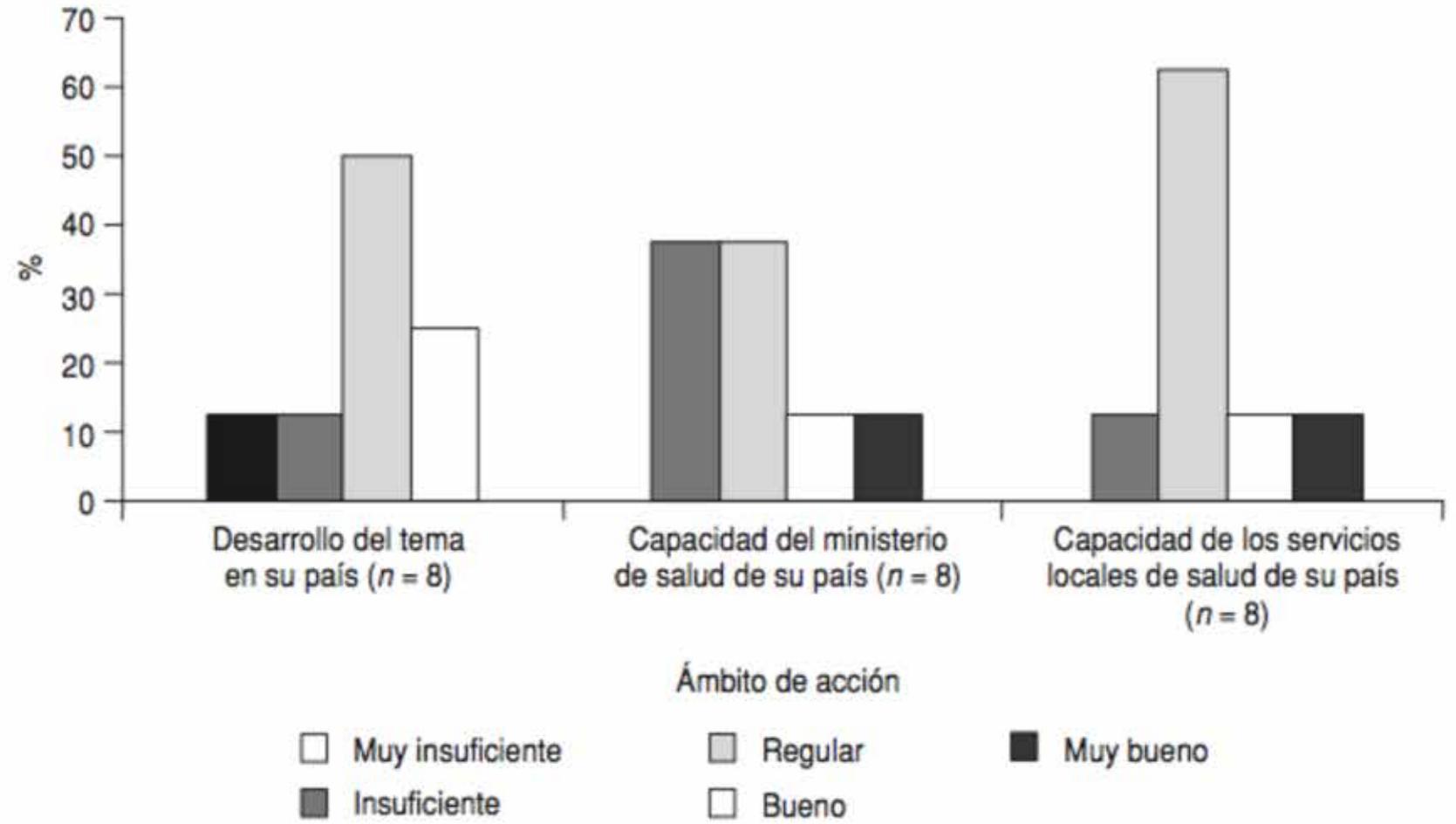
Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

380

Percepcion de la capacidad innovadora en materia de cuidado y autocuidado de los pacientes con e. cronicas en los ambitos nacionales de accion.

8 paises de A. Latina

(2009)





abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

Mapa de cuidados crónicos: Experiencias innovadoras





abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

382

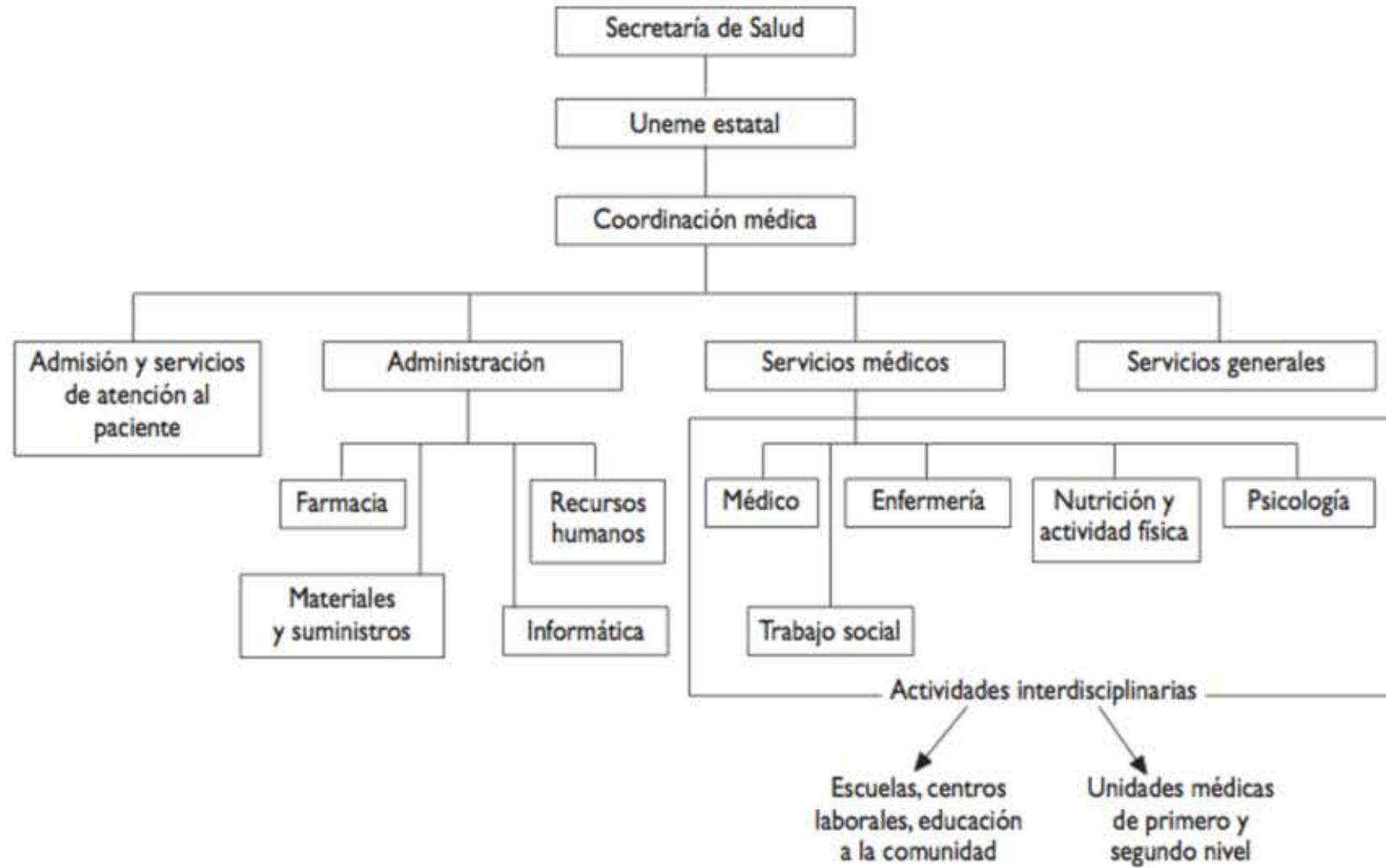
CANADA (Alberta)	Integración de la comunidad	>17% pruebas de A1c >13% pruebas colesterol y triglicéridos <19% hospitalizaciones (EPOC) <41% hospitalizaciones emergencia <34% visitas emergencia
MEXICO (Veracruz)	APS y participación enfermos diabéticos (apoyo automanejo, toma de decisiones, diseño del sistema y sist. De información)	Pruebas de A1c (<7%): 28 al 39%
HONDURAS (lucha contra la diabetes)	PEN (paquete intervenciones esenciales) de OMS, en 14 centros de APS	2012-2015
R.DOMINICANA (PRONCEC: Programa prevención y control de la EC)	MCC en 5 regiones limítrofes con Haití	
CARIBE INGLES (Mejoría de calidad de los cuidados crónicos)	MCC en 8 países (40.000 pacientes). Evaluación en 1062 con diabetes.	< en promedio de HbA1c (8,3 a 7,6) > Examen pies (28 a 68%) > Examen ocular (21 a 61%)
CHILE: (ATAS: apoyo tecnológico para automanejo salud) •(Evaluación de casos de HTA y diabetes por enfermería)	Programa asesoramiento telefónico CESFAM A.Hurtado- 4000 pacientes	Nivel glucémico estable (A1c) vs. > 1,2% > Asistencia citas médicas < Visita emergencias
CENTROAMERICA (CAMDI: Iniciativa centroamericana de diabetes)	1290 pacientes	>Examen Ocular: 14 a 52% >Examen pies: 21 a 96% <A1c: 9,2 a 8,6%
MEXICO (UNEMES)	APS integrada a diabéticos, obesos y riesgo CV (Programas similares en Irlanda y en	1 a 19 por estado. 4.500 casos por año.



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión





abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

PARÁMETROS DE EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN INSTITUIDA EN LAS UNEME. MÉXICO

Afección	Parámetro a evaluar	Objetivo terapéutico	Porcentaje de la población previsto para alcanzar el objetivo
Obesidad	Peso	Pérdida de 10%	30%
Dislipidemias	Colesterol total	<200 mg/dl	60%
	Triglicéridos	<150 mg/dl	50%
	Colesterol-HDL	>40 mg/dl	30%
	Colesterol-LDL	<130 mg/dl	60%
Hipertensión arterial	Presión arterial sistólica	<140 mmHg	60%
	Presión arterial diastólica	<90 mmHg	60%
Actividad física	Tiempo dedicado a caminar	150 min/semana	60%
Alimentación	Reducción del consumo de las grasas	<30% de las calorías totales	50%
	Reducción del consumo de las grasas saturadas	<10% de las calorías totales	50%
	Aumento del consumo de fibra	>15 g/1 000 cal	50%
	Instrucción sobre hábitos de alimentación a la persona que prepara los alimentos en casa	Asistencia al curso de instrucción	70%
Prevención cardiovascular	Uso de antiagregantes plaquetarios en casos con dos o más factores de riesgo	100 mg/día	70%
Diabetes	HbA1c	<7%	50%
	Glucemia de ayuno	80-110 mg/dl	50%
	Glucemia posprandial	<140 mg/dl	50%
	Educación en diabetes	Asistencia al curso de instrucción	70%
	Medición de glucemia capilar en el domicilio	Al menos una medición a la semana	50%
Detección de complicaciones crónicas de la diabetes	Retinopatía	Exploración de fondo de ojo una vez al año	90%
	Pie diabético	Revisión de los pies al menos dos veces al año	90%
	Nefropatía	Medición de microalbuminuria una vez al año	90%
Observancia del tratamiento	Asistencia a las consultas	Al menos dos consultas por año	60%



abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

<p>E.Unidos</p> <p>(Pequeñas clínicas de Texas) Clínica campesina</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento atención y cambios en el sistema para mejorar la atención de CCM. • Maximizar uso automanejo. • Facilitar investigación • Aumentar información a proveedores. <ul style="list-style-type: none"> • Asesor de prácticas • 15.000 pacientes (40% hispanos-50% sin seguro médico) 	<p>A1c > 8% < 32 a 28%</p> <p>< A1c 10,5 al 8,5%</p>
<p>Brasil (Red Hiperdia Minas)</p> <p>(Laboratorios innovación-Curitiba)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • U\$S 15 millones • 4.000 equipos de salud familiar 	<p>87 % de pacientes con HTA y 71 % con diabetes cumplieron las indicaciones y ninguno requirió internación en el año siguiente.</p>
<p>El Salvador (Detección del Cuello)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 14 centros de salud, 17550 mujeres entre 30 y 59 años 	<p>3408 mujeres realizaron control por primera vez en la vida</p> <p>< tiempo entrega resultados en un tercio</p> <p>> Seguimiento positivas 24 a 100%</p>
<p>Argentina (Ampliación uso sistemas de información clínica)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • H.Universitario Austral • Expediente clínico electrónico • Sistema informatizado registro recetas • Recuerdos automáticos 	
<p>Costa Rica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoría del control diabetes en Goicochea 1 (450 pacientes en 4 años) 	<p>A1c < 7 aumento de 31 a 51%</p>
<p>Paraguay (Misiones)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 100.000 habitantes 	<p>< promedio glucemia 270 a 171 mg/dl</p> <p>< A1c de 11,3 a 7,2</p>



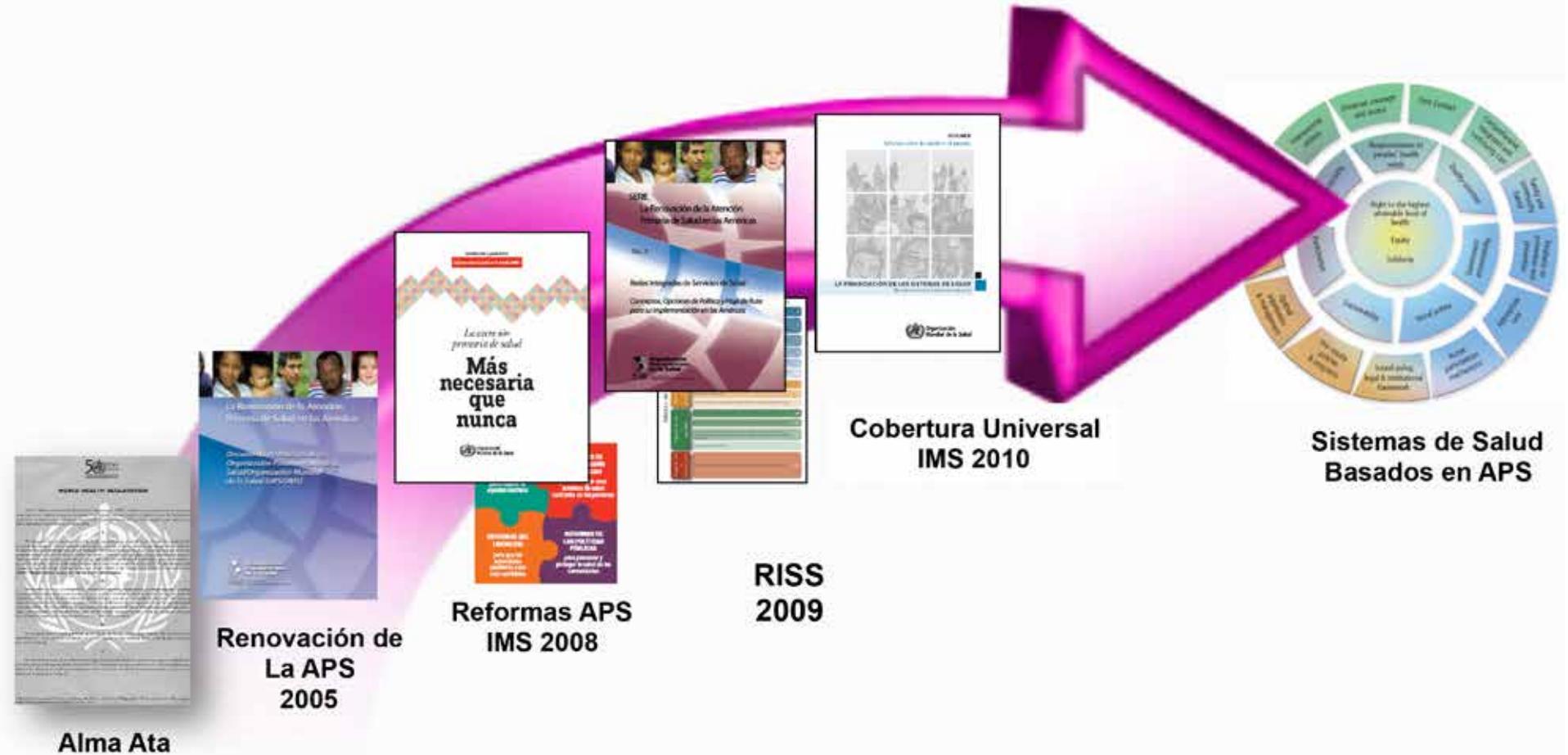
abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión

Sistemas de Salud basados en APS

Evolución del Marco Estratégico





abbvie

CAPITULO 11

Enfermedades crónicas:
un reto para el modelo
de atención y gestión



Los doctores son hombres que prescriben medicinas que conocen poco, curan enfermedades que conocen menos, en seres de humanos de los que no saben nada.

Voltaire (1694-1778)

