



**World Health
Organization**



Experiencias y lecciones aprendidas en la realización de estudios de costos catastróficos en el mundo

**Inés García Baena, Health Economist
WHO Global TB Programme**

Reunión Regional de Jefes de Programas y de Laboratorio de Tuberculosis de las Américas - Ciudad de San Salvador, 19 y 20 de marzo de 2018



Cero costos catastróficos (2020)



Unidos para poner fin a la tuberculosis

1. Razon fundamental para llevar a cabo las encuestas
2. Progreso mundial y experiencias
3. Implicaciones politicas
4. Lecciones aprendidas
5. Etapas a seguir para implementar la encuesta



Razon fundamental para llevar a cabo las encuestas



Vision, metas, objetivos, hitos



Vision:

A world free of TB

Cero muertes por TB

Cero enfermos con TB

Cero sufrimiento por la TB

Meta:

Fin de la epidemia Global de TB

		METAS	
		ODS*	FIN DE LA TB
HITOS		2030	2035
2020	2025		
<i>Reducción del número de muertes por tuberculosis respecto del 2015 (%)</i>	35% 75%	90%	95%
<i>Reducción de tasa de incidencia de tuberculosis respecto del 2015 (%)</i>	20% 50%	80%	90%
<i>Familias afectadas por tuberculosis que enfrentan costos catastróficos debidos a la enfermedad (%)</i>	0% 0%	0%	0%

Razon fundamental

Por qué medir la carga económica de la TB?



Los pacientes con tuberculosis padecen una enorme carga económica (incluso bajo una política de tratamiento libre), a menudo no recuperable. Esta implica

- Barrera al diagnóstico precoz
- Puede causar la interrupción del tratamiento y pérdida de seguimiento.
- Empobrece a pacientes y familias y aumenta la vulnerabilidad a la TB

Todo ello puede llevar a un aumento de la transmisión de enfermedades y resistencia a los medicamentos. Las consecuencias de la TB van más allá del nivel individual.

La **encuesta sobre la carga económica de los pacientes con TB** puede proporcionar información valiosa para mejorar la prestación de atención de TB

Encuestar a los pacientes con TB: por qué?

- Determinar la línea de base y medir periódicamente **el porcentaje de enfermos de tuberculosis (y sus familias), que incurre en costos catastróficos a causa de la enfermedad.**
- Evaluar el acceso a los servicios actuales de TB
- Identificar los niveles adecuados de protección financiera y social necesarios.
- Evaluar si los pacientes pueden acceder a servicios de apoyo financiero y social
- Nos permite repensar y rediseñar las políticas públicas para la TB



Cobertura universal de salud y protección social	
Cobertura del tratamiento de TB (notificados/incidencia estimada), 2017	53% (36–86)
Pacientes con TB que enfrentan costos totales catastróficos, 2017	27% (21–32)
Tasa de letalidad de TB (mortalidad estimada/incidencia estimada), 2017	0.28 (0.15–0.45)

Fuente: Extraído del Perfil de datos TB (OMS) de Kenya, Global TB Report 2018 accessed http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

El indicador 3 Fin de la TB

Porcentaje de hogares con costos catastróficos debidos a la TB



Definición: % hogares que incurren en costos equivalentes al 20% O mas de la renta anual del hogar *relative a todos los que estan en tratamiento*

Costos se definen como **catastróficos** si:

$$\frac{\text{Costos directos + indirectos}}{\text{Capacidad del hogar para pagar por salud}} > 20\%$$

La capacidad del hogar para pagar= (*permanente*) renta anual

Consumo
declarados

o

Gastos
declarados

Ingresos
declarados

y

Renta
"permanente"
estimada via
activos del hogar



Progreso global (2015-2018)

GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT

2018

Brasil

Población 2017 209 million

Estimaciones de la carga de TB*, 2017	Número (miles)	Tasa (por 100 000 habitantes)
Mortalidad (excluye TB/VIH)	5.1 (4.8-5.3)	2.4 (2.3-2.5)
Mortalidad (TB/VIH únicamente)	1.9 (1.4-2.5)	0.91 (0.87-1.2)
Incidencia (incluye TB/VIH)	91 (78-105)	44 (37-50)
Incidencia (TB/VIH únicamente)	11 (9.3-13)	5.3 (4.5-6.3)
Incidencia (TB-MDR/RR)**	2.4 (1.8-3.1)	1.2 (0.86-1.5)

Incidencia estimada de TB por edad y sexo (miles)*, 2017			
	0-14 años	> 14 años	Total
Mujeres	5.2 (5-6.4)	24 (22-26)	29 (27-32)
Hombres	5.7 (5.5-6.9)	56 (50-63)	62 (54-70)
Total	11 (10-11)	80 (69-92)	91 (78-105)

Notificaciones de casos de TB, 2017	
Total casos notificados	86 868
Total casos nuevos y recaídas	79 222
- % con prueba rápida al momento del diagnóstico	26%
- % con estado de VIH conocido	79%
- % pulmonares	87%
- % confirmados bacteriológicamente entre casos pulmonares	72%

Cobertura universal de salud y protección social	
Cobertura del tratamiento de TB (notificados/incidencia estimada), 2017	87% (75-100)
Pacientes con TB que enfrentan costos totales catastróficos	
Tasa de letalidad de TB (mortalidad estimada/incidencia estimada), 2017	0.08 (0.06-0.09)

Atención de TB/VIH en casos nuevos y recaídas, 2017	
Pacientes VIH-positivos entre aquellos con estatus de VIH conocido	7 831 13%
- en terapia antirretroviral	3 742 48%

Atención de la TB drogo-resistente, 2017			
Casos nuevos	Casos previamente tratados	Número total**	
		2 000	
Casos estimados de TB-MDR/RR entre los casos notificados de TB pulmonar			(1 600-2 400)
% estimado de casos de TB con TB-MDR/RR	1.5% (1.1-2)	8% (6-10)	
% de casos notificados con prueba de resistencia a la rifampicina	30%	39%	27 716
Casos TB-MDR/RR con prueba de resistencia a drogas de segunda línea			173
Casos confirmados por laboratorio	TB-MDR/RR: 1 110, TB-XDR: 16		
Pacientes que iniciaron tratamiento ****	TB-MDR/RR: 994, TB-XDR: 16		

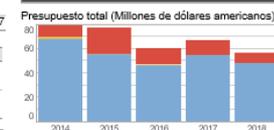
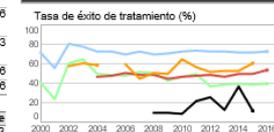
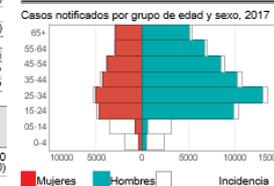
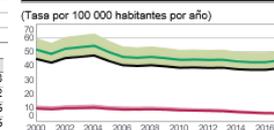
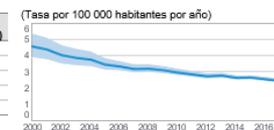
Tasa de éxito de tratamiento y tamaño de la cohorte		
	Éxito	Cohorte
Casos nuevos y recaídas registrados en 2016	72%	75 223
Casos previamente tratados, con exclusión de las recaídas, registrados en 2016	38%	7 251
Casos de TB con VIH registrados en 2016	53%	7 366
Casos de TB-MDR/RR que iniciaron tratamiento de segunda línea en 2015	60%	954
Casos de TB-XDR que iniciaron tratamiento de segunda línea en 2015	11%	27

Tratamiento preventivo de TB, 2017	
% de personas VIH-positivas (iniciando la atención) que están en tratamiento preventivo	
% de niños (< 5) que son contactos domiciliarios de casos de TB bacteriológicamente confirmados, y que están en tratamiento preventivo	

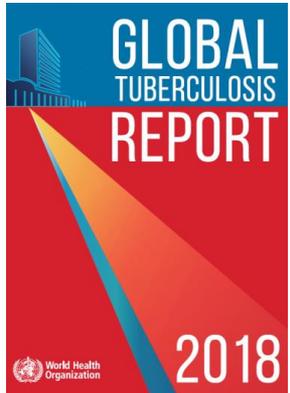
Financiación de la tuberculosis, 2018	
Presupuesto nacional de tuberculosis (Millones de dólares americanos)	57
Fuente de financiación: 85% interno, 0% externo, 15% déficit	

* Los rangos representan intervalos de incertidumbre
 ** TB-MDR es resistente a la rifampicina y la isoniazida; TB-RR resistente a la rifampicina
 *** Incluye casos con historia desconocida de tratamientos previos
 **** Incluye pacientes diagnosticados antes de 2017 y pacientes no confirmados por laboratorio

Perfil de tuberculosis



Resultados de 9 encuestas nacionales con la metodología OMS



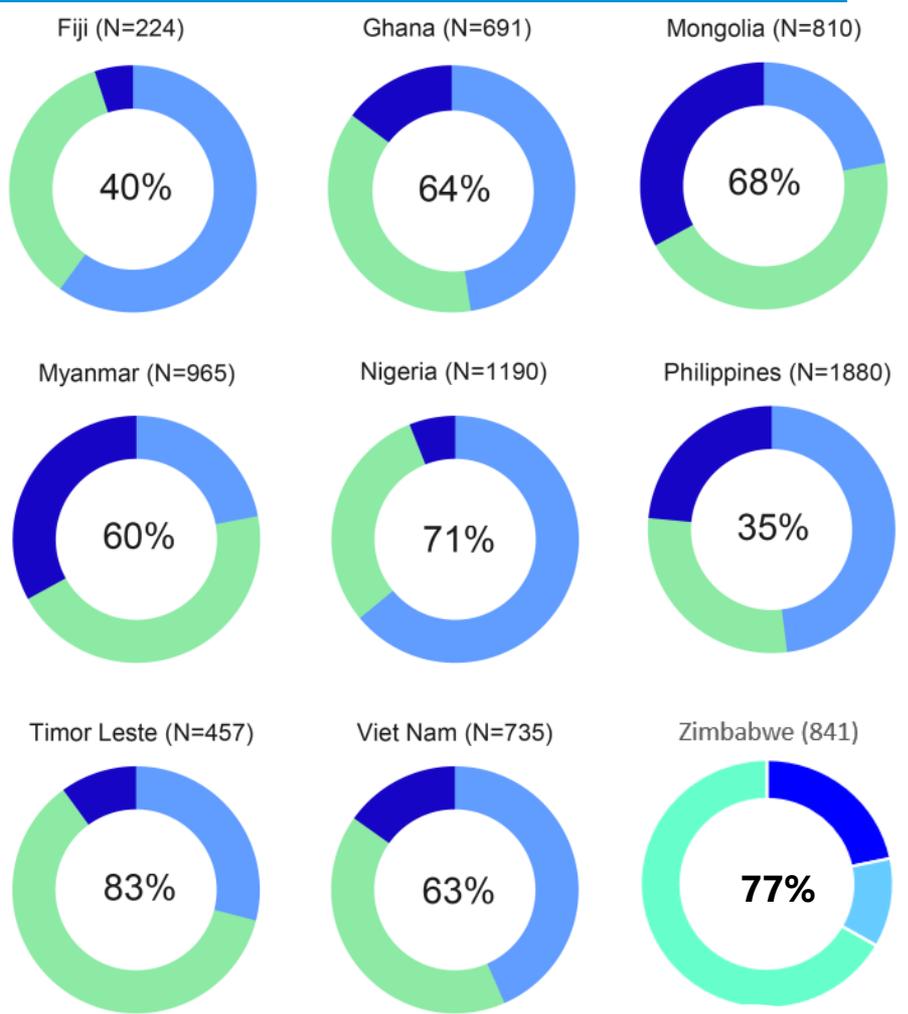
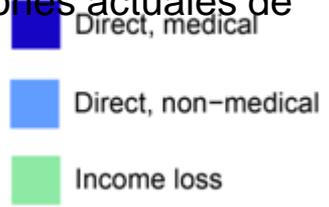
% hogares confrontados a costos catastróficos: 35% to 83%

Los factores que explican dichos costos varían según país ---diferentes respuestas políticas

DR-TB incurre en un costo mucho mayor en general

Indicadores adicionales

- Empobrecimiento
- Impacto de las intervenciones actuales de apoyo social.



Fuente: Global TB Report 2018



Implicaciones políticas de las encuestas sobre costos de pacientes con TB



Informar a las discusiones políticas sobre dos áreas principales:

1. Los costos se pueden mitigar cambiando la prestación de servicios de salud hacia la atención centrada en el paciente, incluidos los **sistemas de financiamiento de la salud** y las políticas y prácticas de prestación de servicios.

2. Cualquier costo restante se puede mitigar mejorando **las políticas de protección social**



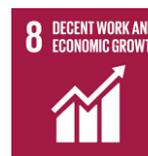
Goal 3:
Asegurar vidas saludables y promover el bienestar para todos en todas las edades.
SDG 3.3: **Fin TB**

SDG 3.8: Lograr **cobertura de salud universal**

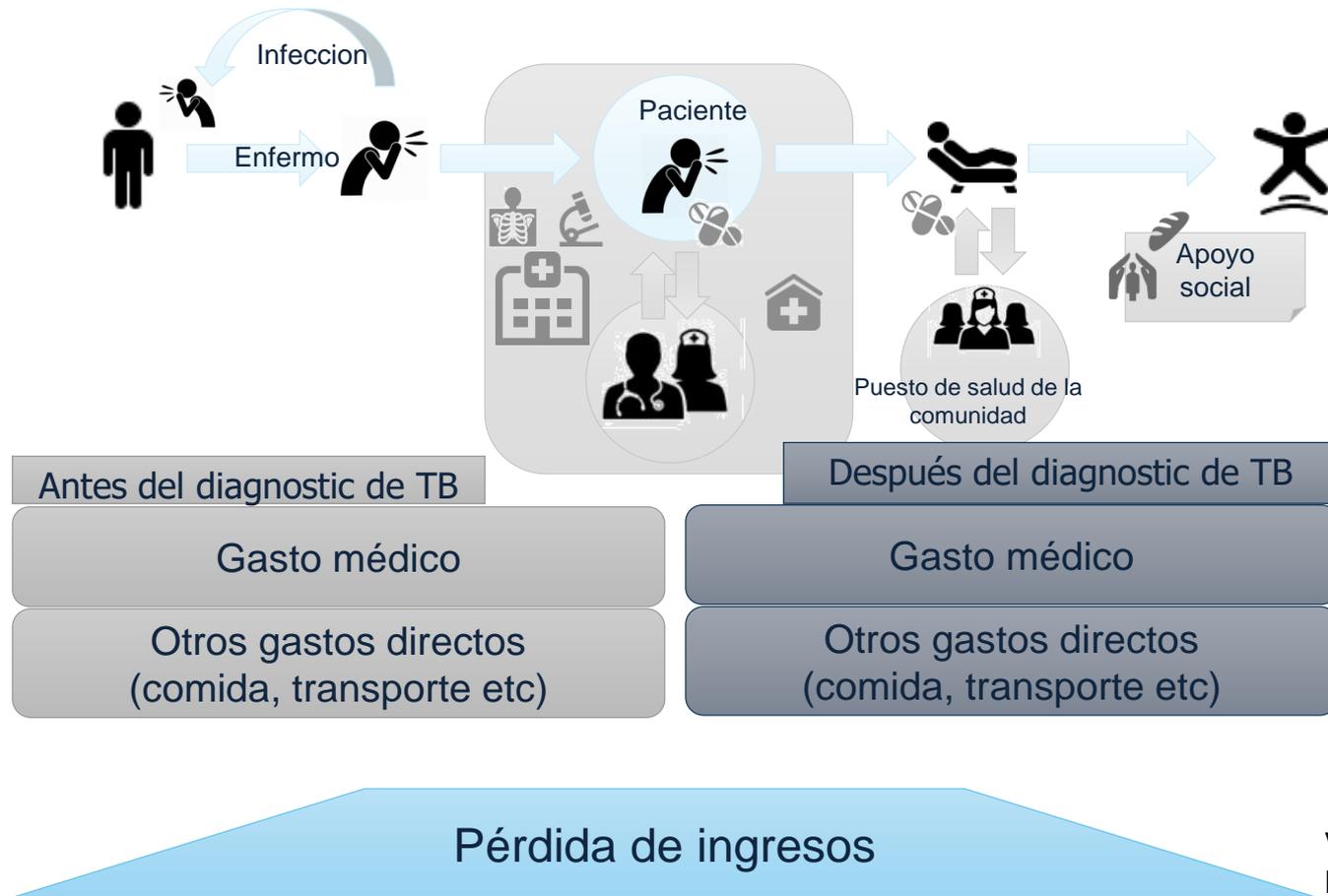


Goal 1: Acabar con la pobreza en todas sus formas en todas partes

Target 1.3: Implementar sistemas nacionales de **proteccion social** para todos



Costos soportados por el paciente a lo largo del recorrido del paciente



Costos soportados por el paciente a lo largo del recorrido del paciente



Also see Table 10.1 on Page 44



1. Financiación para el estudio
2. Compromiso del programa nacional de TB y de otros sectores que serán clave en el diseño de políticas paliativas
3. Coordinación de la implementación del estudio (por ejemplo, el gobierno federal, el Ministerio de Salud)
4. Colaboración con estadísticos / economistas en el diseño del protocolo e instrument y durante el análisis
5. Asimilación de los resultados y planificación de reunión multi-sectorial
6. Comunicación clara del programa sobre la encuesta a los establecimientos de salud donde tendrá lugar la encuesta
7. Supervisión diaria o semanal de la recolección de datos – es posible vía la recolección electrónica de datos

Etapas a seguir para implementar la encuesta

Gracias



World Health
Organization



WHO

20, Avenue Appia
1211 Geneva
Switzerland

