



2do FORO LATINOAMERICANO SOBRE ENFERMEDADES CRONICAS: “RESULTADOS, TOMA DE DESICIONES Y MODELOS DE CUIDADOS EN SALUD”

Ciudad de México, Mayo 22 y 23 de 2014

Resumen

IMPORTANTE:

AbbVie no utilizara ni divulgara parcial o totalmente el contenido de las presentaciones hechas por los expertos en el Foro de Enfermedades Crónicas (México, 2014) sin el debido y previo consentimiento por parte de ellos.

La información presentada en este documento (resumen) cuenta con la autorización previa y por escrito de cada uno de los expertos.

Si usted está interesado particularmente en una o varias de las conferencias presentadas en México, debe comunicarse y solicitarla directamente al experto respectivo (los correos electrónicos aparecen al pie de cada perfil profesional en este documento).





Resumen de algunas de las ideas presentadas en el Foro

Elaborado por: Walter Toro, MD, PhD.¹

Por qué un foro sobre enfermedades crónicas para América Latina?

Las patologías crónicas y sus factores de riesgo son hoy por hoy las mayores causas de muerte, discapacidad y enfermedad en América Latina y el Caribe.

Con el actual estándar de cuidado, y con poco énfasis en prevención, los costos directos e indirectos de las enfermedades crónicas seguirán generando retos fiscales en la Región.

“Las enfermedades cardiovasculares – principal causa de discapacidad y muerte en estos países – fue responsable por 35% de todas las muertes en 2004 y del 68% de la carga total de enfermedad. En contraste, las enfermedades transmisibles como la tuberculosis, malaria y el VIF/SIDA solo representaron el 10% de las muertes en ese año”.²

Los países pobres son particularmente más afectados, con peores resultados en salud en comparación con la media de la Región.

AbbVie³ está enfocada en las enfermedades crónicas, es entusiasta en proponer soluciones y estándares en la atención en salud para asegurar los resultados clínicos, económicos y humanísticos que requieren los sistemas de salud para garantizar su sostenibilidad, y está centrada en el paciente y orientada a la obtención de dichos resultados también en forma individual, paciente por paciente.

AbbVie organizó el 1er Foro Latinoamericano de Enfermedades Crónicas en Panamá en 2013, enfocado en los mismos 3 ejes temáticos del 2do Foro en México (2014):

¹ Walter Toro es Médico y Cirujano, Doctor (PhD) en Economía y Gestión de la Salud. Es el Director de Acceso de AbbVie para Latinoamérica, basado en Chicago (US). walter.toro@AbbVie.com La unidad de Acceso de AbbVie está enfocada en aportar a los sistemas de salud soluciones relacionadas con la gestión de riesgos de enfermedades, modelos innovadores de atención en salud, evaluación y aseguramiento de resultados en salud (clínicos, económicos y humanísticos), entre otros aspectos.

² Amanda Glassman; Thomas A Gaziano; César Patricio Bouillon Buendía; others. Confronting The Chronic Disease Burden In Latin America And The Caribbean. Health Affairs; Dec 2010; 29, 12; ABI/INFORM Global. pg. 2142.

³ www.AbbVie.com

1. Carga/costo de las enfermedades, y medición/obtención de resultados en salud (clínicos, económicos y humanísticos).
2. Obtención de evidencia científica (gestión de riesgos en salud) de evidencia económica (análisis de eficiencia), y toma de decisiones basadas en dicha evidencia.
3. Gestión de riesgos de enfermedades, programas de gestión de enfermedades (disease management), y modelos innovadores prestación de servicios (cuidado en salud) y de administración de servicios (incluidos los modelos de contratación estratégica entre administradores y prestadores) para asegurar resultados clínicos y económicos.

AbbVie continuara apoyando esta iniciativa, haciendo un foro anualmente (en 2015 se efectuara en mayo, en San Paulo, Brasil) en donde los actores de los sistemas de salud de la Región puedan compartir su conocimiento técnico y mostrar sus experiencias de gestión de las enfermedades crónicas.

Copia de la agenda desarrollada en mayo de 2014 en México (con la participación de más de 80 directivos de salud en Latino América) se adjunta al final de este documento.



Diana Carolina Tamayo⁴

Médica y Cirujana de la Universidad Industrial de Santander de Bucaramanga, Especialista en Auditoría en Salud de la Universidad Santo Tomás de Bogotá y Magíster en Epidemiología Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. Actualmente, coordinadora del Observatorio de Diabetes de Colombia, proyecto desarrollado por la Unidad de Investigación de la Organización para la Excelencia de la Salud.

Colaboradora en búsqueda y apreciación crítica de literatura científica para la Guía de Atención Integral de Depresión y para la Guía de Atención Integral de Alcoholismo con la Pontificia Universidad Javeriana y, para la Guía de Atención Integral de Asma en niños con la Asociación Colombiana de Neumología Pediátrica. Coordinadora del estudio “Análisis de costo – efectividad de las alternativas de soporte ventilatorio en el manejo temprano del recién nacido prematuro con síndrome de dificultad respiratoria”, desarrollado por la Pontificia Universidad Javeriana y avalado por Colciencias. Coordinadora del estudio “Eficiencia de la rehabilitación cardíaca en pacientes con insuficiencia cardíaca compensada”, desarrollado por la Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología y la Pontificia Universidad Javeriana y avalado por Colciencias. Investigadora principal del proyecto de “Validación de la escala de satisfacción familiar en unidades de cuidado crítico Critical Care Family Satisfaction Survey en hospitales universitarios de Bogotá”, con el cual obtuvo el título de Magíster en Epidemiología Clínica.

El Reto de la Diabetes en Colombia. La gestión del conocimiento para la toma de decisiones.

“El Observatorio de Diabetes de Colombia⁵ es un Centro de gestión del conocimiento que apoya la toma de decisiones para el mejoramiento de la calidad del cuidado del paciente con diabetes mellitus. Sus objetivos son: monitorizar indicadores y generar conocimiento, difundir conocimiento sobre la diabetes mellitus en Colombia, promover la adopción de un modelo integral para la atención de los pacientes con diabetes mellitus por parte de los actores del sistema de salud”.

- La gestión del riesgo debe iniciar con la gestión del conocimiento, que es la razón de ser de un observatorio como el de diabetes, que provee evidencia para la toma de decisiones. Su primer reto fue desmitificar la idea de que no existe información local. En Colombia hay dos bases importantes de información en salud, de carácter nacional: SISPRO (Sistema Integral de Información de la Protección Social, del Ministerio de Salud y Protección Social), y la Cuenta de Alto Costo.
- El observatorio esta enfocado en temas de Epidemiología, acceso y calidad a los servicios de salud, costos relacionados con la atención de la enfermedad, y modelos de prestación de servicios de salud dirigidos a los pacientes con diabetes mellitus en Colombia.
- La gestión del conocimiento está centrada en encontrar fuentes de información, crear indicadores, compartir el conocimiento con los decisores y proponer intervenciones y acciones. Por ejemplo los modelos de atención en diabetes, estudio cualitativo hecho por Ramón Abel Castaño, publicado en la Web del Observatorio⁶. Estos modelos, basados en evidencia, podrían replicarse a otras patologías crónicas. El concepto de base es que se puede hacer gestión de modelos eficientes y eficaces de servicios de salud, basados en evidencia y experiencia.
- El observatorio anima a los diferentes actores en salud para que compartan las experiencias exitosas de modelos de atención en diabetes.

⁴ ctamayo@oes.org.co

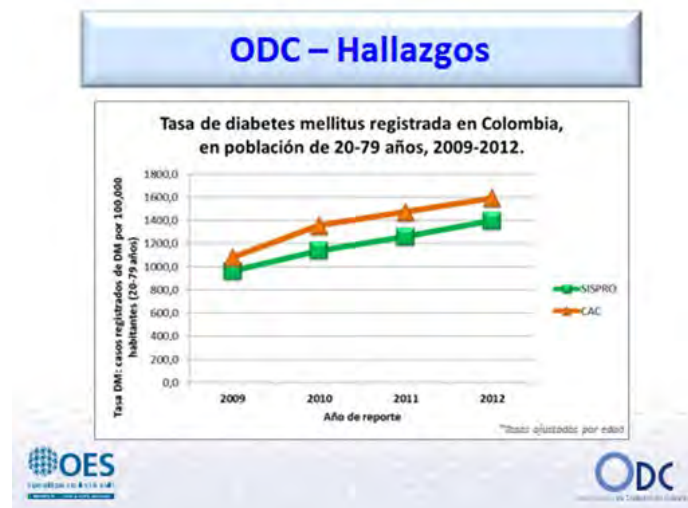
⁵ www.odc.org.co

⁶ <http://www.odc.org.co/modelos-de-atencion.html>

- Actualmente el Observatorio está trabajando en 4 propuestas de investigación, desarrolladas a partir de vacíos de conocimiento identificados en las labores de revisión sistemática de literatura y en los foros regionales sobre DM. Tales propuestas de investigación abordan los siguientes temas: prevalencia de DM en San Andrés, costos médicos directos de la DM en Colombia, patrones de prescripción farmacológica para DM en Colombia y desarrollo de una herramienta de tamizaje de DM para Colombia con base en el cuestionario FINDRISC.
- El propósito final del Observatorio es convertir información en evidencia, y orientar la adopción de políticas basadas en evidencia.



- Con base en estudios epidemiológicos, en Colombia la prevalencia de diabetes en adultos es de 7,4%.
- Estimaciones de la IDF (Federación Internacional de Diabetes) indican que en Colombia existen 2 millones de casos de DM entre la población adulta. Tal estimación coincide con extrapolaciones que ha hecho el ODC de las cifras del estudio Carmela y las estimaciones poblacionales del DANE. De acuerdo con IDF, aproximadamente la mitad no están diagnosticados. Esto coincide con hallazgos de la Encuesta Nacional de Salud 2007, donde se encontró que apenas cerca del 40% de personas con glicemia compatible con diabetes refería el diagnóstico. Se podría afirmar entonces que entre 1 y 1,2 millones de diabéticos no conocen el diagnóstico.
- Respecto de aquellas personas que reciben atención por DM, se recurre a los registros oficiales (Sispro y Cuenta de Alto Costo), donde, para el 2012, se tenía un recuento entre 500 y 600 mil casos.

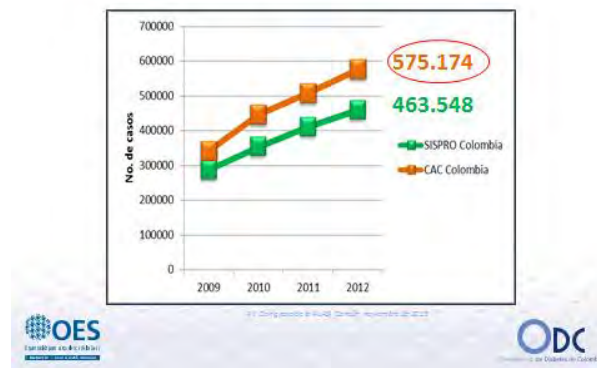


- Estudios observacionales realizados en algunas instituciones y programas orientados específicamente a DM, han demostrado que entre 42%-59% de los pacientes que, en Colombia, reciben tratamiento para DM logran la meta de HbA1c.

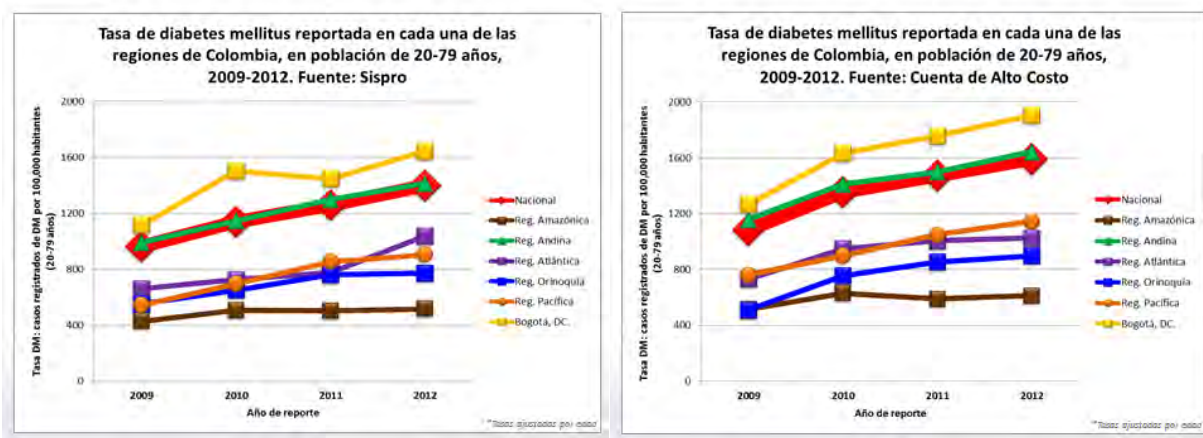


- No todos los pacientes diagnosticados tienen acceso a los servicios de salud.

Número de casos con atención



- El ODC identificó que, en general, existe consistencia entre las fuentes oficiales que recopilan información sobre DM en Colombia. En Colombia existen importantes brechas regionales respecto de la atención y el reporte de los casos de DM.





COLOMBIA



Diego L. Garcia Garcia⁷

M.D. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Medicina Interna, Hospital Universitario De La Samaritana, Bogotá, Colombia. Clinical Fellow in Nephrology, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada. Fellow in Medicine (Nephrology), Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, USA. Profesor de Medicina. Universidad de Los Andes, Bogotá, Colombia. Premios y honores: National Kidney Foundation Research Fellowship. Burroughs-Wellcome Foundation Fellowship. Huésped Ilustre, Ciudad de Guayaquil. Especialista en Nefrología. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá.

Carga de la enfermedad y costo de las enfermedades de la ERC.

"Esta plática tiene como objetivo el mostrar la creciente carga de la ERC en América Latina y su creciente impacto económico y de enfermedad, desde un punto d vista integral y sus implicaciones".

- Actualmente hay en la Región 14 nefrólogos por millón y hay 9.2 millones de pacientes con enfermedad renal crónica, 3 – 5 millones con Diabetes. Le llevaría a 1 nefrólogo 8 años atender por 1 vez a los 72.000 pacientes (24 por día).
- Es evidente, no solo en esta especialidad sino en muchas otras, que la falta de médicos especialistas debe plantear soluciones diferentes de gestión de las enfermedades, empoderando a otros profesionales de salud para la intervención, organizados en un sistema de gestión tipo disease management.
- En UK se hizo mandatorio el reporte de la tasa de filtración glomerular cada vez que se tomaba una creatinina. Además se implementó el pago por desempeño a los médicos para controlar la progresión de la enfermedad renal, especialmente enfocados en los pacientes diabéticos y en los hipertensos. La tendencia observada en la incidencia de enfermedad renal empezó a cambiar (disminuir).
- Dentro de las medidas costo eficientes para controlar la ERC están: obtener la información apropiada para tomar las decisiones en prevención y tratamiento: "las decisiones mas costosas son las que se hacen sin información", y el reporte obligatorio de la tasa de filtración glomerular.

⁷ dlgarcia@etb.net.co



POLITICAS GENERALES

1. Creación, seguimiento y análisis de bases de datos sobre ERC
2. Reducir consumo de sal y azúcar
3. Promover la "activación" de pacientes
4. Cálculo mandatorio de TFG cuando se mida creatinina sérica
5. Campañas públicas sobre la ERC y factores de riesgo

POLITICAS ESPECIFICAS

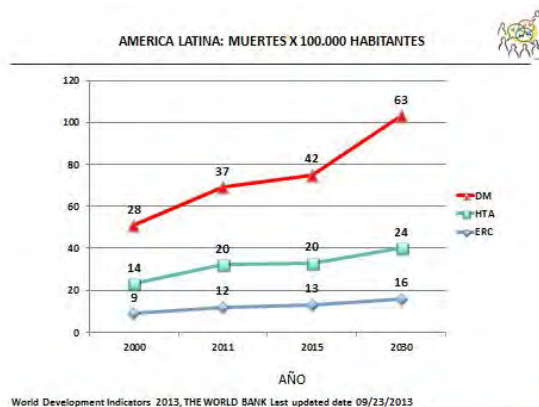
1. Entrenamiento de ERC en el Cuidado Primario
2. Clínicas de Prevención en ERC
3. Ingreso a diálisis: PD primero
4. Abolición de impuestos a insumos de TRR
5. Alianzas público privadas con prestadores de tratamientos de ERC
6. Alianzas estratégicas de todos los actores involucrados con la ERC

41

- La enfermedad renal crónica y sus precursores (diabetes mellitus e hipertensión arterial) están entre las primeras 20 causas de DALYs (años de vida ajustados por discapacidad) en la Region⁸.

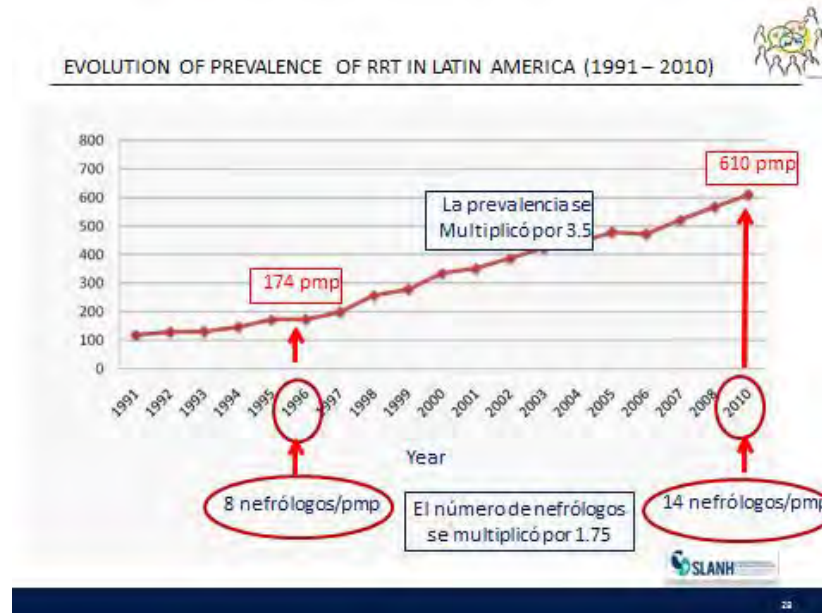
Latin America and Caribbean		(low-and-middle-income countries)		
2011				
Rank	Cause	DALYs (000s)	% DALYs	DALYs per 100,000 population
1	Ischaemic heart disease	9806	5.8	1664
2	Interpersonal violence	9253	5.4	1570
3	Diabetes mellitus	7120	4.2	1209
4	Unipolar depressive disorders	6937	4.1	1177
5	Road injury	6893	4.0	1170
6	Stroke	6256	3.7	1062
7	Lower respiratory infections	5876	3.5	997
8	Congenital anomalies	4414	2.6	749
9	Back and neck pain	4090	2.4	694
10	Preterm birth complications	4022	2.4	683
11	Chronic obstructive pulmonary disease	3498	2.1	594
12	HIV/AIDS	3261	1.9	553
13	Iron-deficiency anaemia	2956	1.7	502
14	Cirrhosis of the liver	2914	1.7	495
15	Anxiety disorders	2765	1.6	469
16	Alcohol use disorders	2479	1.5	421
17	Endocrine, blood, immune disorders	2388	1.4	405
18	Hypertensive heart disease	2347	1.4	398
19	Kidney diseases	2278	1.3	387
20	Birth asphyxia and birth trauma	2255	1.3	383

- Las muertes por estas causas, por cada 100mil habitantes, van en aumento:



⁸ World Development Indicators 2013, THE WORLD BANK Last updated date 09/23/2013

- La tasa de prevalencia de terapia de reemplazo renal (RRT) va en aumento.



- Es evidente que los costos de la atención de los pacientes se incrementan en la medida que se avanza en los estadios de la enfermedad, por lo que acciones encaminadas a retrasar la progresión del daño renal son costo-efectivas. Medical Costs of CKD in the Medicare Population⁹:

Table 2. Per person and total costs attributable to CKD

CKD Stage	Per Person Costs (95% CI) ^a	Estimated Medicare FFS Enrollees, 2008 (n) ^b	Total CKD Costs for Medicare FFS Enrollees (\$) ^c
1	1600 (–900 to 3870)	474,012	0.76 billion
2	1700 (530 to 2840)	2,700,432	4.56 billion
3	3500 (1780 to 4620)	10,726,317	37.18 billion
4	12,700 (6000 to 19,650)	563,787	7.17 billion

Updated to 2010 dollars by using the medical care component of the Consumer Price Index. Each part of the two-part cost models estimated also included controls for age, age-squared, sex, race/ethnicity, education, region of residence, and each of the following comorbid conditions: diabetes, hypertension, cancer, arthritis, pneumonia, back pain, chronic bronchitis, and asthma. CI, confidence interval.

^aBootstrapped 95% CIs by using 1000 iterations.

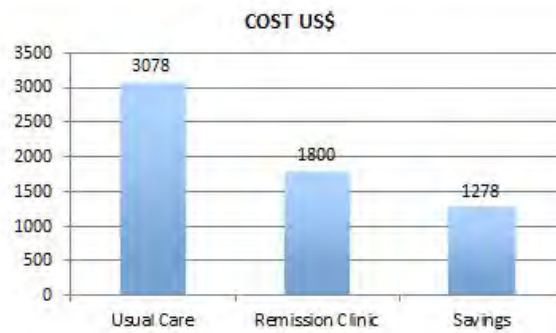
^bCalculated by using estimates of CKD prevalence for the population age 65 years or older to most closely approximate the Medicare population; prevalence estimated by using 1999–2004 NHANES data applied to 2010 Medicare enrollment data.

^cEstimates are the product of the per person cost point estimates and the number of enrollees.

⁹ J Am Soc Nephrol 24: 1478–1483, 2013

- Los programas de gestión de enfermedades (tipo disease management) han demostrado que pueden generar ahorros tan importantes como del 40%:

TOWARDS RATIONAL APPROACHES OF HEALTH CARE UTILIZATION IN COMPLEX PATIENTS: AN EXPLORATORY RANDOMIZED TRIAL COMPARING A NOVEL COMBINED CLINIC TO MULTIPLE SPECIALTY CLINICS IN PATIENTS WITH RENAL, CARDIOVASCULAR AND DIABETES DISEASES.



Nephrol Dial Transplant (2012) 27 (Suppl 3): iii104–iii110



MEXICO



José R. Paniagua Sierra¹⁰

Jefe de la División de Desarrollo de Investigación IMSS. Egresado de la UNAM Investigador Asociado "C" TC Nivel I. Experto en temas de Insuficiencia Renal Aguda, Fisiopatología y Tratamiento de la Insuficiencia renal Crónica.

Enfermedad Renal Crónica. Experiencia en el Sistema del Seguro Social de México.

"Estimar la magnitud de este problema de salud en el país en términos de su prevalencia, supervivencia de los pacientes y mortalidad; estimar los costos de la atención y los recursos financieros necesarios para ofrecer la cobertura de atención a la población con enfermedad renal crónica (ERC); establecer un diagnóstico de las unidades de hemodiálisis del sector público, así como la disponibilidad y características de los recursos humanos; conocer las percepciones de pacientes y prestadores de servicios; e identificar las fortalezas y debilidades del personal de las unidades de atención ambulatoria en materia de conocimientos de la ERC y su detección temprana".

- En México no hay un registro nacional de pacientes renales. Esto dificulta el diseño e implementación de políticas en salud y de medidas de intervención, porque la obtención de la información se hace con base en encuestas nacionales.

Kidney International, Vol. 68, Supplement 97 (2005), pp. S11–S17

Prevalence of chronic kidney disease in an urban Mexican population

DANTE AMATO, CLETO ALVAREZ-AGUILAR, RUTIL CASTAÑEDA-LIMONES, ERNESTO RODRIGUEZ, MARCELA AVILA-DIAZ, FRANCISCO ARRIOLA, ANEL GOMEZ, HIRAM BALLESTEROS, RAQUEL BECERRIL, and RAMON PANIAGUA

Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Nefrológicas, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, México City, México; Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital General Regional "Gabriel Mancera," México, México; Centro de Investigación Biomédica de Michoacán, Morelia, México; Hospital General de Zona I, Morelia, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, México City, México

- La infraestructura con la que cuenta el país para la atención de los pacientes con enfermedad renal crónica no es suficiente, como sucede en el resto de la Región.

Infrastructure		
	Country	IMSS
Population	112,336,538	57,700,000
Physicians	96,242	50,927
Nephrologists	900	600
Nurses	162,242	103,564
Hospitals	3,976	309
Beds	74,064	46,697

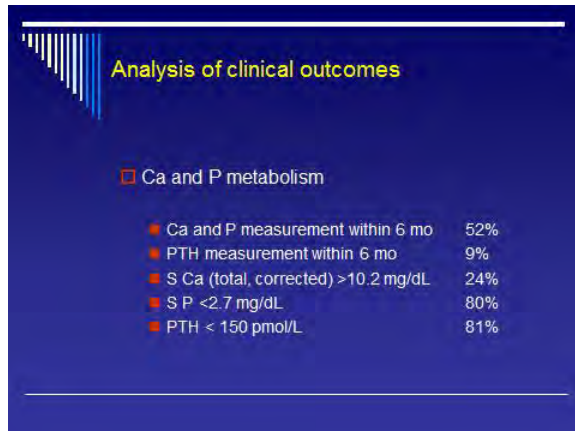
¹⁰ jrpaiaguas@gmail.com

- Y ya se prevé un crecimiento en el número total de consultas, egresos hospitalarios y pacientes tratados en México para los próximos 40 años con el consecuente incremento de los costos.

Cuadro XI.8.
Estimación de Consultas Totales, Pacientes con Tratamiento, Casos de Hospitalización
y Gasto Médico por Componente, 2010-2050,
Escenario Inercial

Padecimiento	Año	Casos (miles)			Gasto médico (millones de pesos de 2010)			
		Consultas	Pacientes bajo tratamiento	Egresos hospitalarios	Consultas	Medicamentos y auxiliares de diagnóstico	Hospitalización	Total
DM	2010	10,245.5	546.7	75.7	5,922	3,183	5,259	14,364
	2020	14,332.1	1,722.8	104.0	10,471	13,872	9,137	33,479
	2030	19,120.1	2,821.3	138.4	17,655	29,135	15,368	62,158
	2040	23,662.5	3,625.4	173.8	27,617	47,518	24,392	99,527
	2050	27,155.4	4,109.3	201.2	40,059	68,148	35,684	143,890
HA	2010	12,759.5	3,673.5	21.7	7,209	6,471	801	14,480
	2020	17,974.2	7,040.0	28.6	12,835	16,082	1,332	30,249
	2030	24,492.8	10,842.1	38.8	22,106	31,637	2,285	56,028
	2040	31,031.4	13,795.5	51.0	35,400	51,089	3,790	90,278
	2050	36,205.2	15,523.5	62.3	52,204	72,770	5,855	130,829
IR	2010	761.8	274.5	70.2	590	2,878	3,077	6,545
	2020	992.0	1,221.4	89.8	971	19,483	4,974	25,428
	2030	1,251.1	2,160.1	116.1	1,548	44,394	8,132	54,074
	2040	1,495.1	2,918.5	143.5	2,339	76,207	12,698	91,244
	2050	1,678.1	3,392.0	167.0	3,318	112,079	18,681	134,077

- La medición de parámetros de laboratorio clínico no se hace en México a todos los pacientes de insuficiencia renal crónica. Complicaciones como el hiperparatiroidismo secundario podrían estar dejándose de prevenir, diagnosticar y tratar en estos pacientes. “La calidad de los tratamientos esta frecuentemente por debajo del estándar sugerido en las guías clínicas”





BRASIL



Alberto Ogata¹¹

President of Brazilian Association of Quality of Life (ABQV), Member of Board of Directors of International Association of Worksite Health Promotion (IAWHP), Coordinator of Innovation Laboratory on Health Promotion in Private Sector (Pan American Health Organization - PAHO and Brazilian Health Plan Agency - ANS), Coordinator of MBA in Health Promotion Program Management (Centro Universitario Sao Camilo), Member of Editorial Board of American Journal of Health Promotion, Director of Social Responsibility (Sao Paulo Industry Federation - FIESP), Author of books and advisor of local and international companies.

Health is Wealth.

"Rationale for worksite health promotion, Challenges and perspectives in worksite health promotion programs, chronic disease prevention and management in different settings, not addressing just causes of deaths: global burden of diseases, musculoskeletal disorders. A key topic for workplace and society, International experience of Fit for Work".

- Los programas de salud dirigidos a la población trabajadora, con una alta intervención en su sitio de trabajo, han demostrado generar considerables retornos en la inversión (relacionados con la reducción de los costos médicos o directos y la reducción de los costos de ausentismo laboral o indirectos).

RESULTS - MEDICAL CARE COST SAVINGS



Description	N	Average ROI
Studies reporting costs and savings	15	\$3.37
Studies reporting savings only	7	Not Available
Studies with randomized or matched control group	9	\$3.36
Studies with non-randomized or matched control group	6	\$2.38
All studies examining medical care savings	22	\$3.27

RESULTS - ABSENTEEISM SAVINGS

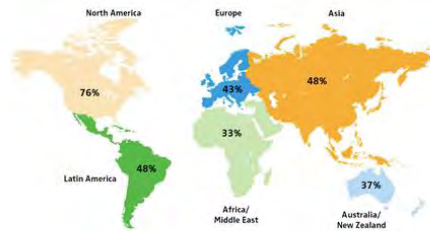


Description	N	Average ROI
Studies reporting costs and savings	12	\$3.27
All studies examining absenteeism savings	22	\$2.73

¹¹ albertoogata@gmail.com

- Por ello un número cada vez mayor de compañías ofrecen a sus empleados programas de promoción de la salud y prevención (primaria y secundaria) de las enfermedades.

Companies Offering Health Promotion to Employees



- Estos son las principales condiciones de salud que son intervenidas por los empleadores (primer cuadro) y los objetivos que persiguen (segundo cuadro).

	All regions	Africa/ Middle East	Asia	Australia/ NZ	Europe	Latin America	United States
Physical activity/exercise	1	2	2	6	3	3	1
Stress	2	1	3	1	1	1	6
Nutrition/healthy eating	3	4	4	9	7	4	2
High blood pressure (hypertension)	4	6	7	13	11	5	5
Chronic disease (e.g., heart disease, diabetes)	5	8	9	11	10	8	3
High cholesterol (hyperlipidemia)	6	11	8	14	13	9	7
Workplace safety	7	3	1	2	2	2	11
Obesity	8	17	14	9	14	14	4
Work/life issues	9	5	6	8	4	10	10
Depression/anxiety	10	13	11	3	6	6	9
Tobacco use/smoking	11	10	12	12	9	11	8
Psychosocial work environment	12	12	10	5	5	7	14
Personal safety	13	8	5	4	8	13	15
Sleep/fatigue	14	15	13	6	11	12	12
Maternity/newborn health	15	16	15	16	16	16	13
Substance abuse	16	13	17	15	15	15	16
Infectious diseases/AIDS/HIV	17	6	16	17	17	17	17

1 = highest impact, 17 = lowest impact

Ranked 1st Ranked 2nd Ranked 3rd

Relative importance of wellness programme objectives – by region

	All regions	Africa/ Middle East	Asia	Australia/ NZ	Europe	Latin America	United States
Improving employee productivity/reducing presenteeism	1	1	3	3	3	2	2
Reducing employee absences due to sickness or disability	2	2	4	2	2	1	3
Improving workforce morale/engagement	3	3	2	4	1	3	4
Reducing healthcare or insurance premium costs	4	8	10	10	10	9	1
Improving workplace safety	5	5	1	1	5	4	7
Furthering organisational values/mission	6	6	7	6	6	5	5
Maintaining work ability	7	4	5	4	4	6	6
Attracting and retaining employees	8	7	8	7	7	7	8
Promoting corporate image or brand	9	10	6	8	8	10	9
Fulfilling social/community responsibility	10	9	9	9	9	8	10

1 = most important, 10 = least important

Ranked 1st Ranked 2nd Ranked 3rd

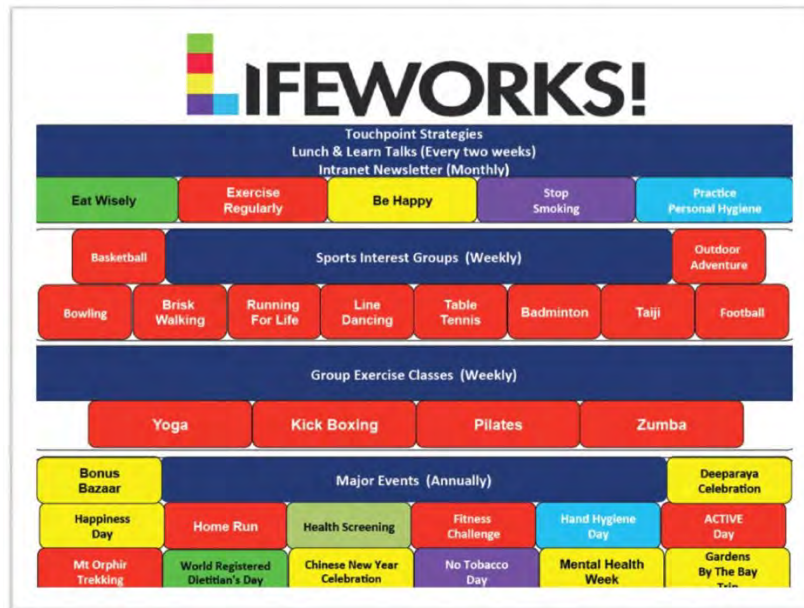
- La OMS ha establecido los principios mínimos para establecer programas de salud en los sitios de trabajo.

Principles for Global Action Healthy Workplaces - WHO

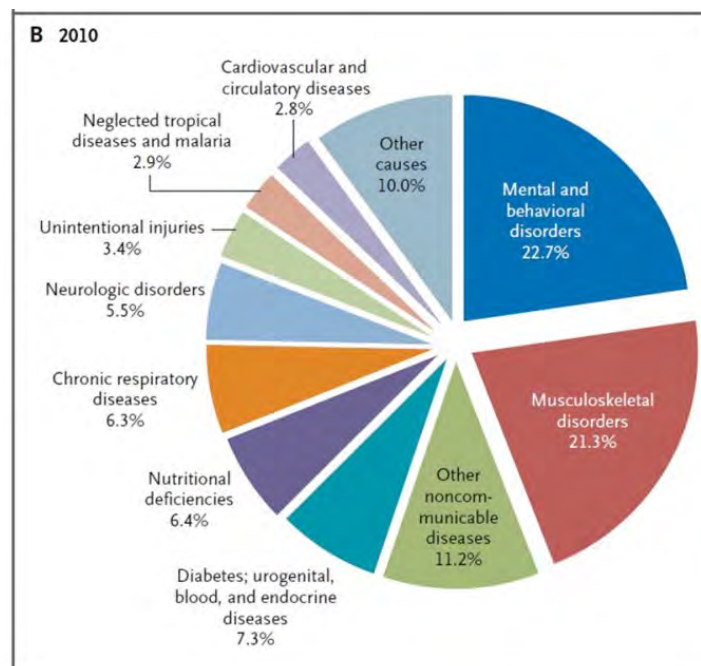


- ✓ Highest attainable standard of physical and mental health
- ✓ Workplaces should not be detrimental to health
- ✓ Priority of primary prevention
- ✓ Using the workplace as a setting for health interventions
- ✓ Participation of workers and employers
- ✓ Expand coverage to workers with occupational health services

- Este es un ejemplo de contenido de un programa de promoción de la salud en un sitio de trabajo:



- La capacidad de trabajar debe ser considerado un resultado clínico por parte de prestadores de servicios de salud y de administradores de riesgos. Por ejemplo, las enfermedades músculo esqueléticas representan el 21,3% de las incapacidades laborales en el mundo en 2010¹², y esto pone una considerable presión en el uso de los recursos públicos y privados.



¹² DALYs – disability-adjusted life years, Lancet 2013.

- De acuerdo con Fit For Work (Europa)¹³, estos son los factores claves acerca de las enfermedades musculo-esqueléticas (por ejemplo la artritis reumatoide y la espondilitis anquilosante):



- En UK, la Organización 2020Health, en conjunto con una compañía farmacéutica, presento al NHS (Sistema Nacional de Salud de UK) un documento técnico para solicitar al gobierno que apoye la salud en el trabajo, el cual fue públicamente incluido por el NHS como parte del marco de resultados de salud en ese sistema de salud.



The report recommends:





2020Health urges the government to support good health at work, if it is to deliver on its emergency budget commitment of £11 billion in welfare savings.

Health has a major impact on employment and productivity, the annual cost of absence and worklessness associated with working age ill health is estimated at over £100 billion (600 000 new incapacity claims made annually).

Impact:

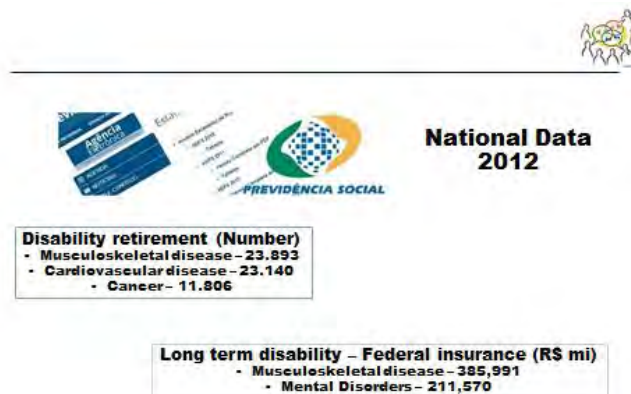
- Inclusion of 'work as a health outcome' in Public Health White paper and NHS outcomes framework.



- Work should be adopted by the NHS as a legitimate clinical outcome of treatment and management. Supporting people to return to work should be a key objective of all health services.
- Promote earlier intervention of conditions that could lead to work absence, and increase awareness of the role of appropriate prescribing in helping people to participate in work and to offset the long term cost of degenerating conditions.
- Refocus the incentive structure for health professionals and review medical training to bring about a behavioral shift away from symptom management towards tangible "whole-patient" outcomes like work participation.

¹³ <http://www.fitforworkeurope.eu/>

- Según datos nacionales de Brasil en 2010, las enfermedades musculo esqueléticas representan la primera causa de retiro laboral por discapacidad así como de discapacidad de largo plazo.



- Una encuesta patrocinada por AbbVie en Brasil, realizada a +4.000 individuos, encontró que 1 de cada 3 personas con enfermedades musculo esqueléticas necesitaban reducir su actividad diaria con un promedio de 8 horas acumuladas en los últimos 7 días.

Technical Specifications - Quantitative Research

Methodology: Individual interviews, face-to-face, at home

Sample:

- Total population: 4,004 interviews
- MSD Population: 1,135 interviews (found in population)

Sample error: considering 95% confidence

- Total sample: 2 p.p.
- MSD Sample: 3 p.p.

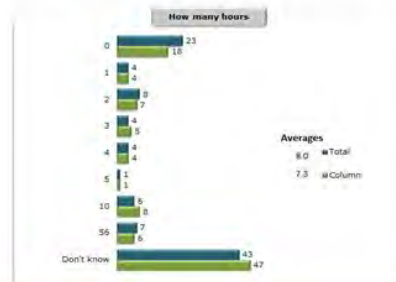
Target-public: Population of 16 years old and above in urban areas

Coordination – IBOPE Inteligência (Brazil)

Sponsor – Abbvie (Brazil)

Impact on work

More than 1 in every 3 people with MSD needed to reduce their daily activities: On average, 8 hours in the past 7 days



Some considerations



- The penetration of people who complain about muscle pain or discomfort in the population is 28%. From these, the pain persists for at least 3 months for 63% of people.
- The most frequent complaint about the body part where they feel pain is the back. The other body parts are on a lower level. However, regardless of the body part with pain, more than half feel this discomfort for at least 3 months.
- Virtually 1/3 of the people reduced their daily activities in the past month. Considering only the past 7 days, 27% reduced between 1 and 10 hours of activity.
- When asked about their current general condition, 45% give grades on the "negative" side of the scale. In relation to impact on work 31% give grades on the "negative" side of the scale.

IBOPE
Inteligencia

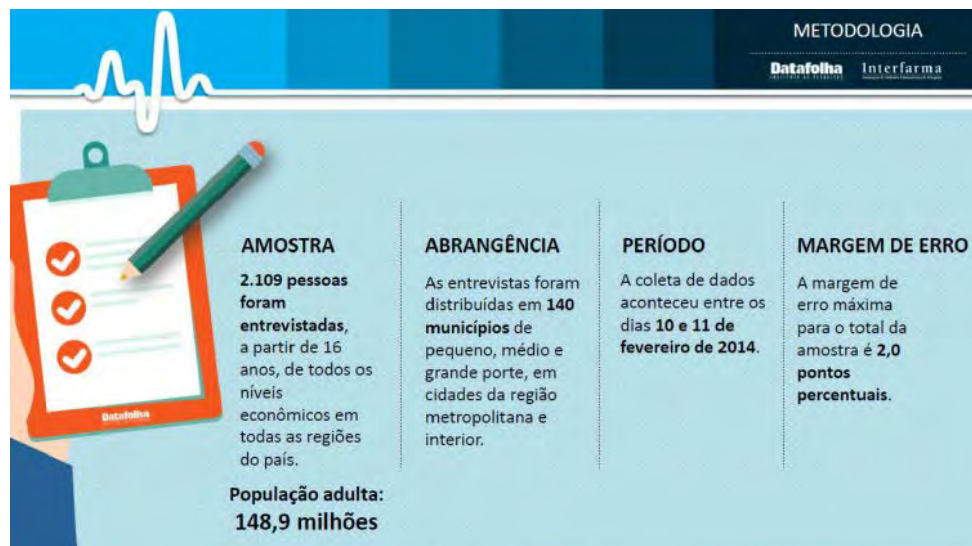
44

- Impacto = penetración x efectividad. No es suficiente que un programa de salud sea efectivo para un grupo limitado de pacientes, por ello debe hacerse la gestión apropiada para que la penetración del programa sea también apropiada con lo que se lograría el impacto esperado.

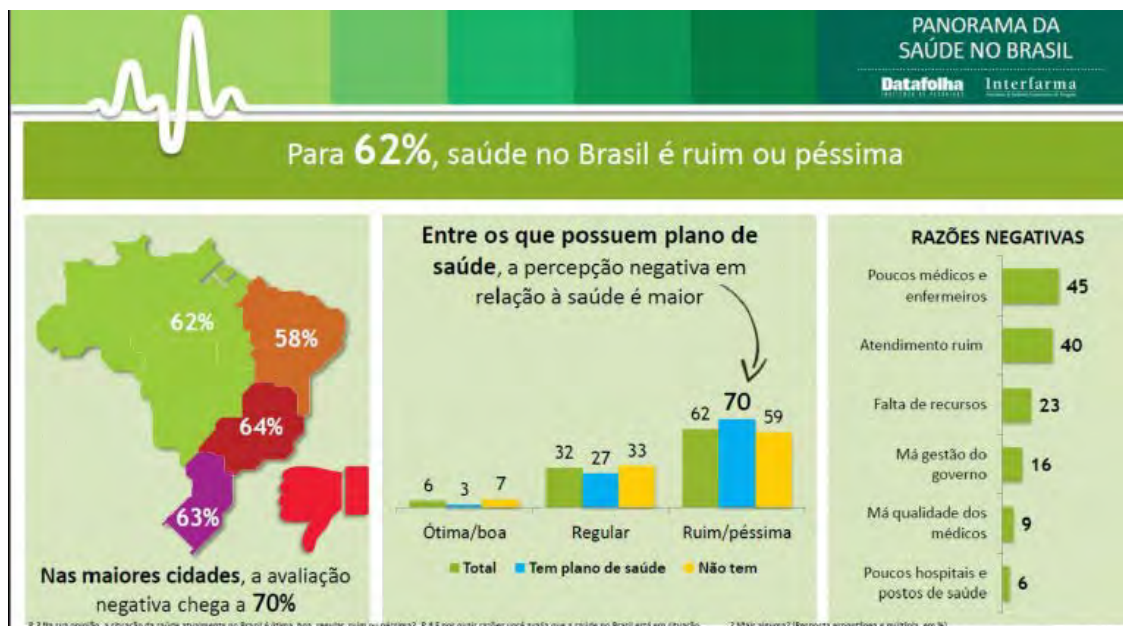
Cómo lograr la eficacia en salud de la población a través de modelos de gestión.

"Evaluar a través de una investigación el nivel de satisfacción de los servicios públicos y privados de salud, así como los hábitos de salud y consumo de drogas, para lograr la eficacia en salud de los brasileños".

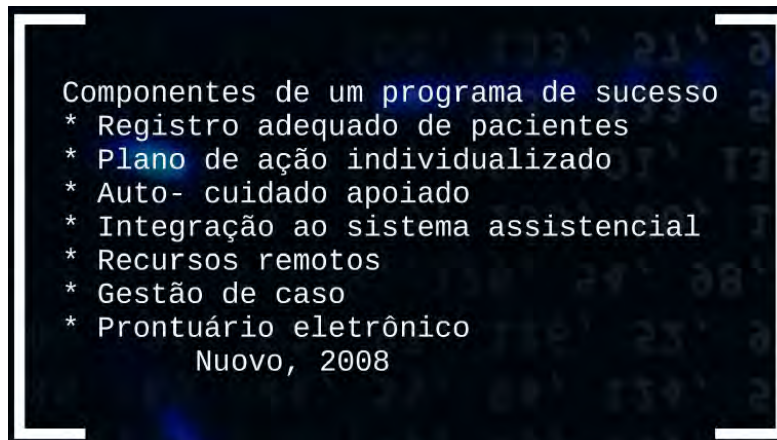
- Una encuesta a +2.000 personas en Brasil, apoyada por Interfarma, consulto la opinión de los brasileiros sobre la salud en el país, investigando la satisfacción con los servicios públicos y privados, así como los hábitos de cuidado personal de la salud y de uso de medicamentos.



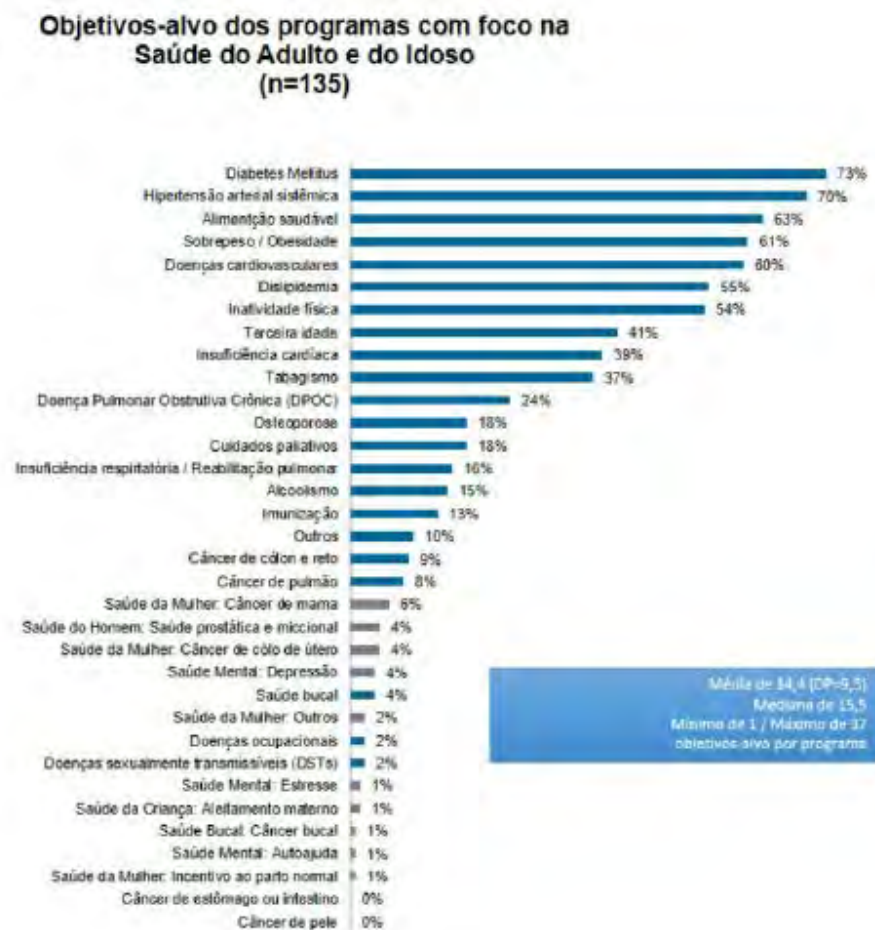
- Para el 62% de los encuestados, la salud en Brasil es pésima, básicamente por: falta de médicos, servicios de salud de mala calidad, y falta de recursos.



- Componentes de un programa de salud tipo disease management para lograr impacto:



- En Brasil, este es el perfil de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que fueron aprobados por la ANS (Agencia Nacional de Salud Suplementaria):



Home » Blogs » Saúde Corporativa »



Saúde Corporativa

Alberto Ogata

siga este blog

Abordagem de doenças crônicas exige ação multissetorial

Por [Alberto Ogata](#)



Rating 5 (2 votaram)



1



1

27 de maio de 2014 12:52

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm aumentado sua importância em todo o mundo, inclusive no continente latino-americano. Apesar de doenças como dengue, malária, tuberculose ainda tem grande impacto na saúde da população, as doenças cardiovasculares, o câncer, o diabetes e as doenças pulmonares crônicas assumem importância cada vez maior.

No entanto, as abordagens ainda são pontuais, fragmentadas e, em geral, atingem apenas uma fração da população-alvo. Como resultado, constatamos a alta prevalência de complicações como insuficiência renal crônica, amputação de membros, cegueira, insuficiência respiratória que deterioram a qualidade de vida das pessoas e levam os custos assistenciais a níveis insustentáveis.

Neste contexto, atividades como o telemonitoramento de pacientes ou o acesso a medicamentos isoladamente não atingem o resultado desejado. Estudos demonstraram que o desenho de um sistema de saúde que envolve o auto-cuidado apoiado do paciente, a preparação adequada da linha de cuidados, o apoio na tomada de decisões baseadas em evidências científicas e o uso de um sistema de informações clínicas, principalmente com um prontuário eletrônico integrado é efetivo na melhoria da saúde e da qualidade de vida das pessoas.

Como exemplo, apesar da linha de cuidados para o diabetes tipo 2 estar bem estabelecida, recente pesquisa da UNIFESP avaliando 22 centros em 10 cidades constatou que pouco mais de um quarto dos diabéticos estavam com a doença controlada e quase metade tinham sinais de retinopatia e neuropatia, ou seja, já com complicações da doença.

Recentemente realizou-se o Segundo Fórum Latino-Americano de Doenças Crônicas: Resultados em Saúde, Tomada de Decisões e Gestão de Risco de Enfermidades reunindo na cidade do México, especialistas das áreas público e privada de todo o continente. Constatou-se que há experiências exitosas com o uso da tecnologia, estratégias de prevenção, modelos preditivos, economia da saúde no apoio à tomada de decisões e gestão do conhecimento. Constatou-se também a importância de maior integração para adoção de modelos adequados à cultura e condições sócio-econômicas do continente que, provavelmente, serão mais eficazes do que a adoção de modelos utilizados na Europa e, principalmente nos Estados Unidos onde há um sistema de saúde diverso à cobertura universal que tem sido a tendência em muitos países da América Latina.

Em nosso país, somente a integração da assistência e da prevenção com a adoção de modelos como o de cuidados crônicos permitirá atingir resultados mais efetivos. Neste contexto, o setor saúde terá que incluir as empresas (e o ambiente de trabalho) com stakeholders importantes também na gestão de doenças crônicas que não deve ser restrita às unidades de saúde, hospitais, clínicas, operadoras de saúde ou consultórios médicos.



PORTUGAL / USA



Andreia S. Ribeiro¹⁴

Currently manage the European and Emerging Markets Physician & Payer Forum portfolios for Decision Resources Group (DRG), the industry's only primary market research solution that includes insights from both physicians and payers to get a true sense of how both parties determine access to the relevant pharmaceutical markets. I also play a key collaborative role in the Latin American expansion of our portfolio and business relationships. Prior to my current position, I worked at DRG as a LATAM analyst where I have pioneered extensive primary and secondary research in the Brasil, Mexico and Argentina payer systems exploring how the different reimbursement contexts impact prescribing. I have a Ph.D. in chemical and biochemical engineering from the University of Maryland Baltimore County (UMBC), and a B.S./M.S. in chemical engineering from the University of Porto, in Portugal. My doctorate focused on translational biomaterials research toward the development of new therapeutics for neurodegenerative diseases. I also hold two professional certifications in biochemical regulatory engineering and biotechnology management.

Hepatitis Viral C (HCV): Enfermedad Crónica y Resultados en Salud.

"Introducción a la Hepatitis C (HCV) y los tratamientos actuales. Mostrar el estado que guarda el Mercado de la HCV en Latam y el ambiente actual de Market Access para el tratamiento en nuestra región".

- Información básica sobre la carga y el impacto de la hepatitis C:

HCV is a serious disease; if left untreated, 5-20% of patients with chronic infection for 20-30 years progress to cirrhosis, end-stage liver disease, or HCC – all of which are associated high mortality and morbidity.¹

When chronic HCV infection is untreated and disease progresses, there are high associated healthcare costs.¹

In the US, Latin America and Europe, HCV genotype 1 (HCV1) is most prevalent and represents the majority of the disease burden.²⁻⁴

Many patients with HCV suffer from the associated social stigma, due to fear of transmission, illness and prejudice.⁵⁻⁷

Current standard of care involves a long course of interferon-based combination therapy – this is associated with a substantial patient burden in terms of dosing complexity, administration of frequent injections, poor tolerability and treatment discontinuation in a substantial proportion of patients.⁸⁻¹⁰

The recent introduction of DAAs (telaprevir and boceprevir) in combination with Pegylated Interferon, has improved SVR efficacy rates in HCV1, but but a significant proportion of patients do not attain benefit due to discontinuation of therapy related to adverse events, emergence of drug resistance and viral relapse after treatment cessation.¹¹⁻¹⁵

There is a high need to fund and make available newer therapies in HCV1 patients – particularly IFN intolerant or ineligible, those who have lower overall response rates such as prior null responders and those with cirrhosis.^{8,16-18}

Key supporting references: 1. Lavanchy 2011; 2. Alberti & Negro 2011; 3. Kershenovich et al 2011; 4. Cornberg et al 2011; 5. Conrad et al 2006; 6. Rodger et al 1999; 7. Zickmund et al 2003; 8. Ghany et al 2011; 9. Myers et al 2012; 10. Stickel et al 2012; 11. Hézode 2012; 12. Jacobson et al 2011; 13. Zeuzem et al 2011; 14. Bacon et al 2011; 15. Poordad et al 2011; 16. Sharma & Lok 2011; 17. Hatzakis 2011; 18. Aronsohn & Jensen 2012.

¹⁴ aribeiro@dresourcesgroup.com , aribeiro@dresourcesgroup.com

- Los regímenes de tratamiento actuales basados en interferón/Ribavirina tienen limitaciones:

Peg-IFN/ribavirin based regimens have limited efficacy in some HCV1 infections even with the addition of currently available DAAs (boceprevir and telaprevir),¹⁻⁶ leaving these patients at risk of disease progression.

There is currently no treatment option available for patients in whom IFN-based regimens are contraindicated or unsuitable.^{1,7}

IFN-based regimens are associated with onset of multiple constitutional symptoms, such as flu-like symptoms, nausea, headache, fatigue, poor appetite and weight loss which may lead to loss of productivity or treatment discontinuation due to decreased quality of life.^{8,9}

Despite the higher efficacy associated with the current DAAs in some populations, these therapies can exacerbate peg-IFN/ribavirin toxicities (e.g. anaemia) and are themselves associated with additional AEs.¹⁰⁻¹³

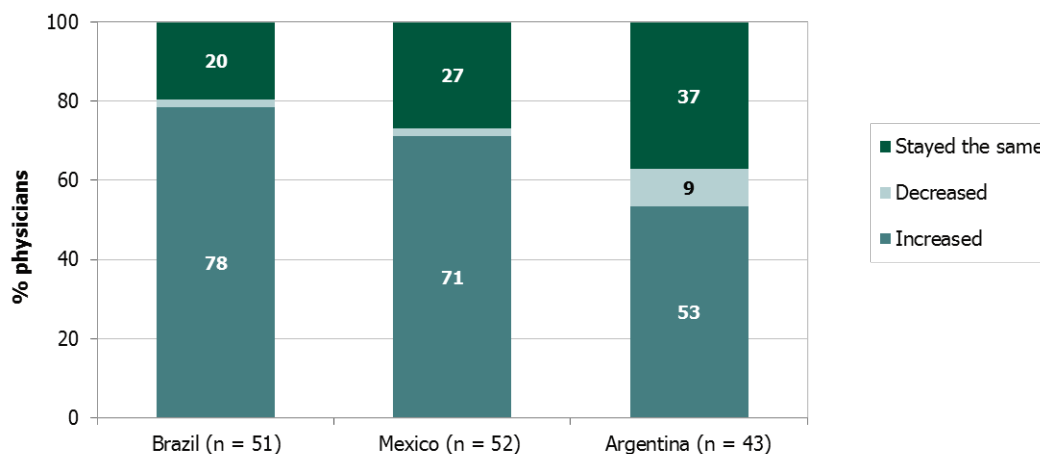
There can be a substantial patient burden due to long treatment cycles (up to 48 weeks), complex dosing including frequent subcutaneous injections, and severe AEs can adversely impact adherence and willingness to undergo therapy.¹²⁻¹⁶

Key supporting references: 1. Ghany et al 2011; 2. Poordad et al 2011; 3. Jacobson et al 2011; 4. Sherman et al 2011; 5. Bacon et al 2011; 6. Zeuzem et al 2011; 7. Aronsohn & Jensen 2012; 8. Foster 2009; 9. Stickel et al 2012; 10. Hézode 2012; 11. Cacoub et al 2012; 12. Incivek™ Prescribing Information 2012; 13. Victrelis® Prescribing Information 2012; 14. Pegasys® Prescribing Information 2013; 15. PegIntron® Prescribing Information 2013; 16. Myers et al 2012.

- Una encuesta fue realizada en 2013 a especialistas y administradores de salud en Brasil, México y Argentina sobre la HCV y su tratamiento:



- La mayoría de los especialistas reporto un incremento de los casos diagnosticados de HCV en los últimos dos años.



- En Brasil, el hecho de que el Conitec haya aceptado la inclusión de Telaprevir y de Boceprevir en el formulario nacional es indicio de que no está cerrado a inclusión de tecnologías nuevas y de alto costo, pero cumpliendo las condiciones del Conitec.
- El gobierno de Brasil ha impuesto restricciones¹⁵ en el uso de inhibidores de proteasa

Populations Eligible to Receive Protease Inhibitors with Public Funding in Brazil
✓ Monoinfected HCV1 patients
✓ Advanced hepatic fibrosis patients (Metavir F3 or F4)
✓ Patients with no previous treatment with PIs
✓ Patients with compensated hepatic disease (Child-Pugh score ≤ 6; class A) without a history of previous decompensation
Telaprevir is recommended for patients with compensated hepatic cirrhosis (Metavir F4) and F3 null responders to previous treatment with PEG-IFN/ribavirin
Telaprevir is the PI recommended for treatment of F3 patients
Boceprevir can be considered for F3 and F4 patients according to defined criteria for individualized treatment with each PI, based on a detailed medical report, risk-benefit relationship, and authorization of state committees

- El Cenetec en Mexico tiene un umbral de costo-efectividad muy bajo, de menos de 1 GPD por QALY. sin embargo, Boceprevir ya fue autorizado.

¹⁵ Source: Suplemento 1: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e Coinfecções; Manejo do paciente infectado cronicamente pelo genótipo 1 do HCV e fibrose avançada; MoH; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

- Pese a estar ya aprobado en México, el Boceprevir aún no está disponible en el sector público; si se requiere, debe ser conseguido en el sector privado.

Drug	Approved in Mexico	CByCM (national formularies)	IMSS/SSSTE Formulary (SS) -2014	FPeGC (SP) -2014
PEG-IFN- α -2a	Yes	Yes	Yes	Yes
PEG-IFN- α -2b	Yes	Yes	Yes	Yes
Conventional IFN- α -2b	Yes	Yes	Yes	Yes (for oncology only)
Ribavirin	Yes	Yes	Yes	No
Telaprevir	No	—	—	—
Boceprevir	Yes	Yes	No/Yes	No...

- En 2014 en Argentina, el Ministerio de Salud estableció las guías clínicas para el tratamiento de la HCV crónica con genotipo 1, incorporando el uso de Inhibidores de Proteasa.

Drug	Approved in Argentina	SUR Formulary (SS)	MoH Formularies (public)
PEG-IFN- α -2a	Yes	Yes	Yes
PEG-IFN- α -2b	Yes	Yes	Yes
Conventional IFN- α -2b	Yes	No	No
Ribavirin	Yes	Yes	Yes
Telaprevir	Yes	Yes	Yes
Boceprevir	Yes	Yes	Yes

- Sin embargo, el gobierno Argentino impuso restricciones en 2014 para el uso de la triple terapia.

2012

Populations Eligible to Receive Protease Inhibitors with SUR Funding in Argentina
✓ Monoinfected HCV1 patients
✓ Patients with F3 or F4 stage of hepatic fibrosis, independent of IL28B genotype
✓ Treatment-naïve or relapsed patients
Use of PIs in partial responders or null responders to previous treatment with PEG-IFN/ribavirin <u>is not</u> covered

Source: Superintendencia De Servicios De Salud; Resolución 1561/2012.

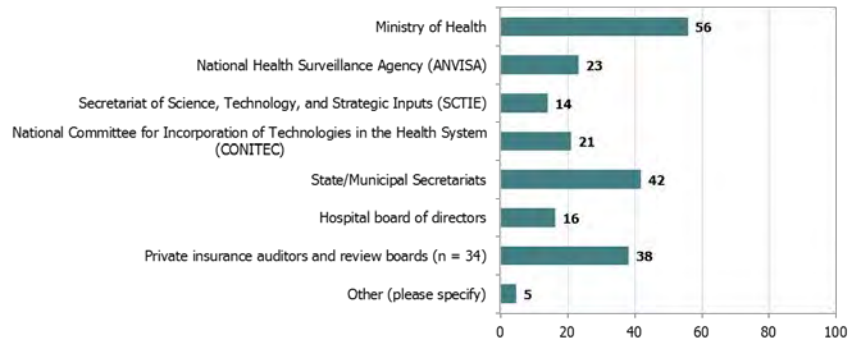
2014

Government Recommendations for the Populations Eligible to Receive Protease Inhibitors
✓ Monoinfected HCV1 patients
✓ Patients with F3 or F4 stage of hepatic fibrosis, independent of IL28B genotype
✓ Treatment-naïve or relapsed patients
Use of PIs in partial responders or null responders to previous treatment with PEG-IFN/ribavirin <u>is</u> covered

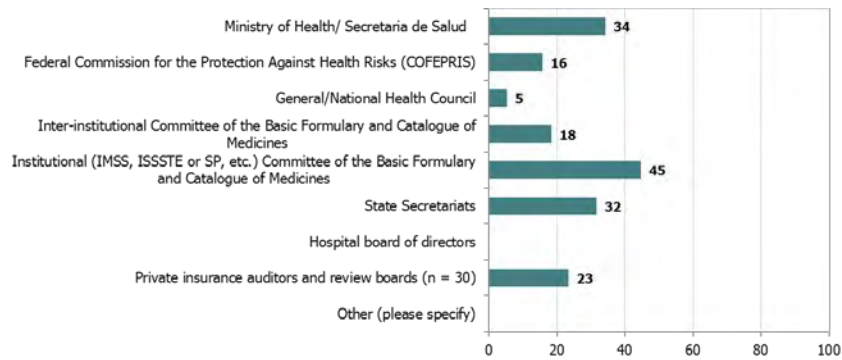
Source: Programa Nacional de Control de Hepatitis Virales: Recomendaciones para el tratamiento de la hepatitis Crónica genotipo 1, 2014

- HCV es una prioridad pública en Brasil y Argentina, y hay programas nacionales. No los hay en México.
- Las principales barreras percibidas por los especialistas clínicos en estos países para que los pacientes puedan acceder a tratamientos con alta probabilidad de curar la HCV son:

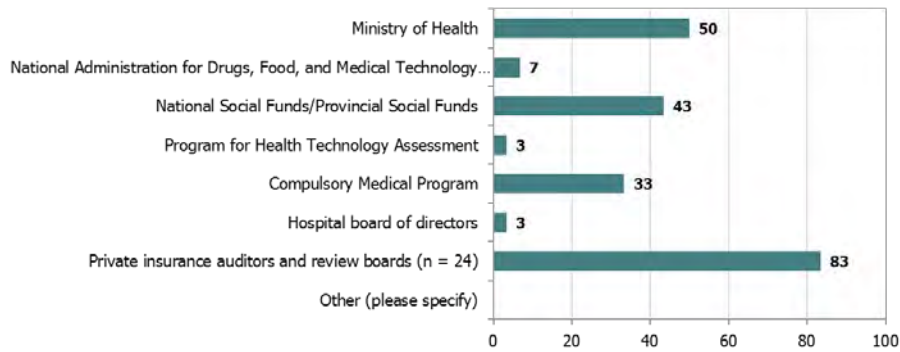
Brasil:



México:



Argentina:



- El acceso a las terapias actuales y futuras, con mayor eficacia (incluso la cura total) y mejor perfil de seguridad, son claramente costo-beneficiosas.

HCV in LATAM – Final Conclusions



These findings demonstrate the need for key stakeholders (physicians, payers, patients) to be made fully aware of the benefits that novel HCV agents offer to encourage them to see beyond the premium-price tag, and fully recognize the cost-benefit of incorporating the technology in the healthcare system.

- The growing prevalence of HCV, mainly diagnosed in advanced stages of the disease, is a major burden to the public healthcare systems in LATAM.
- HCV is a declared healthcare priority in Brazil and Argentina and government-sponsored programs are in place to treat HCV in these countries, but not in Mexico. The higher incidence of HCV in the former countries has attracted this public health investment.
- Patient access to state-of-the-art treatments is a step ahead in Brazil and Argentina, than in Mexico:
 - PEG-IFN- α enjoys full sponsorship in all three countries.
 - Although highly restricted to F3 and F4 patients (and certainly with regional variations in access), PI triple therapy has nationwide government sponsorship in Brazil and Argentina. However in Mexico, PI triple therapy is only accessible to a proportion of public patients.
- Cost of incorporation of PI triple therapy in Brazil:
 - First year: ~200Mi \$R; subsequent years: ~75Mi \$R/year
 - Money saved in chemotherapy for HCC
 - Money saved in liver transplants (~20,000 \$R/patient)
 - Number of patients saved (priceless...)

COMPANY CONFIDENTIAL

44

- Para inclusión de una nueva tecnología el ICER debe ser solo una referencia, no el único criterio, el ICER no diferencia entre el potencial tamaño de beneficiarios (niños vs adultos, CA vs diabetes). Por ello, la decisión debe hacerse con un enfoque multicriterio, el ICER en el caso de la HCV no debería ser único criterio porque en general el umbral es de 1 GPD en el mundo. Pero la HCV es una prioridad de salud y la carga de costos de esta enfermedad justifica la inversión de un tratamiento efectivo.

Is CEA/CUA adequate/enough to make the right decisions?



ICER is a reference – not the sole decision maker

- Trastuzumab: ICERs of 0.8 to 1.5 GDPpc per QALY in US, EU and Australia vs 3.6 to 35.5 GDPpc per QALY in LATAM*

ICER ratios do not differentiate between the size of potential group of beneficiaries (children vs adults; patient with cancer vs diabetes).

ICERs are demonstrating to not be sufficient to address payers' decision-making process and the complexities of developing countries:

- with respect to the resources required to fund the new technology
- the national priorities in health

Budget Impact Analysis

- Very basic so far; not thorough studies.
- Multi-criteria decision (analysis) – MCD(A)

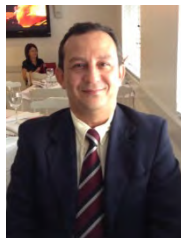
* Piñón-Rivero, A. et al. Implications of global pricing policies of pharmaceuticals for access to innovative drugs: the case of trastuzumab in seven Latin American countries. 31 Annual Meeting Health Technology Assessment International (HTAI), Seoul, 2012

COMPANY CONFIDENTIAL

45



BRASIL



Lindemberg Assunção Costa¹⁶

Diretor da Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia desde 2007, sendo responsável pela gestão da assistência farmacêutica da SES BA. Ainda, é Professor das disciplinas de Farmácia Hospitalar, Atenção Farmacêutica e Estágio Supervisionado Farmacêutico da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia e na pós graduação no Curso de Especialização em Assistência Farmacêutica da mesma Universidade desde 2006. Possui graduação em Farmácia e especialização em Farmácia Hospitalar pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1992). Tem mestrado em Medicina e Saúde na área de epidemiologia clínica pela Universidade Federal da Bahia (2005). Atualmente é professor assistente da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia. Desenvolve pesquisas nas área de Assistência Farmacêutica, Farmácia Hospitalar, Atenção Farmacêutica e Farmacovigilância. Experiência Profissional: Farmacêutico do Hospital Universitário Prof. Edgard Santos (1996 a 1998) da Ufba. Diretor técnico do Complexo Hospitalar Universitário Prof. Edgard Santos no período de 2001 a 2006. Tem experiência na área de Farmácia, especialmente em Assistência Farmacêutica e Farmácia Hospitalar, administração hospitalar e Farmacovigilância.

Economía de la Salud y toma racional de decisiones.

“Esta presentación tiene como objetivo el favorecer el uso racional de los medicamentos del paciente que recibe la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correctas, por un período de tiempo adecuado y al menor costo para ellos mismos y para la comunidad”..

- Experiencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria en el Estado de Bahía, Brasil.
- El desafío de todo sistema de salud es como garantizar su sostenibilidad a la par de que: aumenta la población cubierta, aumenta los beneficios (servicios en salud cubiertos), y asume los costos directos en salud.

Desafios dos sistemas de saúde

Como equacionar crescente demanda com sustentabilidade



¹⁶ lindemberg.rn@gmail.com

- La experiencia en Bahía está basada en la selección de los medicamentos esenciales que el sistema público de salud, a nivel de ese estado, debe ofrecer a su población. Y siguiendo la recomendación de la OMS, es una responsabilidad del gobierno local definir cuáles son esos medicamentos esenciales:

MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

A aplicação

“A implementação do conceito deve ser flexível e adaptável às diferentes situações; exatamente quais medicamentos devem ser considerados essenciais permanece uma responsabilidade local.”

SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

“Eles são selecionados por sua **relevância** em saúde pública, **evidência de eficácia e segurança** e **custo-efetividade favorável** comparativamente.”

WHO, 2002

Report of the WHO Expert Committee. Technical Report Series No. 914. Geneva: WHO, 2002

- Estas listas de medicamentos esenciales también operan con criterios de restricción y de exclusión:

SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

CRITÉRIOS DE RESTRIÇÃO

- Risco potencial grave
- Uso restrito a determinadas condições
- Uso em programas específicos
- Alta indução de resistência microbiana
- Medicamentos de alto custo reservados para tratamento de primeira escolha
- Agentes submetidos a controle nacional

SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

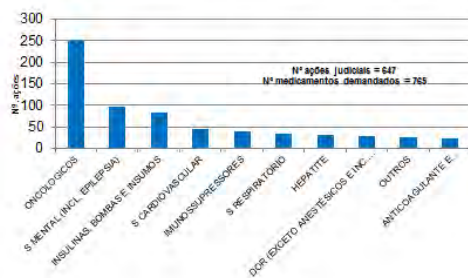
- Medicamentos com similar eficácia e segurança (evitar duplicação)
- Recente introdução no mercado
- Insuficiente experiência de uso
- Efetividade desconhecida
(sem medida de relevantes desfechos clínicos em ensaios clínicos randomizados com adequado poder metodológico)

- El número de acciones judiciales interpuestas por los pacientes para acceder a medicamentos que no están en la lista de medicamentos esenciales se ha incrementado en forma exponencial desde 2006:



Ações judiciais - 2013

Os 10 grupos terapêuticos mais demandados



- Esta solicitud de tratamientos por vía judicial se debe no a una sino a varias causas:



- El costo de una terapia no es equivalente al precio de la misma, es decir, el precio de un medicamento menos los costos que ahorre por curar la enfermedad y evitar complicaciones, eso si es el costo total de la terapia. Por ello no es relevante el precio con el que se comercializa el tratamiento.
- Se requiere entonces implementar un sistema y unos procesos apropiados para definir y actualizar el listado de medicamentos esenciales que requiere la población de Bahia para resolver en forma apropiada sus necesidades en salud sin recurrir a la via judicial para acceder a tratamientos no incluidos en la lista oficial.



- El Estado de Bahía viene haciendo esfuerzos para conseguir la evidencia apropiada que respalde sus decisiones respecto a que terapias hacer disponibles para su población, así como también viene implementando procesos de evaluación de tecnologías sanitarias y medicamentos:



Body: Introduction: COPD is a global public health problem and results in social and substantial and growing economic impact. The Program Management of COPD of Bahia / Brazil (Respira Bahia Program) is an initiative of the State Secretary of Health based on multidisciplinary care and free access to medication, which aims to improve the clinical management and decision-making capacity of public health system for respiratory diseases.

Objectives: To quantify the reduction in use of health care resources among patients followed in the outpatient Respira Bahia Program at the reference clinic in the Octavio Mangabeira Specialized Hospital in Salvador, Bahia.

Methods: An observational, longitudinal and ambispective study. The indicators of the benefit for the study intervention were measured by comparing the absolute numbers of hospital admissions and emergency visits in the 12 months before and after their inclusion in the Program.

Results: 90 patients were evaluated (64 male, aged from 66.5 ± 10.4 yrs) with disease status from moderate to very severe (FEV1 39.8 ± 13.8% predict). Significant reduction was observed in the number of number emergency room visits and hospitalization admissions (of 63% e 61%, respectively).

Resultados de implantação de protocolos clínicos



Reduced use of health care resources in the Respira Bahia Program

	Year preceding the Program n Total (n/patient-year)	First year of the Program n Total (n/patient-year)	p
Number of emergency room visits	199 (2,21)	74 (0,82)	< 0,001
Number of hospital admissions	28 (0,31)	11 (0,12)	0,035

IV CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

"INCORPORANDO O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO À SAÚDE"



DE 12 A 15 DE AGOSTO DE 2012 • CENTRO DE CONVENÇÕES DA BAHIA, SALVADOR-BA • www.congressoorm.com.br



I FÓRUM BRASILEIRO SOBRE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E FARMACOECONOMIA

DE 24 A 27 DE NOVEMBRO DE 2013 • BAHIA OTHON PALACE HOTEL • SALVADOR - BA

A FARMACOECONOMIA COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO E AVALIAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS NO SUS

www.pharmacoeconomics.com.br

APOIO



SECRETARIA EXECUTIVA



AGÊNCIA OFICIAL





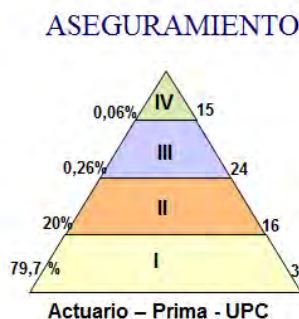
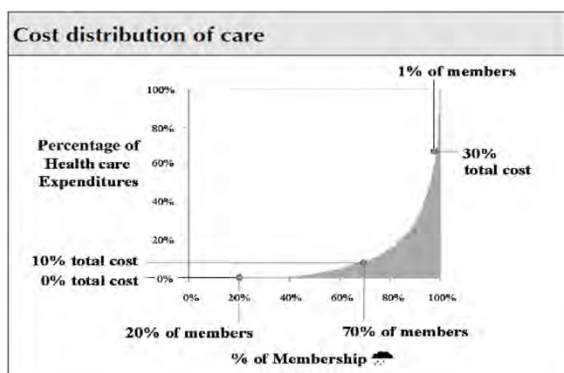
Lizbeth Acuña Merchán¹⁷

Directora de la Cuenta de Alto Costo, que además de ser un Fondo Inter-EPS autogestionado, es un Organismo Técnico no gubernamental que constituye un "Frente Común" para el abordaje del Alto Costo promoviendo la gestión de riesgos para disminuir la tendencia de nuevos casos de alto costo y procurar la calidad técnico-científica en el manejo de los casos existentes. Es Optómetra, con Maestría En Epidemiología, y Doctorado en Economía de la Salud (Athlantic International University)

La gestión de riesgo en enfermedades crónicas como herramienta esencial en los sistemas de salud: Experiencia Colombiana (Cuenta de Alto Costo)¹⁸

"Esta presentación Busca sumar esfuerzos técnicos y administrativos entre aseguradoras y los demás actores del Sistema para lograr mediante diversos mecanismos: Promover la gestión de riesgos en el Sistema. Estabilizar la variabilidad en el manejo de los casos existentes. Introducir mecanismos financieros en el SGSSS".

- El gasto en salud está concentrado solo en un pequeño porcentaje de personas¹⁹.



- La Cuenta de Alto Costo fue creada en 2007 en Colombia.

CUENTA DE ALTO COSTO

- Organismo técnico del SGSSS.
- Creado mediante el Decreto 2699 de 2007, decreto 3511 aprobado y expedido por el MSPS.
- Constituye un "Frente Común" para el abordaje del Alto Costo como fenómeno de gran impacto en el país.

Busca sumar esfuerzos técnicos y administrativos entre aseguradoras y los demás actores del Sistema para lograr mediante diversos mecanismos:

- Promover la gestión de riesgos en el Sistema.
- Estabilizar la variabilidad en el manejo de los casos existentes.
- Introducir mecanismos financieros en el SGSSS.

Líneas de Acción - CAC



¹⁷ lacuna@cuentadealtocosto.org

¹⁸ <http://www.cuentadealtocosto.org/>

¹⁹ Perm J 2005 Spring;9(2):93-7

- En su inicio, la CAC tuvo el respaldo de los ministerios de salud y hacienda para implementar dos procesos claves: el reporte obligatorio de todos los casos de las enfermedades priorizadas en todos las EPS, y un mecanismo de compensación financiera a las EPS de acuerdo con los resultados (control de la enfermedad y de sus riesgos) basado en mediciones objetivas.
- Barreras administrativas iniciales: las EPS no tenían estructura enfocada a gestión de riesgo, solo se limitaban a administrar un presupuesto. Las intervenciones no se usaban basadas en la evidencia. Y los prestadores no se escogían ni se evaluaban de acuerdo con sus resultados.



- Inicialmente desde 2007 la CAC se enfocó en Enfermedad Renal Crónica y en sus precursoras (diabetes mellitus e hipertensión arterial), posteriormente se fueron agregando enfermedades de alto costo objeto de evaluación y monitoreo:

Resolución 2565 de 2007 Enfermedad Renal Crónica.	
• Inclusión de Nuevas Patologías : Resolución 3497/ 2009	
• Cáncer de cérvix • Cáncer de mama • Cáncer de estómago • Cáncer de colon y recto • Cáncer de próstata • Leucemia linfocítica aguda	• Linfoma hodgkin • Linfoma no hodgkin • Epilepsia • Artritis reumatoidea • VIH y SIDA (Res. 4725/11)
Cáncer Infantil – Cáncer en adultos res4496/2012	
Enfermedades Huérfanas (CENSO 2013) Res3681/2013	

- El modelo de Leavell & Clark²⁰ sobre la historia natural de las enfermedades y los niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria) fue usado para definir el modelo de gestión de riesgo.
- La gestión del riesgo debe ser un proceso gerencial estructurado, cuyo objetivo sea identificar los principales riesgos en salud de la población, intervenir mediante estrategias, buscar resultados en salud y en los servicios de salud.



- El proceso de intervención de la CAC esta estandarizado:



- Resultados de la CAC: caracterización de la enfermedad crónica y sus precursores, estandarización de mediciones, evaluación de resultados clínicos, mecanismo de compensación basado en prevalencias y gestión de riesgos, y ahorros al sistema de salud.

²⁰ Leavell HR y Clark F: Preventive medicine for the doctor in his community. 1965.

- En el caso de ERC la CAC publicó documentos que tienen el contenido mínimo de un programa de nefroprotección y los indicadores de seguimiento clínico y de resultados para la intervención de las patologías.

Indicadores de gestión de riesgo en ERC
Colombia 2008 - 2013

INDICADOR	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Captación principales precursoras de ERC (1)	27,41%	27,78%	32,03%	33,66%	34,42%	39,97%
% Personas con principales precursoras de ERC estudiadas para ERC		68,50%	68,20%	59,10%	61,9%	68,5%
Tasa de incidencia de ERCs (x100.000) (2)			2,84	8,34	8,11	6,5
Tasa de mortalidad ajustada de pacientes con ERC x 100.000 (2)			10,63	18,58	20,11	21,4
Tasa de mortalidad ajustada de pacientes con ERCs x 100 (2)			3,5	8,7	9,9	8,8
Prevalencia de ERCs (x 100.000)	47,5	45,4	57,3	57,06	62,1	66,7
% Probabilidad sobrevivida a un año: 2010-2011 (3)				85,3		

(1) Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. (2) El factor multiplicador se refiere a los años 2010-2011. (3) Sobrevida estandarizada por edad de pacientes incidentes del 2010.

Fuente: Base de datos resolución #700,008-09B, EDC - Cuenta de Alto Costo.



COMPARATIVO DE INDICADORES DE GR CON REFERENTES INTERNACIONALES

Indicadores de Gestión de Riesgo de ERC										
Indicador	2012	2013	MEXICO	USA	PAISES BAJOS	ITALIA	CHILE	ESPAÑA	BRASIL	JAPON
% Captación de precursoras	34,5%	39,9%		39,2%			21,7%	29,3%	30,1%	
% Estudiados para ERC	62,0%	68,4%				49,0%	49,0%			33,5%
Incidencia ERC x 100,000	8,1	6,4		34,88			16,24%		17,97%	
Mortalidad ERC x 100,000	20,2	21,4								
Mortalidad ERCs x 100	8,7%	8,1%		25,44%						
Prevalencia ERCs x 100,000	62,1	65,9	26,8	190,1			49,2		30,7	

Cuenta de Alto Costo
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

- La redistribución de recursos a las EPS por parte de la CAC pasó de estar basada solo en concentración de riesgo a la medición y el pago por resultados.
- Ahorros al sistema de salud en terapia de reemplazo renal: De acuerdo con los cálculos estimados de pacientes que ingresarían a diálisis: se ha logrado un ahorro de US\$60 millones, con una disminución del costo del tratamiento en la terapia dialítica por paciente de US\$1650 p/mes a US\$1200 p/ mes. Ahorro de US\$450 millones en 5 años.
- La experiencia exitosa de la CAC en la gestión del riesgo de la enfermedad renal crónica (ERC) llevo recientemente a la creación de la Red Iberoamericana para la Prevención de la Enfermedad Renal Crónica "RIPERC" que tiene como objetivo la transferencia de conocimiento en ERC entre los diferentes países a través de grupos gubernamentales y científicos para potenciar el desarrollo de tecnologías que permitan conocer la situación de la ERC en Iberoamérica e implementar estrategias para la prevención y control de esta patología²¹.
- RIPERC plantea la problemática actual de la ERC en Iberoamérica así:



²¹ <http://www.riperc.com/>

- Logros de la Cuenta de Alto Costo:
 - o CAC: reconocido como referente técnico del sistema, por todos los actores.
 - o CAC: reconocido internacionalmente como referente técnico
 - o Sistema de información confiable para el país, que permite e incentiva la competencia basada en resultados en salud.
 - o Estandarización de mediciones para evaluar la gestión de riesgo por régimen, asegurador, prestador, departamento, municipio.
 - o Introducción de mecanismos financieros de Ajuste por riesgo con indicadores de GR.
 - o Conformación y liderazgo de RIPERC
 - o Conformación Grupo de investigación
 - o Extensión de la CAC



BRASIL



Ricardo A. Garcia²²

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/Brasil. Researcher and Director at Latin American Research Center of Biotechnology CLAPBio²³ Subsecretary for Biotechnology, Science and Health development at Federal District, Brasília, Brasil. I have focused my career in two areas: Medical Education and Health Technology Assessment.

Gestión de Riesgos: Panorama general de los biosimilares – intercambiabilidad, sustitucion y trazabilidad.

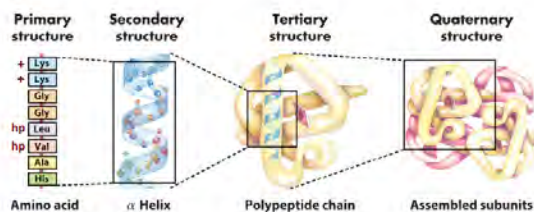
Farmacovigilancia / Trazabilidad. Esta presentación tiene como objetivo, y reto, transmitir importantes conceptos básicos sobre los medicamentos biológicos y sus diferencias con los medicamentos sintéticos, permitiendo un buen entendimiento sobre la naturaleza de los medicamentos biosimilares, además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

- “Los medicamentos químicos son producidos, los biológicos son cultivados”. Los biológicos tienen mayor complejidad molecular que los químicos, su tamaño “es como comparar una bicicleta (el químico) con un moderno avión comercial (el biológico)”.

¿Que es un biológico?



- 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



Tamaño de la molécula



Para comparación



²² ricardogarcia@clapbio.com

²³ <http://www.clapbio.com/>

- Los biosimilares no son genéricos:

¿Porqué los biosimilares no son genéricos?

- Las drogas convencionales son producidas por técnicas químicas. La estructura molecular se sabe perfectamente.
- Los productos bioterapéuticos son proteínas más largas y complejas producidas por células vivas (biotecnología).
- Es extremadamente improbable que se obtenga dos moléculas idénticas (innovador y biosimilar) con procesos diferentes, debido a su tamaño y complejidad.
- Por lo tanto, la bioequivalencia no se puede establecer sobre la base de las concentraciones plasmáticas, como en los genéricos.



Estudios comparativos

Calidad, No-clínicos, Clínicos e Inmunogenicidad

ESTUDIOS DE COMPARABILIDAD

Los productos biológicos producidos utilizando procesos de manufactura totalmente diferentes no pueden ser idénticos. Por lo tanto, los datos de un producto biológico en relación a la calidad, eficacia y/o seguridad del mismo, no pueden ser extrapolados a un producto biosimilar que es producido utilizando un proceso de elaboración totalmente diferente.



- La inmunogenicidad es la habilidad de una sustancia en particular de provocar una respuesta inmune. Todos los medicamentos proteicos (biológicos) pueden inducir una respuesta inmune que puede variar de no significativa a severa. La OMS²⁴ exige que se hagan estudios de inmunogenicidad para los biosimilares previamente a su autorización de comercialización.

OMS Guia de Biosimilares: *Requisitos de inmunogenicidad*



- La inmunogenicidad de los productos bioterapéuticos siempre debe ser investigada previo a la autorización. Aún cuando la eficacia y la seguridad del SBP y los RBP hayan mostrado similaridad, la inmunogenicidad puede ser diferente.
- En el caso de administración crónica, un año de datos usualmente es apropiado antes del licenciamiento para analizar la incidencia de anticuerpos y posibles implicaciones clínicas.
- Como los datos de inmunogenicidad pre-licencia son típicamente limitados, la caracterización del perfil de inmunogenicidad puede ser necesaria post-mercado, particularmente, si eventos adversos serios relacionados con anticuerpos ocurren cuando no son típicamente detectados en la fase de pre-mercado.

²⁴ <http://www.who.int/biologicals/en/>

- Los biosimilares son bastante similares pero no idénticos a los productos de referencia. Por lo tanto, la concesión del “status” de biosimilar por parte de un ente regulador no implica la intercambiabilidad. La sustitución automática tampoco es justificable.

Intercambiabilidad y sustitución automática de los productos biológicos referentes



Intercambiabilidad

La calidad del producto que permite intercambiar a otro producto equivalente sin el riesgo de que un resultado adverso ocurra a consecuencia del intercambio. Biofármacos no son considerados intercambiables porque pueden ser similares pero no idénticos. Los biosimilares tienen experiencia clínica limitada en el momento de aprobación. Esto es una calidad asociada con los genéricos.

Sustitución Automática

La práctica donde un producto es intercambiado por una versión genérica.

La sustitución automática no es apropiada para los productos biofarmacéuticos por un número de razones, principalmente porque no son iguales. Los biosimilares tienen experiencia clínica limitada en el momento de aprobación.

Intercambiabilidad, Sustitución, Switching: ¿Cuál es la diferencia?



- Intercambiabilidad
 - La designación dada por la autoridad regulatoria luego que el biosimilar ha demostrado que:
 1. produce los mismos resultados clínicos que el producto innovador de referencia en cualquier paciente; y
 2. switching entre el biosimilar y el innovador no presenta un riesgo mayor en términos de eficacia y seguridad que el continuo uso de el producto de referencia
- Sustitución
 - El proceso que permite al farmacéutico la sustitución de un producto prescripto por otro equivalente.
 - Si esto ocurre sin el permiso o el conocimiento del médico prescriptor (por ej. El farmacéutico), esto es considerado “sustitución automática” o “sustitución involuntaria.”
- Switching
 - Cuando el médico prescriptor determina (en consulta con el paciente) que el cambio del tratamiento es apropiado ya sea otro biológico o biosimilar

- Como parte de la gestión de riesgos se debe implementar un sistema de farmacovigilancia para el uso de biológicos, básicamente porque el uso de biosimilares no tiene el mismo resultado de eficacia y seguridad que el de los biológicos innovadores.

OMS Guía de Biosimilares: Farmacovigilancia



- Monitorear de cerca la seguridad clínica: enfoque en (raros) sérios AEs en todas las indicaciones aprobadas
- Identificación de los PBSs: 1) marca; 2) INN; 3) número del lote; 4) país de origen
- Sistema de farmacovigilancia debe ser implementado en el momento de la autorización para la comercialización
- La compañía debe someter un plan de farmacovigilancia e el momento de someter el dossier
- Plan de farmacovigilancia debe contener actividades y métodos planeados con base en especificaciones de seguridad
- Informes pós-comercialización: deberán ser evaluados de forma científica, incluyendo frecuencia de los AEs

- Los biosimilares requieren identificadores únicos, separados y distintos, incluyendo diferentes INN (International Nonproprietary Name), en español DCI (Denominación Común Internacional) es el nombre oficial no comercial de un medicamento.

Beneficios de INN único para cada bioterápico

Aumentar la precisión en la prescripción:

- Aumentar la transparencia respecto a los productos distribuidos a los pacientes
- Aumentar la capacidad de los médicos en tomar una decisión clara para la prescripción
- Minimizar el riesgo de distribución/prescripción equivocada accidental de un producto
- Minimizar el riesgo de sustitución automática involuntaria

Mejorar la efectividad en los informes:

- Promover la farmacovigilancia efectiva (seguimiento y la trazabilidad) al aumentar la precisión de informes de eventos adversos y potenciales acciones correctivas





Juan Ramón Cifre²⁵

Médico de la Universidad Nacional de Rosario. Especialista en Medicina Interna (Clínica Médica). Master en Administración de Servicios de Salud en la U.C.E.S. Actualmente es el Gerente de Prestaciones de la Obra Social Ferroviaria en Argentina.

Miembro Activo de The New York Academy of Sciences, de la Sociedad Americana para el Avance de las Ciencias, de la Sociedad Internacional de Holter y Monitoreo Ambulatorio, y del Programa de Educación Médica Continua del Albert Einstein College of Medicine/ Montefiore Medical Center-Bronx. New York. U.S.A.

Además de su actividad asistencial en consultorio particular como especialista, el doctor Cifre es un activo docente, investigador y speaker nacional e internacional, además de ser consultor en temas de salud.

Experiencia en formación de Agentes Sanitarios para la Detección y Prevención de Factores de Riesgo Cardiovascular.

“La Enfermedad Cardiovascular “Epidemia Mundial muestra el impacto positivo de la formación de Agentes Sanitarios como una parte fundamental del Sistema de Salud Argentino para favorecer el diagnóstico y la [prevención de riesgo en estas enfermedades, como un modelo innovador de cambio”.

- Las enfermedades cardiovasculares constituyen una epidemia mundial: son la primer causa de muerte en el mundo occidental y países desarrollados, 18 millones de muertes en todo el mundo (30% de todas las muertes), la enfermedad coronaria es responsable del 14% del total global de muertes en el mundo (1/3 de las muertes de los países desarrollados), y en la mayor parte de los países europeos aproximadamente el 40% de la población que muere antes de los 74 años lo hacen por ECV (enfermedad cardio vascular).

Mortalidad en la Argentina

- Tasa de Mortalidad General: 7,48 por mil

- Varones 8,32 por mil
- Mujeres 6,68 por mil

- Tasa de Mortalidad por Causas

- Enfermedades Cardiovasculares: 247 por 100.000
- Cáncer: 150 por 100.000
- Enfermedades Infecciosas: 63 por 100.000
- Causas Externas: 51 por 100.000
- Todas las demás Causas: 236 por 100.000

Tasa Mortalidad por Causas

(2009)

Causa Defunción	Cardiovascular	Tumoral	Infecciosas	Violencia Accidentes
Argentina	249	147	67	51
CABA	383	225	137	40
Buenos Aires	288	151	73	54
Santa Fe	247	183	61	57
Córdoba	288	169	41	47
Mendoza	212	135	50	57
Tierra del Fuego	47	68	15	28

²⁵ jrcifre@gmail.com

- Una intervención apropiada sobre los factores de riesgo cardiovascular debería generar una reducción en la aparición de estas enfermedades.

Carga prevenible de Enfermedad Cardiovascular

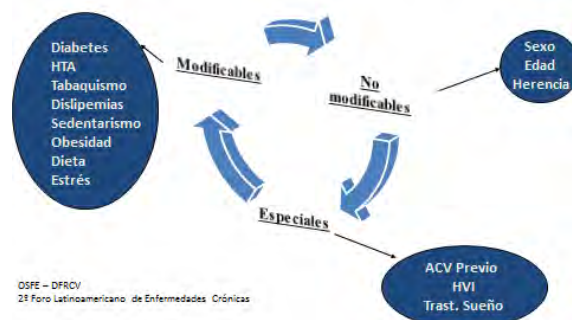
En 2005, los FRCV modificables en nuestro país, explicaron el 75% de los eventos isquémicos coronarios y cerebrovasculares

Proporción de la carga de enfermedades cardiovasculares atribuibles a los FRCV modificables

	TBQ	Obesidad	HTA	DLP	Glucemia	Sedentarismo
Años potenciales de vida perdidos	16,6%	15,1%	37,5%	16,6%	13,9%	16,9%

• Rubinstein, Colantonio, Kopitowski et al. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuibles a factores de riesgo modificables en Argentina. Rev Panam Salud Pública. 2010;27 (4):237-45

Factores de Riesgo ECV



- Debido a que: i) más del 90% de los eventos CV ocurren en pacientes que presentan al menos un factor de riesgo cardiovascular (FRCV), ii) la mayoría de los FRCV pueden prevenirse o atenuarse, y iii) elevaciones leves de varios FR pueden acarrear un riesgo mayor que elevaciones intensas de uno sólo, la Obra Social Ferroviaria – OSFE²⁶ – en Argentina decidió implementar un programa de prevención cardiovascular a través de la estrategia de “Capacitación de Agentes Sanitarios en Detección Masiva de Riesgo Cardiovascular y Prevención de Factores de Riesgo Cardiovasculares”.



²⁶ <http://www.osfe.org.ar/>

Resultados comparativos ENFRCV MS / OSFE

	I Encuesta Nacional FRCV Ministerio Salud	OSFE
Colesterol	27,8%	38%
Hiper glucemia	11,9%	16%
Tensión Arterial	34,7%	51%
Sobrepeso	34,5%	39%
Obesidad	14,6%	35%
Tabaquismo	33,4%	37%
Sedentarismo	46%	94%

OSFE – DFRCV
23 Foro Latinoamericano de Enfermedades Crónicas

Hábitos que fomentamos

- **Dieta Sana y Equilibrada** (menos grasas, sal, azúcar refinado, alcohol y calorías; más fibras, fruta y verdura).
- **Actividad Física regular** (ejercicios aeróbicos).
- **Vida Social Sana** y técnicas de relajación para combatir el estrés.
- **Dejar de fumar.**
- **Pérdida de Peso Corporal** sostenida.

Nuevo lenguaje de comunicación educativa

- **Comer saludable** vs. Dieta
- **Actividad física** vs. Ejercicio
- **Manejo del peso** vs. Pérdida de peso

- Luego de haber intervenido exitosamente los factores de riesgo cardiovascular, la OSFE implemento lo siguiente:
 - o Selección, capacitación y equipamiento de Médicos Atención Primaria, para seguimiento longitudinal de pacientes con riesgo CV aumentado.
 - o Citación de beneficiarios con FRCV, desde el Centro de Atención Telefónica OSFE.
 - o Cobertura medicación CV necesaria, a cargo de la Obra Social Ferroviaria.
 - o Consultorio de Alto Riesgo Cardiovascular.
 - o Medición Área de Placa Carotídea (técnica Dr. Dr. David Spence²⁷) por Eco Doppler en pacientes con riesgo CV intermedio, citados desde el Centro Atención Telefónica de OSFE.

²⁷ http://stroke.ahajournals.org/content/suppl/2012/08/15/STROKEAHA.111.636084.DC1/von_reutern_916.pdf



ARGENTINA



Ruben Torres²⁸

Rector de la Universidad ISALUD²⁹ 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.

Economía de la Salud y toma racional de decisiones.

“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”.

- El costo en vidas humanas y económico (por pérdida de productividad debido a enfermedades crónicas no transmisibles – ACNT) no es sostenible y constituye un desafío para el desarrollo.

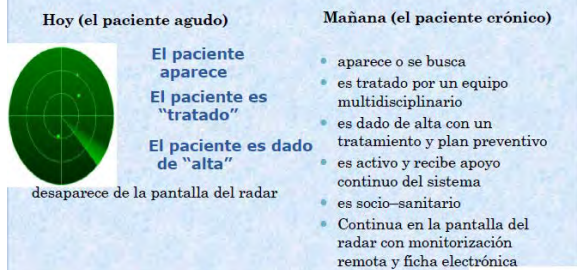


²⁸ rector@isalud.edu.ar

²⁹ <http://www.isalud.edu.ar/>

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

El nuevo reto: hacer VISIBLE al paciente



Se paga un precio por "los que desaparecen..."

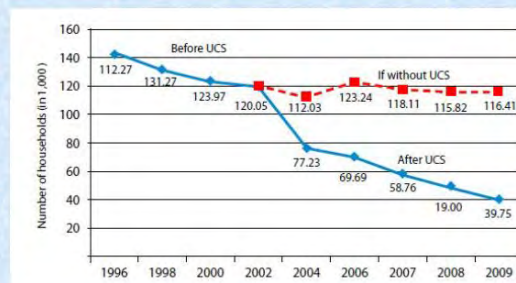
Condición	Atención Insuficiente	Prevenible
Diabetes	Glicemia no controlada en el 24 % de los casos	2,600 ciegos; 29,000 insuficientes renales
Hipertensión	Menos del 65 % de los pacientes reciben tratamiento adecuado	68,000 muertes
Infarto del Miocardio	Entre el 39 % y 55 % no reciben atención preventiva ni medicación adecuada	37,000 muertes
Neumonía	36 % >de 65 años no reciben vacunas	10,000 muertes
Cancer Colorectal	62 % no recibieron pruebas de tamizaje	9,600 muertes

- Invertir en salud (prestaciones sanitarias y prestaciones económicas, incluida la reducción de los copagos) tiene repercusiones positivas en la economía de un país:



Numero de hogares empobrecidos por el gasto de bolsillo

Thailandia 1996-2010



- Toda evaluación de tecnología sanitaria, más allá de la racionalidad económica tiene una implicación moral. Por una decisión mal tomada se puede afectar la vida de muchas personas. Los tomadores de decisiones se concentran frecuentemente en los precios y no en los costos, ejemplo el precio de las tecnologías y de los medicamentos y no los costos negativos (ahorros) generados por los eventos adversos evitados y las complicaciones de alto costo prevenidas.



- Cómo decir NO al acceso de un paciente a su tratamiento sin equivocarse, de una manera ética y políticamente apropiada?



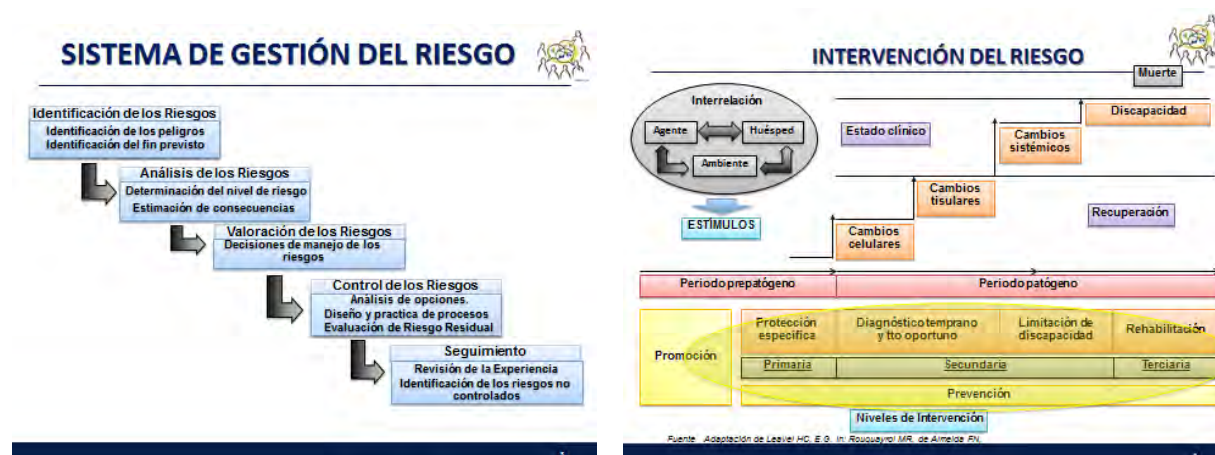
Luis Guillermo Vélez³⁰

Presidente EPS Salud Total³¹ S.A (Aseguradora con 1.900.000 afiliados al Régimen contributivo en Colombia). Médico Cirujano, Especialista en Gerencia de Auditoria y Calidad de Servicios de Salud; Especialista en Seguridad Social. Magister en Economía de la Salud y Farmacoeconomía. Cuenta con 20 años de experiencia en formulación y gestión de proyectos de Protección Social. Experticia en gestión de riesgos en el proceso de planeación, diseño y evaluación de servicios de salud en los ámbitos del aseguramiento y la prestación de servicios. Amplio conocimiento del sector.

Gestión de riesgo en enfermedades crónicas.

“Los costos para los sistemas de salud de las enfermedades derivadas del endotelio son altas y se encuentran en permanente aumento. Se estiman que pueden llegar incluso a ser el 50% de los costos de la atención en salud. No obstante se trata de patologías gestionables y que con estrategias a través de modelos específicos, esta presentación muestra la metodología de implementación y resultados de un modelo bajo un sistema de salud basado en el aseguramiento”.

- Esta EPS llama protegidos a sus usuarios, respaldándose en su sistema de gestión de riesgos de enfermedades basado en el modelo de prevención (primaria, secundaria y terciaria) de Leavell y Clark³².



³⁰ LuisVA@saludtotal.com.co

³¹ www.saludtotal.com.co

³² Leavell HR y Clark F: Preventive medicine for the doctor in his community. 1965.

- La intervención de los riesgos en salud es la clave para garantizar la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud:



- La planeación de los servicios de salud requeridos por la población afiliada se hace con base en el riesgo individual y el riesgo poblacional.



- Identificaron 3 riesgos poblacionales (menores de 5 años, gestantes, riesgo cardiovascular) y 11 individuales (0,5% de la población de afiliados a esta EPS consume el 45% de los recursos, ejemplo: cáncer, artritis reumatoidea, insuficiencia renal crónica, VIH, etc.)

MAPA DE RIESGOS PRIORIZADOS

Riesgos poblacionales	Riesgos individuales		
Menores de cinco años 148.770 protegidos	Insuficiencia renal crónica 1.023 protegidos	Cirugía Cardiovascular 3.565 protegidos	Esclerosis Múltiple 170 protegidos
Gestantes 29.768 protegidas	Cáncer 11.733 protegidos	Neurocirugía 3.163 protegidos	EPOC 9.157 protegidos
Riesgo cardiovascular 172.330 protegidos	Trasplantes y VND 351 y 20 protegidos	Fibrosis quística 41 protegidos	Artritis reumatoidea 4.213 protegidos
	Talla baja 1.080 protegidos	Hemofilia 387 protegidos	VIH 2.486 protegidos

VND= Medicamentos vitales no disponibles.

- El 47% del gasto de la EPS se debe a enfermedad endotelial (cerebro 20%, riñón 30%, corazón 50%), y se dieron cuenta que el 50% es intervenible.
- Las EPS en Colombia no invertían en buscar activamente los pacientes. Hace 3 años la EPS tenía identificados 40 mil pacientes hipertensos. Hoy, luego de la búsqueda activa de pacientes ya hay identificados cerca de 200 mil. Para el 2015 esperan llegar a tener identificados 270 mil que es el número que les corresponde por prevalencia a la población de afiliados.

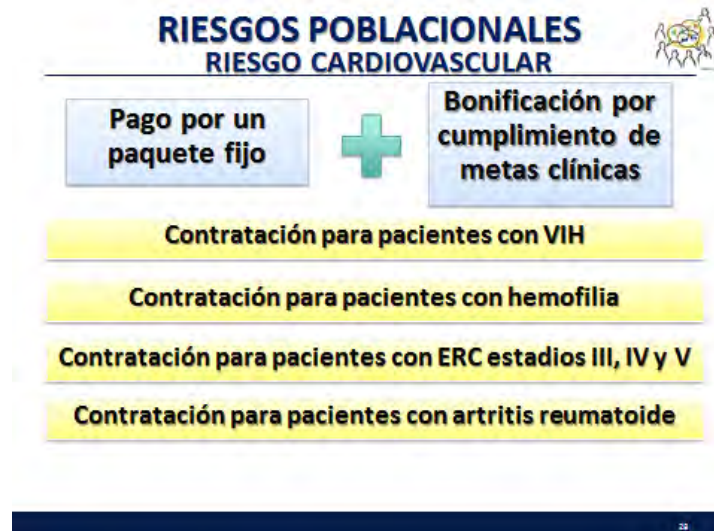
- El programa de riesgo cardiovascular tiene: manuales técnicos, manual administrativo, historia clínica electrónica parametrizada, modelo de contratación con enfoque de riesgo (pago por un paquete fijo + una bonificación por cumplimiento de metas clínicas) tablero de indicadores, encuesta de satisfacción con el programa, y una evaluación económica. El programa de control de riesgos poblacionales ha generado 8 millones y medio de dólares de ahorro.



- La implementación del programa de riesgo cardiovascular ha tomado 4 años para llegar al 85% de avance. Esto demuestra que además de la voluntad y la convicción para hacerlo, se requiere también de tiempo y maduración para completar los componentes del programa y obtener los mejores resultados.



- Conjuntamente con la red de prestadores se definen los indicadores de resultados clínicos que deben ser obtenidos. La contratación incluye el pago por resultados (se ha hecho con excelentes resultados no solo para riesgo cardiovascular sino también para otras enfermedades de alto costo o catastróficas).



- La medición del impacto de las intervenciones se hacen tanto para lo clínico como para lo económico.



Ignacio Federico Villaseñor Ruíz³³

Médico Cirujano, Facultad de Medicina, UNAM. Maestría en Salud Pública, Escuela de Salud Pública de México, INSP. Diplomado en Alta Dirección, IPADE. Director General del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia - CeNSIA³⁴. Subsecretario de Servicios Médicos e Insumos de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal; Consultor de Proyectos, Instituto Carso de la Salud y Currie & Braun; Subdirector de Prevención y Protección a la Salud, Subdirección General Médica, ISSSTE; Director General del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, SSA; Director de Participación Ciudadana, Subsecretaría de Relaciones Institucionales, SSA; Jefe de la Unidad de Administración y Finanzas de los Servicios Médicos, Petróleos Mexicanos; Director de la Unidad de Descentralización, Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Durango; Asesor de la Coordinación para la Operación y Descentralización de los Servicios de Salud en el Estado de Chiapas, SSA; Director General de la Coordinación de Programas de Salud, SEDESOL; Director Técnico de los Laboratorios Nacionales de Fomento Industrial; Titular de los Servicios Médicos del Nacional Monte de Piedad; Subjefe de Servicios de Salud, Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Michoacán, SSA; Subjefe Administrativo, Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Michoacán, SSA; Asesor en las áreas de Planeación y de Programas Rurales; Jefe del Departamento de Áreas Marginadas, Dirección General de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar, SSA, y Jefe de la Oficina de Programa Urbano y Áreas Marginadas, Dirección General de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar, SSA.

Estrategias de Prevención en las Primeras Etapas de la Vida.

"La prevención es una inversión a largo plazo, ahorra tiempos y costos al disminuir la demanda de servicios curativos y el consumo de medicamentos, hace del empleo una acción efectiva y productiva, permite el desarrollo sostenible de la persona, las familias, las empresas y la sociedad, genera equidad y libera de la pobreza en forma sustentable".

- Según la Organización Mundial de la Salud, 6.9 millones de niños murieron antes de cumplir cinco años en 2011. Las principales causas de muerte entre los menores de cinco años, son complicaciones por parto prematuro, la asfixia perinatal, neumonía y diarrea. Cada año mueren más de 3 millones de lactantes durante su primer mes de vida. Durante el primer mes, entre una cuarta parte y la mitad de los fallecimientos tienen lugar en las primeras 24 horas de vida, y un 75% durante la primera semana. Las 48 horas posteriores al nacimiento es el momento más importante para la supervivencia del recién nacido.

³³ ignacio.villasenor@salud.gob.mx, dg.censia@salud.gob.mx, ignaciofvr@yahoo.com

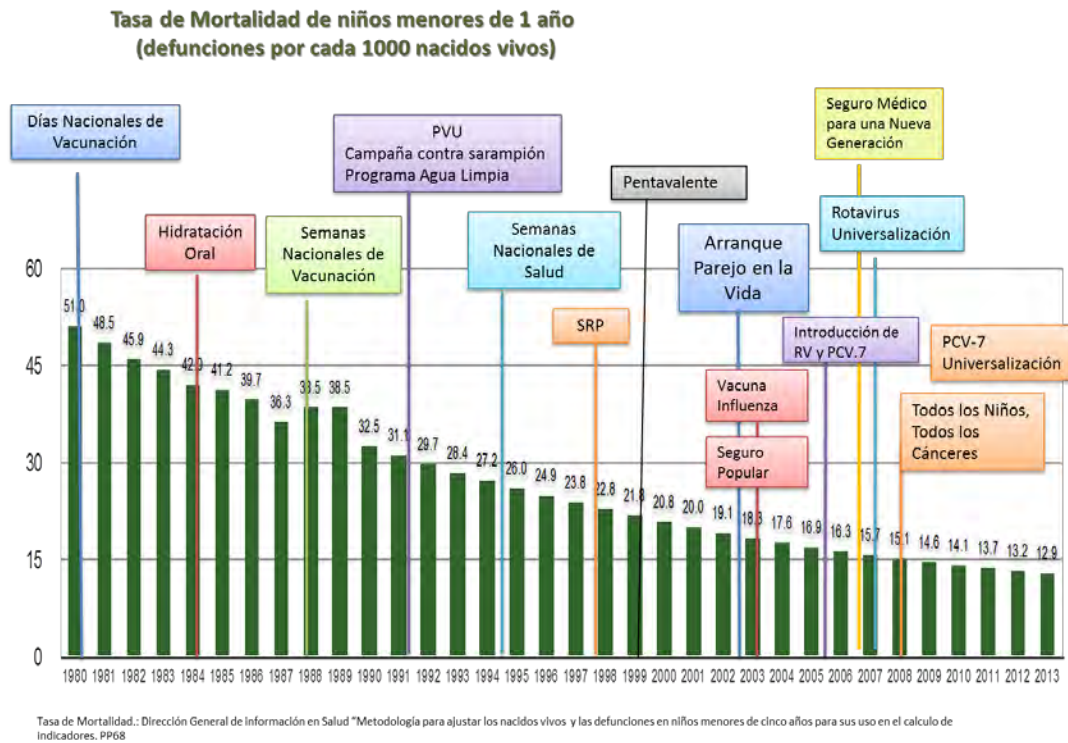
³⁴ <http://www.censia.salud.gob.mx/>

- Más de la mitad de esas muertes prematuras se deben a enfermedades que se podrían evitar o tratar mediante intervenciones simples y asequibles.

CAUSA DE MORTALIDAD	FACTOR DE RIESGO	PREVENCIÓN
• Perinatal (Prematurez, asfixia, infecciones, malformaciones congénitas)	Infecciones maternas	Fomento de lactancia materna exclusiva Diagnóstico y referencia oportunos.
• Neumonía	Bajo peso al nacer Malnutrición Niños que no se alimentan con leche materna	Vacunación Nutrición adecuada Lactancia exclusivamente materna
• Diarrea Infantil	Hacinamiento Niños que no se alimentan con leche materna Agua y alimentos insalubres Falta de higiene Malnutrición	Agua y alimentos inocuos Saneamiento e higiene adecuados Nutrición adecuada Vacunación
• Infecciosas específicas: (sarampión, poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina, neumonía por Haemophilus influenzae de tipo b, Streptococcus pneumoniae, rotavirus, etc.)	Hacinamiento Niños que no se alimentan con leche materna	Vacunación

- La inmunización es una de las intervenciones sanitarias más potentes y eficaces en relación con el costo. Previene enfermedades debilitantes, discapacidades y contribuye a la reducción de la mortalidad infantil en lo referente a enfermedades prevenibles por vacunación.

- La inmunización es una de las intervenciones sanitarias más potentes y eficaces en relación con el costo. Previene enfermedades debilitantes, discapacidades y contribuye a la reducción de la mortalidad infantil en lo referente a enfermedades prevenibles por vacunación





Jorge Barreto³⁵

Analista Técnico de Políticas Sociais, coordenador de Gestão do Conhecimento e de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde do Brasil, bacharel em Direito (UFC), especialista em Gestão em Saúde (Fiocruz), especialista em Economia e Avaliação de Tecnologias em Saúde (Fipe), mestre e doutorando em Políticas Públicas (UFPI). Foi secretário municipal de saúde de Piripiri, Piauí, Brasil, por 8 anos (2005-2012) e secretário extraordinário para ciência e tecnologia do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde por 7 anos (2006-2012), atuou como membro titular representante do CONASEMS na Comissão Intersectorial de Ciência e Tecnologia do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e na Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC).

Pago por desempenho en la atención primaria (“Pagamento por desempenho (P4P) na Atenção Primária em Saúde: limites e possibilidades para o gerenciamento de doenças com mensuração de desfechos”)

“Apresentar o caso de experiência municipal pioneira no Brasil do uso do P4P como estratégia para melhorar o gerenciamento de doenças na Atenção Primária em Saúde; Apresentar os elementos constitutivos, processos e resultados da experiência municipal. Discutir os limites e possibilidades do uso do P4P para promover melhorias no gerenciamento de doenças no âmbito dos sistemas e serviços locais de saúde”.

- Actualmente Brasil tiene el programa de pago por desempeño más grande del mundo en atención primaria: PMAQ-AB (Programa de mejoría del acceso y la calidad en la atención básica en salud) con 47 indicadores.

PMAQ-AB

- Maior esquema de P4P do mundo
- Objetivo geral: Ampliação do acesso e melhoria da qualidade na Atenção Primária à Saúde (APS)
- Monitoramento e avaliação periódica de padrões de acesso e qualidade comparáveis em níveis nacional, regional e local
- Mais de 2.700 municípios (15.000 equipes)
- R\$ 74 milhões/mês (incentivos financeiros diretos para municípios participantes)

(Brasil, 2012)



³⁵ jorge.barreto@saude.gov.br

PMAQ-AB – Arcabouço normativo

• Diretrizes do PMAQ (Brasil, 2012)

I - construir **parâmetro de comparação** entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;

II - estimular processo **contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso** e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;

III - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o **contínuo acompanhamento** de suas ações e resultados pela sociedade;



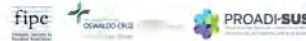
PMAQ-AB – Arcabouço normativo

• Diretrizes do PMAQ (Brasil, 2012)

V - desenvolver cultura de **negociação e contratualização**, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI - estimular a efetiva **mudança do modelo de atenção**, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e

VII - caráter **voluntário para a adesão** tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos



- El pago por desempeño o resultados está condicionado a la obtención de resultados previamente establecidos entre el pagador y el prestador de servicios y que son medibles de manera objetiva.

Pagamento por Desempenho

- O financiamento por resultados (*result-based financing*, RFB) ou pagamento por desempenho (*Pay-for-Performance*, P4P) consiste na transferência de dinheiro ou bens materiais a provedores de serviços, condicionada ações ou resultados mensuráveis e predeterminados

(Oxman; Fretheim, 2008)



Pagamento por Desempenho

- Amplamente defendido e utilizado em políticas de saúde para melhorar a qualidade do atendimento e de obter padrões
- Lacuna na avaliação da efetividade dos esquemas de P4P como opção para melhorar resultados na saúde
- Limitadas evidências dos efeitos do P4P endereçado a organizações, sistemas de saúde ou países
- Efeitos positivos ou adversos são condicionados pelo modelo

(Oxman; Fretheim, 2008)



- El pago por resultados no está exento de riesgos (ningún sistema de contratación lo esta, todos tienen su pro y sus contra).

Pagamento por Desempenho

- Riscos do P4P (efeitos inesperados/indesejáveis):
 - comportamentos distorcidos (ignorando as importantes tarefas que não são recompensadas com incentivos)
 - ‘mapismo’ (melhoria ou fraude na apresentação de relatórios ao invés de melhorar o desempenho)
 - ‘escolha a dedo’ (selecionando os pacientes com base na facilidade para se atingir as metas de desempenho)
 - iniquidade, aumento da lacuna de recursos entre os ricos e os pobres e dependência dos incentivos financeiros

(Oxman; Fretheim, 2008)



- Se realizou un estudio con el objetivo de verificar la efectividad del pago por resultados en la reducción de las ICSAP (Internações por condições sensíveis a atenção primária) en los municipios brasileiros.

Objetivos

- Geral:
 - Avaliar a efetividade do P4P na redução das ICSAP nos municípios brasileiros
- Específicos:
 - Identificar evidências da efetividade do P4P para produzir resultados ou padrões de acesso e qualidade no âmbito de sistemas, serviços ou equipes de saúde;
 - Discutir os elementos do P4P constitutivos do PMAQ;
 - Avaliar o impacto inicial do PMAQ sobre as ICSAP;
 - Avaliar o custo-efetividade do PMAQ na redução das ICSAP.



Grupos de ICSAP:

- Doenças preveníveis por imunização
- Gastroenterites infecciosas e complicações
- Anemia
- Deficiências nutricionais
- Infeções de ouvido, nariz e garganta
- Pneumonias bacterianas
- Asma
- Doenças pulmonares
- Hipertensão
- Angina
- Insuficiência cardíaca
- Doenças cerebrovasculares
- Diabetes melito
- Epilepsias
- Infecção no rim e trato urinário
- Infecção da pele e tecido subcutâneo
- Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos
- Úlcera gastrointestinal
- Doenças relacionadas ao pré-natal e parto

(Brasil, 2008)

- Evipnet: red para políticas informadas por evidencia (PIE).
- Se hizo una búsqueda sistemática en PubMed y BSV sobre pago por desempeño.
- PIMESF: programa de mejoramiento del desempeño de la salud familiar en una región de Brasil (Piripiri, Piauí), usando el pago por desempeño desde 2010.
- La hipótesis de la investigación fue: “el PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica) reduce las ICSAP (Internações por condições sensíveis a atenção primária)”
- Como resultados se obtuvo un incremento del acceso a los servicios de APS (Atención Primaria en Salud) y un mejoramiento de los indicadores de salud. (PMAQ).

Resultados preliminares

Figura 1. Amostra e resumo de algumas variáveis

Municípios brasileiros n=5.565 (100%)		Municípios excluídos n=169 (3,0%)
Municípios com PMAQ n=2.774 (49,8%)		Municípios sem PMAQ n=2.622 (47,2%)
Valor médio da ICSAP	814,87	797,48
Taxa de ICSAP (por 10 mil hab)	90,04	97,13
Cobertura da estratégia Saúde da Família	1,13	1,02
Média anual de consultas de AB/hab	0,99	1,07
Gasto com saúde/hab ano (2011)	441,49	447,16
Proporção de ICSAP	0,18	0,19



Considerações preliminares

- Ainda existem lacunas importantes no conhecimento sobre a efetividade do P4P, apesar de ser um tema cada vez mais abordado
- Volume expressivo de recursos financeiros envolvidos nas ICSAP e no PMAQ
- Até o momento, os resultados desta avaliação ainda são inconclusivos, mas apontam para maior efetividade do P4P (PMAQ) para reduzir as ICSAP nos municípios de menor renda familiar *per capita*
- A análise de custo-efetividade poderá apoiar a tomada de decisão acerca desse programa no Brasil





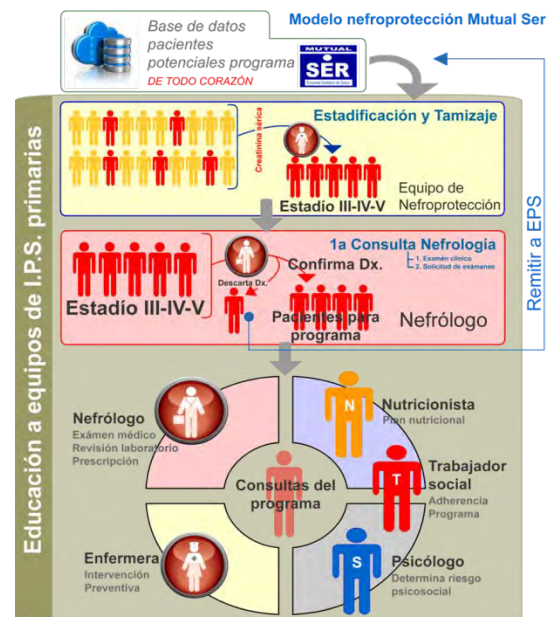
Justo J. Paz Wilches³⁶

Medico Epidemiólogo con más de 20 años de experiencia en planeación, dirección estratégica, ejecución y evaluación de proyectos, planes y programas de servicios de salud, tanto para direcciones locales de salud como empresas de aseguramiento. Con competencias y capacidades para el direccionamiento estratégico, gestión del recurso humano, gestión orientada al logro, trabajo bajo situaciones de presión, capacidad de observación, escucha y análisis, toma de decisiones y solución de problemas, creación e innovación, negociación, visión estrategia de negocio, facilidad de comunicación y excelentes relaciones interpersonales.

Es posible obtener resultados clínicos y de costos en un programa de Nefroprotección?

"Mutual SER EPS-S³⁷ inició un programa de nefroprotección para sus pacientes con enfermedad renal crónica estadios 3, 4 y 5, desde el 2010, con el objetivo es evaluar la efectividad clínica del modelo de nefroprotección implementado".

- Componentes Básicos del Modelo de gestión de Enfermedades Crónicas: identificación de pacientes de riesgo, modelo de servicios basado en la cooperación (el equipo tiene nefrólogo, nutricionista, enfermera, psicólogo y trabajador social), educación al médico, autocuidado, medición y seguimiento de resultados a través de una plataforma tecnológica, e informes de gestión y retroalimentación de resultados.



³⁶ jpaz@mutualser.org

³⁷ <http://www.mutualser.org/>

- La brecha entre prevalencia esperada y prevalencia lograda cada vez es menor.

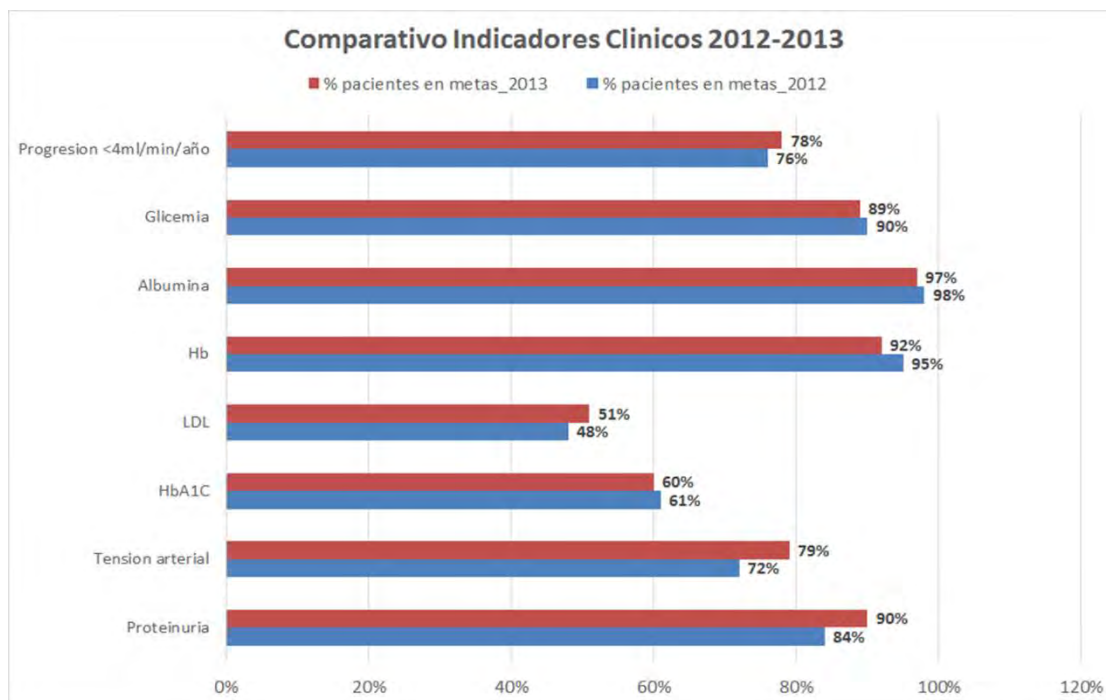


- El nefrólogo hace "consulta asistida" es decir que cada nefrólogo tiene en promedio 3 médicos generales que cooperan con él en la atención de los pacientes.
- Como la población de esta EPS es tan dispersa geográficamente, se implementó un programa de telemedicina para nefrología que ha reducido los costos de los pacientes en desplazamiento.

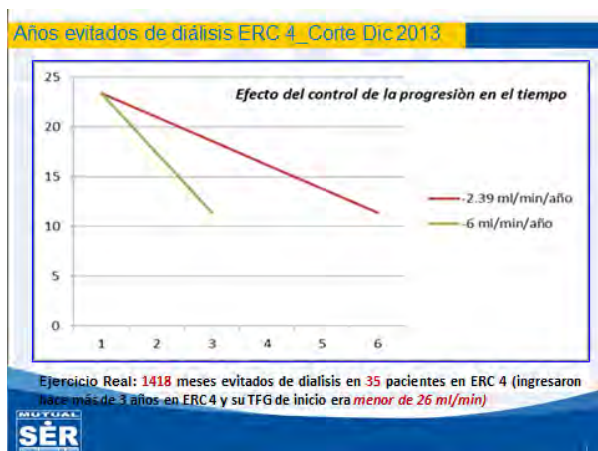


- Los indicadores de seguimiento del programa son:
 1. % pacientes en metas clínicas
 2. Mediana de la progresión de la ERC por estadios y diagnósticos
 3. Años evitados sin Diálisis
 4. Proporción de incidencia de TRR (terapia de reemplazo renal)
 5. Tasa de incidencia de ERC5
 6. % de Ingreso Planeado a TRR
 7. Promedio de meses transcurridos entre Dx ERC5 e ingreso a TRR

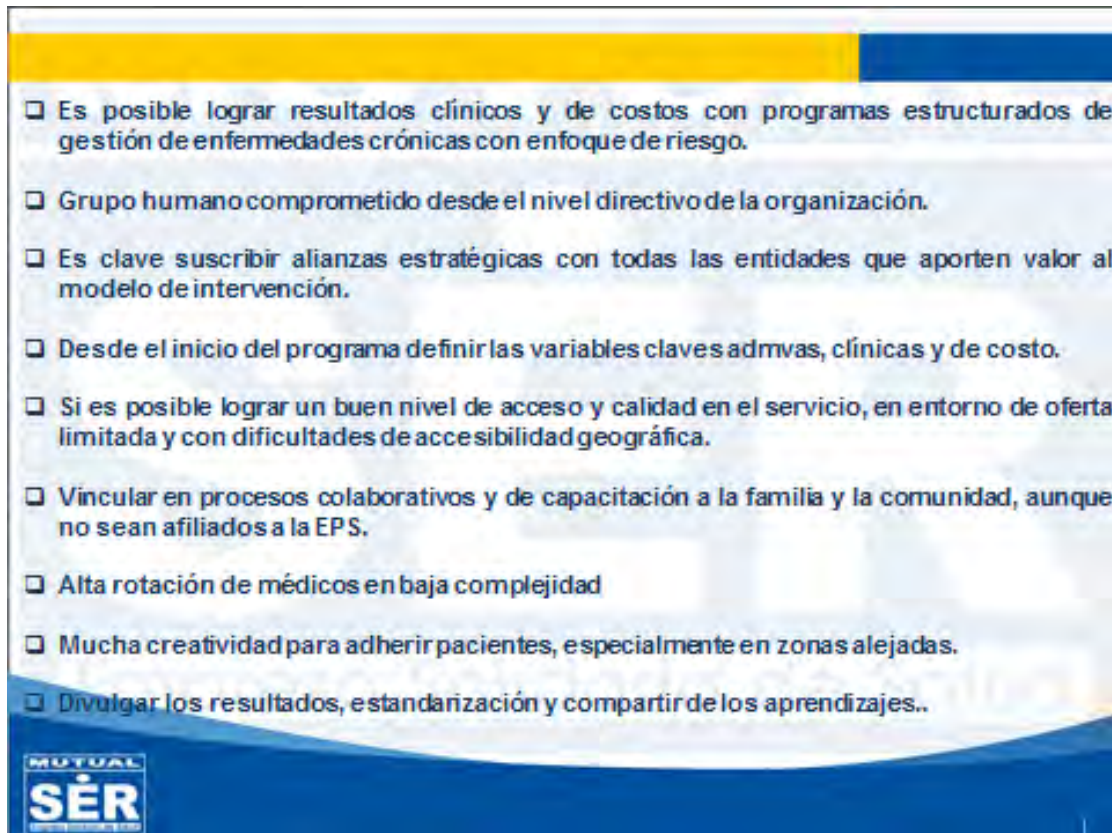
- Indicadores clínicos 2012 -2013:



- Han calculado los años evitados de diálisis en ERC4, el resultado fue de un promedio de 40,5 meses por paciente, con un ahorro estimado de 854 mil dólares. El programa también ha logrado retrasar la terapia de reemplazo renal en pacientes con ERC5, con un ahorro de 520 mil dólares.



- Lecciones aprendidas: las alianzas estratégicas con varios actores, incluso la industria farmacéutica, aportan valor al modelo de gestión d riesgo para lograr resultados clínicos y económicos. Desde el inicio del programa se deben definir claramente las variables a medir. Es clave para el paciente poder tener garantía de la prestación integral, preferiblemente en un solo sitio.





Jorge Rojas-Serrano³⁸

Medical Specialist A (Internal Medicine and rheumatology) Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Ismael Cosío Villegas Clinical Service Interstitial Lung Disease. National System of Researchers of CONACyT (National Enquirer candidate) Professor of Statistics and Clinical prediction models: Faculty of Medicine of the Universidad Nacional Autónoma de México. Internal Medicine Specialist Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán Universidad Nacional Autónoma de México. Mexican Board Certified Internal Medicine. Year of certification: Re-certification 2002 and 2007. Rheumatology Specialist Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán. Universidad Nacional Autónoma de México. Master of Medical Science. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. 2006-2006. PhD (2012), Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Asegurando la Gestión en Salud con Centros de Excelencia.

"Mostrar evidencia científica que permita que a través de una adecuada gestión en salud a través de la implementación de centros de excelencia se puede alcanzar un estado de remisión de la actividad de la enfermedad o al menos un nivel mínimo de la misma y mostrar que los pacientes manejados con una estrategia de control de la enfermedad más estricta, tienen una mejor evolución y respuesta al tratamiento".

- La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria, autoinmune y crónica, que afecta las articulaciones diartrodiales periféricas, dando lugar a la destrucción y pérdida de la función articular. De etiología desconocida. Una de las enfermedades articulares inflamatorias más frecuentes, afecta al 0.3% (IC 95%: 0.1 -0.6%) de la población Mexicana, con una razón mujer/hombre de 3/1. Fuerte impacto social y económico en los pacientes afectados.
- El pronóstico de la artritis reumatoide se ha modificado radicalmente por los fármacos con capacidad de modificar el curso de la enfermedad: Fármacos tradicionales y Agentes biológicos.
- El objetivo del tratamiento en la artritis reumatoide es alcanzar un estado de remisión de la actividad de la enfermedad o al menos un nivel mínimo de la misma. Pero, ¿Qué estrategia terapéutica es la más adecuada?, ¿Existe evidencia de que esto es factible?
- Estudio TICORA³⁹ (Effect of a treatment strategy of tight control for rheumatoid arthritis) analizo los resultados obtenidos con las estrategias de tratamiento de la artritis reumatoide. Total de 110 pacientes, dos grupos: uno en tratamiento tradicional, y el otro en tratamiento intensivo tipo disease management. En este grupo se observó un mejor impacto en los índices de ACR.

³⁸ jrojas@iner.gob.mx

³⁹ Lancet. 2004 Jul 17-23;364(9430):263-9

Análisis de estrategias en el tratamiento de la Artritis Reumatoide: Estudio TICORA

- Hipótesis del estudio: Los pacientes manejados con una estrategia de control de la enfermedad más estricta, tienen una mejor evolución y respuesta al tratamiento.
- Se evaluó dos estrategias de tratamiento:
 - a) Tratamiento intensivo guiado por un objetivo a tratamiento: puntaje del índice DAS < 2.4.
 - b) Tratamiento tradicional
- Se evaluó de forma ciega el desenlace de los grupos:
 - DAS
 - EULAR
 - ACR 20%, 50%, 70%
 - Daño radiológico (Sharp/van der Haijle)

Lancet 2004; 364: 263-69.

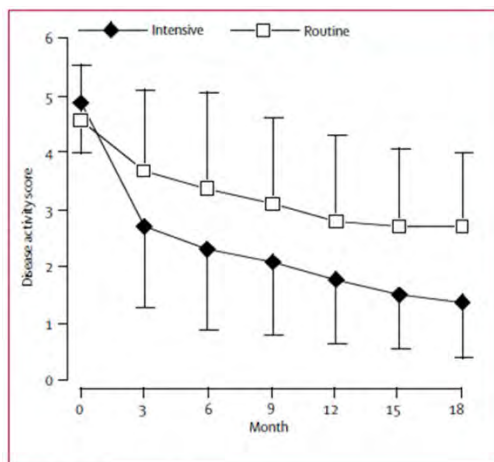


Figure 3: Mean disease activity score
Student's t test used. Intensive vs routine after month 3, $p < 0.0001$. Error bars show SD.

Análisis de estrategias en el tratamiento de la Artritis Reumatoide: Estudio TICORA

- Ensayo controlado aleatorizado, cegado a el observador.
- 110 pacientes:
 - 55 grupo de tratamiento intensivo, valorados por la misma reumatóloga y con un cálculo del puntaje del índice DAS en cada evaluación: objetivo: DAS < 2.4 (actividad moderada de la AR).
 - 55 grupo de tratamiento tradicional, manejados en la consulta externa de reumatología, sin medición del puntaje de DAS
- Observador: metrólogo.
- Análisis estadístico: intención a tratar.

Lancet 2004; 364: 263-69.

Análisis de estrategias en el tratamiento de la Artritis Reumatoide: Estudio TICORA

	Intensivo (n:53)	Tradicional (50)	Diferencia (IC 95%)	P
DAS	-3.5 (1.1)	-1.9 (1.4)	1.6 (1.1, 2.1)	<0.0001
Cuenta articular	-11 (5)	-8 (5)	3 (1, 5)	<0.0028
VSG	-30 (28)	-12 (24)	18 (8, 28)	<0.0007
PCR	-30 (53)	-14 (40)	16 (-3, 34)	<0.09
Dolor	-45 (24)	-20 (31)	25 (14, 34)	<0.0001
HAQ	-0.97 (0.8)	-0.47 (0.9)	0.5 (0.2, 0.8)	<0.022
Forma corta de evaluación del estado físico	9.3 (12)	4.0 (11)	5.3 (0.8, 9.8)	<0.021

Lancet 2004; 364: 263-69

- Conclusión del estudio TICORA: “una estrategia de manejo dirigida por objetivo, para un control estricto de la actividad de la enfermedad, reduce de manera substancial la actividad de la enfermedad, detiene la progresión radiográfica, mejora la capacidad física y la calidad de vida, sin aumentar el costo en el tratamiento de los pacientes”.
- Concepto de “Treat to Target” (T2T): tomando en cuenta que en varias enfermedades, el tratamiento dirigido a objetivos reduce la mortalidad y la morbilidad, un grupo de expertos se reunió para proponer los objetivos a los que hay que dirigir el tratamiento en la artritis reumatoide. El resultado de esta reunión es el desarrollo de 4 principios generales y de 10 recomendaciones, encaminadas a mejorar el pronóstico de los pacientes.

Diez recomendaciones para el tratamiento de la AR dirigido a un objetivo, basadas tanto en evidencia y en la opinión de experto:

1. *El objetivo primario del tratamiento de la AR debe ser un estado de remisión clínica de la enfermedad.*
2. La remisión clínica se define como la ausencia de signos y síntomas de actividad de enfermedad inflamatoria significativa.
3. Mientras que la remisión debe ser el principal objetivo, basándose en la evidencia disponible, la actividad baja de la enfermedad puede ser una alternativa adecuada como objetivo terapéutico, sobre todo en aquellos pacientes con enfermedad de larga evolución.
4. Hasta que se alcance el objetivo deseado del tratamiento, la terapia farmacológica debe ajustarse al menos cada 3 meses

5. *Se debe medir la actividad de la enfermedad y documentarse esta de manera periódica, de forma mensual en aquellos pacientes con actividad alta o moderada de la enfermedad o de manera menos frecuente (cada 3 a 6 meses) en aquellos pacientes con actividad baja o en remisión de la enfermedad*
6. Se requiere que en la práctica clínica rutinaria se utilicen índices clinimétricos que incluyan conteos articulares, para la medición de la actividad de la enfermedad, como guía de las decisiones terapéuticas.
7. Además de los índices clinimétricos de actividad de la enfermedad, los cambios estructurales y la incapacidad funcional deben ser tomados en cuenta cuando se tomen decisiones clínicas.
8. El objetivo terapéutico deseado, debe mantenerse durante todo el curso de la enfermedad.
9. La elección del índice clinimétrico de actividad de la enfermedad y el nivel del objetivo terapéutico para cada paciente, puede ser influenciado en consideración de las comorbilidades, los factores personales del paciente y los riesgos relacionados a los fármacos.
10. El paciente debe estar apropiadamente informado acerca del objetivo terapéutico y de la estrategia para alcanzar este objetivo, bajo la supervisión de un reumatólogo.

- ¿Es posible adoptar las 10 recomendaciones en los países latinoamericanos? Se realizó una encuesta a 1901 reumatólogos, de 34 países diferentes, siendo el 23% de países latinoamericanos. El nivel de aceptación de las recomendaciones fue alto, con un promedio entre 80 y 90%.
- Concepto Treat to target⁴⁰ de manera simplificada: i) el objetivo del tratamiento es alcanzar la remisión clínica de la enfermedad o el estado de actividad mínimo de la misma, ii) hay que medir la actividad de la enfermedad con un método confiable y actuar en consecuencia, y iii) esta simplificación se basa en el concepto del manejo de cualquier condición clínica, aquellos médicos acostumbrados a revisar a médicos en formación es lo que hacen todos los días.



- El primer reto para aplicar el T2T es ¿cómo definir remisión de la enfermedad? Se puede utilizar la definición provisional de remisión de la AR del ACR/EULAR del 2011 para su uso en ensayos clínicos:

Definición provisional de remisión de la AR del ACR/EULAR 2011 para su uso en ensayos clínicos

- *Definición con base booleana*
- En cualquier punto de tiempo, el paciente debe satisfacer todos los ítems siguientes:
 - Cuenta de articulaciones dolorosas ≤ 1
 - Cuenta de articulaciones inflamadas ≤ 1
 - Proteína C reactiva ≤ 1 mg/dl
 - Evaluación de la escala global del paciente ≤ 1 (en una escala de 0-10).
- *Definición con base en el índice SDAI: ≤ 3.3*
- *En la práctica clínica diaria: CDAI ≤ 2.8*

Ann Rheum Dis 2011; 70: 404-13.

⁴⁰ <http://www.t2t-ra.com/recommendations>

- El segundo reto es ¿como medir la actividad de la enfermedad? La remisión e índice más bajo de actividad inflamatoria se pueden medir con SDAI y/ o CDAI.

SDAI

- Índice simplificado de actividad de la enfermedad (SDAI), suma simple de las siguientes variables:
 - Cuenta de 28 articulaciones dolorosas
 - Cuenta de 28 articulaciones inflamadas
 - Evaluación global de actividad del paciente (cm)
 - Evaluación global de actividad del médico (cm)
 - PCR

Los reactantes de fase aguda aportan poco a los índices compuestos de actividad. Validación de un índice de actividad clínico.

- Índice clinimétrico CDAI (índice de actividad clínico)
 - Cuenta de 28 articulaciones dolorosas
 - Cuenta de 28 articulaciones inflamadas
 - Evaluación global de actividad del paciente (cm)
 - Evaluación global de actividad del médico (cm)

- Puntos de corte de los diferentes índices clinimétricos:

Nivel de actividad de la artritis reumatoide	SDAI	CDAI	DAS28
Remisión	≤ 3.3	≤ 2.8	< 2.6
Baja actividad de la enfermedad	≤ 11	≤ 10	< 3.2
Actividad moderada de la enfermedad	≤ 26	≤ 22	< 5.1
Actividad alta de la enfermedad	> 26	> 22	≥ 5.1

- Propuesta de CoE (Centro de Excelencia) para la atención de artritis reumatoide en México:
 - o El reumatólogo debe tener un equipo de apoyo, por ejemplo paramédicos con entrenamiento en exploración articular (conteo de articulaciones dolorosas e inflamadas), aplicación de cuestionarios y de escalas visuales análogas utilizadas en evaluación de la AR.
 - o La referenciación de pacientes de parte del medico general al especialista debe ser rapido y eficiente.
 - o Las citas con especialista deben ser asignadas previamente y ademas deben tener la periodicidad requerida según la actividad inflamatoria.

Expediente clínico y seguimiento.

- Registro de factores pronósticos relacionados a la AR
- Evaluaciones periódicas de la actividad de la enfermedad (DAS28, SDAI, CDAI) y de funcionalidad (HAQ)
- El tratamiento debe guiarse por la actividad de la enfermedad y debe tener como objetivo alcanzar la remisión de la AR.
- Las consultas médicas deben programarse de acuerdo a la necesidad de cada paciente, un máximo de 3 meses para los pacientes con actividad moderada a grave, y de entre 3 a 6 meses en los pacientes con remisión de la AR.

- Año 2013: convocatoria por parte del Colegio Mexicano de Reumatología para el reconocimiento de los centros que apliquen ésta metodología como: “Centros de Excelencia en la atención de la artritis reumatoide”. Ocho centros Mexicanos se inscribieron para el reconocimiento, e iniciaron la aplicación de las recomendaciones del manual.

Clínica de Investigación en Reumatología y Obesidad SC
C.M.N. La Raza
ISSEMYM Metepec
Centro Reumatologico de Queretaro AC
HGR 200 IMSS
Hospital Infantil de México "Federico Gómez"
Hospital Universitario U.A.N.L.
Hospital General de México



Sergio Islas Andrade⁴¹

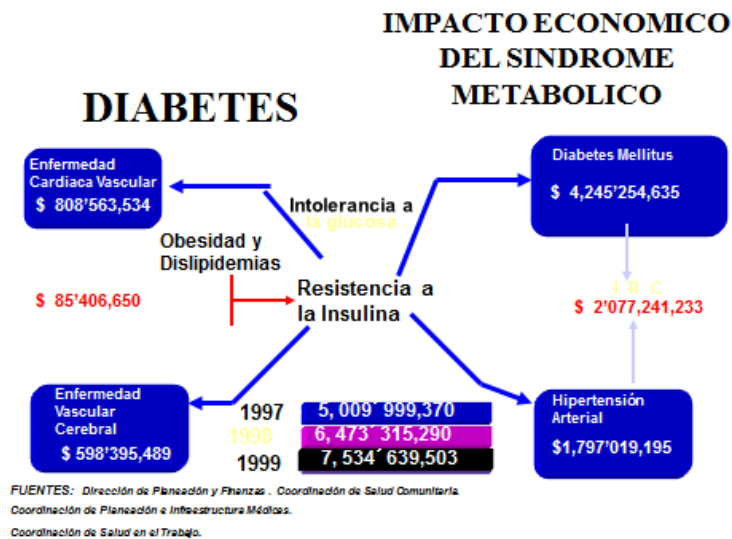
Jefe de Unidad de Investigación. Hospital de Cardiología Centro Medico Nacional Siglo XXI Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. June 1984 – Present (29 years 11 months) Investigación Experimental y Clínica en Diabetes Mellitus y Factores de Riesgo Cardiovascular.- Incluye Medicina Molecular y Proteómica. Jefe de División de Medicina Hospital de Especialidades, CMN Siglo XXI. April 1991 – February 1997 (5 years 11 months) Coordinar Acciones Clínicas y de atención a pacientes en los diferentes especialidades médicas, incluyendo a sus diferentes jefes de servicio de cada una de ellas. Coordinador de Investigación Subjefatura de Investigación, Nacional; IMSS. February 1989 – March 1991 (2 years 2 months) Coordinar la Investigación del IMSS a nivel Nacional, propiciando y favoreciendo la investigación científica y formación de recursos humanos para la investigación. Todo ello en las diferentes unidades y centros de investigación del país dentro del ámbito del IMSS.

Prevención Primaria y Tratamiento temprano de Diabetes Mellitus tipo 2 - Modelo predictivo para prevención de diabetes, los datos del GRUMID.

“Evaluar estrategias de intervención temprana, en individuos en riesgo de desarrollar DM2, identificados mediante instrumentos de escrutinio pertinentes, y caracterizados de acuerdo a factores de riesgo clínico, fisiopatológico, bioquímico y genético”.

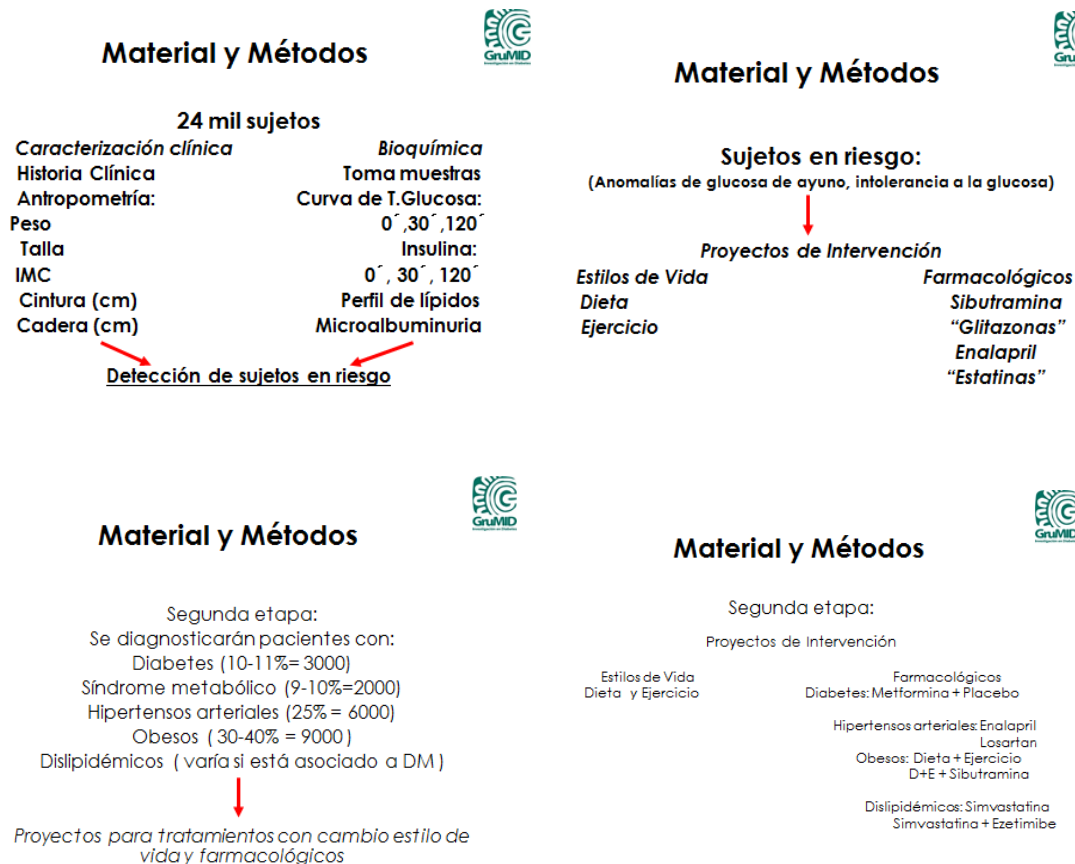
- En México se han efectuado 2 encuestas nacionales en sujetos con edades entre 20 a 69 años realizadas en 1993 y en 2000: la ENEC, la ENSA 2000, Ensanut 2012. La prevalencia de diabetes de 8.2 y 14%
- En el 2001 la diabetes representó la primera causa de mortalidad en mujeres y la segunda en hombres. En el IMSS la mortalidad por este problema se triplicó en tan solo siete años.
- Las estimaciones de la OMS indican, que para el año 2025, de no implementarse las medidas de intervención adecuadas, habrá 300 millones de personas con esta enfermedad, el 75% de estos casos se observará en los países en desarrollo, incluyendo México.
- A pesar que la etiología de la enfermedad no ha sido elucidada, estudios previos han demostrado que el diagnóstico temprano y la intervención oportuna, permiten reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad o de incidir sobre la evolución del padecimiento y limitar las complicaciones asociadas a la DM2.

⁴¹ sergioislas53@gmail.com



- El GruMID (Grupo Multidisciplinario para el Estudio y Prevención de Diabetes Mellitus del Instituto Mexicano del Seguro Social) se propuso evaluar estrategias de intervención temprana, en individuos en riesgo de desarrollar DM2, identificados mediante instrumentos de escrutinio pertinentes, y caracterizados de acuerdo a factores de riesgo clínico, fisiopatológico, bioquímico y genético.
- La población de estudio fueron los derecho-habientes; adultos, niños-adolescentes, de origen urbano y rural, usuarios de los servicios de atención médica del IMSS, que corresponden a Unidades de Medicina Familiar de 11 estados.





- El estudio demostro que la prevalencia de la prediabetes es en hombres entre 35% y 85% en los diferentes estados del país; siendo mas elevada en los estados del Norte y en mujeres entre 25% y 62%, con la misma proporción. La Obesidad es de 80% en mujeres y 76.1% en hombres y el Síndrome Metabólico en la Ciudad de México de 40 %.
- Los productos entregados por el estudio, que duro 5 anhos, fueron:
 - o Programas novedosos para identificar población adulta en riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2
 - o Programas novedosos para identificar niños y adolescentes en riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2
 - o Información sobre ocurrencia del síndrome metabólico y prediabetes
 - o Programas de intervención farmacológica y no farmacológica para prevenir la diabetes mellitus tipo 2 en población de riesgo
 - o Esquemas de tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 que demuestren su efectividad a bajo costo
 - o Programas que impacten en la disminución de la morbilidad y mortalidad de las complicaciones micro y macrovasculares de la diabetes mellitus tipo 2
 - o Modelos predictivos de genes candidatos asociados a alteraciones en el metabolismo de la glucosa

*PREGUNTAS HECHAS A LOS EXPERTOS DURANTE
LAS SESIONES DE PLENARIA*

PREGUNTAS HECHAS A LOS EXPERTOS DURANTE LAS SESIONES DE PLENARIA

A continuación esta la lista completa de las preguntas que los asistentes al Foro le hicieron a los expertos durante las diferentes sesiones de plenaria que estuvieron programadas en la agenda. Se incluyen las respuestas textuales que algunos de ellos enviaron por escrito después del Foro para ser incluidas en este documento resumen. Las respuestas están separadas por cada uno de los tres ejes temáticos del evento.

BLOQUE TEMATICO 1: *Carga/costo de las enfermedades, y medición/obtención de resultados en salud (clínicos, económicos y humanísticos):*

Se miden siempre los resultados (desenlaces) apropiados en salud?

Diego Garcia: “el problema grande en América Latina es la ausencia de información. Creo que las mediciones deben incluir indicadores de resultados clínicos que deben ser definidos por el uso de guías de práctica clínica basadas en evidencia; debe haber indicadores de procesos, como son la toma periódica de algunos exámenes de laboratorio que deben ser definidos de acuerdo con la situación y facilidad de cada país. Estos dos tipos de indicadores deben ser usados luego para tomar decisiones para poder colocar los escasos recursos y obtener el mayor beneficio”.

Cuáles son las intervenciones más conocidas y más costo-efectivas para la prevención primaria en enfermedades crónicas (hipertensión arterial y diabetes mellitus)?

Diego Garcia: “Las intervenciones más eficientes en términos clínicos y financieros son las encaminadas a la prevención. Una vez la enfermedad está presente el objetivo es dilatar o evitar la aparición de complicaciones. Hasta ahora los mejores resultados se han conseguido con un modelo de Gerencia de la Enfermedad (Disease Management), que involucre de forma fundamental el cuidado primario. La inclusión de la educación de los pacientes y , en cierta forma, la auditoría cercana por parte de enfermería consigue una cercanía muy importante con el paciente y su familia que aumenta la adherencia y disminuye la prevalencia de las complicaciones”.

Cuáles son los incentivos para medir desenlaces en salud además de los desenlaces en la prestación de servicios? **Alberto Ogata.**

Puede ser la calidad de vida un desenlace apreciado por los pagadores en los sistemas de salud? **Alberto Ogata.**

Los desenlaces en salud deben ser medidos desde la perspectiva de unidades funcionales de la salud (sobrevida, muertes evitadas, eventos indeseables evitados, etc.). Son importantes los desenlaces medidos desde la perspectiva de los pacientes (PRO 's = patient reported outcomes)? **Jose Paniagua/Eusebio Perez**

Como articular los datos de los centros de prestación de servicios con los centros de administración en salud (Ministerios de Salud, Áreas encargadas de salud pública, etc.)?

Carolina Tamayo: “Esta articulación ha sido parte del llamado del Observatorio de Diabetes de Colombia (ODC) a los diferentes actores del sistema de salud colombiano. Tenemos ejemplos como los del Observatorio Italiano de Diabetes, cuya experiencia –de alrededor de 7 años– nos ha mostrado cómo una organización neutral y con objetivos netamente académicos puede convertirse en un gran repositorio de datos –provenientes de los escenarios tanto de prestación como de aseguramiento–. Este tipo de organizaciones, como el ODC, cuentan con suficiencia técnica y operativa para analizar los datos y ofrecer los resultados de tal análisis a todos los actores del sector, a partir de la garantía de neutralidad, confidencialidad y competencia técnica. Asimismo, desde el ODC proponemos a prestadores, aseguradores y entes gubernamentales que entiendan la medición y difusión de resultados de esas mediciones como una oportunidad de generar líneas de base y referentes locales que nos permitan mejorar en función de las necesidades de los pacientes. La convicción de entender la medición y sus resultados como oportunidades de mejoramiento y no como escenarios de juzgamiento constituye un mensaje clave para construir relaciones de confianza que soporten esa articulación”.

Diego Garcia: “Creo que un modelo que ha dado resultados positivos es el adoptado por Colombia con la Cuenta de Alto Costo. Si hay una política pública en que se exija a los diferentes actores el reporte de la información, ésta debe conseguirse sin mayores complicaciones. Esta resolución también debe incluir una auditoría muy cercana de los datos, y considerar también la posibilidad de pago por desempeño que estimularía entre el personal de salud la cultura de tener información confiable y oportuna”.

Se tiene en cuenta el impacto que las decisiones en uso de tecnología en salud y en la organización de servicios tienen sobre los costos totales de la enfermedad? **Jose Paniagua/Eusebio Perez**

Si el uso de una tecnología en salud o la estrategia de intervención de una enfermedad tuvieran un costo superior a los usados actualmente pero redujeran los costos totales de la enfermedad, además de mejorar el resultado terapéutico y de calidad de vida de los pacientes, los tomadores de decisiones adoptarían esta tecnología o esta estrategia?

Carolina Tamayo: “el ODC tiene la convicción de que la toma de decisiones debe tener como eje la evidencia científica. Desde la perspectiva de la epidemiología y la economía de la salud entendemos que la incorporación de “costos” como variable en el escenario de salud exige que se estudie en conjunto con la efectividad y la seguridad de las intervenciones y con la utilidad o el valor que aportan, en términos de calidad de vida, tales intervenciones. El análisis aislado de los costos, sin esos desenlaces, no permite entender todo el panorama del impacto de las intervenciones en salud. La evidencia proveniente de análisis de costo –efectividad y costo – utilidad puede contribuir al entendimiento de ese panorama, sin embargo, la interpretación de dicha evidencia también está sujeta a consideraciones como el horizonte temporal y la perspectiva desde donde se conducen los análisis. Es tarea tanto de investigadores como de tomadores de decisiones construir un escenario y un lenguaje común que conduzca a la

adopción de políticas basadas en evidencia, en función de las necesidades de la población”.

Cuáles son las medidas para determinar la eficacia del Observatorio? (hemoglobina glucosilada, adherencia de la población, disminución de complicaciones). Cuantas personas trabajan el Observatorio?

Carolina Tamayo: “el ODC es un proyecto relativamente reciente –18 meses desde su puesta en marcha– de manera que, la identificación de fuentes de información y el procesamiento de esa información ya existente –pero hasta ahora no analizada– han sido nuestras primeras tareas. Las fuentes oficiales de información sobre DM en Colombia, hasta el momento, nos han permitido conducir análisis globales y en algunos casos regionales, sobre identificación y registro de casos de la enfermedad, demanda de servicios de salud por causa de la DM y estimación de las brechas entre este perfil de indicadores y la prevalencia real de la enfermedad. Nuestro siguiente objetivo es profundizar en los aspectos de calidad y resultados en salud, así que, estamos trabajando en la gestión de bases de datos clínicos para proceder a la descripción y análisis de variables como la hemoglobina glucosilada, la presión arterial, los parámetros de perfil lipídico, la función renal, los parámetros de estructura y función de retina y de extremidades inferiores, entre otras, cuyo análisis será complementario a los de estructura y proceso que ya hemos analizado. El ODC cuenta con un equipo base conformado por: Dirección, Coordinación técnica, y Coordinación administrativa. Recientemente, se han incorporado al equipo base dos (2) asistentes tanto en el rol técnico como en el administrativo. Adicionalmente, el ODC cuenta con una Junta Asesora que, mes a mes, acompaña, vigila y avala la producción científica del ODC. A esta Junta pertenecen cinco (5) profesionales con diferentes conocimientos y experiencias tanto académicas como laborales en salud pública, epidemiología general y endocrinología”.

Por qué con mayor frecuencia se toman decisiones basadas en el precio de adquisición de una tecnología más que en el impacto que tiene en el costo total de una enfermedad? **Quien quiera responder.**

BLOQUE TEMATICO 2. Obtención de evidencia científica (gestión de riesgos en salud) de evidencia económica (análisis de eficiencia), y toma de decisiones basadas en dicha evidencia:

Como lograr dar relevancia a la inversión en salud a mediano y largo plazo? En otras palabras, como hacer para que no prime la contención de costos en el corto plazo sobre el impacto en los costos a mayor plazo?

Juan Ramón Cifre: “la salud es un importante componente del desarrollo socioeconómico en el mediano y largo plazo. El mantenimiento y el mejoramiento de la salud, como actividades de desarrollo social, tienen un valor humanitario independiente de otras consideraciones económicas o políticas. Hay una clara relación entre el mejoramiento de la salud y la productividad económica, pues la salud contribuye a la formación y preservación del capital humano. La salud es imprescindible para mantener y mejorar la productividad de la fuerza del trabajo y para hacer posible que la población que aún no se ha incorporado a ésta, aproveche de manera eficiente la inversión en servicios educativos que es necesaria para su ulterior desempeño en la vida, por eso es importante comprometer y hacer participar a los actores económico financieros de las instituciones, para que entiendan el beneficio de invertir en prácticas preventivas costo eficientes, para que puedan ver el retorno de la inversión que están realizando y no se opongan a una asignación medicamente racional del recurso. A fin de realizar un mejoramiento concreto en la salud se necesita agregar sustanciales inversiones a las que ya se destinan al gasto en salud. Deben entender lo vital de dar importancia primordial a medidas preventivas de salud. Los países en desarrollo, como gran parte de los de Latinoamérica, se caracterizan por un ciclo vital breve y elevados índices de mortalidad y morbilidad, por causa de enfermedades que se pueden erradicar o reducir considerablemente. A medida que un país eleva su nivel económico, las enfermedades erradicables y reducibles, van siendo sustituidas por las enfermedades irreducibles”.

La prevención (primaria, secundaria y terciaria) realmente juega un papel importante en la organización de los servicios de salud en Latinoamérica? Se premian los resultados obtenidos a través de prevención? O se paga meramente la prestación de servicios?

Juan Ramón Cifre: “creo que la organización de los sistemas de salud en niveles de complejidad creciente y articulados entre sí, es una realidad en los sistemas de salud de Latinoamérica, forzados por la escasez de recursos y la extrema necesidad de aprovechar con lo que se cuenta. En general no creo que al día de hoy sea frecuente el pago por resultados en prevención a la luz de las publicaciones que se pueden leer o de lo que pueda conocer. Se paga en general por la prestación de servicios, pero existen ejemplos, como hemos visto en la jornada adonde se muestran claramente los objetivos de prevención y se comparten los ahorros con los prestadores para premiarlos por su activa participación”.

Quiénes serían los más indicados en proponer, financiar, desarrollar y presentar estudios con datos de la vida real?

Juan Ramón Cifre: “creo que los profesionales que trabajamos en el área salud, somos los indicados para presentar estudios con personas y datos de la vida real, con la cual convivimos a diario, no obstante ello, es cierto que es posible encontrar estudios que contienen diagnósticos muy bien efectuados y sin embargo, concluyen recomendaciones generales o se encuentran soluciones detalladas que carecen de datos que las respalden. La situación habitual, suele ser de tipo intermedio, pero los trabajos que tienen propuestas de solución debidamente sustentadas, en general provienen de áreas en las cuales domina la formación profesional. Parece importante la conformación de estudios elaborados por equipos interdisciplinarios, con tiempo y experiencia de acción en equipo y que disponen de recursos para trabajar coordinadamente. Estos equipos, parece que son escasos en los países de América Latina y el Caribe, de allí la importancia de conformarlos en los lugares de trabajo”.

Como articular a los actores en los sistemas de salud para que la información sea compartida en tiempo real y así evitar la toma de decisiones atomizada y con pérdida de confianza entre los diferentes segmentos?

Juan Ramón Cifre: “cada vez se hace más clara la necesidad de desplegar técnicas y herramientas, que viabilicen la participación de los distintos niveles y actores en las evaluaciones y desarrollo de los sistemas de salud, destacando el rol de operadores y beneficiarios de los distintos programas y proyectos, rescatando el espacio de aprendizaje dialógico, que el proceso genera. De esta manera, se puede retroalimentar y hacer contrapeso al proceso de decisión y las variables científicas, políticas y de poder, que tradicionalmente definen el diseño e implementación de las políticas en salud. La integración de la información sanitaria en un programa informático único o integrado, es la clave para la toma de decisiones en forma racional, confiable y basada en datos o evidencia propios, accesible y comprensible para los diferentes segmentos del sistema, que hacen foco en el paciente como eje y motor del sistema”.

Es suficiente la medicina basada en evidencia científica para tomar decisiones en tecnología y servicios de salud?

Rubén Torres: “claramente no. El costo efectividad, la eficiencia y las preferencias de los pacientes deben ser tomados en cuenta cuando se realizan priorizaciones. Por supuesto que la carga de morbilidad son elementos centrales para esa priorización”.

Además de la evidencia científica, que tanto se utilizan en las decisiones: i) la medicina basada en eficiencia (fármaco-economía), ii) medicina basada en experiencia (concepto de los médicos especialistas que usan la tecnología), iii) medicina basada en la preferencia de los pacientes (el paciente y organizaciones de pacientes con voz y voto en las decisiones sobre sus tratamientos)?

Rubén Torres: “lamentablemente poco en A. Latina en general, aunque existe una firme determinación de los gobiernos, expresada en resoluciones de la OPS, de incorporar estos conceptos en la toma de decisiones para la conformación de los conjuntos de prestaciones de salud”.

Como decirle a un paciente de una forma ética y políticamente correcta, que el tratamiento que requiere para tratarse NO le va a ser proporcionado o cubierto por el Sistema de Salud?

Rubén Torres: “creo que no existe otra forma, que la de la máxima transparencia en la toma de decisiones, sustentada en una fuerte credibilidad y ética de las instituciones, basada en la MBE , y el costo efectividad de las prestaciones”.

Son las agencias de evaluación de tecnologías realmente influyentes en la toma de decisiones en latino américa, más allá de su papel técnico y académico?

Andreia Ribeiro: “specifically talking about Brazil, Mexico and Argentina, we have some variations. In Brazil, no doubt that CONITEC, the national HTA body, is a decisive stakeholder with heavy influence in decision making towards drug coverage in the SUS, although they like to be described as an advising agency to the MoH. Nevertheless, I would like to remind that CONITEC’s recommendations towards incorporation or non-incorporation of a technology in the SUS have always been upheld by the SCTIE. In Mexico, although CENETEC is considered the national HTA body, the Interinstitutional Committee of the Basic Formulary and Catalog of Medicines is the key decision maker in Mexico towards drug reimbursement decisions in the national formularies. However, this committee’s decisions are not mandatory for coverage at the institutional level. Major public health providers conduct another round of HTA (or other type evaluation of the technology without formally calling it HTA) to determine inclusion in institutional formularies and institutional purchases. In Argentina, there isn’t a national HTA body implemented with direct influence into national coverage/reimbursement of drugs. There isn’t a sole HTA decision maker such as CONITEC in Brazil. However, there are HTA and Economic Evaluation guidelines at national and regional level, but no formal guidelines or submission process to deliver a request for coverage in the public, Social Security or private sectors are in place; the impact of decision of HTA bodies is to provide guidance – not mandatory for reimbursement decisions; and the strength of the impact depends on who is the producer of the HTA report.”

Las agencias de evaluación de tecnologías en salud en Latinoamérica están orientadas al modelo de eficiencia (costo-efectividad, ICER, QALYs, cálculos automatizados) de países como UK, Canadá y Australia. Otros países líderes en evaluación de tecnologías (Alemania, Francia, Italia, Japón) están orientados a comparación relativa de efectividad (resultado terapéutico, seguridad, adherencia, conveniencia para el paciente, ético). Con que tipo de evidencia deberían tomarse decisiones en salud y en uso de tecnología médica?

Andreia Ribeiro: “para inclusión de una nueva tecnología el ICER, QALYs, DALYs, deben ser solo una referencia, no el único criterio, debido a las limitaciones de estas medidas de costo-efectividad, consecuencia o utilidad. Por ej., el ICER no diferencia entre el potencial tamaño de beneficiarios (niños vs adultos, CA vs diabetes) y en general el umbral es de 1 GPD en el mundo (lo que limita muchísimo las decisiones en América Latina comparado con los mercados Europeos o Japón). Por ello, la decisión debe hacerse con un enfoque multicriterio, teniendo en cuenta factores tales como las prioridades de salud de los diferentes gobiernos/países, la carga de costos de la enfermedad en cuestión, y los ahorros que la nueva tecnología potencialmente ofrece a los sistemas de salud, claramente demostrados con una análisis individualizada a cada mercado de impacto presupuestario.”

En América Latina la mayoría de las decisiones de NO incorporación de nuevas terapias son justificadas porque no cumplen el umbral de costo-efectividad, sin tener en cuenta otros criterios diferentes al económico. Si en el futuro aparece un medicamento para Hepatitis C, que cure el 90% o más de los casos y cueste más que los actuales 3D, que tendrá que hacer diferente la HTA, para darle acceso a los pacientes a ese tratamiento?

Andreia Ribeiro: “this is a complex question which answer will depend on what is available and reimbursed in each market at the time of launch of the described therapy. But as we discussed at the meeting, the HTA bodies in LATAM are relatively new and are evolving – a work in progress. Initial decisions made solely on measures of cost-effectiveness are now being perceived as insufficient to adequately evaluate some technologies that fail to demonstrate the ICER ratios, or other cost-effectiveness measures defined by the Latin American HTA bodies. However, one can't disregard the fact that in many submissions in the past few years, (one of) the most important criteria which is demonstration of clinical benefit to the patient vs currently covered treatments, and is evaluated before the economic impact of the technology, is ignored in many submissions and is the top reason for the decisions of non-incorporation of a technology in Brazil and Mexico for ex. (although closely followed by issues with the pharmacoeconomic evaluation or shortcomings of the economic evidence as mentioned above) . Assessment of efficacy and safety against currently available drugs is the first step in HTAs and this precedes economic evaluation, which loses all value if the drug fails to demonstrate clinical benefit to the treated population. Therefore, a drug like the one described above for HCV with a 90% cure rate, assuming that the cure rate is significantly higher than that achieved by treatments offered at the time and a better toxicity/tolerability profile (or at least comparable), will not be easily turned down by the HTA bodies if any type of economic benefit compared with currently covered agents can be demonstrated. Then, I can see only one major barrier, which is to demonstrate on a thorough budgetary impact analysis (which is a requirement in most HTA

submissions) - tailored for that market, designed with local epidemiology data and disease trends - the impact in cost-savings to the public healthcare systems that this new treatment can offer (even with a premium price) by offsetting other disease associated costs, such as costs with comorbidities [cirrhosis, cancer, liver transplants,...], hospitalizations, etc.). However, as these are clearly cost-constrained markets I don't think HTA bodies will be very sensitive to drug features such as patient convenience, or dosing frequency, if the economic benefit is not present. These types of BIA studies have been seriously lacking from the majority of the HTA submissions in Brazil and Mexico. HCV is clearly a priority of health for many LATAM markets and the burden of the untreated disease certainly justifies the initial investment on a highly effective treatment."

En el reporte de *outcomes* clínicos a la cuenta de alto costo, como se garantiza la transparencia y validez de datos que se presentan?

Lizbeth Acuña: "la cuenta de alto Costo garantiza la transparencia y validez de los datos a través de un proceso de auditoría que se realiza en cuanto a la validación de datos web y auditoría de campo revisando las historias clínicas de los pacientes".

La cuenta de alto costo logro implementar el pago por resultados a las EPS en Colombia para enfermedades crónicas y de alto costo, hecho facilitado por el apoyo del Estado y la obligatoriedad del reporte de información. Como hacer para implementar el pago por resultados clínicos a las IPS (prestadores) de parte de las EPS (pagadores)?

Lizbeth Acuña: "la Cuenta como organismo técnico del sistema ha suministrado la información necesaria y ha realizado la evaluación de indicadores en los aseguradores y prestadores para que se incentive la competencia basada en resultados específicamente en las enfermedades definidas por el Ministerio de salud como alto costo a cargo de la Cuenta de alto costo. Ha tenido la experiencia en enfermedad renal, en VIH, estamos construyendo los indicadores en cáncer y demás patologías y esta evaluación hace parte de un mecanismo de distribución de recursos inter-EPS en donde se compensa la concentración de riesgo de cada patología y se incorporan indicadores de gestión de riesgo. En las IPS, no es posible aplicarlo directamente, pues el prestador no es objeto de este ajuste por riesgo, pero si, algunas aseguradoras están implementando mecanismos de pago por el resultado obtenido en los indicadores que la CAC determina y otros que cada uno adiciona y estima conveniente. La CAC no puede interferir en la relación contractual del asegurador y prestador".

Además de Kikuzumab, hay dos más intentos de copias para AR en México, Etar e Infinitam (ambos de Etanercept), sin embargo Infinitam fue aprobado por COPFEPRIS y es un producto resultante de las nuevas políticas de innovación en México. Pero no es un biosimilar, fue aprobado antes de la aplicación de las guías oficiales para registro de biosimilares. Cree usted que estas biocopias también serán retiradas del mercado hasta que demuestren eficacia y seguridad comparable (head to head) con el innovador en estudios demandados por la Ley?

Ricardo Garcia: "eso es lo que habría que pasar. Desde el punto de vista científico, el criterio utilizado en relación al Kikuzumab, que me parece correcto, debe ser lo mismo

para todos los medicamentos en situación similar. Eso es lo que espera la comunidad científica”.

Los modelos de compra de medicamentos actuales promueven la intercambiabilidad (menor precio ganan las licitaciones y los médicos prescriben lo que este en stock) Además las PDP's en Brasil son las que cambian el acceso de biológicos en el sector público para biosimilares producidos vía PDP (por lo menos así parece que es la intención). Cuál es su opinión sobre esto? Cuál es la necesidad de mercados como Brasil y México de regular la intercambiabilidad si el cambio esta automáticamente permitido por la Ley?

Ricardo Garcia: “hablando específicamente de Brasil y México, el tema "intercambiabilidad" no está previsto en sus regulaciones para medicamentos de origen biológico y biosimilares, lamentablemente. Es decir, todavía no hay una regla específica para el tema. No está permitido, tampoco está prohibido. Es muy importante que el tema sea discutido y que se tenga una posición oficial al respecto. Estamos muy cerca de tener un anticuerpo monoclonal biosimilar disponible en esos mercado (biosimilar del Infliximab). Ese tema si o si tiene que ser discutido antes de su aprobación. Respecto a las PDPs en Brasil, estamos lejos de que efectivamente algún biosimilar producido a través de ese tipo de alianza pueda llegar al mercado. Así que espero que hasta esa fecha ya se tenga una política oficial para la "intercambiabilidad". De todos modos, en Brasil existe una agencia específica para incorporación de nuevas tecnologías en salud (CONITEC), responsable por incluir los medicamentos en la lista que estará disponible para la población, y de quien estará a cargo este tipo de evaluación”.

Qué piensa de variaciones entre stocks del mismo medicamento de marca? Por ejemplo desarrollo de diferentes marcas del mismo anticuerpo monoclonal, producido por la misma empresa?

Ricardo Garcia: “ese es un tema que puede ser visto de distintos modos. Desde mi punto de vista no veo cómo un problema, aunque entienda que puedan ocurrir pequeñas variaciones cuando se tenga que aumentar la producción. Teniendo en cuenta que las condiciones de producción, el proceso de producción y, principalmente, la matriz celular son los mismos, esas variaciones no serían tan importantes al punto de necesitar mayores cuidados”.

Cuál es la intervención para prevención primaria más probada y costo-efectiva para diabetes mellitus e hipertensión arterial? Quien quiera responder.

Quienes se deben involucrar, los actores del sistema de salud, para generar programas nacionales de gestión de riesgo? Quien quiera responder.

BLOQUE TEMATICO 3: Gestión de riesgos de enfermedades, programas de gestión de enfermedades (disease management), y modelos innovadores prestación de servicios (cuidado en salud) y de administración de servicios (incluidos los modelos de contratación estratégica entre administradores y prestadores) para asegurar resultados clínicos y económicos:

Como generar relaciones de confianza entre los diferentes actores de los sistemas de salud para compartir información relevante de los pacientes para la toma de decisiones y así evitar re-procesos por confirmación de diagnósticos, solicitud de paraclínicos, inicio de tratamientos, etc.? **Luis G. Velez**

Que incentivos deben ser ofrecidos a las instituciones prestadoras de servicios por la demostración de control, prevención y mitigación de riesgos en los pacientes? **Luis G. Velez**

Hay sensación de transparencia y confianza en los esquemas de pago por desempeño en los países de Latinoamérica? **Luis G. Velez**

Qué estrategia o argumentos se pueden introducir en el escenario de los pagadores para romper el paradigma de visión de “corto plazo”, dado que los resultados en salud pueden llegar mucho más tarde que los desenlaces económicos” favorables” que esperan los aseguradores? **Luis G. Velez**

Cuales considera usted que son los cinco (5) elementos que incentivan a un asegurador a realizar una búsqueda activa de pacientes cuyo tratamiento le representa una alta inversión de recursos financieros en el corto plazo? **Justo Paz**

Cuáles son los puntos COMUNES y los puntos DIFERENTES más relevantes, que ustedes destacarían en los modelos de gestión de riesgo, por ejemplo de una enfermedad renal crónica, siendo tan diferente los perfiles poblacionales de cada una de sus EPS? **Luis G. Velez/Justo Paz**

Han considerado que los determinantes de “satisfacción del usuario” pueden ser diferentes entre las poblaciones de cada una de sus EPS? **Luis G. Velez/Justo Paz**

Es importante financiar estudios para resolver problemas nacionales? Quien debe financiar? Y qué porcentaje le corresponde a los diferentes financiadores?

Sergio Islas: “si ya que solo con financiamiento de instituciones de salud, o de ciencia y tecnología e incluso de la industria farmacéutica, se pueden desarrollar estudios de esta magnitud que puedan tener resultados aplicables a las poblaciones, El porcentaje que deben aplicarse es variable dependiendo el diseño del proyecto, si es epidemiológico, si es clínico con aplicaciones de intervenciones farmacológicas, etc”.

Por qué es importante diagnosticar pre diabetes y síndrome metabólico en México? El estudio realizado por la Coordinación de Investigación en Salud (GruMID) del Instituto Mexicano del Seguro Social, se ha replicado en otros países de América Latina?

Sergio Islas: “la prediabetes es importante porque se puede intervenir más tempranamente y evitar complicaciones de la diabetes. De hecho cuando hay prediabetes ya la función de la célula beta del páncreas esta disminuida. Este estudio no se ha replicado en América Latina”

En su experiencia, que porcentaje de pacientes pre diabéticos se convierten en diabéticos en México?

Sergio Islas: “50% de los pre-diabéticos se convierten en diabéticos, a menos de que existan intervenciones adecuadas en cambio de estilos de vida, que incluyen actividad física, alimentación y algún fármaco como metformina”.

Para la inclusión de vacunas en el Sistema de Salud Mexicano, cuales son los mecanismos y variables más importantes de evaluación? Ignacio Villaseñor

Como implementar mecanismos de pago por desempeño para enfermedades de alto costo, para lograr resultados como los alcanzados en Brasil para Atención primaria en Salud?

Jorge Barreto: “uma revisão sistemática⁴² mostrou que programas de P4P ter impactos variáveis sobre os resultados dos pacientes de diabetes, bem como os comportamentos do médico, com vários efeitos de desprezível a fortemente benéfico. Os estudos incluídos tinham baixa qualidade, então essas observações devem ser interpretadas com cautela. Já para gestão de doenças, outra revisão sistemática⁴³, com baixa qualidade metodológica (AMSTAR) identificou oito esquemas de P4P em diferentes países (EUA, Alemanha e Austrália) e muita variação também foi encontrada quanto aos modelos e resultados e a maioria dos estudos mostrou efeitos positivos da P4P na qualidade da saúde, mas as limitações de informação disponível sobre os efeitos desses esquemas sobre a qualidade da saúde e os custos não permitem conclusões mais seguras. As principais questões dizem respeito ao modelo e contexto de implementação, assim um planejamento criterioso, atendo às melhores evidências disponíveis e aos diferentes contextos de implementação poderia ter maiores chances de produzir bons resultados, mediante a adoção do P4P para doenças de alto custo, como demonstrou uma revisão sistemática de boa qualidade, ao concluir que os efeitos dos esquemas se relacionam com opções de design e contexto”⁴⁴.

⁴² Huang J, Yin S, Lin Y, Jiang Q, He Y, Du L. Impact of pay-for-performance on management of diabetes: A systematic review. *Journal of Evidence-Based Medicine*. 2013;6(3):173-184.

⁴³ de Bruin SR, Baan CA, Struijs JN. Pay-for-performance in disease management: A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*. 2011;11:272.

⁴⁴ van Herck P, de Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research*. 2010;10:247.

Usted piensa que las actuales Agencias de Evaluación de Tecnologías y organizaciones como CONITEC, están preparadas para considerar “capacidad para trabajar” como un outcome, (nueva variable de evaluación)?

Jorge Barreto: “as organizações que realizam avaliações de tecnologias em saúde e atuam na incorporação de novas tecnologias para países com sistemas universalistas adotam diferentes parâmetros econômicos para inserção em suas avaliações. O Brasil, por exemplo, adota custo-efetividade, custo-benefício, custo-minorização e impacto orçamentário, mas ainda não está em condições para incluir medidas de custo-oportunidade, embora haja esforços para adaptação de instrumentos usados em outros contextos. Outra questão é o tempo que leva para a disponibilidade de estudos que incluam a nova variável alcance um nível que influencie as sínteses de evidências que dão suporte às decisões”.

Considera esta medida, un costo de oportunidad, como cuantificable?

Jorge Barreto: “não saberia dizer nesse instante se o quanto a mensuração da capacidade para o trabalho seria viável ou o quanto esta variável representaria uma boa medida de custo de oportunidade, no entanto, entendo que é necessário considerar os custos sociais de forma ampla, muitas vezes mediante o uso de *proxys*. Assim, acredito que há potencial no uso dessa variável, mas que ela compete com outras perspectivas para a mensuração do custo de oportunidade”.

Cuál es la mejor forma de integrar este outcome en una evaluación de HTS?

Jorge Barreto: “efetivamente a mensuração do custo de oportunidade na perspectiva da sociedade/indivíduo seria de grande valia para os processos de avaliação e incorporação de tecnologias. Se a variável ‘capacidade para trabalhar’ cumprir a promessa metodológica, penso que a melhor forma de incorporá-la como desfecho nas avaliações tecnológicas em saúde seria como componente adicional da avaliação econômica, juntamente com outros elementos já consolidados, quanto à sua utilidade para produzir melhores decisões”.

Existen casos exitosos de gestión de enfermedades (*disease management*)? En ese caso, esta gestión fue orquestada de manera sinérgica por parte del pagador, el prestador, y los proveedores? El uso de la información, la medición de resultados (clínicos, económicos y humanísticos) orientaron la posterior toma de decisiones? **Jorge Rojas**

Que modelos innovadores existen en Latinoamérica de optimización de la prestación de servicios de salud durante el ciclo de vida (o parte de él) de una 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)? **Jorge Rojas**

Toma fuerza en nuestros países el discurso de la necesidad de “más especialistas”. Están ustedes de acuerdo con esto? O por el contrario y a la luz de las experiencias que vimos en este foro, creen ustedes que se debe fortalecer el volumen y el rol del médico general? De ser así, que estrategias proponen para romper ese discurso de “necesidad de más especialistas”. **Quien quiera responder.**

Es claro que sin información no hay conocimiento, sin embargo el desafío son las acciones a tomar, acceso a servicios y el empoderamiento de nuevos estilos de vida hacia el médico y población. Que estrategias sugieren de intervención para hacer efectivo y sostenible el modelo? Quien financia la prevención? **Quien quiera responder.**

Agenda 22 y 23 de mayo de 2014



2º Foro Latinoamericano de Enfermedades Crónicas: “Resultados en Salud, Toma de Decisiones y Gestión de Riesgos de Enfermedades”

Hotel Hilton Ciudad de México, Centro Histórico

Horario		22 de mayo	23 de mayo
8:00	8:45	Apertura 1, Salón Don Alberto 2: El Reto de la Diabetes en Colombia. La gestión del conocimiento para la toma de decisiones. <i>Dra. Carolina Tamayo (COLOMBIA)</i>	Apertura 3, Salón Don Alberto 2: Manejo de Enfermedades Crónicas, Experiencia en Salud Total EPS. <i>Luis G. Vélez (COLOMBIA)</i>
08:45	09:30	Conferencia 1, Salón Don Alberto 2: Carga de la enfermedad y costo de la ERC (Enfermedad Renal Crónica). <i>Dr. Diego García (COLOMBIA)</i>	Conferencia 7, Salón Don Alberto 2: Estrategia de Prevención en las Primeras Etapas de la Vida. <i>F. Villaseñor Ruíz (MEXICO)</i>
09:30	10:15	Conferencia 2, Salón Don Alberto 2: Enfermedad Renal Crónica. Experiencia en el Sistema del Seguro Social de México. <i>Dr. José R. Paniagua/Dr. Eusebio Pérez A. (MEXICO)</i>	Conferencia 8, Salón Don Alberto 2: Pago por desempeño en la Atención Primaria de la Salud: <i>D. Jorge Barreto (BRAZIL)</i>
10:15	11:00	Conferencia 3, Salón Don Alberto 2: La salud es riqueza. <i>Alberto J. N. Ogata (BRASIL)</i>	Conferencia 9, Salón Don Alberto 2: Es posible obtener resultados clínicos y de costos en un programa de Nefroprotección? <i>Justo J. Paz (COLOMBIA)</i>
11:00	11:30	Refrigerio	Refrigerio
11:30	12:15	Sesión Especial 2, Salón Don Alberto 2: Cómo lograr la eficacia en salud en la población a través de modelos de gestión <i>J. N. Ogata (BRASIL)</i>	Sesión Especial 5, Salón Don Julián: Asegurando la gestión en salud con Centros de Excelencia. <i>Dr. Jorge Rojas Serrano (MEXICO)</i>
12:15	12:30	Preguntas y Respuestas	Preguntas y Respuestas
12:30	13:30	Comida(Salón Don Alberto 3)	Plenaria Cierre Día 2: TODOS
12:30	13:30		Comida(Salón Don Alberto 3)
13:30	14:15	Apertura 2, Salón Don Alberto 2: Hepatitis C: Enfermedad Crónica y Resultados en Salud. <i>Andreia Riberiro (PORTUGAL/USA)</i>	
14:15	15:00	Conferencia 4, Salón Don Alberto 2: Evaluación de Tecnologías de la Salud. La evidencia en farmacoeconomía: Un relato de experiencia del Departamento de Estado de Bahía. <i>Lindemberg Assunção Costa (BRASIL)</i>	
15:00	15:45	Conferencia 5, Salón Don Alberto 2: La gestión de riesgo en enfermedades crónicas como herramienta esencial en los sistemas de salud: Experiencia Colombiana. <i>Dra. Lizbeth Acuña (COLOMBIA)</i>	
15:45	16:30	Conferencia 6, Salón Don Alberto 2: Gestión de Riesgos: Panorama general de los biosimilares. Farmacovigilancia / Trazabilidad. <i>Ricardo García (BRASIL)</i>	
16:30	17:00	Refrigerio	
17:00	17:45	Sesión Especial 3, Salón Don Julián: Experiencia en formación de Agentes Sanitarios para la Detección y Prevención de Factores de Riesgo Cardiovascular. <i>Juan Ramón Cifre (ARGENTINA)</i>	Sesión Especial 4, Salón Doña Sol: Economía de la Salud y toma racional de decisiones. <i>Dr. Rubén Torres.(ARGENTINA)</i>
17:45	18:00	Preguntas y Respuestas	Preguntas y Respuestas
18:00	18:30	Plenaria Cierre Día 1: TODOS	
18:45	19:00	Lobby del Hotel	
19:00	21:00	Cena	

Salidas

Fotos del Foro en México

