

salud asociados, que permitan estimar el impacto en el sistema de salud colombiano. **METODOLOGÍAS:** a partir de registros de aseguradoras y de historias clínicas de instituciones de salud del año 2013, se construyó una base de datos que contaba con variables sociodemográficas, clínicas y de frecuencias de utilización de servicios de salud con los costos asociados. Se realizó un análisis estadístico de tipo descriptivo, con el fin de caracterizar la evolución clínica de los pacientes, la frecuencia de uso de los servicios y los costos derivados de la atención en salud. **RESULTADOS:** se obtuvo un total de 1308 pacientes con ese diagnóstico, con edad promedio de 11,24 años DE (6,7), de los cuales 693 son mujeres. El departamento con mayor número de pacientes registrados fue Bolívar (253), seguido de Atlántico (213) y Valle del Cauca (167). En cuanto al uso de servicios, el 36,85% de los pacientes requirió hospitalización durante el año; recibieron 2,49 consultas por médico/año, con un máximo de hasta 21 consultas y en promedio asistieron a servicios de urgencias 2,26 veces/año. Solo el 8,4% de los pacientes registran transfusiones y al revisar los registros clínicos de una muestra de pacientes el 30% presentan complicaciones que generan mayor impacto en el costo. El costo promedio por año de los servicios de hospitalización es de \$1.516.945 y al incluir todos los demás servicios se incrementa a \$1.884.231,00. **CONCLUSIONES:** en Colombia existe un número considerable de pacientes con drepanocitosis, cuya atención en salud deriva en una alta frecuencia de servicios de salud y costos asociados. Este estudio permite caracterizar el impacto de esta enfermedad con el fin de facilitar la toma de decisiones.

PSY22

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PROCESOS DE DECISIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES RARAS EN LOS PAÍSES DE LA OCDE

Quirland-Lazo C, Jirón M, Lenz R
Universidad de Chile, Santiago, Chile

Varios de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) han abordado el problema de los Medicamentos para Enfermedades Raras (MER) a través de distintos mecanismos. En consecuencia, el acceso a estos es heterogéneo y hasta la fecha no se han realizado análisis que comparen sus experiencias. **OBJETIVOS:** Comparar los Procesos de Decisión de Cobertura de MER (PDC-MER) empleando el enfoque de cadena de valor en los países de la OCDE. **METODOLOGÍAS:** Se realizó una revisión de literatura científica (incluyendo literatura gris), en distintas bases de datos como MEDLINE, Embase, Cochrane, BSC, CINAHL, Econlit, Web of Science, LILACS, en los sitios web de organizaciones gubernamentales, así como también de los que agrupan a países miembros como OCDE, OMS y la Unión Europea (UE). Los hallazgos se llevaron a una matriz comparativa que permitió identificar las actividades estratégicas del PDC-MER y determinar las fuentes de diferenciación en la muestra seleccionada. **RESULTADOS:** Las principales actividades estratégicas del PDC-MER identificadas fueron: evaluación de la tecnología sanitaria, decisión de cobertura y la implementación al sistema de atención sanitaria. Las dos primeras constituyen fuentes de diferenciación, fundamentalmente por las distintas metodologías empleadas en la evaluación de tecnologías sanitarias y por los elementos adicionales que influyen en la decisión de cobertura. Destaca particularmente la experiencia de la UE, donde se han generado mecanismos específicos para las decisiones relacionadas con los MER, mientras que en Latinoamérica, México presenta un estado de avance superior al de Chile en la discusión sobre la cobertura de estos medicamentos. **CONCLUSIONES:** La evaluación de tecnologías sanitarias en el PDC-MER es la actividad estratégica que más comúnmente determina las diferencias en el acceso a MER. Los hallazgos del presente trabajo podrían apoyar la discusión que tiene lugar actualmente en Chile sobre cobertura de tratamientos de alto costo, entre los cuales se incluirían los MER.

PSY23

ANTHROPOMETRIC STUDY ON MONGOLIANS WITH METABOLIC SYNDROME

Tsanligryenchin D¹, Sundui E²

¹Mongolian National University of Medical Sciences, Ulaanbaatar, Mongolia, ²Mongolian national university of medical sciences, Ulaanbaatar, Mongolia

OBJECTIVES: Determine the human body figure types or the anthropometric measurement changes caused by the metabolic syndromes. **METHODS:** 387 Mongolians aged 18–68 were involved in the study. Basic methods of anthropometric measurements, metabolic syndrome diagnosis and statistics were used in it. **RESULTS:** According to the defining of height differences, value of Student distribution, and statistical significant threshold between participants, healthy and with metabolic syndromes, of both sex, there were no evident variation. The statistical significance of the participants' humerus diameter because of obesity, caused by metabolic syndrome, was observed ($P < 0.05$ and $P < 0.01$). Also the body mass index (BMI) of the both type's participants has statistical great differences, and it is shown by modified waist indexes ($P < 0.01$). Metabolic syndromes cause the statistical differences between diastole and systole of participants, both sexes ($P < 0.01$). In accordance with sex differentiation their BMI has statistically marked difference ($P < 0.01$). All in all the metabolic syndromes affect on human anthropometric measurements, especially it modifies the BMI more than the height. **CONCLUSIONS:** For healthy men and women the anthropometric indexes are in normal distribution. And according to the sex the men anthropometric indexes are different from the women. An average BMI for men is 27.29 ± 0.43 , for women – 24.95 ± 0.28 . In proportion to healthy and metabolic syndrome suffered participants the anthropometric indexes are in normal distribution. And according to the sex the men anthropometric indexes are different from the women. An average BMI for men is 31.81 ± 0.75 , for women – 30.53 ± 1.32 . The waist index, the most modified anthropometric criteria, of all participants explained by the metabolic syndromes caused overweight. There were no distribution differences.

PSY24

PERFIL ALIMENTARIO SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE VALPARAISO, CHILE

Vilugron F, Hidalgo C, Rojas J, Pasten V
Universidad de Playa Ancha, Valparaíso, Chile

OBJETIVOS: Analizar el consumo alimentario según el estado nutricional en estudiantes universitarios. **METODOLOGÍAS:** Estudio transversal con 1540 estudiantes Promoción 2015, Universidad de Playa Ancha. El estado nutricional se determinó a través de la descripción del peso corporal y se aplicaron ítems del Youth Risk Behavior Survey para conocer los hábitos alimentarios. Se definieron cuatro perfiles alimentarios según el cumplimiento de las recomendaciones alimentarias chilenas: 1.AS; 2.AS+ANS; 3.ANS; 4. No cumple los criterios anteriores. Éstos se relacionaron con el estado nutricional. Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico SPSS V.18.0. Ética: Se aplicó consentimiento informado previo a la aplicación del cuestionario. **RESULTADOS:** La media de edad fue de 19,3 años (DE=2,61 años), el 60,6% eran mujeres y el 82,9% proviene de la Región de Valparaíso. El 40,9% informa presentar sobrepeso u obesidad. El 7,3% tuvo un Perfil de AS (Cumplió con 2 de las siguientes recomendaciones: Consumo diario ≥ 3 porciones de frutas, ≥ 2 porciones de verduras y ≥ 3 porciones de lácteos; Consumo semanal de ≥ 2 porciones de legumbres; ≥ 2 porciones de pescado); el 64,4% tuvo un Perfil ANS (Cumplió con 2 de los siguientes criterios: Consumo semanal de bebidas azucaradas, alimentos con grasa; no desayunar diariamente); el 15,1% cumple con ambos criterios y el 13,2% no cumple con los criterios. Se observó diferencias significativas en los estudiantes con Perfil de ANS según percepción de peso ($p < 0,05$). El consumo de pescado y lácteos fue significativamente mayor en los que declaran peso normal ($p < 0,05$). **CONCLUSIONES:** El consumo de un Perfil AS no muestra diferencias según estado nutricional. Es fundamental establecer estrategias que promuevan la alimentación saludable en los universitarios.

URINARY/KIDNEY DISORDERS – Clinical Outcomes Studies

PUK1

MESES EVITADOS DE DIÁLISIS EN UNA POBLACIÓN CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 CON INTERVENCIÓN PREDIALÍTICA EN COLOMBIA

Rico A¹, Sanabria M², Muñoz F², Garizabalo O¹, Perea D²

¹Compensar EPS, Bogotá, Colombia, ²RTS, Bogotá, Colombia

OBJECTIVOS: Estimar meses evitados de diálisis mediante la comparación de la velocidad de progresión de la de filtración glomerular (TFG) y los meses hasta diálisis en una población con enfermedad renal crónica estadio 5 (ERC5), en intervención pre dialítica, frente a 2 velocidades de progresión descritas en la literatura. **METODOLOGÍAS:** Estimamos la velocidad de pérdida de TFG en ml/min/año y la sumatoria de meses hasta diálisis en una cohorte histórica de pacientes con ERC5 que ingresaron a diálisis con intervención predialítica de mínimo 1 mes, durante el periodo del 2010 al 2014. Se simularon dos escenarios con medianas de velocidad de progresión tomadas de la literatura para estimar los meses hasta diálisis en cada uno de estos escenarios. **RESULTADOS:** Se incluyeron 138 pacientes, la media de edad fue de 75.66 (DE 13.93) años, 80 (57.97%) hombres. Se estimaron los meses entre la TFG en estadio 5 y la TFG de inicio de diálisis según tres medianas de velocidad de progresión así: a) real para la población evaluada (7,08 ml/min/año), b) mediana 1: (7,7 ml/min/año) y c) mediana 2: (12 ml/min/año); el resultado mostró que los 138 pacientes con una mediana de TFG inicial 14.13 (RIQ 13.39–154.61) ml/min alcanzaron la mediana de TFG de inicio de diálisis 11.82 (RIQ 10–13) ml/min en 852.15 meses en el cálculo real, y en 509.70 y 326.21 en el cálculo con las medianas 1 y 2 respectivamente. **CONCLUSIONES:** Comparada la mediana real de progresión de esta población contra las 2 medianas de referencia, se evitan 342.45 y 525.94 meses respectivamente de diálisis, lo que permite afirmar que la intervención pre dialítica, aún en el estadio más avanzado de la ERC, retrasa la llegada a diálisis y así contribuir con reducción de costos para el sistema de salud, a expensas de los meses evitados de diálisis.

URINARY/KIDNEY DISORDERS – Cost Studies

PUK2

COSTO EFECTIVIDAD DE LA HEMODIÁLISIS EN LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE DOS ASEGURADORAS A TRAVÉS DE LA EVALUACIÓN DE INDICADORES MÍNIMOS PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS CLÍNICOS DE LA TERAPIA DIALÍTICA EN COLOMBIA

Acuña L¹, Soler L², Sanchez P³, Bryon A⁴

¹Cuenta de Alto Costo, Bogotá, Colombia, ²Cuenta de alto costo, bogota, Colombia, ³Cuenta de Alto Costo, Bogota, Colombia, ⁴Heort, Bogota, Colombia

OBJECTIVOS: Un reto actualmente para la toma decisiones es analizar resultados en salud desde la óptica de la costo-efectividad. La Cuenta de Alto Costo (CAC) con base en esto, tiene como objetivo proporcionar al sistema de salud herramientas aplicables, a partir de mediciones y análisis de datos que generan información confiable, para diseñar o ajustar políticas públicas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de la atención y calidad de vida en la población. **METODOLOGÍAS:** Se identificaron 1043 pacientes en 2 aseguradoras, sometidos a hemodiálisis (HD) en 5 prestadores y 58 unidades renales en el año 2013. Se determinó la efectividad de la terapia en términos de 5 indicadores que analizan resultados clínicos: proporción de pacientes prevalentes con: 1) catéter, 2) dosis de $kt/v \geq 1.2$, 3) hemoglobina $\geq 10g/dl$, 4) fósforo $\leq 6.0mg/dl$ y 5) albúmina $\geq 4.0g/dl$. El costo de la terapia fue suministrado directamente por los aseguradores, valor que pagan al prestador. Los datos se analizaron y procesaron en una herramienta de análisis de costo-efectividad que contempla: la efectividad de la terapia, costo y PIB percapita. Se compararon 10 escenarios del impacto de costo-efectividad. **RESULTADOS:** Al comparar los prestadores de diálisis se identificó que son costo-ahorradores: 6, altamente costo-efectivos: ninguno, costo-efectivo: 1, probablemente costo-efectivo: 1 y no costo-efectivos: 2. En la razón de costo-efectividad (RCE) existe una diferencia de \$17.140.904,08. La razón de costo-efectividad incremental (RCEI) mostró en escenarios costo-ahorradores una diferencia paciente-año \$38.975.068,45 y en no costo-efectivos la diferencia paciente-año fue \$395.362.666,67. Adicionalmente la EPS1vs.EPS2 resultó costo-ahorradora y su RCE presentó diferencia de