

Plan de Adherencia al Tratamiento

Uso responsable del medicamento



El presente documento es resultado de un trabajo colaborativo en el que han participado sociedades científicas médicas, farmacéuticas y de Enfermería, representantes de pacientes y profesionales expertos, con el impulso de FARMAINDUSTRIA y el apoyo de la consultora EY.

Índice

1. Presentación.....	5
2. Introducción.....	7
3. Términos de referencia.....	9
3.1. Objetivo general.....	9
3.2. Objetivos específicos.....	9
3.3. Organismos e instituciones participantes.....	9
3.4. Metodología.....	12
3.5. Financiación.....	13
4. Situación actual de la adherencia en España.....	17
4.1. Aspectos relevantes de la adherencia.....	17
4.2. Impacto sanitario y económico de la falta de adherencia.....	22
4.3. Factores que inciden en la falta de la adherencia.....	23
4.4. Iniciativas relevantes desarrolladas y tendencias en la mejora de la adherencia.....	30
4.5. Circuito de prescripción, dispensación y seguimiento.....	34
5. Pilares estratégicos para mejorar la adherencia.....	37
Pilar estratégico 0. Optimizar el proceso de la prescripción médica para favorecer la adherencia.....	39
Pilar estratégico 1. Concienciar sobre la importancia de la adherencia.....	42
Pilar estratégico 2. Establecer un programa de adherencia terapéutica.....	44
Pilar estratégico 3. Reducir la complejidad del régimen terapéutico.....	49
Pilar estratégico 4. Incrementar la autogestión y el empoderamiento del paciente.....	52
Pilar estratégico 5. Implementar un sistema de información del cumplimiento terapéutico.....	56
6. Despliegue estratégico del Plan.....	61
Anexo 1. Análisis del impacto económico de la adherencia en enfermedad cardiovascular, EPOC, diabetes tipo 2 y depresión mayor.....	71
Modelo para EPOC.....	72
Modelo para la enfermedad cardiovascular.....	81
Modelo para la diabetes tipo 2.....	87
Modelo para la depresión mayor.....	95
Anexo 2. Iniciativas desde la perspectiva de los problemas de salud y la tipología de pacientes crónicos.....	104
Listado de figuras.....	112
Listado de tablas.....	113
Bibliografía.....	114



1 Presentación

1. Presentación

En nuestro país se estima que el 50% de los pacientes crónicos no son adherentes a los tratamientos prescritos (Ref. 1), lo que puede provocar un importante problema de salud pública. La falta de adherencia se ha asociado a una disminución de la calidad y de la esperanza de vida (Ref. 2), da lugar a un peor control de la enfermedad e incrementa sus complicaciones, y repercute en un aumento de las consultas, hospitalizaciones y pruebas complementarias, con el consiguiente incremento del gasto sanitario. Precisamente para hacer frente a esta situación durante los últimos años se han ido poniendo en marcha diferentes iniciativas de carácter sectorial por parte de las Administraciones Sanitarias, Organizaciones Colegiales Profesionales y Sociedades Científicas y, en ocasiones, con la colaboración de la industria farmacéutica.

Precisamente con el objetivo de ofrecerlo a las Administraciones Sanitarias y a las instituciones profesionales o científicas que puedan estar interesadas en esta materia se presenta este Plan de Adherencia al Tratamiento (uso responsable del medicamento), impulsado por FARMAINDUSTRIA, que ha sido elaborado por un amplio número de sociedades científicas, asociaciones de pacientes y expertos, mediante un proceso abierto y participativo, en el que el paciente es el centro de todas las propuestas, más allá de cuestiones profesionales, organizativas o asistenciales. Se trata de una aportación integral e integradora en la que, a partir de la evidencia científica disponible, considerando las diferentes iniciativas abordadas y las mejores prácticas desarrolladas, se propone un conjunto de medidas en los ámbitos de la macro, meso y microgestión.

Aunque el término “tratamiento” incluye tanto los medicamentos prescritos como los hábitos, cuidados personales y estilo de vida indicados o recomendados al paciente, el Plan se centra en el ámbito del medicamento y de su uso responsable, sin menoscabo de incluir aspectos de indudable trascendencia como es la formación de los pacientes o el fomento del autocuidado.

El Plan se estructura en seis pilares, que se despliegan en 18 iniciativas que, a su vez, se dividen en 26 acciones. Para cada una de ellas se proponen una serie de indicadores de evaluación dirigidos a medir los avances en la mejora de la adherencia terapéutica. El Plan se complementa con un análisis económico y clínico del impacto de la adherencia en cuatro patologías crónicas de alta prevalencia: ECV, EPOC, Diabetes tipo 2 y Depresión mayor. Igualmente, incluye un posible despliegue, en el que se facilita, para cada acción, el ámbito en el que se inscribe y los posibles colaboradores estratégicos.

El Plan que se presenta es, por tanto, una propuesta de carácter técnico-científico que se pone a disposición de las Administraciones Sanitarias con el objetivo de avanzar en mejoras en la salud de los pacientes, aumentando el cumplimiento de los tratamientos prescritos, ya que, como señala el Dr. Derek Yach, Director Ejecutivo de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la OMS, en el informe *Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action*, “el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales”.



2

Introducción

2. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. La magnitud y las consecuencias asociadas a la falta de cumplimiento sitúan a la adherencia como un importante asunto para la salud pública a nivel mundial. Además, el progresivo aumento del número de pacientes pluripatológicos y polimedicados acrecienta este problema.

La falta de adherencia a los tratamientos es un problema prevalente, con consecuencias clínicas y económicas muy significativas, especialmente en los pacientes con enfermedades crónicas, siendo en su mayoría evitables. Todo ello supone un importante reto, en un contexto en el que las Administraciones están adoptando medidas específicas de distribución del gasto (principalmente provocadas por un notable incremento de la demanda sanitaria, una mayor inclusión de las nuevas tecnologías y una mejora en la innovación), con el objetivo de garantizar el acceso, la calidad y la sostenibilidad del sistema sanitario.

También hay que tener en cuenta relevantes cambios demográficos, como el incremento de la esperanza de vida o la disminución de la natalidad. España ocupa el cuarto puesto en longevidad de los 182 países considerados desarrollados y el séptimo mundialmente, si se considera la totalidad de países estudiados (Ref. 3). Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la esperanza de vida media en hombres es de 80 años y de 85,6 en las mujeres; según las proyecciones y estimaciones de futuro, se espera que estas cifras aumenten en el año 2063 hasta los 90,9 y 94,3 años, respectivamente. Además, la población envejecida supone el 17,2% de la población total en nuestro país y un 5,1% tiene más de 80 años, cifra que se espera que se duplique en 40 años (Ref. 4).

El envejecimiento poblacional suele ir acompañado de un aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas o de larga duración que precisan de un control adecuado y cercano por parte del paciente y de los profesionales sanitarios.

En atención primaria, hasta el 40% de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas y, de éstos, el 94% están polimedicados (Ref. 5), por lo que es fundamental que se siga una adecuada estrategia de adherencia terapéutica, para asegurar el control de la enfermedad. Desde el punto de vista de los recursos sanitarios, los pacientes con patologías crónicas suponen el 80% de las consultas en los centros de atención primaria y representan el 60% de las estancias hospitalarias, sobre todo en ingresos no programados (Ref. 6).

En este marco, la sostenibilidad de los sistemas sanitarios precisa una reorientación hacia las necesidades de los pacientes crónicos, garantizando una atención integral, coordinada y continua. Para ello, es necesaria la colaboración de los profesionales sanitarios y de los pacientes, y su implicación en el uso adecuado y responsable de los recursos disponibles, en un escenario donde la adherencia tendrá cada vez mayor relevancia y donde el empoderamiento del paciente (entendido como un paciente implicado, responsable y bien informado) representa el eje central para la transición hacia un nuevo modelo asistencial.



3

Términos de referencia

3. Términos de referencia

3.1. Objetivo general

Elaborar un Plan en el que se defina el marco estratégico para la mejora de la adherencia terapéutica y la promoción del uso responsable del medicamento, y en el que se incluyan los pilares, las iniciativas y las acciones necesarias para ello.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar iniciativas y acciones que potenciar en el proceso de prescripción, dispensación y seguimiento del tratamiento, por parte de los profesionales sanitarios responsables, con el fin de mejorar la adherencia.
- Promover una mayor concienciación entre la población sobre el problema que representa la falta de cumplimiento.
- Fomentar una actuación coordinada entre todos los miembros de la cadena asistencial, incluyendo a los pacientes y a los cuidadores.
- Incrementar el conocimiento y la capacidad de autogestión de los pacientes respecto al manejo de la medicación y de la propia enfermedad.
- Estimar el impacto económico que representa la falta de adherencia en el tratamiento de las enfermedades crónicas más frecuentes.

3.3. Organismos e instituciones participantes

El Plan de Adherencia al Tratamiento ha contado con la participación de diversas entidades y profesionales que han hecho posible la elaboración de este documento.

En primer lugar, cabe destacar el trabajo realizado por FARMAINDUSTRIA y EY (antes Ernst and Young) en la redacción del Plan y como coordinadores de los diferentes agentes y organizaciones implicadas que han participado en su elaboración.

Por otra parte, la colaboración y el esfuerzo de las distintas entidades sanitarias y asociaciones de pacientes que han prestado su apoyo, a lo largo del desarrollo de todo el Plan, ha sido clave para enriquecer el documento con las observaciones y comentarios surgidos durante las reuniones de trabajo celebradas.

Además, el Plan incluye diversas fuentes, entre las que destacan los documentos realizados por el Gabinete Sociología y Comunicación (Encuesta sobre adherencia terapéutica en España) y la Fundación Jordi Gol i Gurina - IDIAP (Efectividad de las estrategias para



El Plan de Adherencia al Tratamiento es el resultado del trabajo colaborativo realizado por un amplio número de sociedades científicas y expertos"

mejorar la adherencia terapéutica en pacientes crónicos: revisión meta-análisis). A ambas entidades, muchas gracias por el trabajo.

Queda por último agradecer su colaboración al doctor Marc Miravittles Fernández, médico investigador en la Fundación Hospital Universitario Vall d'Hebron - Institut de Recerca, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES) del Instituto de Salud Carlos, III y al doctor Fernando Gómez Peralta, médico, secretario de la Sociedad Española de Diabetes, Unidad de Endocrinología y Nutrición del Hospital General de Segovia. Ambos han participado en la realización de los modelos de evaluación económica para la EPOC y la diabetes tipo 2, respectivamente, proporcionando y validando los datos y la información necesaria para su correcto desarrollo y cuyos resultados se integran en el apartado 4.2. Impacto sanitario y económico de la falta de adherencia. Asimismo, debemos agradecer a la Sociedad Española de Cardiología por la información proporcionada para la elaboración del modelo para la enfermedad cardiovascular (ECV).

A todos ellos, el más sincero reconocimiento por su trabajo y esfuerzo. Igualmente queremos agradecer su colaboración a las instituciones que han participado en la elaboración de este Plan, así como a aquellas a las que se han remitido los diferentes borradores y que se citan a continuación:

Administración sanitaria:



- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)
- Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas (CCAA)
(Foro de Comunidades, 8 de abril de 2016, León)



Corporaciones profesionales:

- Consejo General de Colegios de Enfermería (CGE)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)



Sociedades e instituciones científicas:

- Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME)
- Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)
- Observatorio de Adherencia al Tratamiento (OAT)
- Sociedad Española de Cardiología (SEC)
- Sociedad Española de Diabetes (SED)
- Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG)
- Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP)
- Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC)

- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)
- Sociedad Española de Farmacología Clínica (SEFC)
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)
- Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)
- Sociedad Española de Psiquiatría (SEP)
- Sociedad Española de Neurología (SEN)
- Sociedad Española de Reumatología (SER)



Asociaciones de pacientes:

- Foro Español de Pacientes (FEP)
- Fundación Edad&Vida
- Plataforma de Organizaciones de Pacientes



Expertos en materia de adherencia:

- Francisco Zaragozá García, farmacéutico, Director del Departamento de Ciencias Biomédicas, Catedrático de Universidad de Alcalá de Henares
- Jaume Puig-Junoy, economista, Profesor titular en el Departamento de Economía y Empresa de la Universitat Pompeu Fabra, experto en economía de la salud
- José María Hernández Anguera, médico, miembro de la SED, semFYC, experto en motivación
- Juan José Jurado Balbuena, enfermero, miembro FAECAP, miembro del Grupo Nacional de Seguridad del Paciente de la semFYC. Centro de Salud Alicante, Fuenlabrada
- Luis Manzano Espinosa, médico, Profesor Titular de Medicina de la Universidad de Alcalá y Director del Centro de Apoyo a la Docencia en Ciencias de la Salud de la Universidad de Alcalá
- María Dolores Murillo Fernández, farmacéutica comunitaria, vicepresidenta de SEFAC
- María Dolores Navarro, Directora del Instituto Albert J. Jovell de Salud Pública y Pacientes, UIC, y asesora del Foro Español de Pacientes
- María Gálvez Sierra, Directora de la Federación Española de Parkinson y miembro del comité de directores de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes

- María José Otero López, farmacéutica, Directora del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Hospital Universitario de Salamanca-IBSAL
- Pedro Conthe Gutiérrez, médico, ex presidente de la SEMI, Secretario General de la Federación Europea de Medicina Interna
- Vicente Gil Guillén, médico, profesor titular de la Universidad Miguel Hernández, área de medicina

3.4. Metodología

1. Con el objetivo de implicar a agentes sanitarios y pacientes en un trabajo colaborativo e integrador, se constituyó un Comité Impulsor y un Órgano Consultivo, formados por representantes de las sociedades y organismos recogidos en el punto 3.3. Organismos e instituciones participantes.

2. Para la redacción y elaboración del Plan se realizaron diversas reuniones y comunicaciones intermedias con los miembros de ambos Comités, representantes de las diferentes Comunidades y corporaciones profesionales, en las cuales se fue presentado el trabajo realizado con el fin de



El Plan parte de un riguroso análisis de la adherencia en pacientes crónicos y un meta-análisis de la evidencia científica disponible"

conocer su visión del proyecto y sus aportaciones al mismo. Antes de cada reunión se remitía el trabajo a los miembros para que evaluaran las diferentes propuestas incluidas y aportaran nuevas observaciones y comentarios, que han sido incorporadas en el trabajo desarrollado.

- Durante la primera fase se realizaron dos talleres, uno con cada Comité. Como resultado, se definieron los principales factores relacionados con la falta de adherencia, las iniciativas precedentes en nuestro país para favorecer la adherencia y las oportunidades y los retos en el circuito de prescripción, dispensación y seguimiento. Durante esta fase también se entrevistó a expertos con el fin de completar y validar el análisis.
 - Durante la segunda fase se han llevado a cabo cuatro 4 talleres con los miembros de los Comités del Plan, una reunión con los representantes de cada una de las corporaciones profesionales y otra con los representantes de las Comunidades (Foro de Comunidades - FARMAINDUSTRIA), que han permitido incorporar sus aportaciones al marco estratégico del Plan de Adherencia al Tratamiento.
 - Durante el desarrollo de todo el trabajo, los grupos coordinadores han procurado la continua actualización del Plan, manteniendo una comunicación fluida con cada uno de los miembros y organizaciones participantes.
3. Para el desarrollo del Plan se realizó una revisión narrativa en las fuentes disponibles en relación a:

- Conceptos clave en materia de adherencia.
- Impacto de la falta de adherencia: clínico y económico.
- Métodos de evaluación de la adherencia.
- Factores determinantes de la falta de adherencia.
- Circuito de prescripción, dispensación y seguimiento de tratamientos.
- Iniciativas nacionales y/o autonómicas en materia de adherencia.
- Medidas encaminadas a mejorar la adherencia.

4. Asimismo, se tuvieron en cuenta los resultados de dos estudios complementarios realizados para la Fundación FARMAINDUSTRIA. En primer lugar, un estudio sociológico, llevado a cabo por el Gabinete Sociología y Comunicación, para medir el grado de adherencia de los pacientes crónicos a los tratamientos farmacológicos, poniéndolo en relación con distintas variables socio-demográficas, asistenciales o clínicas (n=1.400). Por otro lado, una revisión sistemática, realizada por la Fundación Jordi Gol i Gurina - IDIAP, en la que se ha analizado y sintetizado toda la evidencia disponible en relación a las distintas estrategias para aumentar la adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedades crónicas.

5. Así, la identificación y definición de los pilares estratégicos, las iniciativas y las acciones del Plan se llevaron a cabo considerando las aportaciones de los miembros mencionados y de acuerdo con los resultados de la revisión narrativa y de los estudios desarrollados en el marco del mismo.

6. Para el modelo de evaluación económica se contó con la supervisión y validación de expertos, tanto clínicos como en economía de la salud, con los que se ha trabajado durante todo el desarrollo del Plan.

3.5. Financiación

Los trabajos realizados hasta el momento se han financiado con fondos de la Fundación FARMAINDUSTRIA, destinados a iniciativas relacionadas con el uso responsable de los medicamentos. Sin embargo, el Plan requiere una orientación más amplia y ambiciosa para su implementación y desarrollo, así como ser gestionado de forma autónoma, con participación de todos los sectores implicados.

Por ello, el Plan de Adherencia al Tratamiento podría encontrar su financiación en el marco de la disposición adicional sexta del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (Ref. 7).

Mediante esta disposición adicional se estipula que la industria realice aportaciones al Sistema Nacional de Salud (SNS) en función del volumen de ventas de medicamentos dispensados en la farmacia comunitaria a través de la receta oficial.



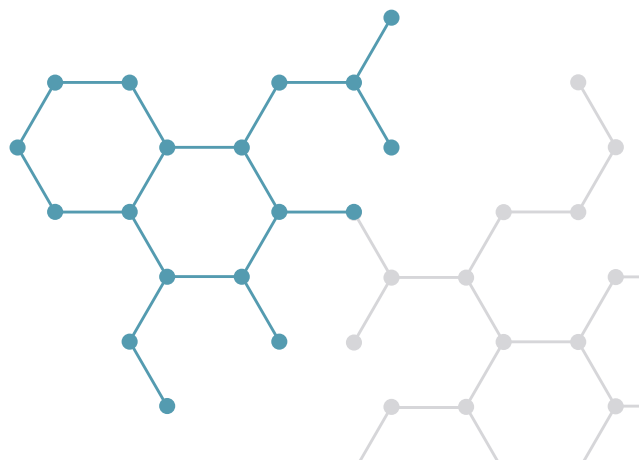
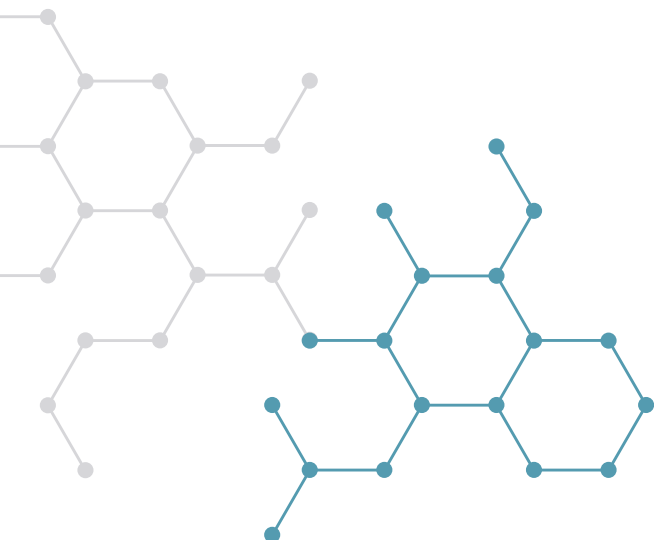
Los trabajos realizados se han financiado con fondos de la Fundación Farmaindustria destinados al uso racional del medicamento"

Las cantidades aportadas tienen carácter finalista, puesto que, según establece la Ley, se destinarán a financiar las necesidades de investigación biomédica, a través de la iniciativa sectorial de investigación en biomedicina y ciencias de la salud. El resto de fondos se destinarán a las siguientes actividades:

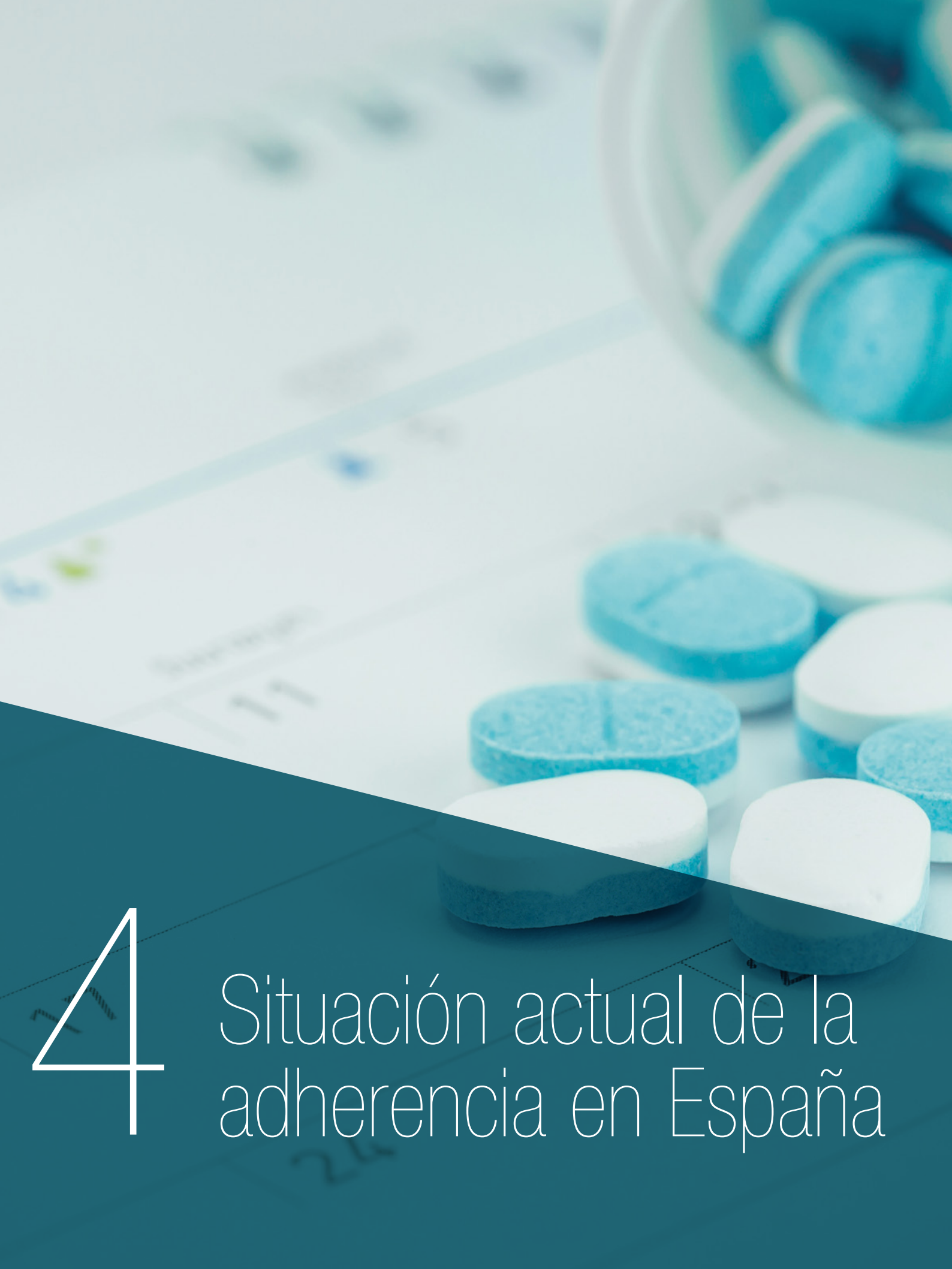
- Desarrollo de políticas de cohesión sanitaria.
- Programas de formación para facultativos médicos, odontólogos, farmacéuticos y enfermeros.
- Programas de educación sanitaria de la población para favorecer el uso responsable de los medicamentos.

La distribución de estos fondos la determina el MSSSI previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

Dado el objetivo del Plan, y las iniciativas que se proponen, podría ser financiado con cargo a estas aportaciones, en el marco de favorecer el uso responsable de los medicamentos, garantizando la adherencia a los tratamientos.







4

Situación actual de la adherencia en España

4. Situación actual de la adherencia en España

4.1. Aspectos relevantes de la adherencia

El término adherencia hace referencia al modo en el que el paciente cumple con la pauta terapéutica prescrita, así como su compromiso con el proceso, tomando un papel activo en la gestión del mismo.

En el año 2003 la OMS definió el término adherencia como *«el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario»* (Ref. 8).

El origen de esta definición se encuentra en la propuesta realizada por Haynes y sus colaboradores en el año 1976 para el término cumplimiento (Ref. 8); sin embargo, la adherencia es un concepto más amplio que la toma de la medicación, abarca la implicación y el compromiso del paciente con su enfermedad, su tratamiento y con los profesionales sanitarios.

Para que un paciente mejore su adherencia debe adquirir un papel activo en el proceso de gestión de su enfermedad, aumentar su autonomía e incrementar su capacidad de autocuidado. Es necesario que conozca la enfermedad y la entienda, así como el tratamiento prescrito y la importancia de cumplirlo. Además, es clave que exista una relación con el médico, y el resto de profesionales sanitarios, basada en la confianza y el diálogo, facilitando la participación del paciente en la toma de decisiones. La adherencia, además, debe englobar el acto terapéutico completo, considerando la importancia de los hábitos de vida asociados y garantizando el uso correcto de los medicamentos.

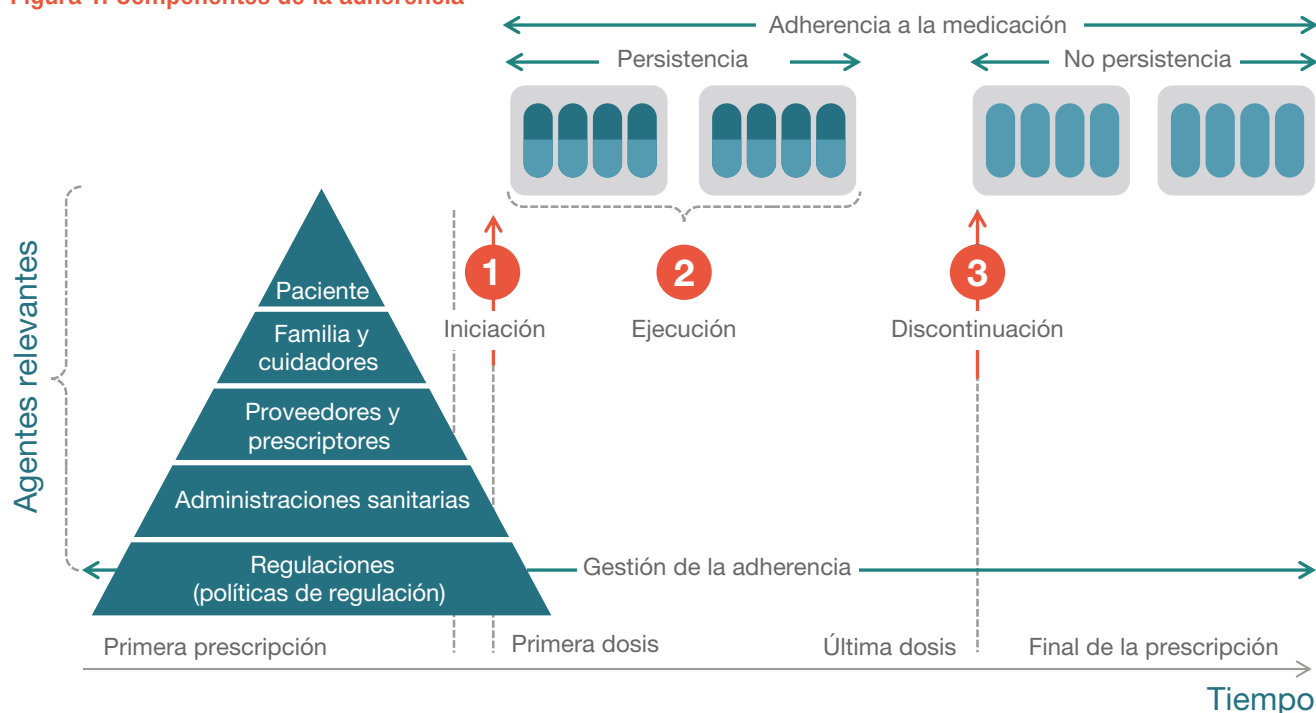
De esta manera, el término adherencia no debe confundirse con otros conceptos relacionados como el cumplimiento y la persistencia.

Mientras que el cumplimiento hace alusión al grado en el que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescrito, la persistencia está relacionada con el tiempo durante el cual el paciente continúa con el tratamiento, es decir, el tiempo que transcurre desde el inicio hasta la interrupción (Ref. 9). En este sentido, para que un paciente sea adherente debe ser a su vez cumplidor y persistente. Además, para cada individuo se puede establecer un intervalo permitido para obtener o renovar la medicación prescrita, lo que se conoce como periodo de gracia. Si el paciente excede este intervalo predeterminado se considera que no es persistente.

Actualmente no hay consenso sobre la terminología más apropiada para determinar el proceso de la toma o no de la medicación, lo que podría tener cierta influencia sobre la disparidad de opiniones entre los profesionales y la sociedad en general acerca de la existencia de un problema con la adherencia y la magnitud del mismo. Sin embargo, parece que cada vez hay un mayor acuerdo en considerar que la adherencia está un paso por encima del simple cumplimiento, lo que representa un punto de partida para alcanzar un acuerdo sobre esta cuestión que, además, permita abordar de forma holística el reto de la adherencia terapéutica.

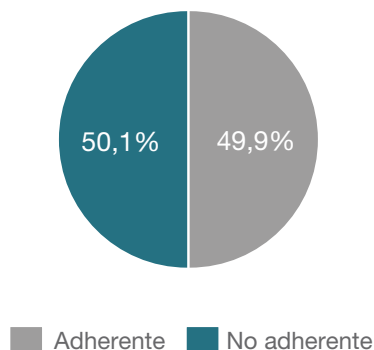
La adherencia viene definida por tres componentes: iniciación, ejecución y discontinuación. El proceso comienza con la iniciación del tratamiento, cuando el paciente toma la primera dosis de la medicación prescrita, y continúa con la ejecución, entendida como el grado en el que la pauta real de un paciente se corresponde con la prescrita por el médico, desde la primera hasta la última dosis. La discontinuación marca el final de la terapia; esto ocurre cuando, antes de finalizar el tratamiento prescrito, se omite la siguiente dosis y no hay más dosis a partir de entonces (Ref. 10) (Figura 1). Es importante tener en cuenta que la falta de adherencia puede ocurrir en cualquiera de estas fases o en varias a la vez. La iniciación tardía o la no iniciación del tratamiento y la interrupción temprana del tratamiento son algunos ejemplos.

Figura 1. Componentes de la adherencia



Fuente: Vrijens B, et al., 2012

Figura 2. Porcentaje de pacientes adherentes y no adherentes



La adherencia es uno de los principales condicionantes de la efectividad de los tratamientos. En la vida real, el incumplimiento puede explicar algunas de las diferencias que se observan entre la eficacia (uso de los fármacos en condiciones controladas) y la efectividad (uso de los medicamentos en las condiciones habituales).

En nuestro país se estima que el 50% de los pacientes no se adhiere correctamente a la pauta prescrita (Ref. 1) (Figura 2), aunque la tasa puede variar en función de la patología, los grupos de edad y otros factores.

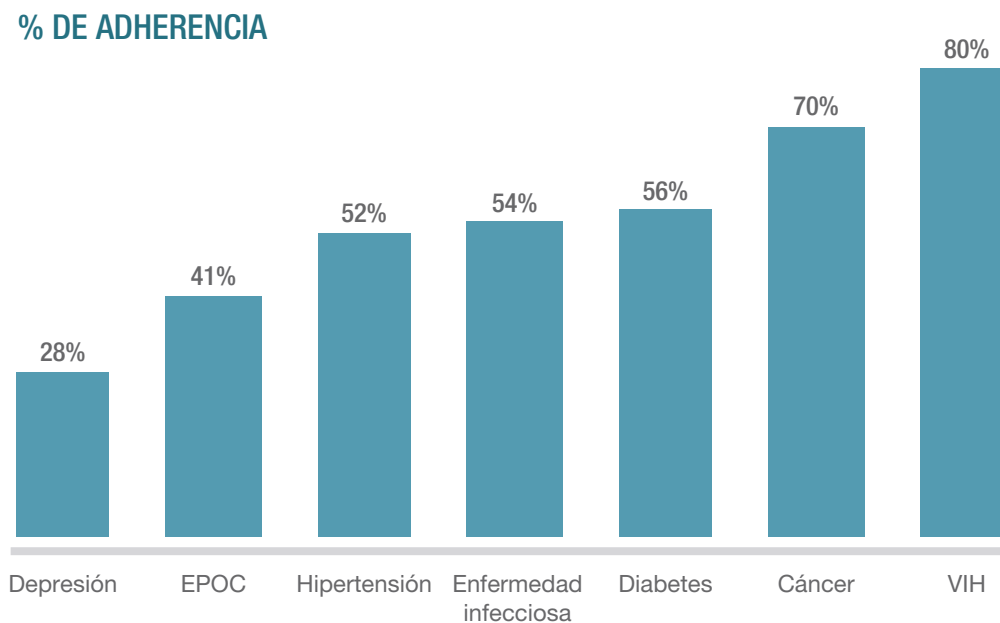
Los niveles de adherencia varían entre patologías debido a que los determinantes generales impactan de manera distinta en cada condición. Además, existe gran variabilidad dependiendo del estadio o de la gravedad de la enfermedad.

Fuente: Sociología y Comunicación, 2016

De forma general, la adherencia a los tratamientos suele ser menor en los procesos crónicos que en los agudos.

En España, la magnitud de la falta de adherencia ha sido especialmente estudiada en los pacientes con alto riesgo cardiovascular, tales como los pacientes con hipertensión, diabetes o dislipemias. Así, en la enfermedad cardiovascular se ha identificado que el 22,4% de los pacientes abandonan los tratamientos prescritos por los médicos de atención hospitalaria y hasta un 39,4% en el caso de los indicados por los médicos de atención primaria (Ref. 11).

Figura 3. Nivel de adherencia por patología (%)



PATOLOGÍAS

Fuente: Observatorio de la Adherencia al Tratamiento, 2014

Como se puede observar en la Figura 3, existe una falta de adherencia notable en los pacientes con depresión (28%). En contraposición, en patologías como el cáncer o en la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) el grado de adherencia es alto, con valores superiores al 70% (Ref. 12) (Ref. 13).

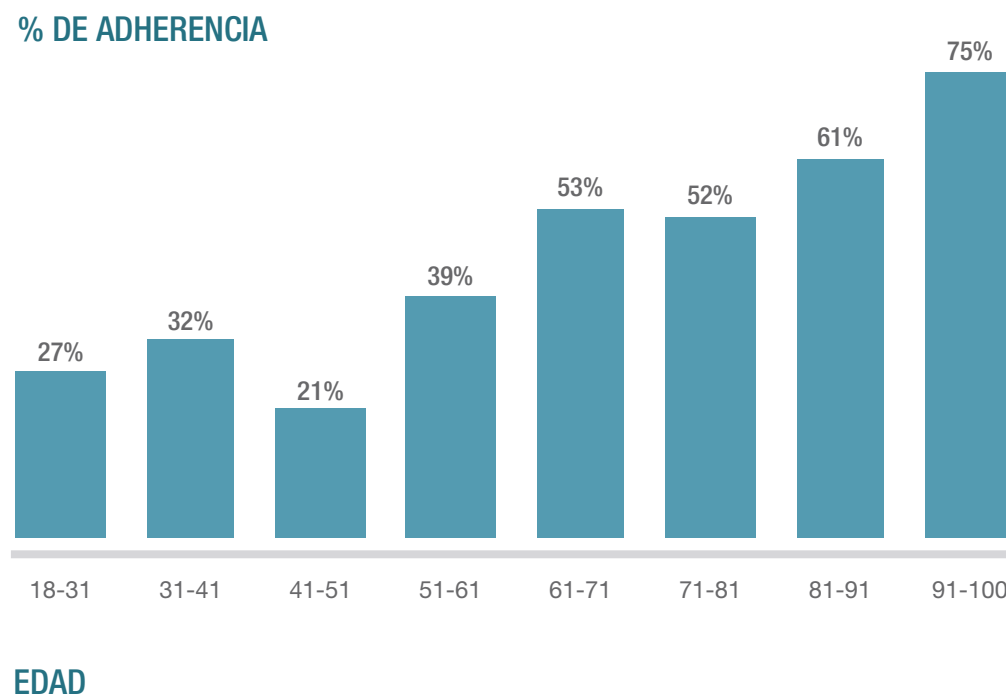
Los pacientes con hipertensión (52%), diabetes (56%) y EPOC (41%) presentan, en general, valores bajos de adherencia. La irregularidad del curso clínico, la complejidad de los tratamientos y algunos aspectos socioculturales y psicológicos, asociados a estas enfermedades, determinan en muchos casos la falta de adherencia. Además, en estas patologías la dificultad que plantean los tratamientos no farmacológicos asociados, que a menudo implican cambios en los hábitos de vida, pueden suponer una barrera importante para la adherencia, entendida como el cumplimiento farmacológico y no farmacológico (Ref. 14).

Un caso particular lo constituyen las enfermedades infecciosas (54%), en las que el paciente tiende a abandonar el tratamiento cuando empieza a sentirse bien, con el consiguiente problema de generación de resistencias a los antibióticos (Ref. 15).

Asimismo, y dado el impacto que representan sobre el gasto sanitario otras enfermedades, como la hepatitis C, la esclerosis múltiple, la artritis reumatoide o las enfermedades hematológicas, entre otras, debe considerarse la adherencia como un aspecto primordial. Del mismo modo, la actual evolución y tendencia demográfica, con un progresivo envejecimiento poblacional, pone de manifiesto la importancia de dedicar esfuerzos adicionales a los problemas de salud relacionados como, por ejemplo, la demencia senil o la enfermedad de Alzheimer.

De acuerdo con los estudios disponibles, los pacientes con edades comprendidas entre los 41 y los 50 años son los que demuestran valores más bajos de adherencia, en torno al 21%. En contraposición, los pacientes entre 81 y 90 años reflejan una adherencia al tratamiento del 61%, porcentaje que además aumenta con la edad (91-100 años, 75%) (Ref. 14) (Figura 4).

Figura 4. Nivel de adherencia por edad (%)



Fuente: Observatorio de la Adherencia al Tratamiento, 2014

Los condicionantes de la falta de adherencia también varían con la edad. El cuestionamiento de los tratamientos y la falta de concienciación sobre la importancia de un correcto cumplimiento son los principales entre los pacientes jóvenes, mientras que el miedo, el olvido y la confusión lo son entre los de más edad. (Ref. 1).

En relación a todo lo anterior cabe indicar que la falta de consenso sobre un método o una metodología homogénea para evaluar la falta de adherencia puede dar lugar a una cierta variabilidad en los datos disponibles.

La adherencia puede ser evaluada tanto con métodos directos como indirectos (Figura 5). Los métodos directos se basan en la determinación del fármaco en sangre o en cualquier otro tipo de fluido corporal o en la observación directa de la ingesta de la medicación (16). Se trata de métodos precisos, pero de un elevado coste, por lo que se emplean principalmente para el control de medicamentos con un rango terapéutico estrecho o en algunos ensayos clínicos muy controlados. De los métodos indirectos, los cuestionarios, entre los que destacan los test de Morisky-Green y Haynes-Sackett, y el recuento de la medicación sobrante son los más utilizados, a pesar de que el nivel de fiabilidad y precisión es menor (Ref. 17). En esta categoría se incluyen también los sistemas de control electrónico de apertura de envases. Éstos son, de los métodos indirectos, los de mayor fiabilidad; sin embargo, su uso en la actualidad está restringido al ámbito de la investigación clínica.

Figura 5. Ventajas y desventajas de los métodos para medir la adherencia

		Métodos	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Nivel de uso	INDIRECTOS	Cuestionarios	▶ Bajo coste ▶ Permite investigar motivos de no adherencia ▶ Mide adherencia cualitativa	▶ Falta de estandarización ▶ Baja sensibilidad y objetividad ▶ Sobreestimación de los resultados de adherencia
		Recuento de medicación sobrante	▶ Bajo coste	▶ Elevada dedicación ▶ Sobrestimación ▶ Necesidad de colaboración del paciente
		Registros dispensación farmacia	▶ Datos de fácil acceso en aquellos centros con sistemas de dispensación única ▶ Mide adherencia cualitativa	▶ No detecta motivo del incumplimiento ▶ Información sesgada (medicación sobrante, medicación compartida) ▶ Sobreestimación
		Dispositivos electrónicos	▶ Análisis de dosis y frecuencia de administración ▶ Patrones de adherencia en el tiempo ▶ Elevada fiabilidad	▶ Costes elevados ▶ No disponible en todos los centros ▶ Subestimación de los datos ▶ Errores asociados a la tecnología
-	DIRECTOS	Determinación plasmática	▶ Permite detectar o prevenir la toxicidad por fármaco ▶ Especificidad aceptada en poblaciones con farmacocinética alterada	▶ Altos costes ▶ Método invasivo ▶ Los niveles pueden estar disminuidos por otros factores diferentes a la no adherencia
		Observación de la ingesta de medicación	▶ Precisión alta	▶ No es práctico para su uso habitual en la práctica asistencial ▶ Los pacientes pueden ocultar el medicamento en la ingesta

Además, la literatura recoge la posibilidad de evaluar la adherencia mediante indicadores basados en la utilización de los servicios sanitarios como, por ejemplo los ingresos hospitalarios o las visitas a Urgencias, o bien, un segundo tipo de indicadores relacionados con los resultados en salud (cambios en las cifras de presión arterial, marcadores biológicos, etc.) (Ref. 18).

En este punto es fundamental considerar que el objetivo no es supervisar a los pacientes, sino indagar si necesitan más información y apoyo para promover una buena adherencia y establecer las estrategias de mejora precisas.

4.2. Impacto sanitario y económico de la falta de adherencia

En la actualidad, la falta de adherencia representa un importante reto para el sistema sanitario, especialmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas. Desde el punto de vista clínico, una buena adherencia se relaciona con mejora en la calidad y la esperanza de vida de los pacientes. Por otro lado, una adherencia inadecuada implica un peor control de la enfermedad y la aparición de un mayor número de complicaciones, lo que a menudo se traduce en un mayor gasto sanitario. En el caso de las enfermedades infecciosas, una adherencia inadecuada puede, además de alterar la evolución de la enfermedad, favorecer el desarrollo de resistencias bacterianas.

Una adherencia óptima repercute en una mejora en la calidad y esperanza de vida, así como en el perfil de seguridad de los tratamientos y en la evolución de las enfermedades (Ref. 2). En este sentido, un seguimiento adecuado del tratamiento prescrito está relacionado con una menor probabilidad de recaídas y complicaciones secundarias, y una menor morbilidad, observándose una relación directa entre la falta de cumplimiento y la obtención de peores resultados en salud (Ref. 1) (Ref. 19).

Desde el punto de vista económico, una baja adherencia supone un incremento de las hospitalizaciones, las visitas a Urgencias, las pruebas complementarias y la utilización de otros fármacos, con el consiguiente aumento en los costes para el sistema sanitario, además del desaprovechamiento de recursos que supone la financiación de fármacos cuando no se llegan a tomar o se toman de forma no responsable o la dificultad en la evaluación de los resultados terapéuticos en relación a los observados en los ensayos clínicos (Ref. 16).

En paralelo a la elaboración del Plan se ha desarrollado un modelo de Markov para la enfermedad cardiovascular (ECV), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la diabetes tipo 2 y la depresión mayor, con el objetivo de estimar los impactos sanitarios (menor incidencia de eventos adversos y muertes evitadas) y los impactos económicos (costes sanitarios directos evitados) derivados de incrementos en la adherencia.

El principal resultado del modelo de ECV es que aumentar en un punto porcentual la adherencia supondría 1.291 muertes menos y permitiría evitar 1.108 eventos cardiovasculares. Si la mejora de la adherencia fuera de diez puntos se llegaría a evitar más de 8.700 muertes y hasta 7.650 eventos cardiovasculares, con un gasto sanitario directo evitable de 75 millones de euros.

En cuanto a los resultados para EPOC, mejorar en un punto porcentual la adherencia evitaría 21.000 exacerbaciones o agudizaciones y más de mil muertes. Si el aumento fuera de diez puntos se lograría evitar 190.000 exacerbaciones, con un gasto sanitario directo evitable de 80 millones de euros. En el caso de la diabetes tipo 2, aumentar en un punto el nivel de adherencia supondría evitar más de 1.400 eventos, mientras que si el incremento fuera de 10 puntos se lograría reducir

el número de complicaciones y las muertes asociadas en 14.000 y 1.600, respectivamente. Por último, en el análisis de la depresión mayor, la mejora en uno y diez puntos porcentuales de la adherencia evitaría más de 2.500 y 25.000 recaídas, respectivamente.

Es importante mencionar que los resultados económicos señalados se refieren exclusivamente a ahorros o gastos evitables sanitarios directos, lo que implica una infraestimación de los ahorros globales derivados de un incremento de las tasas de adherencia. Así, no están incluidos en el análisis otros ahorros de costes que indudablemente se producirían en ámbitos ajenos a la sanidad, como son los costes directos no sanitarios (por ejemplo gastos de asistencia social, traslados, compras privadas de material sanitario, gastos de adaptaciones del hogar, etc.), ni tampoco ahorros de costes indirectos para los empleadores y el conjunto de agentes económicos derivados de la mayor productividad de los pacientes, los menores índices de absentismo laboral y una menor morbi-mortalidad.

4.3. Factores que inciden en la falta de la adherencia

La falta de adherencia viene determinada por múltiples causas, generalmente relacionadas entre sí. Entre las más relevantes se incluyen el grado de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento prescrito, la complejidad de los tratamientos, la presencia de efectos adversos, la relación entre los profesionales sanitarios, así como con el paciente, o la presencia o ausencia de síntomas.

De manera general, la OMS clasifica en cinco categorías los factores que inciden en la adherencia:

- relacionados con el paciente;
- relacionados con la terapia;
- relacionados con el personal y el sistema sanitario;
- relacionados con el estado de la enfermedad y
- factores socio-económicos (Ref. 8).

Cada uno de ellos agrupa o incluye, a su vez, otros factores o condicionantes que, en mayor o menor medida, afectan al cumplimiento. Sin embargo, es importante tener en cuenta que no todos estos factores son aplicables en el ámbito sanitario español.

A continuación se resumen los principales datos obtenidos en relación a los factores que influyen sobre la falta de cumplimiento en el estudio sociológico realizado en el marco de este Plan, y que se cita en el apartado 3.4. Metodología.

4.3.1. FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE

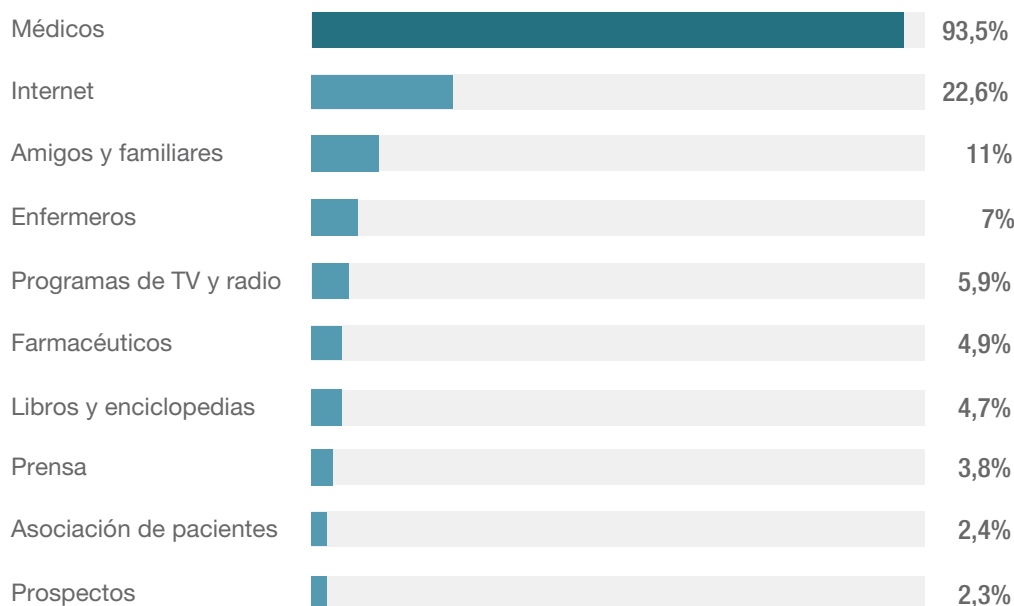
Dentro de los factores relacionados con el paciente se incluyen aspectos demográficos como son la edad y el género, además del nivel de formación, el grado de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento y la actitud hacia los mismos, la presencia de problemas psicológicos o los olvidos.

De acuerdo con los resultados de este estudio, se ha observado que las mujeres son más adherentes en comparación con los hombres; además, se responsabilizan en mayor medida con la enfermedad, y no sólo con la suya, sino también con las del resto del entorno familiar (Ref. 1) (Ref. 20).

El nivel de formación ha mostrado en este estudio un cierto efecto paradójico. Así, los pacientes con mayores niveles de formación se cuestionan más los tratamientos y presentan valores más bajos de adherencia. En contraposición, aquellos con bajo nivel académico muestran valores más elevados de adherencia (55,9%) (Ref. 1).

La falta de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad y los tratamientos prescritos, así como de la importancia de cumplir con ellos, aparece como uno de los principales condicionantes de la falta de adherencia y de la implicación de los pacientes con la gestión de su enfermedad. Respecto a los medios más utilizados por los pacientes para obtener información sobre las patologías, según este estudio, el fundamental es el propio médico, pero internet se perfila como una fuente de información utilizada con cierta frecuencia, seguida de los amigos y familiares (Ref. 1) (Figura 6).

Figura 6. Medios de información de las enfermedades (%)

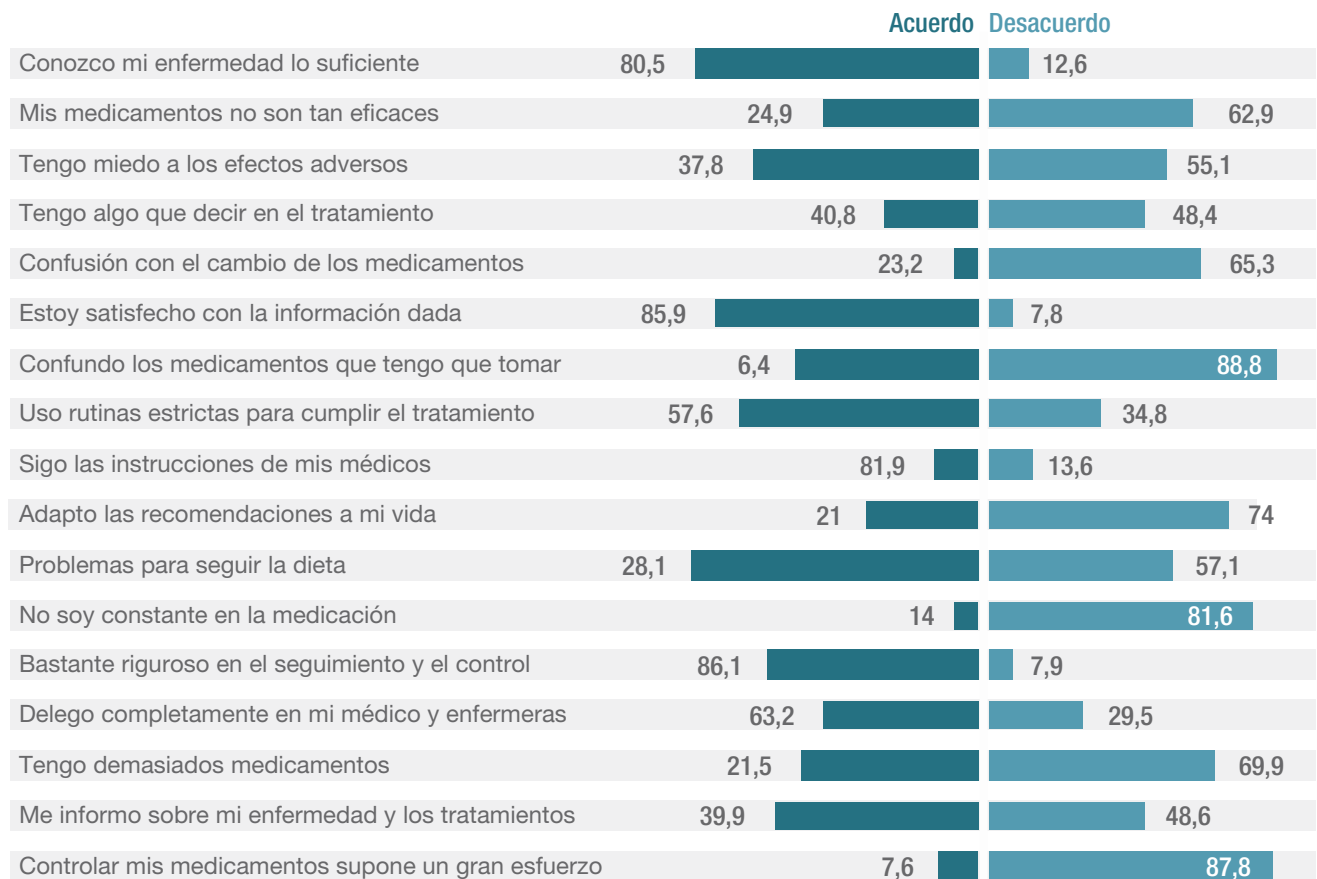


Fuente: Sociología y Comunicación, 2016

En algunos pacientes, la depresión o el estrés psicológico ligados a ciertas patologías han sido identificados como predictores clave de una baja adherencia. También relacionado con las funciones cognitivas de los pacientes se encuentra el olvido de la toma de la medicación, que aparece en la literatura como una de las causas más frecuentes de incumplimiento. En este sentido, entre el 22,6% y 73,2% de los pacientes atribuyen al olvido la falta de adherencia a los tratamientos prescritos (Ref. 16).

Otro de los puntos destacables en este apartado es la actitud con la que los pacientes afrontan la enfermedad y el tratamiento pautado. Una actitud negativa o la falta de motivación para comprometerse con el seguimiento de los tratamientos y con el buen control de la patología representan barreras importantes para la adherencia. De manera general, los pacientes crónicos muestran un bajo nivel de participación en términos de gestión de la enfermedad y una elevada dependencia de los médicos (Ref. 1) (Figura 7).

Figura 7. Actitudes ante la enfermedad y los tratamientos



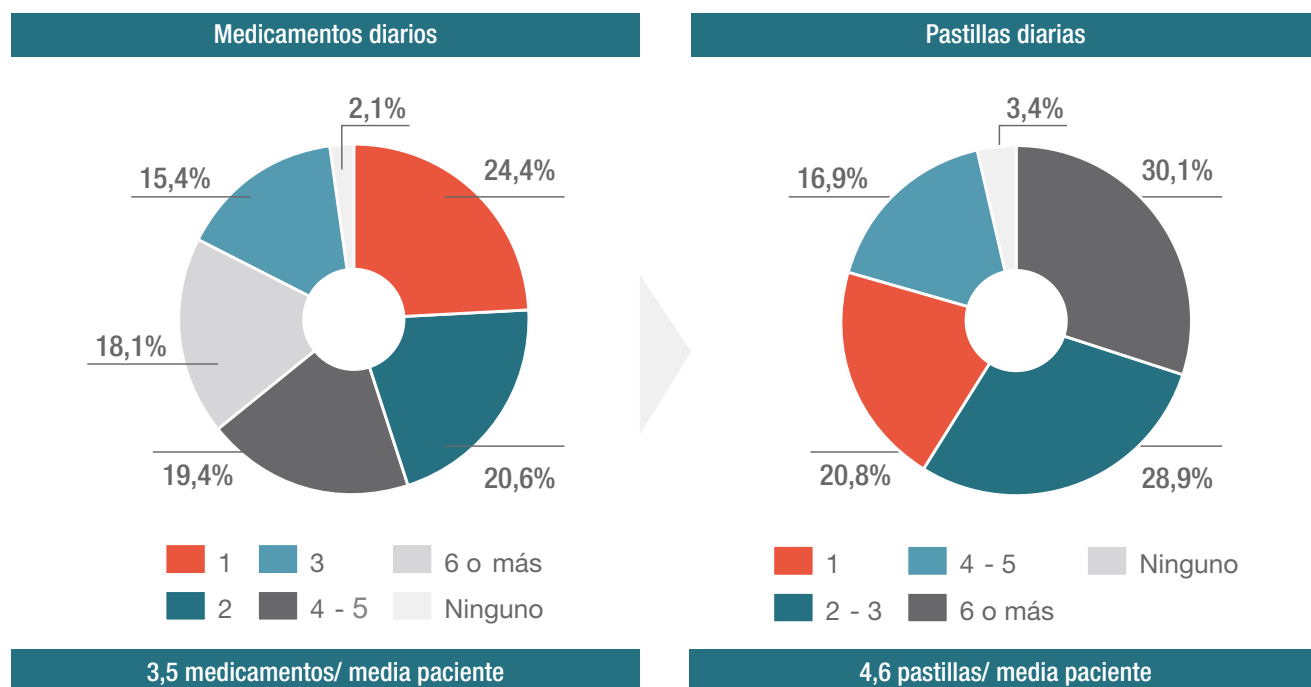
Fuente: Sociología y Comunicación, 2016

4.3.2. FACTORES ASOCIADOS A LA TERAPIA

Entre los factores asociados a la terapia se incluyen la complejidad del tratamiento, la presencia de efectos adversos, la percepción sobre la efectividad de los medicamentos, la aceptación y la flexibilidad en la elección de los tratamientos por parte de los pacientes y su duración (Ref. 20).

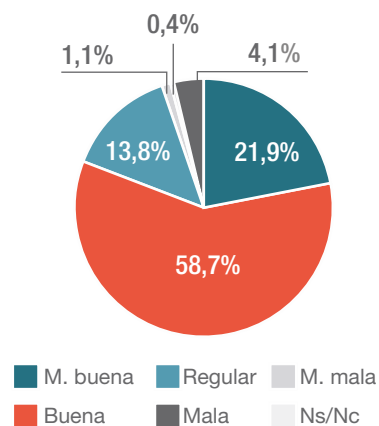
La complejidad de los tratamientos -entendida como la cantidad de medicamentos por toma-, el número de tomas por día, las restricciones y requisitos alimenticios y la posible dificultad asociada a la vía de administración pueden influir directamente sobre la capacidad del paciente para seguir el tratamiento.

Figura 8. Número de medicamentos y de pastillas diarias (%)



Fuente: Sociología y Comunicación, 2016

Figura 9. Efectividad percibida de los medicamentos (%)



Fuente: Sociología y Comunicación, 2016

El promedio de medicamentos por paciente en este estudio es de 3,5, lo que supone una media de 4,6 pastillas¹ diarias, aunque estos datos varían en función las características del paciente y de la enfermedad (Ref. 1) (Figura 8).

En este punto es importante incidir en la polimedicación como uno de los principales factores de riesgo asociados a la falta de adherencia. Cuanto mayor es la complejidad del tratamiento, mayor es la posibilidad de incumplimiento (Ref. 1) (Ref. 20), esto es especialmente importante en el caso de los pacientes de mayor edad, donde paralelamente a la valoración de la adecuación terapéutica se debe realizar un seguimiento exhaustivo que permita evaluar el grado en el que el paciente sigue las recomendaciones o prescripciones de su médico, garantizando entonces la obtención de un balance beneficio/riesgo más favorable.

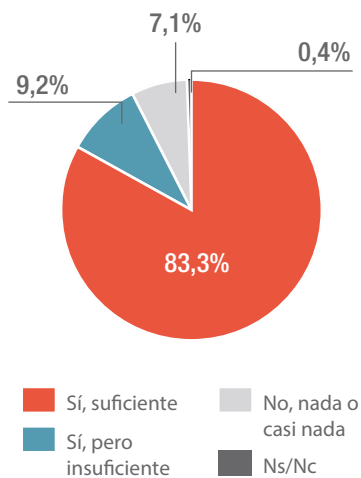
Junto con la complejidad de los tratamientos, la presencia de efectos adversos afecta también negativamente a la adherencia. A ello se suma la duración del tratamiento, es decir, si un tratamiento es de larga duración y los resultados no se perciben inmediatamente, la adherencia puede verse comprometida (Ref. 1).

Las creencias y expectativas del paciente acerca de la efectividad de su tratamiento determinan en gran medida su capacidad para implicarse y cumplir con él. En este sentido, el 81% de los pacientes encuestados considera que la efectividad de su tratamiento es buena o muy buena. En contraposición, cerca del 15% opina que es poco efectivo (Ref. 1) (Figura 9).

1 Término empleado en el estudio sociológico. Comprende todas las formas farmacéuticas orales.

4.3.3. FACTORES RELACIONADOS CON EL PERSONAL Y EL SISTEMA SANITARIO

Figura 10. Nivel de satisfacción con la información recibida en la consulta médica (%)



Fuente: Sociología y Comunicación, 2016

A continuación se encuentran los factores relacionados con el personal y el sistema sanitario entre los que se incluyen, como barreras en la asistencia sanitaria, la información proporcionada a los pacientes respecto al tratamiento y a la patología que padecen, la comunicación y relación entre los profesionales y con el paciente y el seguimiento realizado (Ref. 20).

En relación a la información recibida durante las consultas médicas, la gran mayoría de los pacientes están conformes con la misma (83,3%). Tan solo un 16,3% de los encuestados considera insuficiente la información proporcionada (Figura 10), y en esos casos se ha considerado baja o poca la información relacionada con los efectos adversos (48,9%) y las posibles interacciones que tienen con otros medicamentos (22,1%) (Ref. 1) (Figura 11).

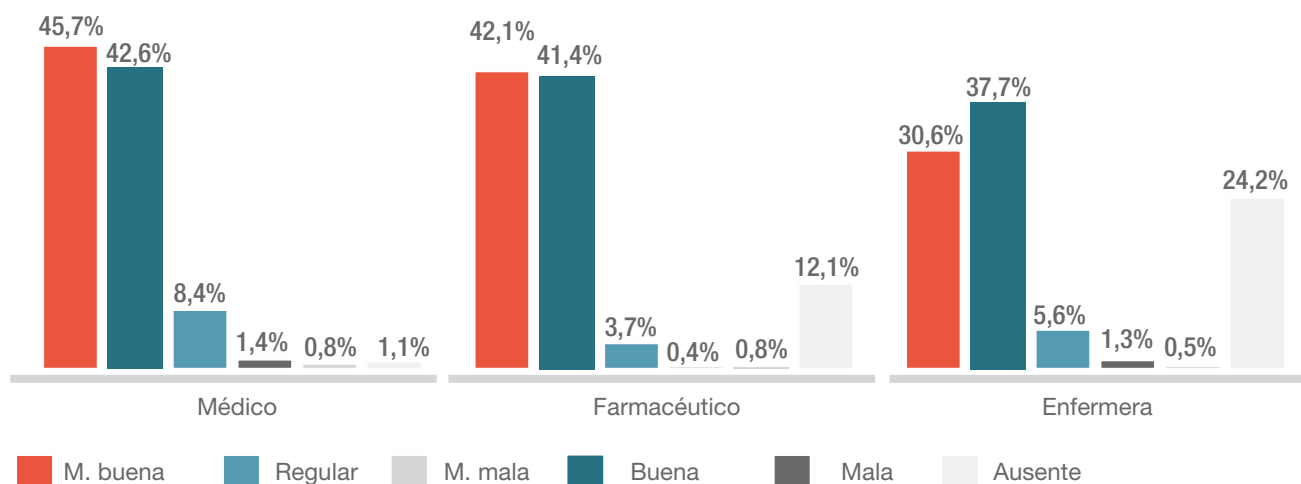
Figura 11. Información no proporcionada correctamente en las consultas médicas (%)



Fuente: Sociología y Comunicación, 2016

En general, la valoración que realizan los pacientes de la comunicación con los profesionales sanitarios es positiva (Ref. 1) (Figura 12).

Figura 12. Valoración de la comunicación con los profesionales de la salud



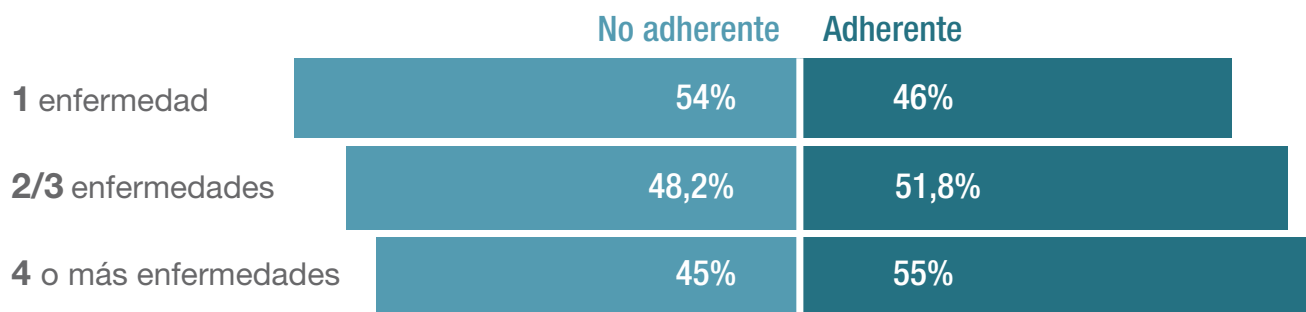
Fuente: Sociología y Comunicación, 2016

4.3.4. FACTORES RELACIONADOS CON EL ESTADO DE LA ENFERMEDAD

En esta categoría se incluyen aspectos como la ausencia o presencia de síntomas, la severidad de la enfermedad, la mejoría clínica y la duración de la enfermedad (Ref. 20).

En este sentido, se observa que en aquellos pacientes diagnosticados con una sola enfermedad la falta de adherencia es mayor (54%) en comparación con los pacientes con dos o más enfermedades (Ref. 1) (Figura 13).

Figura 13. Adherencia al tratamiento según el número de enfermedades (%)



Fuente: Sociología y Comunicación, 2016

Adicionalmente a estos casos, la adherencia se ve disminuida cuando la enfermedad es de menor gravedad, o percibida como tal, así como en las patologías crónicas, o en aquellas sin mucha expresión clínica e incluso en aquellas en las que los síntomas persisten en el tiempo y el paciente se adapta a ellos. En contraposición, las enfermedades agudas con síntomas de dolor dan lugar a una mayor tasa de adherencia (Ref. 1).

4.3.5. FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS

Por último, están los factores de tipo socio-económico, entre los que se incluyen cuestiones como son el apoyo familiar, el estigma social de la enfermedad, la cobertura sanitaria, el coste de la enfermedad o la situación laboral (Ref. 20).

El compromiso del paciente con el tratamiento y la gestión de su enfermedad, se ve favorecido por el apoyo tanto asistencial como familiar que reciba. En este sentido, familiares y cuidadores tienen un papel importante en fomentar la autogestión y la implicación del paciente en el manejo de su enfermedad, considerando siempre las posibilidades y limitaciones de cada uno.

En España, y gracias a la existencia de un sistema sanitario público, de cobertura universal, financiado mediante impuestos y gratuito en el momento del uso, estos factores no son tan relevantes como en otros países, donde el coste de la asistencia o los altos copagos pueden limitar la adherencia de los pacientes. No obstante, algunos profesionales señalan, como un aspecto a tener en cuenta, la influencia del copago en la adherencia (Ref. 1).

4.3.6. CONSENSO DE FACTORES RELEVANTES EN EL ÁMBITO SANITARIO ESPAÑOL

De todas las categorías descritas, se han identificado, de manera consensuada con los principales expertos en materia de adherencia, los principales determinantes que inciden en la falta de adherencia en nuestro país. En este sentido, los factores relacionados con el paciente son los que representan una mayor relevancia, seguidos de los factores vinculados con la terapia y el personal y el sistema sanitario. Por otro lado, la ausencia de síntomas y el copago en determinados tratamientos pueden estar relacionados con una disminución de la adherencia (Ref. 19) (Ref. 20) (Figura 14).

Figura 14. Factores más relevantes en la falta de adherencia



Fuente: análisis EY, 2016

4.4. Iniciativas relevantes desarrolladas y tendencias en la mejora de la adherencia

Durante los últimos años, en España se han puesto en marcha diferentes estrategias enfocadas a mejorar la adherencia a los tratamientos y asegurar un uso responsable de los medicamentos. Sin embargo, hasta el momento no se ha definido una estrategia nacional y coordinada entre los profesionales sanitarios y los pacientes y que asegure su continuidad en el tiempo.

En España se han realizado distintas iniciativas dirigidas a la mejora del cumplimiento en los pacientes crónicos, pluripatológicos y polimedicados (Figura 15).

Figura 15. Ejemplos de iniciativas desarrolladas a nivel nacional para mejorar la adherencia

Fuente: análisis EY, 2016 en base a información pública

En general, se trata de programas de intervención multidisciplinar, en los que la acción conjunta de médicos, enfermeros y farmacéuticos tiene como objetivo mejorar la adherencia de los pacientes crónicos y polimedicados. La acción coordinada de los profesionales resulta fundamental en aquellas iniciativas enfocadas a la detección de la falta de adherencia, así como en la educación sobre la importancia y los beneficios del cumplimiento terapéutico. El éxito de estas iniciativas radica en que el paciente comprenda su enfermedad y el tratamiento prescrito. De esta forma, se pretende que los pacientes aumenten su capacidad y su voluntad para tomar parte activa en la gestión de la enfermedad y del tratamiento, y que los profesionales sanitarios cuenten con las herramientas necesarias para guiarlo.

Además, desde las Comunidades se han desarrollado otras acciones enmarcadas, en su mayoría, en programas más amplios, como los de revisión del uso de medicamentos o de gestión de la medicación, donde la adherencia cobra también especial relevancia. Se trata de acciones encaminadas a mejorar la utilización de los medicamentos y la evaluación del grado

de conocimiento y uso que el paciente tiene y realiza de sus medicamentos. Es el caso de los *Programas de atención al anciano polimedicado* desarrollados en varias Comunidades.

Destacan también otros programas como las estrategias de educación sanitaria encaminadas a fomentar y concienciar sobre el uso responsable de los medicamentos. Los objetivos de estas iniciativas incluyen no sólo a los pacientes, sino también al personal sanitario y a la sociedad en general.

Son relevantes las medidas referidas al conocimiento de la enfermedad por parte del paciente; la calidad, duración y frecuencia del seguimiento por parte del médico responsable; la atención farmacéutica y la preparación de Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD); la conciliación entre transiciones asistenciales o la atención domiciliaria, en la que el personal de enfermería tiene un gran valor. Este tipo de iniciativas suponen un paso más en el seguimiento y evaluación del cumplimiento por parte de los profesionales sanitarios.

La irrupción de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en el sector sanitario está teniendo un alto impacto en las estrategias dirigidas a mejorar la adherencia. En los últimos años, la implantación de soluciones TIC en las organizaciones sanitarias ha crecido de forma muy relevante, con grandes avances en el despliegue e implantación de la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) o la receta electrónica en las Comunidades con los consiguientes beneficios en la mejora de la calidad del servicio asistencial, el aumento de la seguridad de los pacientes y la optimización del ciclo clínico, posibilitando una comunicación más fluida entre los profesionales sanitarios (Figura 16).

Figura 16. Grado de implementación de la receta electrónica

	Centro de Salud (%)	Consultorio (%)	Hospitales (%)	Farmacia (%)	Receta electrónica (%)
Galicia	100	100	100	100	99,26
C. Valenciana	100	100	100	100	98,50
Baleares	100	100	100	100	97,12
Cataluña	100	100	100	100	97,06
Andalucía	100	100	100	100	96,97
Extremadura	100	100	100	100	95,40
Canarias	100	100	100	100	95,09
Pais Vasco	100	100	100	100	95,04
La Rioja	100	100	100	100	93,48
Navarra	100	100	100	100	91,54
Aragón	100	100	0	100	90,06
Castilla La Mancha	100	100	100	100	85,40
Cantabria	100	100	100	100	80,95
INGESA	100	100	0	100	67,07
Asturias	100	100	0	100	63,25
Madrid	100	100	0	100	59,04
Murcia	100	100	10	12,77	48,32
Castilla y León	57,26	12,77	0	52,63	7,19
SNS	97,45	60,73	72,45	96,43	84,16

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016

Con la finalidad de dar respuesta a los problemas de interoperabilidad de la receta electrónica entre las Comunidades Autónomas, el MSSSI está trabajando en un proyecto que se extenderá progresivamente a las diferentes comunidades, sobre la base y respetando el modelo de receta electrónica implantado en cada uno de ellas.

Además, es importante hacer referencia al potencial que presentan las aplicaciones móviles y las soluciones web para facilitar la gestión del tratamiento y de la propia enfermedad, así como en la mejora de la comunicación entre los profesionales sanitarios y con los pacientes.

Aunque la mayoría de las aplicaciones disponibles se centran en el bienestar, hay cada vez más soluciones enfocadas a la mejora de la adherencia.

Por último indicar que en este ámbito se incluyen también otras iniciativas como las consultas telefónicas, de seguimiento, los recordatorios de tratamiento vía SMS, o la telemedicina.

4.5. Circuito de prescripción, dispensación y seguimiento

La acción coordinada de los profesionales sanitarios y en estrecha colaboración con el paciente aparece como denominador común en las estrategias encaminadas a mejorar la adherencia. Por ello, es necesario trabajar en la identificación de las oportunidades en el circuito de prescripción, dispensación y seguimiento, favoreciendo así la definición de estrategias que faciliten la mejora del cumplimiento.

Un factor determinante a la hora de favorecer el cumplimiento de los tratamientos radica en que el paciente entienda la enfermedad que padece, que acepte y comparta el tratamiento prescrito y que además sea consciente de la importancia de cumplirlo. Así, todos los profesionales sanitarios implicados, tanto en el diagnóstico, la prescripción, la dispensación o la prestación de cuidados como en el seguimiento, contribuyen a este objetivo, desde el ámbito de sus respectivas competencias y funciones profesionales.

En este sentido, es esencial potenciar y lograr una relación de confianza entre el paciente y el profesional sanitario para lograr una buena adherencia a los tratamientos, desde su inicio hasta su finalización. También implica un mayor protagonismo del paciente, así como mejoras en la comunicación e información entre el paciente y los profesionales sanitarios. Además, para abordar el problema de la adherencia de manera integral es necesario trabajar en aspectos concretos de mejora. Un ejemplo lo constituye el tiempo limitado por paciente en las consultas, tanto de atención primaria como de atención hospitalaria.

En muchas ocasiones puede ser útil disponer de material informativo específico sobre la adherencia terapéutica, para entregar a los pacientes en la prescripción y en la dispensación; también que el médico cuente con las herramientas adecuadas, tanto en medios técnicos como en las condiciones de consulta, para facilitar al paciente las indicaciones de tratamiento en el formato idóneo.

Los profesionales sanitarios tienen un papel clave en la detección y evaluación de los condicionantes individuales relacionados con el incumplimiento terapéutico y la identificación de los pacientes de riesgo. Por eso, en las actuaciones dirigidas a mejorar la adherencia terapéutica, dentro de un uso seguro y responsable del medicamento, es clave la intervención de equipos multidisciplinares, en los que participen médicos, enfermeros, farmacéuticos, psicólogos, educadores y asistentes sociales.

Las visitas de seguimiento brindan la oportunidad para evaluar el grado de adherencia detectar cualquier problema (barreras) o desviación de lo esperado y en, ese caso, definir las acciones necesarias para favorecer el cumplimiento. La comunicación entre los profesionales responsables de la atención del paciente es especialmente importante a la hora de garantizar la conciliación y la adecuación de los tratamientos, especialmente en los pacientes crónicos. En este sentido, las nuevas tecnologías ofrecen una gran oportunidad para facilitar una acción coordinada y la transferencia de datos e información entre los profesionales y los niveles asistenciales.

Factores como una buena relación médico-paciente, con un tiempo de dedicación suficiente y un proceso adecuado de información y discusión que acabe en una decisión compartida sobre el tratamiento, son un punto de partida imprescindible y clave para una buena adherencia. En este sentido, cabe destacar el valor de la individualización del tratamiento, teniendo en cuenta tanto las características clínicas del paciente como sus valores y preferencias y la importancia del seguimiento del paciente por el médico, realizando los cambios en el tratamiento que sean necesarios, teniendo en cuenta los efectos obtenidos y cuidando de no caer en la inercia terapéutica. Se ha identificado la necesidad de mejorar las condiciones para que este proceso se realice de forma óptima, tanto en lo que se refiere al tiempo de dedicación del médico como a su formación en farmacología clínica, terapéutica y así como en herramientas de comunicación y motivación.

La enfermera desarrolla hoy una importante labor en diferentes ámbitos, entre los que se incluye el seguimiento, especialmente de los pacientes crónicos, lo que le permite contribuir no sólo a la detección de pacientes con bajos niveles de adherencia, sino también para actuar sobre ellos a través de medidas de refuerzo, generalmente educativas. En el nivel de la atención primaria, el conocimiento que este profesional adquiere del paciente, integrando aspectos clínicos y socioculturales, le puede permitir detectar barreras en la adherencia al tratamiento y proponer soluciones de mejora adaptadas a sus necesidades. La consulta de enfermería, así como la visita domiciliaria son dos escenarios óptimos para informar y educar a los usuarios en la correcta administración, utilización y efectos de los tratamientos farmacológicos pautados, con el fin resolver las posibles dudas e inquietudes del paciente y así asegurar una buena adherencia. Por otro lado, en el ámbito hospitalario, el personal de enfermería (como figura responsable, entre otras funciones, de la administración del tratamiento) colabora activamente en el aumento de la adherencia en las distintas etapas del proceso hospitalario informando e implicando al paciente y a su entorno y transmitiendo las recomendaciones que en cada caso resultan oportunas.

El farmacéutico por su cercanía, accesibilidad y por sus competencias y funciones profesionales tiene un papel relevante en el ciclo asistencial, ofreciendo en coordinación con el médico, consejo sanitario, seguimiento farmacoterapéutico y apoyo profesional a los pacientes. En este sentido, el acto de dispensación de la medicación es un momento especialmente adecuado para desarrollar servicios específicos: reforzar mensajes de educación para la salud; comprobar que el paciente está retirando la medicación de acuerdo con la prescripción realizada por su médico o seguimiento del tratamiento con preparación de SPD, entre otras. Además, el farmacéutico puede alertar al médico responsable del paciente ante posibles problemas de adherencia y contribuir a la misma, sobre todo en el caso de los pacientes de mayor edad o con mayor riesgo de incumplimiento, garantizando la continuidad de los tratamientos. Asimismo, es importante considerar su aportación desde el punto de vista de la conciliación de los tratamientos y la continuidad de los mismos entre los diferentes niveles asistenciales.



Para mejorar la adherencia es clave la intervención coordinada de todos los profesionales sanitarios implicados en la atención al paciente"



5

Marco
estratégico del Plan

5. Pilares estratégicos para mejorar la adherencia

Para alcanzar los objetivos del Plan se han definido seis pilares que se despliegan en 18 iniciativas y agrupan las principales áreas de actuación para mejorar en términos generales la adherencia.

El problema que representa la falta de adherencia requiere un enfoque multidisciplinar y coordinado que implique a todos los agentes sanitarios y que cuente con la participación activa de los pacientes.

La falta de adherencia de los pacientes a los tratamientos da como resultado el fracaso de los esfuerzos desarrollados por los profesionales sanitarios, las instituciones y la industria farmacéutica para atender de forma efectiva los diferentes problemas de salud.

El Plan de Adherencia al Tratamiento (uso responsable del medicamento) se ha concebido considerando que pueda integrarse en una estrategia o Plan Nacional de Salud, así como en los planes de salud de las CCAA. Partiendo de esta premisa, el desarrollo de esta estrategia multidisciplinar se basa en la definición de unos pilares fundamentales, que actuarán como palancas para mejorar la adherencia, y sobre los cuales se han definido una serie de iniciativas de acuerdo a las principales necesidades identificadas. Asimismo, las iniciativas encaminadas a mejorar la adherencia deben ser fáciles de monitorizar, adaptables a los diferentes problemas de salud y contar con indicadores adecuados para su evaluación, asegurando su pertinencia, factibilidad y adecuación en función de resultados.

El Plan se estructura en un pilar básico y eje fundamental de todas las actuaciones y cinco pilares estratégicos, complementarios, que se corresponden con las áreas identificadas para mejorar la adherencia. Para definirlos se ha tenido en cuenta la evaluación de los factores relacionados con la adherencia, el análisis de las iniciativas más relevantes desarrolladas a nivel nacional y regional para mejorar la adherencia, el estudio del circuito de prescripción, dispensación y seguimiento y el consenso a través del trabajo conjunto del Comité Impulsor y el Órgano Consultivo del Plan. Cada uno de estos pilares se ha subdividido en tres iniciativas, que suman un total de 18, sobre las que se define el marco estratégico del Plan (Figura 17).



El Plan propone una serie estructurada de iniciativas y acciones que se dirigen a las áreas identificadas para mejorar la adherencia"

Figura 17. Pilares estratégicos e iniciativas del Plan de Adherencia al Tratamiento



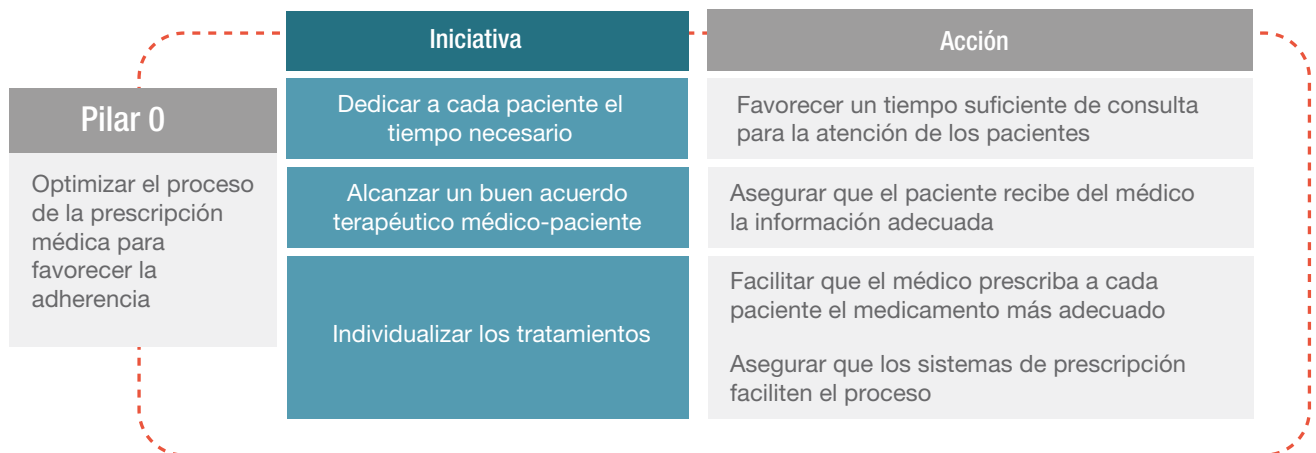
Cada iniciativa incluye a su vez una o varias acciones. En total se han definido 26 acciones específicas.

Desde el punto de vista operativo, y con el fin de garantizar la viabilidad y continuidad de las acciones propuestas, la puesta en práctica deberá ser convenientemente definida y priorizada en función de las necesidades y oportunidades, de la trascendencia práctica y de los recursos disponibles.

Pilar estratégico 0. Optimizar el proceso de la prescripción médica para favorecer la adherencia

Una prescripción adecuada es la base para garantizar una buena adherencia de los pacientes. Para ello, resulta imprescindible partir de una evaluación individualizada de cada caso antes de definir tanto el plan terapéutico como las posibles estrategias de prevención y refuerzo. En esta línea, dedicar a cada paciente el tiempo necesario, la individualización de los tratamientos y alcanzar un buen acuerdo terapéutico médico-paciente se presentan como las palancas fundamentales de las que parte el Plan de Adherencia al Tratamiento y a partir de las cuales se incorporan el resto de los pilares (Figura 18).

Figura 18. Pilar estratégico 0: iniciativas y acciones



INICIATIVA 0.1. DEDICAR A CADA PACIENTE EL TIEMPO NECESARIO

ACCIÓN 0.1.1. FAVORECER UN TIEMPO SUFICIENTE DE CONSULTA PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES

La dedicación a cada paciente del tiempo necesario para establecer una buena relación médico-paciente y que éste comprenda de forma adecuada la enfermedad que padece y haga suyo el plan terapéutico propuesto por su médico es el punto de partida fundamental para una buena adherencia.

Una planificación adecuada de las consultas, especialmente las de seguimiento, se traduce en la mejora de los niveles de cumplimiento por parte de los pacientes. La información es un factor clave para favorecer el compromiso y la implicación de los pacientes con el cumplimiento de los tratamientos; sin embargo, en ocasiones la limitación de tiempo en las consultas puede llegar a suponer una barrera importante para transmitir los mensajes necesarios y realizar estrategias de refuerzo adecuadas en pacientes con riesgo de incumplimiento.

En este contexto, es importante trabajar en la mejora de todos aquellos aspectos, sanitarios y no sanitarios, que puedan resultar en un incremento del tiempo que el médico tiene a su disposición para dedicar al paciente. Cuestiones como la adecuación de los recursos disponibles, la gestión de los cupos de pacientes o la redistribución de la carga de trabajo pueden resultar en una mejora de la gestión del tiempo, y con ello, en una mejora de la calidad asistencial, con la consiguiente mejora en términos de resultados en salud.

Con ello, el estudio, de manera conjunta con expertos en materia de adherencia y las principales sociedades científicas, de todos aquellos aspectos que puedan traducirse en una mejora de los tiempos en la consulta se considera necesario a fin de favorecer la calidad de la atención y lograr con ello una mayor tasa de cumplimiento por parte de los pacientes.

Con el fin de evaluar el impacto de la acción propuesta, es necesario desarrollar estudios comparativos que permitan medir la mejora de la adherencia según el tiempo dedicado en las consultas y evaluar la adecuación entre las cargas de trabajo, los recursos y las actividades para mejorar los tiempos de consulta.

INICIATIVA 0.2. ALCANZAR UN BUEN ACUERDO TERAPÉUTICO MÉDICO-PACIENTE

ACCIÓN 0.2.1. ASEGURAR QUE EL PACIENTE RECIBE DEL MÉDICO LA INFORMACIÓN ADECUADA

El proceso de la prescripción médica incluye necesariamente proporcionar al paciente la información e instrucciones necesarias, así como el seguimiento de los efectos alcanzados. Sin embargo, entre las causas más comunes de insatisfacción que manifiestan los pacientes destaca la falta de información apropiada sobre su enfermedad y sobre las opciones terapéuticas para tratarla, incluyendo aspectos como los posibles efectos adversos de la medicación o el balance riesgo/beneficio asociado. Además, en algunos perfiles de pacientes existe cierto grado de desconfianza respecto a la información recibida de los profesionales sanitarios (Ref. 1), complicando, en muchos casos, su participación en la toma de decisiones y la conformidad con el tratamiento prescrito. En esta línea, identificar las preferencias de los pacientes en cuanto a la información que desean recibir (y la que no desean recibir) e informarles sobre las diferentes posibilidades o alternativas terapéuticas disponibles para su problema de salud resulta de gran importancia para alcanzar un buen acuerdo terapéutico médico-paciente que permita mejorar la implicación de los pacientes en el proceso asistencial.

En este contexto, el desarrollo de programas de información específicos y consensuados entre todos los profesionales sanitarios, y validados por los propios pacientes, ofrece a éstos la capacitación necesaria para garantizar su implicación en la toma de decisiones compartidas y la posibilidad de ejercer efectivamente su derecho de elección con los consiguientes beneficios sobre el cumplimiento (Ref. 21). Existen diversos cuestionarios validados que permiten conocer las percepciones y las actitudes de los pacientes frente a la medicación, entre los que destaca el Cuestionario breve de medicación (Brief Medication Questionnaire - BMQ), cuya incorporación a los programas resultaría de interés para mejorar la efectividad de los mismos.

Se propone evaluar esta acción a través de estudios dirigidos a medir las percepciones y actitudes del paciente ante la información recibida en relación a su diagnóstico y a las alternativas terapéuticas disponibles.

INICIATIVA 0.3. INDIVIDUALIZAR LOS TRATAMIENTOS

ACCIÓN 0.3.1. FACILITAR QUE EL MÉDICO PRESCRIBA A CADA PACIENTE EL MEDICAMENTO MÁS ADECUADO PARA ÉL

La decisión terapéutica compartida es imprescindible para una buena adherencia. En línea con lo que recoge la guía de la OMS sobre la correcta prescripción (Ref. 22), ésta necesita obligatoriamente de una prescripción médica que no sea el resultado automático de aplicar un algoritmo o un protocolo de base poblacional, sino una prescripción médica razonada y determinar, en cada caso individual, cuál es el objetivo terapéutico que se persigue, incorporando además al proceso de decisión los valores, percepciones y deseos del paciente, de modo que se decida conjuntamente con el médico sobre el mejor tratamiento para él. Esto supone que el médico establezca con el paciente un proceso de información y diálogo que permita que éste comprenda de manera adecuada el diagnóstico, los objetivos terapéuticos, las alternativas disponibles y los efectos del tratamiento prescrito.

Una prescripción individualizada es clave para conseguir una buena adherencia. Ésta debe responder a las necesidades específicas de cada paciente, en función de sus características fisiopatológicas, la evidencia científica disponible y el criterio clínico, así como las preferencias del paciente. En esta línea, la formación de los médicos en farmacología clínica y terapéutica es básica para una buena prescripción, ya que permite seleccionar para cada paciente el medicamento, la dosis y duración más adecuadas, y con el menor coste posible para el paciente y la comunidad.

Asimismo, dotar de medios físicos y humanos que permitan que el acto médico de la prescripción se haga en condiciones adecuadas resulta de gran importancia para mejorar la atención y la dedicación en las consultas y favorecer así el compromiso de los pacientes con los tratamientos.

El seguimiento de esta acción requiere la realización de encuestas y/o estudios a médicos asistenciales, con el fin de evaluar la relación entre la individualización del tratamiento y la adherencia.

ACCIÓN 0.3.2. ASEGURAR QUE LOS SISTEMAS DE PRESCRIPCIÓN FACILITEN EL PROCESO

Los sistemas de prescripción electrónica representan un importante avance en relación a la incorporación de las nuevas tecnologías al SNS, aportando relevantes beneficios en términos tanto de gestión como en la mejora de la comunicación y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. Sin embargo, en ocasiones los profesionales refieren procesos tediosos y limitaciones (menús desplegables de aspecto similar, número de pantallas, etc.) que pueden llegar a representar una barrera que dificulta determinadas prescripciones y retrasa la labor asistencial (Ref. 23) (Ref. 24).

Estos sistemas deberían facilitar que el médico pueda prescribir a cada paciente el medicamento que considere más adecuado para su problema de salud, tomando en cuenta, además, las preferencias del propio paciente y la sostenibilidad del sistema sanitario. Por ello, mediante esta acción se propone revisar los sistemas de prescripción establecidos en los diferentes servicios de salud y, si fuera necesario, implementar las actualizaciones y los cambios que en cada caso sean necesarios para facilitar y agilizar la prescripción.

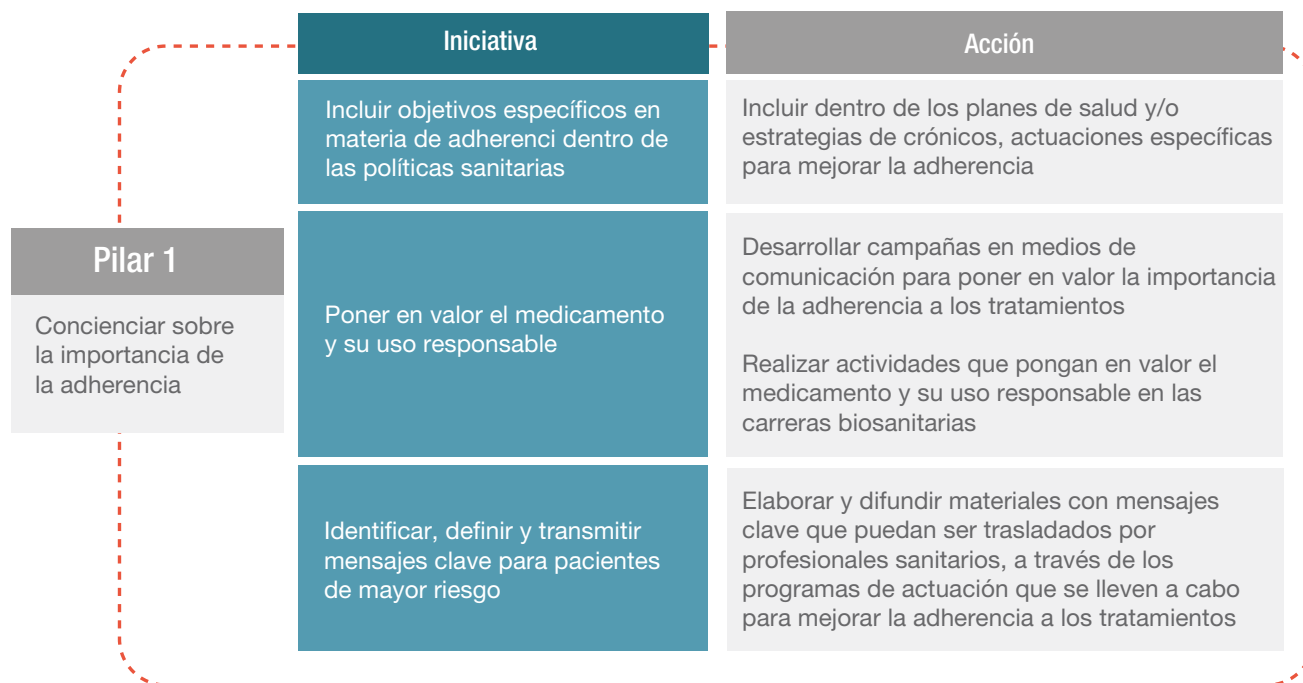
Para el seguimiento de esta acción se propone evaluar el grado en el que los sistemas de ayuda a la prescripción facilitan que ésta sea ágil e individualizada (es decir, facilidad de acceso a la información clínica del paciente, facilidad de prescripción, entre otros) y su repercusión sobre los niveles de adherencia.

Pilar estratégico 1. Concienciar sobre la importancia de la adherencia

Con el fin de mejorar el nivel de conocimiento y la implicación de los pacientes en la gestión de su enfermedad y de los tratamientos prescritos, se propone sensibilizar a la población ante el problema de la falta de adherencia, contando para ello con el apoyo de las Administraciones sanitarias, los profesionales sanitarios y los pacientes.

Para ello, se han definido una serie de iniciativas dirigidas a lograr una mayor concienciación y sensibilización, que recogen aspectos tan relevantes como la inclusión de objetivos específicos en materia de adherencia dentro de las políticas sanitarias, la puesta en valor del medicamento y su uso responsable y la identificación, definición y transmisión de mensajes clave para pacientes de mayor riesgo (Figura 19).

Figura 19. Pilar estratégico 1: iniciativas y acciones



Fuente: análisis EY, 2016

INICIATIVA 1.1. INCLUIR OBJETIVOS ESPECÍFICOS EN MATERIA DE ADHERENCIA DENTRO DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS

ACCIÓN 1.1.1. INCLUIR DENTRO DE LOS PLANES DE SALUD Y/O ESTRATEGIAS DE CRÓNICOS, ACTUACIONES ESPECÍFICAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA

La revisión de la actual estrategia de abordaje de la cronicidad del SNS, así como de los planes de salud de las CCAA, pone de manifiesto la necesidad y la oportunidad de desarrollar e impulsar actuaciones específicas para favorecer la adherencia terapéutica entre la población. El actual proceso de transición demográfica y epidemiológica en el que se encuentra inmersa la sociedad y el impacto que tiene la falta de adherencia sobre los resultados en salud hace aconsejable que las políticas sanitarias incluyan acciones específicas dirigidas a la mejora del cumplimiento terapéutico. En este sentido, subrayar la importancia de la adherencia terapéutica en las estrategias del SNS, así como en los planes de salud de las Comunidades, a través de la definición y la puesta en marcha de acciones concretas previamente consensuadas y validadas por expertos en la materia, ayudará a mejorar la concienciación y el impacto de la adherencia tanto en el paciente como en el profesional sanitario y la sociedad en general. Para ello, resulta fundamental contar con el apoyo del CISNS, así como con las Consejerías de Sanidad autonómicas.

El desarrollo de esta acción implica la revisión y el análisis, con una periodicidad definida, de las políticas sanitarias, con el fin de evaluar la incorporación de los objetivos y de las acciones detalladas para las mismas.

INICIATIVA 1.2. PONER EN VALOR EL MEDICAMENTO Y SU USO RESPONSABLE

ACCIÓN 1.2.1. DESARROLLAR CAMPAÑAS EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN PARA PONER EN VALOR LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS

La publicidad y las campañas divulgativas son un instrumento clave a la hora de apoyar las estrategias encaminadas a concienciar a la población. La Administración sanitaria ha desarrollado muchas actuaciones informativas y de sensibilización, con un elevado impacto social. En este sentido, desarrollar campañas en los medios de comunicación tradicionales, así como a través de los medios digitales, incluyendo las redes sociales, sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y sobre el valor del medicamento puede tener un efecto positivo para hacer frente a este problema. Para ello, habrá de identificarse la información de mayor impacto y definir en base a ello los mensajes clave, así como los medios a través de los cuales se van a difundir.

Para el seguimiento de esta acción se analizarán las campañas realizadas y su impacto.

ACCIÓN 1.2.2. REALIZAR ACTIVIDADES QUE PONGAN EN VALOR EL MEDICAMENTO Y SU USO RESPONSABLE TANTO EN EL GRADO COMO EN EL POSGRADO DE CARRERAS BIOSANITARIAS

Un objetivo deseable sería introducir programas transversales en las formaciones biosanitarias de grado y posgrado con aspectos relacionados con la adherencia a los tratamientos y el valor del medicamento, para sensibilizar a los estudiantes sobre las responsabilidades que tendrán en el futuro y fomentar la colaboración y comunicación entre los diversos profesionales sanitarios. No obstante, y ante la complejidad de incorporar estos programas en el corto plazo, se propone una primera fase en la que se realicen jornadas formativas en las universidades y otros centros

de formación de profesionales sanitarios, siempre con el objetivo de añadirlos a las formaciones de grado y posgrado en un futuro.

Garantizar el éxito de esta acción precisa de la definición de un calendario con las sesiones previstas y contar con la estrecha colaboración de las universidades en la definición de su contenido. El seguimiento de esta acción se articula en los acuerdos de colaboración con las universidades y los centros de formación de posgrado (número y alcance), las actividades realizadas y el impacto entre los participantes.

INICIATIVA 1.3. IDENTIFICAR, DEFINIR Y TRANSMITIR MENSAJES CLAVE PARA PACIENTES DE MAYOR RIESGO

ACCIÓN 1.3.1. ELABORAR Y DIFUNDIR MATERIALES CON MENSAJES CLAVE QUE PUEDAN SER TRASLADADOS POR LOS PROFESIONALES SANITARIOS, A TRAVÉS DE LOS PROGRAMAS DE ACTUACIÓN QUE SE LLEVEN A CABO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS

El refuerzo informativo a pacientes, especialmente a aquellos con mayor riesgo de falta de adherencia, es un factor que puede ayudar a superar barreras y lograr mejoras en el cumplimiento de los tratamientos. Para ello se propone elaborar materiales informativos en los que se incluyan mensajes adaptados a las necesidades de los pacientes. Estos materiales (por ejemplo, folletos) pueden distribuirse o facilitarse en las consultas médicas y de enfermería, así como desde las farmacias comunitarias y servicios de farmacia hospitalaria. Para alcanzar una mayor efectividad, la entrega de estos materiales debe ir acompañada de la adecuada explicación verbal y del consejo profesional.

Por su efectividad, debe considerarse también la oportunidad de utilizar las salas de espera de los centros sanitarios para difundir este tipo de mensajes, dentro de una acción de educación para la salud, a través de carteles, videos o pantallas digitales, entre otros.

El diseño y contenido de los materiales y mensajes requiere de la identificación de las principales necesidades de los pacientes, contando con la participación de las sociedades científicas, organizaciones colegiales profesionales y asociaciones de pacientes. Además, su distribución se verá favorecida por la participación de dichas entidades en el proceso. Asimismo, se propone evaluar, mediante el seguimiento de los materiales elaborados y difundidos y las iniciativas puestas en marcha, su alcance e impacto en la percepción por parte de los pacientes de la importancia de la adherencia.

Pilar estratégico 2. Establecer un programa de adherencia terapéutica

En base al diagnóstico realizado, se reconoce la necesidad de que los servicios autonómicos de salud cuenten con un programa específico dirigido a mejorar la adherencia terapéutica, en el que se incluyan las distintas actividades que realizar en cada nivel asistencial. Sería deseable que los diferentes programas autonómicos compartan una serie de objetivos, requisitos, instrumentos y actividades mínimas básicas, a fin de salvaguardar, de una parte, la cohesión del SNS y, de otra, el más estricto respeto a las competencias de gestión de la asistencia sanitaria pública de las Comunidades. El programa incluye la promoción de un instrumento homogéneo de medida, aplicable a los pacientes, que permita establecer el riesgo o la sospecha de problemas de adherencia, así como la definición de protocolos de actuación de los diferentes profesionales sanitarios ante la sospecha de no adherencia y la mejora del seguimiento del paciente.

Así, en este pilar se incluyen iniciativas enfocadas a la detección de la sospecha o riesgo de falta de adherencia de los pacientes y a la mejora de la coordinación de los profesionales sanitarios entre sí y con los pacientes. La comunicación entre los profesionales sanitarios es la base para asegurar la continuidad asistencial, ya que garantiza que el paciente recibe siempre los mismos mensajes, y refuerza la imagen de equipo dentro de una actuación coordinada. Este programa se encuadra en el ámbito de la gestión clínica (Figura 20).

Figura 20. Pilar estratégico 2: iniciativas y acciones



Fuente: análisis EY, 2016

INICIATIVA 2.1. PROMOVER UN ALGORITMO DE MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA

ACCIÓN 2.1.1. CONSENSUAR E IMPLANTAR UN ALGORITMO QUE PERMITA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Actualmente existen diversos tipos de métodos y protocolos dirigidos a detectar a los pacientes en riesgo de falta de adherencia o, más específicamente, a los paciente incumplidores. Así, la adherencia puede ser medida tanto por métodos directos como indirectos, que generalmente se utilizan indistintamente, incluso combinados, sin existir uno de referencia o un procedimiento protocolizado. Por ello, consensuar con las principales sociedades científicas un algoritmo común, que incluya un método indirecto y, en caso necesario, un método directo, es clave para evaluar el cumplimiento de los tratamientos por parte del paciente, y así poder activar la estrategia adecuada en caso de falta de adherencia (o sospecha).

Este algoritmo de medida del cumplimiento debería formar parte del acto clínico, especialmente ante pacientes crónicos, y estar normalizado e integrado en la HCDSNS. Para su implantación es necesario alcanzar un consenso con los profesionales implicados, ya que deberían dedicar un tiempo adicional a la realización de estas tareas.

El algoritmo se podría ejecutar de manera secuencial, en primer lugar el método indirecto, y en caso de positividad o de dudas razonables, el método directo.

El algoritmo debe ser aplicado como un acto integrado en las consultas médicas y de enfermería, especialmente en las consultas de seguimiento del paciente, así como en las farmacias comunitarias y servicios de farmacia hospitalaria.

Para evaluar esta acción se analizará el grado de implantación y utilización del algoritmo.

INICIATIVA 2.2. DEFINIR PROTOCOLOS DE COORDINACIÓN Y ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES ANTE PACIENTES CON SOSPECHA DE PERFIL INCUMPLIDOR

ACCIÓN 2.2.1. DESARROLLAR PROGRAMAS DE FORMACIÓN SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PARA TODOS LOS PROFESIONALES SANITARIOS

En este contexto, un aspecto clave radica en la formación de los profesionales sanitarios, por lo que es necesario diseñar y desarrollar actividades formativas orientadas a cada uno de los colectivos sanitarios (médicos, enfermeros y farmacéuticos, etc.), para mejorar sus conocimientos y habilidades en materia de adherencia, incluyendo el análisis de barreras y limitaciones, métodos de evaluación del cumplimiento, técnicas de comunicación y negociación con el paciente, refuerzos emocionales o estrategias de implicación familiar. Esta formación debe ser específica y estar reglada y acreditada por las comisiones de formación del ámbito sanitario.

Para evaluar esta acción se propone referenciar el número de programas desarrollados y su idoneidad para la formación de los profesionales sanitarios en esta materia.

ACCIÓN 2.2.2. ESTABLECER CIRCUITOS DE INFORMACIÓN Y COORDINACIÓN ENTRE TODOS LOS PROFESIONALES SANITARIOS, ANTE PACIENTES CON PERFIL INCUMPLIDOR

Ante aquellos pacientes con perfil de incumplimiento terapéutico detectados mediante el algoritmo de medida acordado se pondrán en marcha los flujos de coordinación y las estrategias de actuación necesarias para proporcionar una atención integral y evitar posibles duplicidades en la atención.

La detección de pacientes con perfil incumplidor debe realizarse en las consultas del médico y de enfermería, de manera casi inmediata al establecimiento del diagnóstico y del tratamiento y especialmente durante la fase de seguimiento del paciente. Igualmente, durante la dispensación de la medicación, tanto en la farmacia comunitaria como en los servicios de farmacia hospitalaria, se realizará esta detección de pacientes no adherentes, alertando al médico responsable del paciente, a través de los circuitos de información que se desarrollen y poniendo en marcha protocolos de actuación coordinados y consensuados. Durante la fase de seguimiento se podrá establecer con mayor certidumbre el perfil del paciente incumplidor.

La receta electrónica facilita muchos aspectos relacionados con la adherencia. Además, es un instrumento de gran utilidad para el seguimiento de la “retirada de la medicación”, así como una herramienta muy útil para transmitir mensajes relacionados con la falta de cumplimiento entre los profesionales sanitarios implicados en los procesos de prescripción-dispensación y desarrollar estrategias de mejora.

En este sentido es importante estandarizar la comunicación entre los profesionales sanitarios con el fin de conseguir un óptimo seguimiento del cumplimiento del tratamiento.

Los circuitos de información y los protocolos de actuación deberán definirse en cada área de salud, estableciendo los objetivos, funciones, responsabilidades y las vías de relación para cada profesional y nivel asistencial.

Se propone que a nivel de cada área y centro de salud, en coordinación con su hospital de referencia y considerando las farmacias comunitarias de su área de influencia, establezcan estos protocolos de comunicación y actuación, de acuerdo con los criterios generales que, en su caso, establezcan los respectivos servicios de salud.

A fin de evaluar la acción se analizará el desarrollo, la implantación y la valoración de los protocolos de comunicación entre médicos y farmacéuticos en relación con el cumplimiento terapéutico.

ACCIÓN 2.2.3. DEFINIR, EN FUNCIÓN DE LOS FACTORES Y CAUSAS DEL INCUMPLIMIENTO, ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN INDIVIDUALIZADA, QUE INCLUYAN ACTIVIDADES ESPECÍFICAS PARA MÉDICOS, ENFERMERAS Y FARMACÉUTICOS

La identificación de pacientes incumplidores o en riesgo de incumplimiento, en cualquier punto de la cadena asistencial, debe conducir al desarrollo de actuaciones específicas, de acuerdo a los requerimientos personales de cada paciente y a las funciones y competencias de los profesionales sanitarios implicados en la atención del paciente.

Los profesionales sanitarios tienen un papel clave en la identificación de los condicionantes o barreras que afectan a la adherencia de cada paciente, sus percepciones, conocimientos y habilidades, y actuar sobre éstos.

Respecto a las estrategias de intervención, tienen que ser mixtas, aunando conocimientos, refuerzos conductuales y mejoras organizativas. En general, las intervenciones multicomponente y multidisciplinarias consiguen mejores resultados que las intervenciones aisladas. Se pueden considerar los recordatorios telefónicos y electrónicos, las actividades de educación sanitaria individuales, las sesiones grupales y las técnicas de refuerzo motivacional, personal y familiar. No obstante, la definición de las actuaciones o estrategias que aplicar en cada caso deberá partir del estudio y análisis de cada paciente, de sus necesidades y barreras, de las oportunidades derivadas de sus actitudes y preferencias, así como de su entorno social y familiar.



Hay que identificar las barreras que impiden la adherencia en cada paciente y actuar sobre ellas"

A pesar de que existen numerosos estudios en los que se evalúa la efectividad de las distintas estrategias disponibles para mejorar la adherencia, sus resultados no son concluyentes. Por eso resulta necesario desarrollar estudios clínicos que permitan demostrar los beneficios de dichas intervenciones y que además incluyan estudios de coste-efectividad para la evaluación de su incorporación a la práctica asistencial.

INICIATIVA 2.3. MEJORAR EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

ACCIÓN 2.3.1. POTENCIAR LA COMUNICACIÓN, COORDINACIÓN Y LA CONTINUIDAD ENTRE NIVELES ASISTENCIALES Y EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

Se debe mejorar la comunicación, coordinación y la continuidad entre los diferentes niveles asistenciales, así como la conciliación de los tratamientos prescritos por distintos procesos y el seguimiento del paciente crónico.

Para ello es necesario definir un circuito de actividades focalizadas en la comunicación entre profesionales, la detección del paciente incumplidor y la mejora de la seguridad.

Se precisa una buena definición de las actividades en el ingreso y el alta hospitalaria. En el caso del ingreso, deberían incluir, entre otras, la revisión del historial de tratamiento del paciente en las bases disponibles o la identificación de aquellos aspectos que puedan llegar a suponer una barrera para la adherencia del paciente en el momento del ingreso. Al alta hospitalaria se debería proporcionar la información necesaria acerca de los nuevos tratamientos, así como las modificaciones sobre el tratamiento anterior, las pautas y recomendaciones para garantizar un uso correcto de la medicación y el compromiso con el cumplimiento.

Para evaluar esta acción se considerará la disponibilidad y la utilización de protocolos de coordinación y continuidad entre los diferentes niveles asistenciales y el impacto de las actuaciones/medidas de coordinación y continuidad protocolizadas sobre la mejora de la adherencia.

ACCIÓN 2.3.2. INCORPORAR UN MÓDULO ESPECÍFICO SOBRE LA ADHERENCIA EN LA RECETA ELECTRÓNICA QUE FACILITE LA INTRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL CUMPLIMIENTO Y QUE INCLUYA UN SISTEMA DE MENSAJERÍA/ALERTA ENTRE LOS PROFESIONALES

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación y, en particular la receta electrónica, son herramientas con gran potencial para facilitar la comunicación entre los profesionales sanitarios, el seguimiento del tratamiento farmacológico y contribuir al control del grado de cumplimiento del paciente.

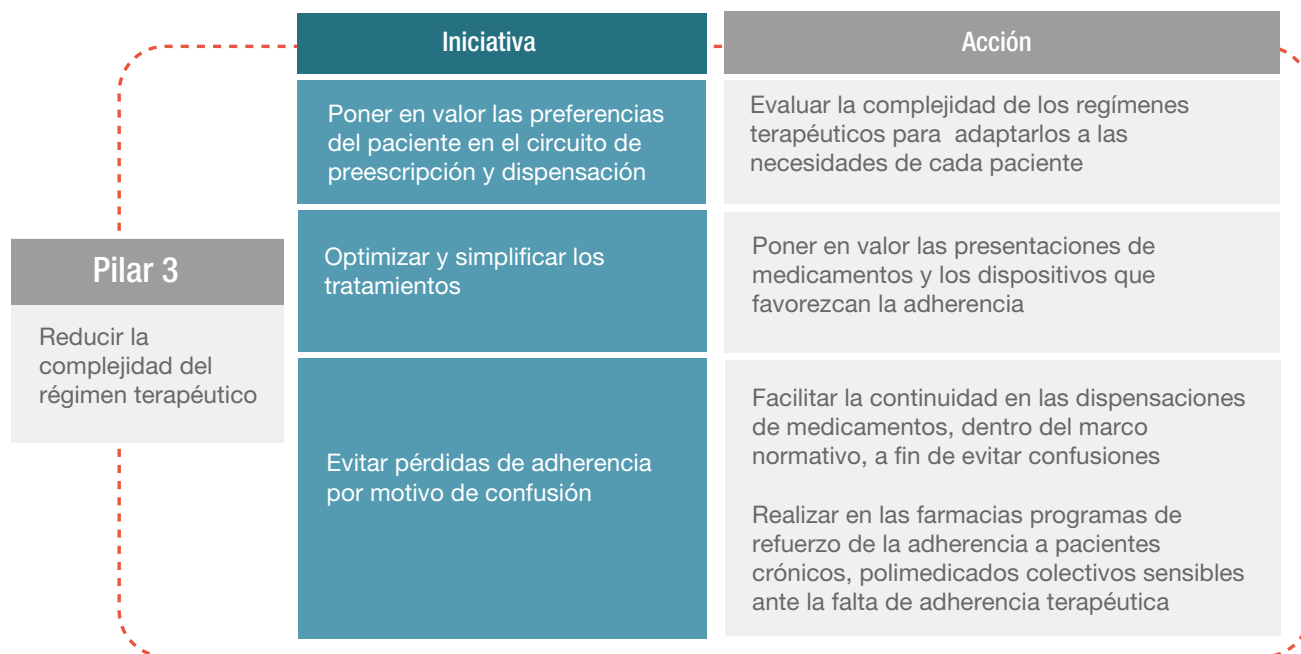
En este punto, la incorporación de un módulo específico en la receta electrónica que facilite la introducción de información sobre la adherencia a los tratamientos, y que permita identificar las prescripciones activas que no han sido dispensadas desde las farmacias comunitarias, con un sistema de alarma ante pacientes con riesgo de incumplimiento, posibilitaría una actuación temprana y más efectiva por parte de los profesionales sanitarios. Para que todo esto sea posible, es necesario garantizar el acceso y la interoperabilidad de los datos y la optimización de los programas, posibilitando una coordinación real y efectiva entre los profesionales sanitarios.

Con el fin de evaluar esta acción se propone considerar el grado de implantación de este módulo y su efectividad en la mejora de la coordinación entre médicos y farmacéuticos y su impacto sobre el cumplimiento terapéutico.

Pilar estratégico 3. Reducir la complejidad del régimen terapéutico

La complejidad de los regímenes terapéuticos se plantea como uno de los factores que parecen tener un mayor peso en la falta de adherencia de los pacientes. Poner en valor las preferencias del paciente dentro del circuito de prescripción y dispensación, en un modelo de decisiones compartidas con el paciente, así como optimizar y simplificar los tratamientos y evitar posibles pérdidas de adherencia como consecuencia de la confusión, favorecerá el compromiso de los pacientes con sus tratamientos (Figura 21).

Figura 21. Pilar estratégico 3: iniciativas y acciones



Fuente: análisis EY, 2016

INICIATIVA 3.1. PONER EN VALOR LAS PREFERENCIAS DEL PACIENTE EN EL CIRCUITO DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN

ACCIÓN 3.1.1. EVALUAR LA COMPLEJIDAD DE LOS REGÍMENES TERAPÉUTICOS PARA ADAPTARLOS A LAS NECESIDADES DE CADA PACIENTE

La dificultad que plantea la combinación de varias terapias hace necesaria la revisión y adecuación continua de las prescripciones activas en función del momento y de las necesidades de cada paciente. Así, deberían facilitarse al médico programas, tipo “self audit”, dirigidos a la revisión, conciliación y adecuación de las prescripciones activas de sus pacientes.

Además, debería consensuarse con todos los agentes implicados –administración sanitaria, organizaciones colegiales profesionales, sociedades científicas, asociaciones de pacientes– una “Hoja Terapéutica Común” que incluyera todos los medicamentos prescritos, su posología y normas de correcta administración, así como las posibles observaciones que debería tener en cuenta el paciente.

Para evaluar esta acción se propone considerar el impulso de la utilización por parte del médico de programas tipo “self audit” y su repercusión en las mejoras de adherencia, así como la implantación y los resultados en términos de mejora de la adherencia del uso de una “Hoja Terapéutica Común”.

INICIATIVA 3.2. OPTIMIZAR Y SIMPLIFICAR LOS TRATAMIENTOS

ACCIÓN 3.2.1. PONER EN VALOR LAS PRESENTACIONES DE MEDICAMENTOS Y LOS DISPOSITIVOS QUE FAVOREZCAN LA ADHERENCIA

El desarrollo tecnológico está permitiendo comercializar medicamentos que incorporan dispositivos de uso sencillo que facilitan la administración del medicamento y el seguimiento del tratamiento prescrito por el médico. Dada la repercusión de estos dispositivos en la mejora de la adherencia convendría que, previa evaluación de los mismos, se tomen en consideración de forma adecuada a efectos de facilitar su acceso a los pacientes.

En esta iniciativa se considera además la necesidad de asegurar la inclusión en la prestación farmacéutica del SNS de los medicamentos que tengan un impacto positivo en la mejora de la adherencia y que los médicos puedan prescribirlos, de acuerdo con las necesidades del paciente. Para ello, es clave aportar estudios que muestren sus beneficios, en términos de mejora de la adherencia y coste-efectividad, y que se tomen en consideración en el proceso de precio y reembolso. Además, será necesario definir y consensuar con las autoridades sanitarias los criterios de estos estudios fármaco-económicos.

Para el seguimiento se propone evaluar la inclusión en la prestación farmacéutica del SNS de medicamentos y dispositivos que mejoren la adherencia, y los resultados en la mejora de la adherencia de los medicamentos y dispositivos diseñados con esta finalidad.

INICIATIVA 3.3. EVITAR PÉRDIDAS DE ADHERENCIA POR MOTIVO DE CONFUSIÓN

ACCIÓN 3.3.1. FACILITAR LA CONTINUIDAD EN LAS DISPENSACIONES DE MEDICAMENTOS, DENTRO DEL MARCO NORMATIVO, A FIN DE EVITAR CONFUSIONES

La relación que el paciente establece con su medicación es clave para garantizar el cumplimiento. En este sentido, facilitar la continuidad, tanto en la prescripción como en la dispensación, asegura que el paciente recibe siempre el mismo medicamento, lo que repercute positivamente evitando confusiones y favoreciendo la adherencia, especialmente en los pacientes crónicos de edad avanzada. En este sentido cuestiones como el color, el tamaño o la forma del medicamento, así como el acondicionamiento secundario tienen especial importancia.

Para mantener la continuidad en las dispensaciones y reducir el riesgo de confusión sería conveniente que el farmacéutico comunitario dispensara siempre la misma presentación al paciente, para lo cual sería muy útil que el farmacéutico pudiera conocer la denominación comercial (marca o genérico) que le fue dispensada en la anterior ocasión, manteniendo la medicación habitual. En este punto es importante considerar que las decisiones para facilitar la continuidad en las dispensaciones debe realizarse siempre dentro del marco de aplicación de las políticas de precios de referencia, precios menores y más bajos, ofreciendo, prescriptores y dispensadores, las correspondientes explicaciones a los pacientes a fin de evitar confusiones.

Para evaluar los resultados de esta acción se propone estimar el grado en el que la continuidad en las dispensaciones repercute en mejoras en la adherencia y los resultados en salud.

ACCIÓN 3.3.2. REALIZAR EN LAS FARMACIAS PROGRAMAS DE REFUERZO DE LA ADHERENCIA A PACIENTES CRÓNICOS, POLIMEDICADOS U OTROS COLECTIVOS SENSIBLES ANTE LA FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

A menudo, la falta de adherencia responde a la dificultad que plantean los tratamientos para algunos pacientes, especialmente en los polimedicados con pautas complejas y de edad avanzada.

Así, se propone la realización, por los farmacéuticos comunitarios y por los servicios de farmacia hospitalarios, de servicios de refuerzo de la adherencia, de seguimiento farmacoterapéutico y de conciliación; estructurados y protocolizados, desarrollados en coordinación con el resto de profesionales sanitarios responsables del paciente, que incluyan intervenciones específicas de información sobre el medicamento y su uso (dispensación informada).

Igualmente, pueden incluir el facilitar sistemas personalizados de dosificación (SPD) a los pacientes que lo soliciten, en orden a mejorar el cumplimiento terapéutico, en los tratamientos y con las condiciones y requisitos que establezcan las administraciones sanitarias competentes.



La implicación del paciente es un factor crítico para mejorar la adherencia"

Para ello, sería oportuno realizar un estudio en el que se evalúe la utilización actual de los SPD a nivel nacional y en el que se analicen factores determinantes de éxito y que sean replicables.

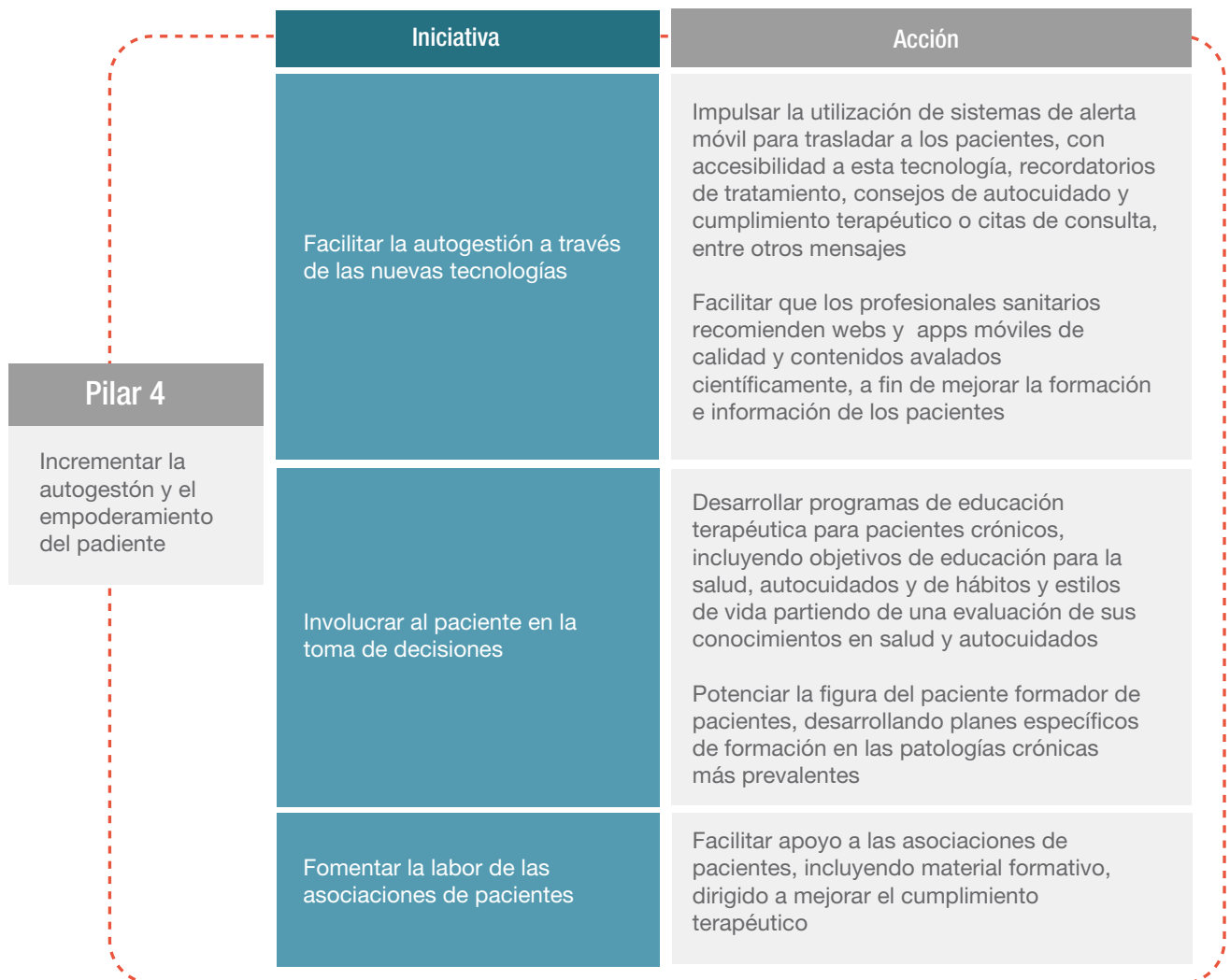
Para el seguimiento de esta acción se propone evaluar cómo este tipo de servicios repercute en mejoras en la adherencia.

Pilar estratégico 4. Incrementar la autogestión y el empoderamiento del paciente

Considerando la definición de adherencia de la OMS, es básico que el paciente comprenda su enfermedad y se comprometa con el tratamiento prescrito, tanto en lo que respecta a la medicación como a las indicaciones de hábitos y estilos de vida (ejercicio, alimentación, autocuidado).

Facilitar la autogestión a través de las nuevas tecnologías, la implicación del paciente en la toma de decisiones y el fomento de las actuaciones de las asociaciones y escuelas de pacientes se presentan como iniciativas clave para facilitar la transición hacia un paciente activo, más responsable, informado y comprometido con la gestión de su enfermedad y con el tratamiento prescrito (Figura 22).

Figura 22. Pilar estratégico 4: iniciativas y acciones



Fuente: análisis EY, 2016

INICIATIVA 4.1. FACILITAR LA AUTOGESTIÓN A TRAVÉS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

ACCIÓN 4.1.1. IMPULSAR LA UTILIZACIÓN DE SISTEMAS DE ALERTA MÓVIL PARA TRASLADAR A LOS PACIENTES, CON ACCESIBILIDAD A ESTA TECNOLOGÍA, RECORDATORIOS DE TRATAMIENTO, CONSEJOS DE AUTOCUIDADO Y CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO O CITAS DE CONSULTA, ENTRE OTROS MENSAJES

Según la OMS, prácticamente el 90% de la población podría beneficiarse de las oportunidades que ofrecen las tecnologías móviles, con un coste relativamente bajo. Así, su generalización podría reducir el coste sanitario per cápita en Europa un 18%, y hasta un 35% en el caso de los pacientes crónicos en el año 2017 (Ref. 25).

La innovación y la tecnología móvil permiten a los profesionales sanitarios y a los pacientes acceder de un modo rápido y sencillo a gran cantidad de información, plataformas de comunicación o sistemas de recordatorios y alertas, entre otros. Así, herramientas como las aplicaciones móviles y los recursos web son instrumentos de gran utilidad para avanzar en mejoras de la adherencia, especialmente en aquellos pacientes con accesibilidad o familiarizados con las nuevas tecnologías.

En el diseño de estos sistemas de alerta deberían participar las organizaciones colegiales profesionales, sociedades científicas y expertos, junto con representantes de las asociaciones de pacientes, a fin de asegurar que responden a las necesidades de los profesionales sanitarios y de los pacientes.

La recomendación de este tipo de dispositivos debe partir de los profesionales sanitarios, tomando en consideración su utilidad para cada paciente en concreto.

En esta línea, el impulso de la utilización de sistemas de alerta móvil y la realización de estudios en los que se analicen los beneficios de su aplicación sobre la salud y la calidad de vida de los pacientes crónicos podría motivar a muchos pacientes a iniciarse en su uso. Para evaluar los resultados y el impacto se propone analizar cómo este tipo de programas repercuten en mejoras en la adherencia.

ACCIÓN 4.1.2. FACILITAR QUE LOS PROFESIONALES SANITARIOS RECOMIENDEN WEBS Y APPS MÓVILES DE CALIDAD Y CONTENIDOS AVALADOS CIENTÍFICAMENTE, A FIN DE MEJORAR LA FORMACIÓN E INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES

La implantación de las TIC en el SNS ha supuesto un cambio en el paradigma de la atención sanitaria. Dentro del ámbito de las nuevas tecnologías asociadas a la salud, la conocida como salud móvil o mHealth está adquiriendo un papel cada vez más protagonista con más de 90.000 apps de salud actualmente disponibles. Tanto es así que en el ámbito europeo se ha creado ya un directorio con el objetivo de ofrecer información de referencia que permita a los pacientes acceder a aplicaciones útiles y fiables. En España, Cataluña y Andalucía han desarrollado también iniciativas institucionales en materia de regulación de las apps de salud (Ref. 25).

En esta línea, resulta de interés trabajar de manera conjunta con los Consejos Generales de Médicos, Farmacéuticos y Enfermería, con las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes en la evaluación y acreditación de las soluciones online disponibles (apps móviles y páginas web), así como en la creación de un catálogo electrónico en el que se incluya una selección avalada que sirva a los pacientes como lugar de referencia de consulta y a los profesionales sanitarios como herramienta de soporte en la práctica clínica.

Para el seguimiento de esta acción se propone considerar el número de webs y apps móviles acreditadas y evaluadas.

INICIATIVA 4.2. INVOLUCRAR AL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES

ACCIÓN 4.2.1. DESARROLLAR PROGRAMAS DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA PARA PACIENTES CRÓNICOS, INCLUYENDO OBJETIVOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, AUTOCUIDADO Y DE HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA PARTIENDO DE UNA EVALUACIÓN DE SUS CONOCIMIENTOS EN SALUD Y AUTOCUIDADOS

El incremento en el número de patologías crónicas, sumado a la creciente participación de los pacientes en la gestión de su enfermedad, hace necesaria la puesta en marcha de acciones específicas dirigidas a mejorar la percepción y el aprendizaje de los pacientes.

Así, se propone desarrollar actividades de educación terapéutica y de apoyo al autocuidado para pacientes crónicos, impartidas por los profesionales sanitarios.

Para facilitar y optimizar estas actividades educativas es necesario desarrollar herramientas sencillas de cribado que permitan a los profesionales sanitarios evaluar los conocimientos en salud y las necesidades de los pacientes en relación con los aspectos que pueden llegar a influir en el cumplimiento y así personalizar el contenido de los recursos y programas en función de los requerimientos de cada colectivo.

Para el seguimiento de esta acción se considerarán el número de programas realizados, los asistentes a los mismos y su impacto en la mejora de la adherencia.

ACCIÓN 4.2.2. POTENCIAR LA FIGURA DEL PACIENTE FORMADOR DE PACIENTES, DESARROLLANDO PLANES ESPECÍFICOS DE FORMACIÓN EN LAS PATOLOGÍAS CRÓNICAS MÁS PREVALENTES

En línea con la acción anterior, es importante desarrollar programas de formación de paciente a paciente en las patologías crónicas más prevalentes. Este tipo de actividades, que pueden incluir talleres y charlas (tanto presenciales como sesiones digitales), son herramientas muy efectivas para mejorar la formación y capacitación de los pacientes, muy especialmente en los de diagnóstico reciente.

Aprovechar la empatía que los pacientes sienten por otras personas en su misma situación resulta además fundamental para facilitar el desarrollo de comportamientos y conductas que contribuyan a mejorar la evolución de la enfermedad y el compromiso de los pacientes con los tratamientos prescritos. Diversas comunidades (como el País Vasco, Cataluña, Castilla y León, Andalucía y Galicia, entre otras) así como algunas sociedades científicas, asociaciones de pacientes y otras entidades, han puesto en marcha iniciativas en este sentido, con resultados positivos.

Los programas tipo Paciente Experto o Paciente Activo promueven el rol del paciente como el principal responsable del autocuidado de su salud y facilitan la adquisición de las competencias necesarias para gestionar los síntomas de la enfermedad, incorporar estilos de vida saludables y conseguir una mejor calidad de vida, siempre en colaboración con los profesionales sanitarios.

Garantizar el éxito de estos programas precisa del análisis y definición de las principales necesidades y retos a los que se enfrentan los pacientes en las patologías objeto de intervención, contando para ello con las asociaciones y escuelas de pacientes. Para el seguimiento de esta acción se considerarán el número de programas realizados, los asistentes y el impacto de esta formación de pacientes formadores de pacientes o pacientes expertos en la mejora de la adherencia.

INICIATIVA 4.3. FOMENTAR LA LABOR DE LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES

ACCIÓN 4.3.1. FACILITAR APOYO A LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES, INCLUYENDO MATERIAL FORMATIVO, DIRIGIDO A MEJORAR EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

Los pacientes con enfermedades crónicas cuentan hoy con una creciente red de apoyo a través de las asociaciones de pacientes, que son altamente valoradas por su proximidad, rigor e independencia.

Estas asociaciones tienen un gran potencial para mejorar la información y la atención proporcionada a los pacientes, mediante la realización de actividades de educación y de apoyo social, contribuyendo a la autogestión, el autocuidado y el empoderamiento de los pacientes. Las asociaciones deben desarrollar sus actividades con el asesoramiento de profesionales sanitarios y expertos, lo que refuerza la calidad de las mismas. Por todo ello, las asociaciones son un elemento clave para mejorar la información y el conocimiento de los pacientes y de los cuidadores, facilitando así su compromiso con el cumplimiento de los tratamientos.

En este contexto, resulta fundamental apoyar la labor de las asociaciones, poniendo a su disposición materiales formativos e informativos, elaborados con la colaboración entre expertos sanitarios y las propias asociaciones de pacientes. Estos materiales podrían ser considerados de referencia para la formación de los pacientes, y en ellos deberían recogerse los principales aspectos que inciden en la mejora en adherencia, ya sean comunes o específicos por patología.

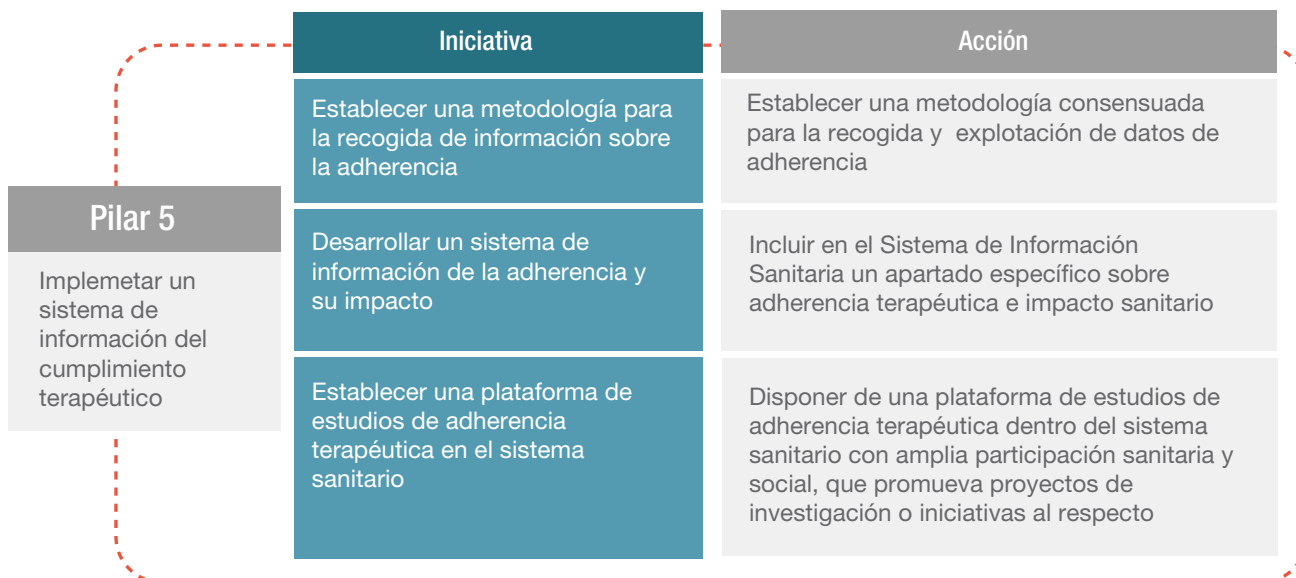
Además, la enfermera, como experta en el área de la promoción del autocuidado, puede desarrollar una importante labor, colaborando con los pacientes y con sus asociaciones en la mejora de su formación, en la identificación de barreras, capacidades y necesidades de autocuidados.

Para evaluar los resultados de esta acción se considerarán las actividades realizadas por las asociaciones de pacientes, los colectivos diana a los que se han dirigido y la repercusión en la mejora de la adherencia.

Pilar estratégico 5. Implementar un sistema de información del cumplimiento terapéutico

Un objetivo fundamental de este Plan es que sea viable en el tiempo, que perdure y que ayude a garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario. Por ello, es clave disponer de un sistema de información específico que permita medir los avances logrados y que impulse la realización de estudios en este ámbito.

Así, en este pilar se incluyen iniciativas orientadas a la recogida, construcción y análisis de datos de adherencia, que sirvan de base para la toma de decisiones, partiendo de una metodología robusta y consensuada, que reporte a un sistema de información sobre la adherencia y su impacto en el marco de los sistemas de información de la sanidad pública y la creación de una plataforma de estudios de adherencia (Figura 23).

Figura 23. Pilar estratégico 5: iniciativas y acciones

Fuente: análisis EY, 2016

INICIATIVA 5.1. ESTABLECER UNA METODOLOGÍA PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN SOBRE LA ADHERENCIA

ACCIÓN 5.1.1. ESTABLECER UNA METODOLOGÍA CONSENSUADA PARA LA RECOGIDA Y EXPLOTACIÓN DE DATOS DE ADHERENCIA

Ante la falta de homogeneidad en la metodología utilizada en las diversas iniciativas puestas en marcha para medir el nivel de adherencia, se hace necesario consensuar un procedimiento uniforme, que incluya también aspectos sociológicos y culturales. Esta propuesta debería estar consensuada con administraciones sanitarias, organizaciones colegiales profesionales, sociedades científicas y pacientes.

Para evaluar el grado de implantación de la propuesta será necesario analizar la disponibilidad de una metodología robusta, sensible y fiable para la recogida y explotación de datos de adherencia.

INICIATIVA 5.2. DESARROLLAR UN SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA ADHERENCIA Y SU IMPACTO

ACCIÓN 5.2.1. INCLUIR EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA UN APARTADO ESPECÍFICO SOBRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA E IMPACTO SANITARIO

A pesar de los importantes avances realizados, nuestro sistema sanitario todavía no ha completado una red de información que genere conocimiento y permita anticipar y dar respuesta a los retos y demandas de nuestra sociedad (incluidos pacientes y profesionales), y que facilite el progreso de las políticas autonómicas de salud y el fortalecimiento del SNS en su conjunto.

Por ello se propone incluir en los Sistemas de Información Sanitaria aspectos y datos relacionados con el cumplimiento terapéutico y su impacto sanitario, económico y social.

La elaboración de un registro específico requiere de la definición de las bases tanto conceptuales como técnicas (definición del óptimo) que guiarán su desarrollo, haciendo especial hincapié en los aspectos relacionados con la integración, la interoperabilidad y la accesibilidad de los datos.

Para evaluar la acción se considerará la disponibilidad, accesibilidad y utilidad de este registro.

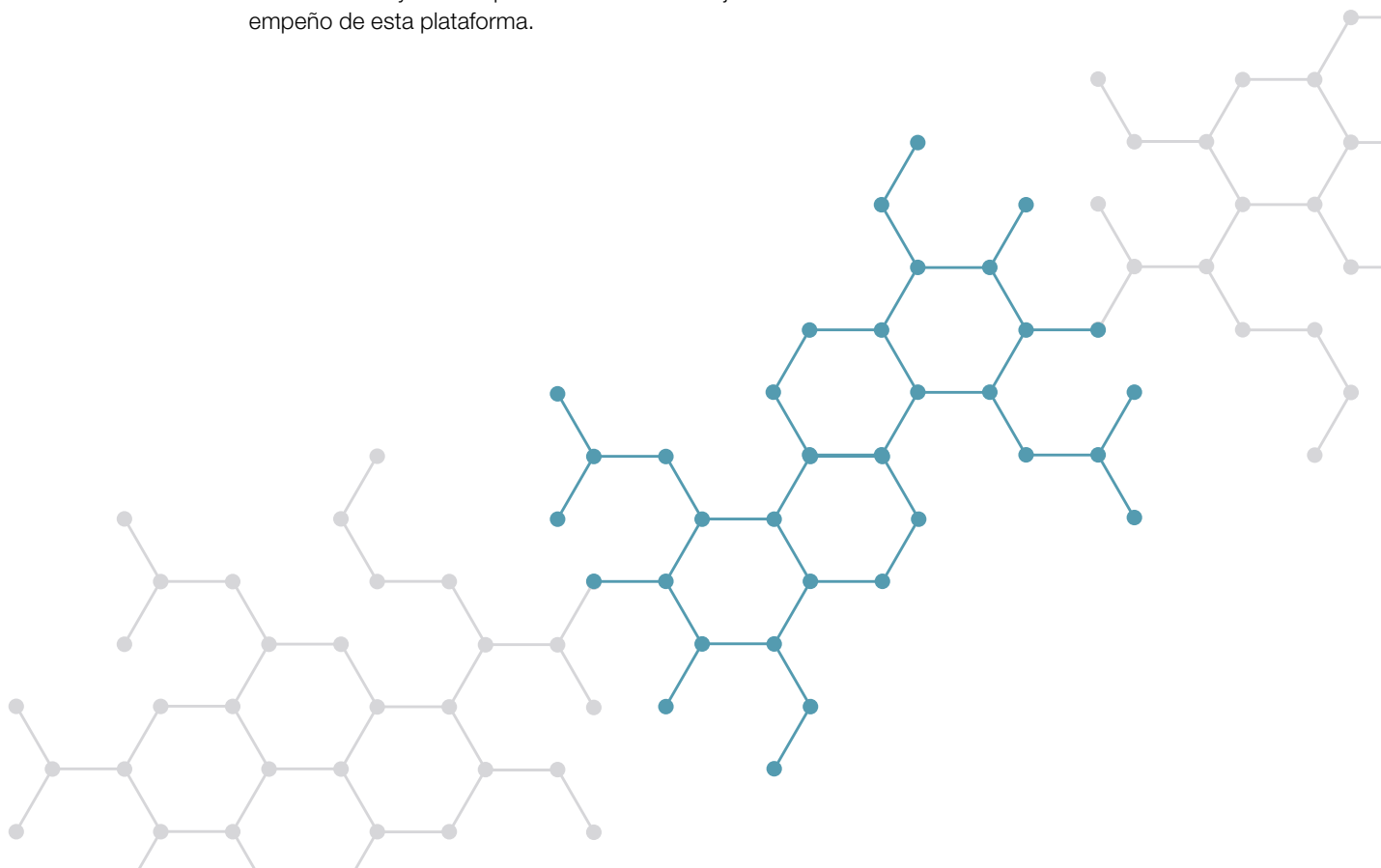
INICIATIVA 5.3. ESTABLECER UNA PLATAFORMA DE ESTUDIOS DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL SISTEMA SANITARIO

5.3.1. DISPONER DE UNA PLATAFORMA DE ESTUDIOS DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO CON AMPLIA PARTICIPACIÓN SANITARIA Y SOCIAL, QUE PROMUEVA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN O INICIATIVAS AL RESPECTO

Dado el impacto que la falta de adherencia tiene sobre los resultados en salud de los pacientes y sobre la propia sostenibilidad del sistema sanitario, se hace necesaria la puesta en marcha desde el sistema sanitario de una plataforma de estudios común que monitorice los avances en la mejora de la adherencia, la revisión de las iniciativas abordadas y promueva proyectos de investigación o iniciativas al respecto.

Esta plataforma se concibe como un órgano de trabajo, que cuente con la participación de todos los sectores involucrados: administraciones sanitarias, organizaciones colegiales profesionales, sociedades científicas, expertos, asociaciones de pacientes y de la industria farmacéutica. Su finalidad es promover proyectos de investigación o iniciativas dirigidas a mejorar la adherencia que permitan disponer de evidencias científicas sobre los diferentes aspectos relacionados con la adherencia y sobre las estrategias más efectivas para su abordaje.

Las revisiones y análisis periódicos de los trabajos desarrollados facilitarán la evaluación del desempeño de esta plataforma.







6 Despliegue estratégico del Plan

6. Despliegue estratégico del Plan

Pilar estratégico 0		
Optimizar el proceso de la prescripción médica para favorecer la adherencia		
Iniciativa 0.1		
Dedicar a cada paciente el tiempo necesario		
Acción 0.1.1	Favorecer un tiempo suficiente de consulta para la atención de los pacientes	
	Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	Realizar estudios comparativos dirigidos a medir la relación entre la adherencia y el tiempo de consulta Evaluar la adecuación entre cargas de trabajo, recursos y actividades para mejorar los tiempos de consulta
	Comunidades Autónomas	
	Colaboradores	
Sociedades Científicas		
Iniciativa 0.2		
Alcanzar un buen acuerdo terapéutico médico-paciente		
Acción 0.2.1	Asegurar que el paciente recibe del médico la información adecuada	
	Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	Realizar estudios dirigidos a medir las percepciones y actitudes del paciente ante la información recibida y la adherencia al tratamiento Evaluar el grado de satisfacción del paciente sobre la información recibida en relación a su diagnóstico y a las alternativas terapéuticas disponibles
	Comunidades Autónomas	
	Colaboradores	
Sociedades Científicas		
Iniciativa 0.3		
Alcanzar un buen acuerdo terapéutico médico-paciente		
Acción 0.3.1	Facilitar que el médico prescriba a cada paciente el medicamento más adecuado para él	
	Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	Encuestas/estudios dirigidas a médicos asistenciales con el fin de evaluar la relación entre la individualización del tratamiento y la
	Comunidades Autónomas	
	Colaboradores	
Organizaciones Colegiales Profesionales, Sociedades Científicas		
Acción 0.3.2	Asegurar que los sistemas de prescripción faciliten el proceso	
	Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	Evaluar el grado en el que los sistemas de ayuda a la prescripción facilitan una prescripción médica ágil e individualizada y su repercusión sobre los niveles de adherencia
Comunidades Autónomas		

Pilar estratégico 1			
Concienciar sobre la importancia de la adherencia			
Iniciativa 1.1			
Incluir objetivos específicos en materia de adherencia dentro de las políticas sanitarias			
Acción 1.1.1	Incluir objetivos específicos en materia de adherencia dentro de las políticas sanitarias		
		Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	Para el desarrollo de esta acción se estima un periodo de 12 meses	Revisión y análisis de la políticas sanitarias con el fin de evaluar la incorporación de los objetivos y de las acciones establecidas
	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad		
	Colaboradores		
Sociedades Científicas			
Iniciativa 1.2			
Poner en valor el medicamento y su uso responsable			
Acción 1.2.1	Desarrollar campañas en medios de comunicación para poner en valor la importancia de la adherencia		
		Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	La duración prevista para el desarrollo de estas campañas es de 8 meses	Campañas relizadas e impacto de las mismas
	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad		
	Colaboradores		
Comunidades Autónomas, Organizaciones Colegiales Profesionales, Sociedades Científicas			
Acción 1.2.2	Realizar actividades que pongan en valor el medicamento y su uso responsable		
		Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	El cronograma previsto para el desarrollo de esta acción es de 21 meses	Acuerdos de colaboración con universidades y centros de formación posgrado
	Comunidades Autónomas		
	Colaboradores		Actividades realizadas, alcance e impacto entre participantes
Organizaciones Colegiales Profesionales, Sociedades Científicas			
Iniciativa 1.3			
Identificar, definir y transmitir mensajes clave para pacientes de mayor riesgo			
Acción 1.3.1	Elaborar y difundir materiales con mensajes clave que puedan ser trasladados por los profesionales sanitarios, a través de los programas de actuación que se lleven a cabo para mejorar la adherencia a los tratamientos		
		Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	Se estima que el tiempo necesario para llevar a cabo esta acción es de 8 meses	Materiales elaborados y difundidos o iniciativas puestas en marcha
	Comunidades Autónomas		
	Colaboradores		Alcance e impacto en la percepción por parte de los pacientes de la importancia de la adherencia
Organizaciones Colegiales Profesionales, Sociedades Científicas, Asociaciones de Pacientes			

Pilar estratégico 2			
Establecer un programa de adherencia terapéutica			
Iniciativa 2.1			
Promover un algoritmo de medición de la adherencia			
Acción 2.1.1	Consensuar e implantar un algoritmo que permita medir la adherencia al tratamiento		
		Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	Esta acción tiene un cronograma previsto de 14 meses	Evaluar el grado de implantación y utilización del algoritmo
	Organizaciones Colegiales Profesionales, Sociedades Científicas		
	Colaboradores		
Comunidades Autónomas			
Iniciativa 2.2			
Definir protocolos de coordinación y actuación ante pacientes con sospecha de perfil incumplidor			
Acción 2.2.1	Desarrollar programas de formación sobre adherencia al tratamiento para todos los profesionales sanitarios		
		Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	Esta acción tiene un cronograma previsto de 12 meses	Evaluar el número de programas desarrollados y su idoneidad Estudiar el impacto de la formación de los profesionales sobre la adherencia
	Organizaciones Colegiales Profesionales, Sociedades Científicas		
	Colaboradores		
Comunidades Autónomas			
Acción 2.2.2	Establecer circuitos de información y coordinación entre todos los profesionales sanitarios, ante pacientes con perfil incumplidor		
		Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	Se ha establecido un período de 8 meses para la realización de esta acción	Evaluar el número y el grado de implantación de protocolos de comunicación entre médicos y farmacéuticos en relación al cumplimiento terapéutico
	Comunidades Autónomas		
	Colaboradores		
Organizaciones Colegiales Profesionales, Sociedades Científicas			
Acción 2.2.3	Definir en función de los factores y causas del incumplimiento, estrategias de actuación individualizada, que incluyan actividades específicas para médicos, enfermeras y farmacéuticos		
		Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	Se prevé un tiempo de 15 meses para la consecución de los objetivos de esta acción	Realizar estudios clínicos dirigidos a evaluar la efectividad de las estrategias de intervención desarrolladas
	Organizaciones Colegiales Profesionales, Sociedades Científicas		
	Colaboradores		
Comunidades Autónomas			

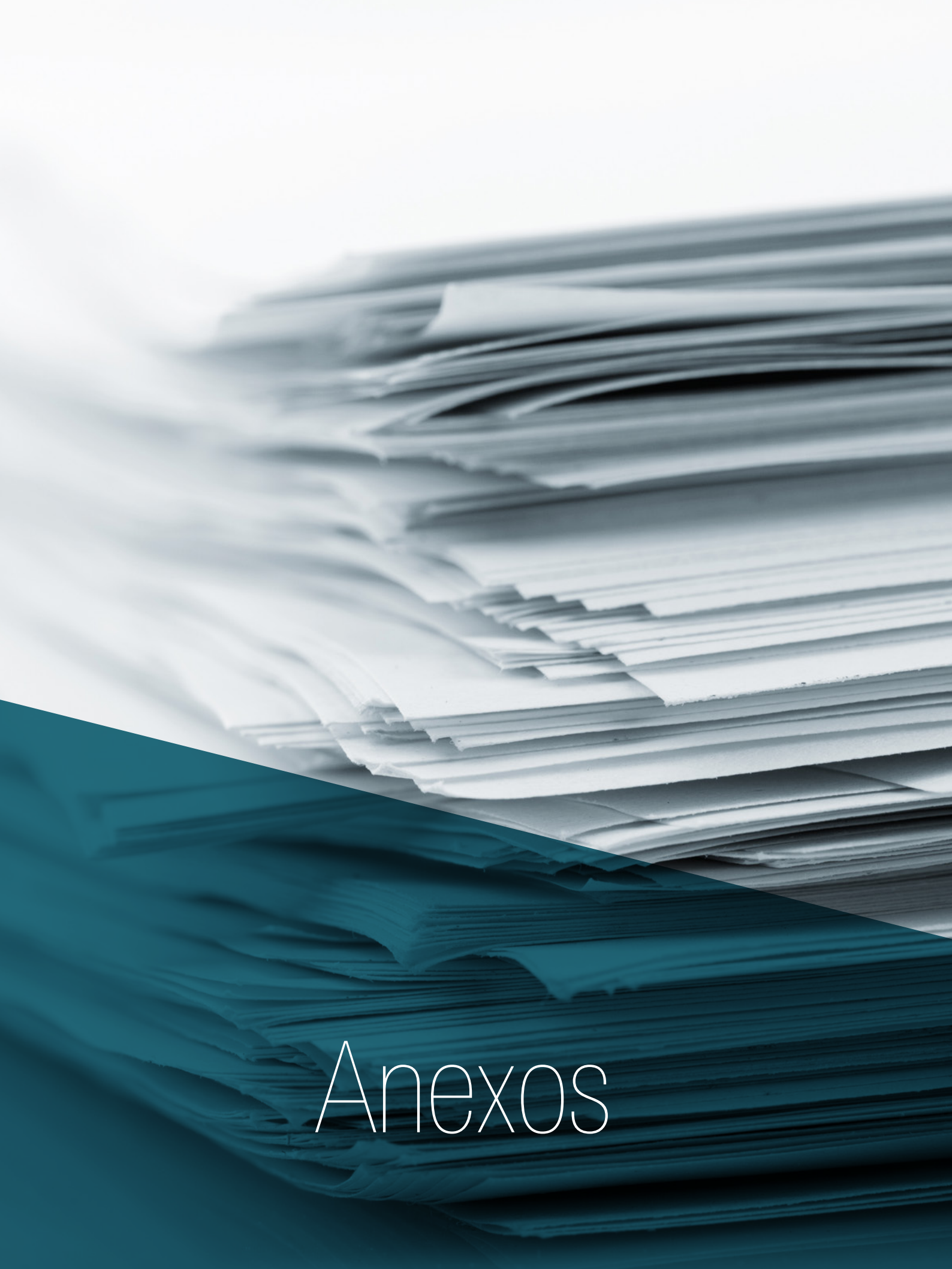
Iniciativa 2.3			
Mejorar el seguimiento del paciente			
Acción 2.3.1	Potenciar la comunicación, coordinación y continuidad entre niveles asistenciales y el seguimiento los pacientes		
		Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	Esta acción tiene un cronograma previsto de 15 meses	Disponibilidad y utilización de protocolos de coordinación y continuidad entre niveles asistenciales
	Comunidades Autónomas		Evaluar el impacto de las actuaciones de coordinación y continuidad protocolizadas sobre la mejora de la adherencia
Acción 2.3.2	Incorporar un módulo específico sobre la adherencia en la receta electrónica que facilite la introducción de información sobre el cumplimiento y que incluya un sistema de mensajería/alertamente los profesionales		
		Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	Se prevé un tiempo de 14 meses para completar esta acción	Evaluar el grado de implantación de este módulo y su efectividad en la mejora de la coordinación entre médicos y farmacéuticos y su impacto el cumplimiento terapéutico
	Comunidades Autónomas		
	Colaboradores		
Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y Organizaciones Colegiales Profesionales			

Pilar estratégico 3			
Reducir la complejidad del régimen terapéutico			
Iniciativa 3.1			
Poner en valor las preferencias del paciente en el circuito de prescripción y dispensación			
Acción 3.1.1	Evaluar la complejidad de los regímenes terapéuticos para adaptarlos a las necesidades de cada paciente		
		Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	El cronograma previsto para el desarrollo de esta acción es de 10 meses	Estudiar el impacto de la utilización por parte del médico de programas tipo “self audit” y su repercusión en mejoras de adherencia Evaluar la implantación y los resultados en términos de adherencia de una “Hoja Terapéutica Común”
	Comunidades Autónomas		
	Colaboradores		
Organizaciones Colegiales Profesionales, Sociedades, Científicas, Asociaciones de Pacientes, Industria farmacéutica			
Iniciativa 3.2			
Optimizar y simplificar los tratamientos			
Acción 3.2.1	Poner en valor las presentaciones de medicamentos y los dispositivos que favorezcan la adherencia		
		Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	En función de las actividades calendarizadas, se estima un tiempo de 15 meses asociado al desarrollo de esta acción	Número de medicamentos y presentaciones incluidas en la prestación farmacéutica del SNS Evaluar los resultados en la mejora de la adherencia de los medicamentos y dispositivos diseñados con esta finalidad
	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad		
	Colaboradores		
Comunidades Autónomas			
Iniciativa 3.3			
Evitar pérdidas de adherencia por motivo de confusión			
Acción 3.3.1	Facilitar la continuidad en las dispensaciones de medicamentos a fin de evitar confusiones		
		Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	En relación con las actividades calendarizadas, se estima un tiempo de 5 meses	Evaluar el y el grado de continuidad en las dispensaciones repercute en mejoras en la adherencia
	Comunidades Autónomas		
	Colaboradores		
Consejo General de Colegio Oficial de Farmacéuticos			
Acción 3.3.2	Facilitar la continuidad en las dispensaciones de medicamentos a fin de evitar confusiones		
		Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	La consecución de los objetivos previstos en esta acción requiere de 9 meses de trabajo	Evaluar el grado en el que este tipo de programas repercute en mejoras en la adherencia
Consejo General de Colegio Oficial de Farmacéuticos			

Pilar estratégico 4			
Incrementar la autogestión y el empoderamiento del paciente			
Iniciativa 4.1			
Facilitar la autogestión a través de las nuevas tecnologías			
Acción 4.1.1	Impulsar la utilización de sistemas de alerta móvil para trasladar a los pacientes, con accesibilidad a esta tecnología, recordatorios de tratamiento, consejos de autocuidado y cumplimiento terapéutico o cifras de consulta, entre otros mensajes		
		Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	La duración prevista para el desarrollo y puesta en marcha de esta acción es de 8 meses	Evaluar el grado en el que este tipo de programas repercute en mejoras en la adherencia
	Comunidades Autónomas		
	Colaboradores		
Organizaciones Colegiales Profesionales, Sociedades Científicas, Asociaciones de Pacientes, Industria farmacéutica			
Acción 4.1.2	Facilitar que los profesionales sanitarios recomienden webs y apps móviles de calidad y contenidos avalados científicamente, a fin de mejorar la formación e información de los pacientes		
		Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	El cronograma previsto para el desarrollo de esta acción es de 14 meses	Número de webs y apps móviles acreditadas y evaluadas
	Comunidades Autónomas		
	Colaboradores		
Organizaciones Colegiales Profesionales, Sociedades Científicas, Asociaciones de Pacientes, Industria farmacéutica			

Iniciativa 4.2			
Involucrar al paciente en la toma de decisiones			
Acción 4.2.1	Desarrollar programas de educación terapéutica para pacientes crónicos, incluyendo objetivos de educación para la salud , autocuidados y de hábitos y estilos de vida, partiendo de una evaluación de sus conocimientos en salud y autocuidados		
		Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	Se ha asociado un tiempo de 16 meses a la definición y ejecución de los programas de educación terapéutica	Número de programas realizados y asistentes Evaluar el impacto de esta formación en la mejora de la adherencia
	Comunidades Autónomas		
	Colaboradores		
Organizaciones Colegiales Profesionales, Sociedades Científicas, Asociaciones de Pacientes, Industria farmacéutica			
Acción 4.2.2	Potenciar la figura del paciente formador de pacientes, desarrollando planes específicos de formación en las patologías crónicas más prevalentes		
		Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	Se ha asociado un tiempo de 16 meses a la definición y ejecución de los programas de educación terapéutica	Actividades realizadas por las asociaciones, los colectivos diana y la repercusión en la mejora de la adherencia
	Asociaciones pacientes		
	Colaboradores		
Organizaciones Colegiales Profesionales, Sociedades Científicas, Industria farmacéutica			
Iniciativa 4.3			
Fomentar la labor de las asociaciones de pacientes			
Acción 4.3.1	Facilitar apoyo a las asociaciones de pacientes, incluyendo material formativo, dirigido a mejorar el cumplimiento terapéutico		
		Cronograma	Indicadores
	Gobernanza	Se ha previsto una duración de 8 meses para el desarrollo de los materiales formativos y su difusión entre los afiliados de las asociaciones	Actividades realizadas por las asociaciones, los colectivos diana y la repercusión en la mejora de la adherencia
	Comunidades Autónomas		
	Colaboradores		
Organizaciones Colegiales Profesionales, Sociedades Científicas			

Pilar estratégico 5			
Implementar un sistema de información del cumplimiento terapéutico			
Iniciativa 5.1			
Establecer una metodología para la recogida de información sobre la adherencia			
Acción 5.1.1	Establecer una metodología consensuada para la recogida y explotación de datos de adherencia		
		Cronograma	Indicadores
	Gobernanza Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Colaboradores Organizaciones Colegiales Profesionales, Sociedades Científicas, Asociaciones de Pacientes, Industria farmacéutica	El cronograma previsto para el desarrollo de esta acción es de 12 meses. Del desarrollo de esta acción dependen el resto de acciones incluidas en este pilar	Disponibilidad de una metodología robusta, sensible y fiable
Iniciativa 5.2			
Desarrollar un sistema de información de la adherencia y su impacto			
Acción 5.2.1	Incluir en el Sistema de Información Sanitaria un apartado sobre adherencia terapéutica e impacto sanitario		
		Cronograma	Indicadores
	Gobernanza Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Colaboradores Comunidades Autónomas	Se ha estimado en 14 meses, el tiempo necesario para el desarrollo de una base de datos específica en materia de adherencia	Evaluar la disponibilidad, accesibilidad y utilidad de un registro que incluya indicadores de adherencia
Iniciativa 5.3			
Establecer una plataforma de estudios de adherencia terapéutica en el sistema sanitario			
Acción 5.3.1	Disponer de una plataforma de estudios de adherencia terapéutica dentro del sistema sanitario con amplia participación sanitaria y social, que promueva proyectos de investigación o iniciativas al respecto		
		Cronograma	Indicadores
	Gobernanza Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Colaboradores Comunidades Autónomas, Organizaciones Colegiales Profesionales, Sociedades Científicas, Asociaciones de Pacientes	La duración prevista para el desarrollo de la plataforma es de aproximadamente 9 meses	Actividades desarrolladas por la plataforma así como su impacto: evidencias científicas sobre el problema de la falta de adherencia, repercusión económica, intervenciones efectivas, líneas de mejora y logros, entre otros



Anexos

Anexo 1. Análisis del impacto económico de la adherencia en enfermedad cardiovascular, EPOC, diabetes tipo 2 y depresión mayor

En paralelo al desarrollo del Plan, se ha llevado a cabo un análisis del impacto de la adherencia. El objetivo ha sido otorgar un valor, tanto clínico como económico, al cumplimiento terapéutico; este no se había realizado hasta ahora en nuestro país. El análisis se ha realizado en cuatro patologías seleccionadas por su prevalencia y por el impacto que la adherencia tiene sobre ellas:

- ECV.
- EPOC.
- Diabetes tipo 2.
- Depresión mayor.

El estudio se basa en la comparación de dos escenarios. Uno primero, en el que se ha estimado la carga actual de la enfermedad en base a la prevalencia y la distribución de pacientes adherentes y no adherentes. En este escenario también se han considerado los eventos, o el modo en el que se mide el efecto de la enfermedad, en cada cohorte y en su conjunto.

En el segundo escenario se ha estimado el cambio en la carga de las enfermedades al aumentar la adherencia sobre la cohorte de pacientes no adherentes.

Cabe señalar, que, de acuerdo con los estudios contemplados en cada uno de los análisis, se considera que un paciente es adherente cuando retira la medicación un 80% de las veces. Por debajo del 60%, se considera que el paciente no es adherente (Ref. 26) (Ref. 27). Al incrementar ese porcentaje, el modelo permite estimar el impacto que tendría la mejora de la adherencia sobre los resultados en salud. Para ello, se han representado dos casuísticas: un incremento en un punto porcentual, es decir, al pasar de un 60% a un 61% los niveles de adherencia de la cohorte no adherente, y un aumento en diez puntos del nivel de adherencia (70%).

De este modo se obtiene una estimación de la **nueva carga de la enfermedad**. La diferencia entre ambos escenarios, es decir, la diferencia entre la carga actual y la nueva carga, representa el efecto de la mejora de adherencia.

Cabría añadir que el análisis realizado solo tiene en cuenta los costes sanitarios directos (desde la perspectiva del SNS), sin evaluar el impacto de los costes directos no sanitarios ni los costes indirectos derivados de la falta de adherencia. De esta forma, el impacto real de la adherencia podría ser aún mayor.



El análisis realizado en estas cuatro patologías demuestra el gasto sanitario directo evitable (ahorros) por la mejora de la adherencia"

Modelo para EPOC

CARACTERÍSTICAS DEL ANÁLISIS

Se ha diseñado un modelo para evaluar el impacto de la adherencia al tratamiento de la EPOC en nuestro país, que basa su concepción en una revisión de la literatura publicada a partir del año 2005. De esta revisión, se seleccionaron aquellos estudios que reportaban resultados clínicos para fármacos de primera elección en el tratamiento de EPOC (como el tiotropium) y aquellos que contenían información sobre la relación adherencia-efectividad, ambos necesarios para el diseño del modelo. Los estudios revisados que tenían como objetivo estimar la relación de coste-efectividad de los tratamientos en análisis utilizaban modelos de Markov con una estructura conceptual basada en una aproximación de pacientes por cohortes, en los que los estados de salud se asociaban a la gravedad de la enfermedad según la clasificación GOLD, que utiliza la función pulmonar para estimar la gravedad de la misma (Ref. 28). El riesgo de sufrir una agudización, así como el impacto sobre la calidad de vida y la mortalidad, también se asociaba a la gravedad de la enfermedad.

De acuerdo a estas consideraciones, comunes en la mayoría de los modelos de coste-efectividad para esta área terapéutica, se desarrolló un modelo de Markov. El modelo simula la evolución de los pacientes con EPOC en los estadios II, III o IV que requieren tratamiento de mantenimiento. Además, cada uno de estos estados puede llevar a un estado agudizado o de exacerbación, y al estado absorbente de la muerte. De este modo, se consideran siete estados de salud a los que se les asocian costes y consecuencias clínicas específicas (al estado muerte no se le asocia ningún coste, tal y como se ha consensuado en otros estudios). Los estados de salud del modelo son excluyentes, es decir, los pacientes sólo pueden estar en un estado de salud en un momento determinado.

El objetivo del modelo es comparar cohortes diferentes según el criterio de adherencia o no adherencia con probabilidades de transición diferentes y, por ende, se estiman los costes y resultados de salud esperados para cada cohorte en estudio.

La duración de los ciclos es de ocho días en el primer ciclo y de un mes para el resto, lo que permite una óptima granularidad de los costes y eventos en salud. Durante cada ciclo, los pacientes pueden permanecer en el mismo estado de salud o pasar a un estado de salud diferente hasta progresar al estado de muerte. El horizonte temporal del análisis es de dos años.

Los resultados en salud se expresan en exacerbaciones evitadas en toda la población española prevalente y los costes se estiman como costes asociados a dichos eventos, ambos vinculados a cada grupo, adherente y no adherente. De este modo, los resultados del análisis se expresarán tanto como por el coste incremental de no ser adherente al tratamiento como por las exacerbaciones y muertes que se atribuyen a esta falta de cumplimiento.

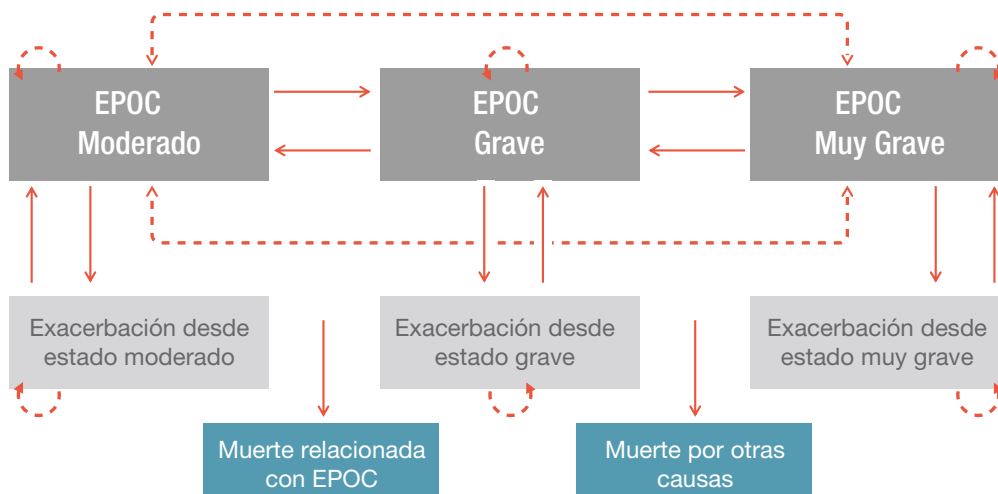
Cabe señalar que las probabilidades procedentes de los ensayos clínicos de pacientes, y que reflejan la evolución, cambian en dos momentos: primero, tras el primer ciclo, y después, una vez se inicia el segundo año tras el inicio del estudio. Esto es, de acuerdo a los estudios de base, debido a que en el primer ciclo, cuando se inicia el tratamiento, se reflejan de forma más significativa las mejoras en la función pulmonar como consecuencia de la iniciación del mismo (Ref. 26).

Los parámetros utilizados y los supuestos realizados han sido validados por el doctor Marc Miravittles Fernández.

POBLACIÓN

La población del análisis basal refleja el consenso de la guía de práctica clínica del año 2010, en la cual se estipula que los pacientes con EPOC moderada, grave y muy grave pueden ser susceptibles de recibir tratamiento de mantenimiento (Ref. 29) (Figura 24).

Figura 24. Esquema de Markov propuesto para EPOC



Fuente: adaptado de Elliott RA, et al., 2014

A partir de la literatura disponible (Ref. 26) se ha estimado que la cohorte de pacientes con EPOC al iniciar la simulación, se distribuye en un 55,2% de los pacientes con EPOC moderada, un 34,9% con EPOC grave y 9,9% con EPOC muy grave. La edad media de los pacientes al inicio del modelo es de 65 años. Estos mismos supuestos se han utilizado tanto para la cohorte adherente como la no adherente, teniendo en cuenta que, de acuerdo a los datos de prevalencia (Ref. 29), los pacientes totales con EPOC serían 1.110.648, y, en función de un estudio publicado (Ref. 30), estimamos que el porcentaje de pacientes adherentes en EPOC es del 41% y los no adherentes el 59%.

ESTADOS DE SALUD

Los estados de salud incluidos en el modelo representan una combinación entre el grado de gravedad de la enfermedad y la presencia de exacerbaciones. A continuación se describen los estados de salud contemplados en el modelo:

- EPOC moderada sin exacerbaciones
- EPOC moderada con exacerbaciones.
- EPOC grave sin exacerbaciones.
- EPOC grave con exacerbaciones.
- EPOC muy grave sin exacerbaciones.
- EPOC muy grave con exacerbaciones.
- Muerte.

El modelo es lo suficientemente flexible como para permitir el tránsito de los pacientes entre los estados de salud descritos, permitiendo también el tránsito de pacientes de un estado de gravedad mayor a uno menor. Desde los estados de exacerbación sólo se puede volver al estado del ciclo anterior a la exacerbación y de todos los estados de salud el paciente puede transitar al estado absorbente.

ESTRUCTURA DEL MODELO

De acuerdo a lo que recomiendan las guías de evaluación económica, el modelo se ha construido siguiendo las características imprescindibles de un modelo de evaluación económica en salud: validez, transparencia, reproducibilidad, flexibilidad y credibilidad (Ref. 31).

PERIODICIDAD DE LOS CICLOS DEL MODELO

La duración del primer ciclo es de ocho días, y la de los otros ciclos, de un mes, lo que permite conseguir una buena granularidad de los datos de costes y eventos.

HORIZONTE TEMPORAL

El horizonte temporal considerado es de dos años, lo que nos permite modelizar el impacto de la adherencia en evolución y agudización de la enfermedad, pudiendo optimizar la incorporación de costes y consecuencias de la enfermedad.

PERSPECTIVA

El análisis se ha llevado a cabo desde la perspectiva del SNS, incluyendo sólo los costes sanitarios directos.

DESCUENTO

Se ha aplicado una tasa de descuento anual del 3,5%, tanto para costes como para efectos futuros (más allá de un año), tal y como recomiendan las guías de evaluación económica (Ref. 31).

PARÁMETROS DEL MODELO

DATOS CLÍNICOS

Los datos clínicos han sido obtenidos a partir de la revisión de la literatura disponible (Ref. 26). Las probabilidades de transición tanto para el primer ciclo como para los ciclos subsiguientes se presentan en las tablas uno a la seis.

La mortalidad depende del estado de gravedad, con un riesgo mayor a medida que el paciente progresa en la enfermedad de EPOC moderada a grave. El modelo no contempla un aumento del riesgo de mortalidad en pacientes con exacerbaciones graves; se asume que la mortalidad asociada a la gravedad de la enfermedad ya considera el componente de aumento del riesgo de las exacerbaciones.

Además de estimar las probabilidades de transición entre los estados de salud asociados a la gravedad, también se han estimado las probabilidades basales de padecer exacerbaciones según la gravedad de la enfermedad tanto para la cohorte de pacientes que son adherentes como para los que no lo son (Tabla 1) (Tabla 2) (Tabla 3) (Tabla 4) (Tabla 5) (Tabla 6).

Es importante destacar, que, aunque no se contempla en las probabilidades de transición, las exacerbaciones se dividen en dos tipos según su gravedad (Tabla 7).

Tabla 1. Probabilidades de transición en la cohorte de pacientes adherentes. Ciclos de 8 días, primer año

Probabilidades de transición en la cohorte adherente: primer ciclo (8 días)							
Estado final Estado de partida	Moderado	Exacerbación desde moderado	Grave	Exacerbación desde grave	Muy grave	Exacerbación desde muy grave	Muerte por EPOC
Moderado	0,85500	0,05100	0,09200	-	0,00100	-	0,00100
Exacerbación desde moderado	0,99900	-	-	-	-	-	0,00100
Grave	0,25900	-	0,64000	0,07500	0,02500	-	0,00100
Exacerbación desde grave	-	-	0,99900	-	-	-	0,00100
Muy grave	0,01000	-	0,34000	-	0,55200	0,09600	0,00200
Exacerbación desde muy grave	-	-	-	-	0,99800	-	0,00200

Fuente: adaptado de Rutten-Van Mölken MPMH, et al., 2007

Tabla 2. Probabilidades de transición en la cohorte de pacientes no adherentes. Ciclos de 8 días, primer año

Probabilidades de transición en la cohorte adherente: primer ciclo (8 días)							
Estado final Estado de partida	Moderado	Exacerbación desde moderado	Grave	Exacerbación desde grave	Muy grave	Exacerbación desde muy grave	Muerte por EPOC
Moderado	0,83196	0,07344	0,09200	-	0,00100	-	0,00160
Exacerbación desde moderado	0,99840	-	-	-	-	-	0,00160
Grave	0,25900	-	0,60640	0,10800	0,0250	-	0,00160
Exacerbación desde grave	-	-	0,99840	-	-	-	0,00160
Muy grave	0,01000	-	0,34000	-	0,4970	0,1498	0,00320
Exacerbación desde muy grave	-	-	-	-	0,9968	-	0,00320

Fuente: adaptado de Rutten-Van Mölken MPMH, et al., 2007

Tabla 3. Probabilidades de transición en la cohorte de pacientes adherentes. Ciclos de 1 mes, primer año

Probabilidades de transición en la cohorte adherente: segundo ciclo (12 ciclos mensuales)							
Estado final Estado de partida	Moderado	Exacerbación desde moderado	Grave	Exacerbación desde grave	Muy grave	Exacerbación desde muy grave	Muerte por EPOC
Moderado	0,90500	0,05100	0,04000	-	0,00300	-	0,00100
Exacerbación desde moderado	0,99900	-	-	-	-	-	0,00100
Grave	0,02300	-	0,87700	0,07500	0,02300	-	0,00200
Exacerbación desde grave	-	-	0,99800	-	-	-	0,00200
Muy grave	0,01000	-	0,04500	-	0,85000	0,09600	0,00800
Exacerbación desde muy grave	-	-	-	-	0,99200	-	0,00800

Fuente: adaptado de Rutten-Van Mölken MPMH, et al., 2007

Tabla 4. Probabilidades de transición en la cohorte de pacientes no adherentes. Ciclos de 1 mes, primer año

Probabilidades de transición en la cohorte adherente: segundo ciclo (12 ciclos mensuales)							
Estado final Estado de partida	Moderado	Exacerbación desde moderado	Grave	Exacerbación desde grave	Muy grave	Exacerbación desde muy grave	Muerte por EPOC
Moderado	0,88196	0,07344	0,04000	-	0,00300	-	0,00160
Exacerbación desde moderado	0,99840	-	-	-	-	-	0,00160
Grave	0,02300	-	0,84280	0,10800	0,02300	-	0,00320
Exacerbación desde grave	-	-	0,99680	-	-	-	0,00320
Muy grave	0,01000	-	0,04500	-	0,79144	0,14976	0,01280
Exacerbación desde muy grave	-	-	-	-	0,98720	-	0,01280

Fuente: adaptado de Rutten-Van Mölken MPMH, et al., 2007

Tabla 5. Probabilidades de transición en la cohorte de pacientes adherentes. Ciclos de 1 mes, segundo año

Probabilidades de transición en la cohorte adherente: tercer ciclo (12 ciclos mensuales)							
Estado final Estado de partida	Moderado	Exacerbación desde moderado	Grave	Exacerbación desde grave	Muy grave	Exacerbación desde muy grave	Muerte por EPOC
Moderado	0,93300	0,05100	0,01500	-	-	-	0,00100
Exacerbación desde moderado	0,99900	-	-	-	-	-	0,00100
Grave	-	-	0,91500	0,07500	0,00800	-	0,00200
Exacerbación desde grave	-	-	0,99800	-	-	-	0,00200
Muy grave	-	-	-	-	0,89600	0,09600	0,00800
Exacerbación desde muy grave	-	-	-	-	0,99200	-	0,00800

Fuente: adaptado de Rutten-Van Mölken MPMH, et al., 2007

Tabla 6. Probabilidades de transición en la cohorte de pacientes no adherentes. Ciclos de 1 mes, segundo año

Probabilidades de transición en la cohorte adherente: tercer ciclo (12 ciclos mensuales)							
Estado final Estado de partida	Moderado	Exacerbación desde moderado	Grave	Exacerbación desde grave	Muy grave	Exacerbación desde muy grave	Muerte por EPOC
Moderado	0,90996	0,07344	0,01500	-	-	-	0,00160
Exacerbación desde moderado	0,99840	-	-	-	-	-	0,00160
Grave	-	-	0,88080	0,10800	0,00800	-	0,00320
Exacerbación desde grave	-	-	0,99680	-	-	-	0,00320
Muy grave	-	-	-	-	0,83744	0,14976	0,01280
Exacerbación desde muy grave	-	-	-	-	0,98720	-	0,01280

Fuente: adaptado de Rutten-Van Mölken MPMH, et al., 2007

Tabla 7. Distribución según gravedad en el estado de exacerbación

Tipo de exarcebación según gravedad		
	Exacerbación leve	Exacerbación grave
EPOC moderado	0,903	0,097
EPOC grave	0,864	0,136
EPOC muy grave	0,808	0,192

Fuente: adaptado de Rutten-Van Mólken MPMH, et al., 2007

USO DE RECURSOS Y COSTES

Dado que la perspectiva del estudio es la del SNS, se consideran en este análisis sólo los costes sanitarios directos, considerando los costes farmacológicos de los tratamientos (tiotropium), el manejo del paciente en función de la gravedad y el manejo de las exacerbaciones. Los recursos sanitarios utilizados en las exacerbaciones y los costes se han actualizado al valor del euro en 2016 (Ref. 26).

Los costes relacionados con estos eventos se obtuvieron a partir de la base de datos del MSSSI, correspondiente a los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Los datos disponibles reportaban costes del año 2013 y se han actualizado al valor del euro en 2016 (Tabla 8) (Tabla 9).

Tabla 8. Costes de los diferentes estados de salud (con exacerbación o no) para ciclos de 8 días

Costes asociadas a cada estado (€). Ciclos 8 días			
	Sin exacerbación	Con exacerbación	Exacerbación grave
EPOC moderado	23,9	96,6	2.235
EPOC grave	27,4	96,6	2.235
EPOC muy grave	32,5	96,6	2.235

Fuente: adaptado de Rutten-Van Mólken MPMH, et al., 2007

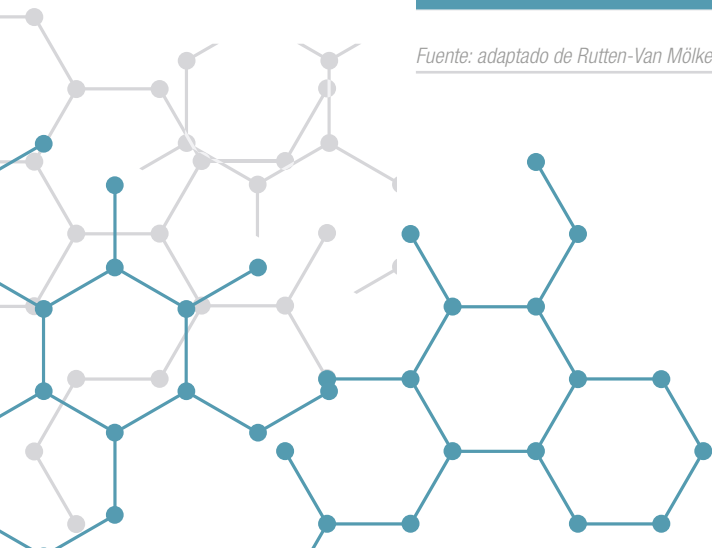


Tabla 9. Costes de los diferentes estados de salud (con exacerbación o no) para ciclos de 1 mes

Costes asociadas a cada estado (€). Ciclos mensuales			
	Sin exacerbación	Con exacerbación	Exacerbación grave
EPOC moderado	90,18	136,24	2.235
EPOC grave	103,37	136,24	2.235
EPOC muy grave	122,77	136,24	2.235

Fuente: adaptado de Rutten-Van Mölken MPMH, et al., 2007

RESULTADOS

Los resultados se han estimado para tres escenarios, considerando en todos ellos las muertes y el número de exacerbaciones:

1. Escenario actual, teniendo en cuenta los niveles de adherencia actuales (Tabla 10);
2. Escenario nuevo 1, la cohorte adherente permanece estable y en la cohorte no adherente se estiman resultados ante un aumento en un punto en el nivel de adherencia media (Tabla 11), y
3. Escenario nuevo 2, la cohorte adherente permanece estable y en la cohorte no adherente se estiman resultados ante un aumento en diez puntos en el nivel de adherencia media (Tabla 12).

Tabla 10. Escenario actual - carga actual de la EPOC en España

Población total	455.366 (41%)		655.282 (59%)		1.110.648
Adherencia de la cohorte no adherente (cut-off) a 60%	Adherente		No adherente		Muertes o eventos totales
	EVENTOS	TASA	EVENTOS	TASA	EVENTOS
Muertes EPOC	24.606	0,054	55.018	0,084	79,624
Exacerbaciones estado moderado	254.330	1,337	514.546	1,929	768.876
Exacerbaciones estado grave	317.150	1,822	628.346	2,629	945.497
Exacerbaciones estado muy grave	118.092	2,267	240.201	3,522	358.292

Fuente: análisis EY, 2016

Tabla 11. Escenario nuevo 1 - resultados obtenidos de la mejora en 1 punto porcentual de la adherencia media en los pacientes no adherentes

Adherencia cohorte no adherente a 60%	Adherente		No adherente		Muertes	Diferencia	Coste sin descuento	Coste con descuento
	EVENTOS	TASA	EVENTOS	TASA	EVENTOS			
Muertes EPOC	24.606	0,054	53.929	0,082	78.535	-1.089		
Exacerbaciones estado moderado	254.330	1,337	506.120	1,894	760.450	-8.426	2.863.566	2.724.639
Exacerbaciones estado grave	317.150	1,822	618.783	2.582	935.933	-9.563	4.033.196	3.827.037
Exacerbaciones estado muy grave	118.092	2,267	237.199	3,460	355.291	-3.002	1.618.728	1.535.996
Gasto evitable							8.515.490	8.087.672

Fuente: análisis EY, 2016

Tabla 12. Escenario nuevo 2 - resultados obtenidos de la mejora en 10 puntos porcentuales de la adherencia media en los pacientes no adherentes

Adherencia cohorte no adherente a 60%	Adherente		No adherente		Muertes	Diferencia	Coste sin descuento	Coste con descuento
	EVENTOS	TASA	EVENTOS	TASA	EVENTOS			
Muertes EPOC	24.606	0,054	44.669	0,068	78.535	-10.349		
Exacerbaciones estado moderado	254.330	1,337	435.770	1,611	760.450	-776	26.773.436	25.473.922
Exacerbaciones estado grave	317.150	1,822	538.015	2,196	935.933	-90.331	38.095.941	36.145.968
Exacerbaciones estado muy grave	118.092	2,267	211.065	2,950	355.291	-29.136	15.712.602	14.905.237
Gasto evitable							80.581.979	76.525.126

Fuente: análisis EY, 2016

Los resultados muestran que, bajo el horizonte temporal de dos años, la tasa de muertes y exacerbaciones es superior en la cohorte de pacientes no adherentes. De igual forma, el coste sanitario directo por paciente también es mayor.

Por otra parte, la modificación de los niveles de adherencia en la población no adherente muestra el impacto que ésta tiene en los resultados en salud y en los costes asociados. De esta forma, aumentar en un punto el nivel de adherencia media de los pacientes no adherentes supondría un gasto sanitario directo evitable de más de 8,5 millones de euros además de las 1.089 muertes y las más de 20.000 agudizaciones evitadas.

Realizando el mismo ejercicio y aumentando el nivel de adherencia en diez puntos, el gasto sanitario directo evitable se incrementa en más de 80 millones de euros y por otra parte podría reducir

las muertes en pacientes con EPOC en más de 10.000 muertes en dos años y las exacerbaciones en más de 190.000.

Por último, el análisis refleja que elevando el nivel de adherencia hasta el punto de que todos los pacientes sean adherentes supondría evitar más de 19.000 muertes y 378.000 exacerbaciones. En este caso, el gasto sanitario directo evitable superaría los 153 millones de euros.

Como conclusión de este análisis, la puesta en marcha de acciones que vayan enfocadas a mejorar la adherencia en los pacientes con EPOC en tratamiento podría tener un impacto importante en el manejo de la enfermedad y en la sostenibilidad del SNS.

Modelo para la enfermedad cardiovascular

CARACTERÍSTICAS DEL ANÁLISIS

Se ha diseñado un modelo para evaluar el impacto de la adherencia en España en la enfermedad cardiovascular, basándose en la revisión de la literatura de evaluaciones económicas y estudios que relacionan la adherencia con la efectividad, se consideran estudios publicados a partir del año 2005. De esta revisión, se seleccionaron estudios que reportaban resultados clínicos para fármacos utilizados en prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular además de aquellos que contenían información sobre la relación adherencia-efectividad, ambos necesarios para el diseño del modelo (Ref. 27). Los estudios revisados que tenían por objetivo estimar la relación de coste y efectividad de los tratamientos se basaban en diseños modelos de Markov, respondiendo así a la historia natural de una patología crónica como la ECV, los estados de salud se asocian al número y tipo de evento sufrido y se considera el impacto sobre la mortalidad.

De acuerdo a estas consideraciones, comunes en la mayoría de los modelos de coste-efectividad en esta área terapéutica, se desarrolló un modelo de Markov. El modelo simula la evolución de los pacientes en prevención secundaria hacia segundos eventos cardiovasculares o al estado de muerte. De este modo, se consideran siete estados de salud, a los que se les asocian costes y consecuencias clínicas específicas. Los estados de salud del modelo son excluyentes, es decir, los pacientes sólo pueden estar en un estado de salud en un momento determinado. El modelo contempla dos cohortes diferentes según el criterio de adherencia o no adherencia con probabilidades de transición diferentes y, por ende, se estiman costes y resultados de salud esperados para cada cohorte en estudio.

La duración de los ciclos es de tres meses, lo que permite una óptima granularidad de los costes y eventos en salud. Durante cada ciclo los pacientes pueden permanecer en el mismo estado de salud o pasar un estado de salud diferente hasta progresar al estado de muerte. El horizonte temporal del análisis es de 15 años.

Los resultados en salud se expresan en eventos evitados en toda la población española prevalente, mientras que los costes se estiman como costes asociados a dichos eventos, ambos resultados asociados a cada grupo, adherente y no adherente. De este modo, los resultados del análisis se expresan tanto como por el coste incremental de no ser adherente al tratamiento como por las exacerbaciones y muertes que se atribuyen a esta falta de cumplimiento.

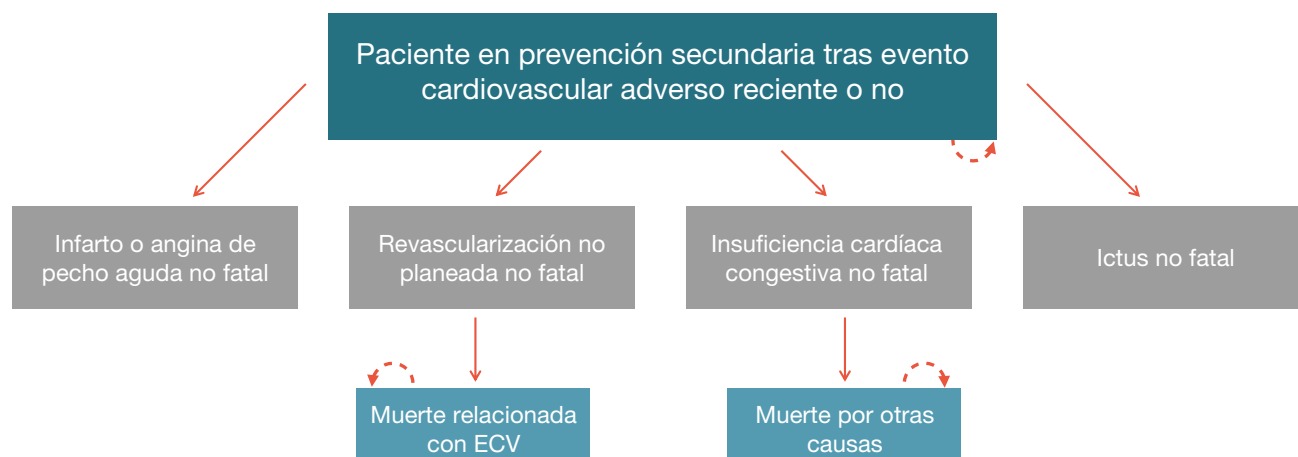
Los parámetros utilizados, así como los supuestos realizados, han sido validados por el doctor José Ramón González Juanatey, y se han trabajado y consensuado con la colaboración de la Sociedad Española de Cardiología.



POBLACIÓN

La población del análisis está formada por pacientes en prevención secundaria tras evento cardiovascular adverso reciente o no. En España se estima que hay en esta situación 924.000 pacientes (Ref. 32) (Figura 25).

Figura 25. Esquema de Markov propuesto para la enfermedad cardiovascular



Fuente: adaptado Becerra V, et al., 2016

La edad media de los pacientes al inicio del modelo es de 65 años (Ref. 27). Estos criterios poblacionales se han utilizado tanto para la cohorte adherente como para la no adherente, teniendo en cuenta que el porcentaje de pacientes adherentes en esta población es del 56% (517.440 pacientes) y 44% los no adherentes (406.560 pacientes) (Ref. 1).

ESTADOS DE SALUD

Los estados de salud incluidos en el modelo representan los diferentes eventos cardiovasculares que puede sufrir un paciente que está en prevención secundaria y que ya ha sufrido un evento. A continuación se describen los estados de salud contemplados en el modelo:

- Paciente en prevención secundaria tras evento cardiovascular adverso.
- Infarto o angina de pecho aguda no fatal.
- Revascularización no planteada no fatal.
- Insuficiencia cardíaca congestiva no fatal.
- Ictus no fatal.
- Muerte relacionada con ECV.
- Muerte por otras causas.

El modelo permite el tránsito de pacientes desde el estado inicial hasta cualquiera de los demás estadios contemplados en el modelo, incluido el estado absorbente de la muerte.

ESTRUCTURA DEL MODELO

De acuerdo a lo que recomiendan las guías de evaluación económica el modelo se ha construido siguiendo las características imprescindibles de un modelo de evaluación económica en salud: validez, transparencia, reproducibilidad, flexibilidad y credibilidad (Ref. 33).

PERIODICIDAD DE LOS CICLOS DEL MODELO

Todos los ciclos son de tres meses, lo que permite conseguir una buena granularidad de los datos de costes y eventos.

HORIZONTE TEMPORAL

El horizonte temporal considerado es de 15 años, lo que nos permite modelizar el impacto de la adherencia en la recurrencia de eventos cardiovasculares en estos pacientes, pudiendo optimizar la incorporación de costes y consecuencias de dicha enfermedad.

PERSPECTIVA

El análisis se ha llevado a cabo desde la perspectiva del SNS incluyendo sólo los costes directos sanitarios (actualizados al valor del euro en 2016) (Ref. 34).

DESCUENTO

Se ha aplicado una tasa de descuento anual del 3,5% tanto para costes como para efectos futuros (más allá de un año), tal como recomiendan las guías (Ref. 31).

PARÁMETROS DEL MODELO

DATOS CLÍNICOS

Los datos clínicos han sido obtenidos a partir de la revisión de la literatura disponible (Ref. 27). Las probabilidades de transición para todos los ciclos y cohortes se encuentran en la Tabla 13 y la Tabla 14.

Además, también se han estimado las muertes por otras causas a través de los datos del INE de las tablas de mortalidad por edad y causa (Ref. 35). Esto ha permitido considerar la incidencia que tiene la edad en la mortalidad por ECV.

La relación entre la adherencia y la efectividad se ha obtenido del estudio de Becerra V, et al., 2015. En este estudio se reporta que el aumento de diez puntos porcentuales en la adherencia, pasando por ejemplo del 60% al 70% en el nivel de corte (cut-off) tiene un efecto directo en la efectividad, reduciendo en un 6,7% los eventos y las muertes por ECV (Ref. 27).

Tal y como sugieren los expertos y la literatura, se ha estimado que esta relación es no-lineal, pues, aumentar la adherencia cuando el paciente está cercano al nivel de considerarse adherente (80% de las veces se toma la medicación) no tiene el mismo efecto en la reducción de los ECV que cuando el paciente está en niveles inferiores (por ejemplo por debajo del 60%); de este modo se ha estimado una relación logarítmica entre la adherencia y la efectividad.

Tabla 13. Probabilidades de transición en la cohorte de pacientes adherentes. Ciclos de 3 meses

Probabilidades de transición en la cohorte adherente							
Estado final Estado de partida	Prevención	IAM	Revascularización	ICC	Ictus	Muerte por ECV	Muerte otras causas
Prevención secundaria	0,9577	0,0047	0,0075	0,0015	0,00185	0,0036	0,0230
IAM	-	0,9737	-	-	-	0,0165	0,0098
Revascularización	1	-	-	-	-	-	-
ICC	-	-	-	0,9737	-	0,0165	0,0098
Ictus	-	-	-	-	0,9737	0,0165	0,0098
Muerte por ECV	-	-	-	-	-	1	-
Muerte por otras causas	-	-	-	-	-	-	1

Fuente: Becerra V, et al., 2015

Tabla 14. Probabilidades de transición en la cohorte de pacientes no adherentes. Ciclos de 3 meses

Probabilidades de transición en la cohorte no adherente							
Estado final Estado de partida	Prevención	IAM	Revascularización	ICC	Ictus	Muerte por ECV	Muerte otras causas
Prevención secundaria	0,9542	0,0056	0,0022	0,0018	0,0022	0,0043	0,0230
IAM	-	0,9745	-	-	-	0,0157	0,0098
Revascularización	1	-	-	-	-	-	-
ICC	-	-	-	0,9745	-	0,0157	0,0098
Ictus	-	-	-	-	0,9745	0,0157	0,0098
Muerte por ECV	-	-	-	-	-	1	-
Muerte por otras causas	-	-	-	-	-	-	1

Fuente: Becerra V, et al., 2015

USO DE RECURSOS Y COSTES

Dado que la perspectiva del estudio es la del SNS, se consideran en este análisis sólo los costes sanitarios directos. Los recursos relacionados con estos costes se obtuvieron a partir de la base de datos del MSSSI correspondiente a los GRD del CMBD en base a datos del año 2013 y actualizados al valor del euro en 2016 (Ref. 36). El coste de la prevención secundaria corresponde

principalmente al coste del tratamiento farmacológico y a las visitas de seguimiento, que también se han actualizado al valor del euro en 2016 (Ref. 37) (Tabla 15).

Tabla 15. Costes de los diferentes estados de salud para ciclos de 3 meses

Costes asociadas a cada estado (€)	
	Coste (€)
Prevención secundaria	305
Prevención secundaria tras segundo evento	366
Insuficiencia cardiaca	3.676
Ictus	4.445
Angina de pecho	4.591
Trastornos circulatorios excepto infarto agudo de miocardio con cateterismo y diagnóstico complejo	8.191
Muerte por causa cardiovascular	4.654

Fuente: análisis EY, 2016

RESULTADOS

Los resultados se han calculado para tres escenarios, estimando en todos ellos las muertes y el número de exacerbaciones: 1) Escenario actual, teniendo en cuenta el nivel de adherencia actual (Tabla 16); 2) Escenario nuevo 1, la cohorte adherente permanece estable y en la cohorte no adherente se estiman resultados ante un aumento en un punto en el nivel de adherencia media (Tabla 17), y 3) Escenario nuevo 2, la cohorte adherente permanece estable y en la cohorte no adherente se estiman resultados ante un aumento en diez puntos en el nivel de adherencia media (Tabla 18).

Tabla 16. Escenario actual - carga actual de la enfermedad cardiovascular en España

Población total	517.440 (56%)	406.560 (44%)	924.000
Adherencia de la cohorte no adherente (cut-off) a 60%	Adherente	No adherente	Muertes o eventos totales
Muertes ECV	101.585	94.954	196.539
Síndrome coronario agudo	28.246	24.461	52.708
Ictus	11.024	9.547	20.572
Revascularización	86.620	79.926	169.546
Insuficiencia cardiaca congestiva	9.177	7.947	17.124

Fuente: análisis EY, 2016

Tabla 17. Escenario nuevo 1- resultados obtenidos de la mejora en 1 punto porcentual de la adherencia media en los pacientes no adherentes

Adherencia cohorte no adherente a 60%	Adherente	No adherente	Muertes	Diferencia	Coste con descuento	Coste sin descuento
Muertes ECV	101.585	93.664	195.248	-1.291	5.867.445	13.797.403
Síndrome coronario agudo	28.246	24.278	52.524	-184	835.016	835.016
Ictus	11.024	9.475	20.500	-72	325.903	315.553
Revascularización	86.620	79.134	168.754	-792	3.600.971	6.424.233
Insuficiencia cardiaca congestiva	9.177	7.888	17.065	-60	271.292	217.238
Gasto evitable					10.900.627	21.589.443

Fuente: análisis EY, 2016

Tabla 18. Escenario nuevo 2 - resultados obtenidos de la mejora en 10 puntos porcentuales de la adherencia media en los paciente no adherentes

Adherencia cohorte no adherente a 60%	Adherente	No adherente	Muertes	Diferencia	Coste con descuento	Coste sin descuento
Muertes ECV	101.585	86.176	187.761	-8.778	39.904.443	93.836.025
Síndrome coronario agudo	28.246	23.181	51.427	-1.281	5.820.851	5.820.851
Ictus	11.024	9.047	20.072	-500	2.271.851	2.199.702
Revascularización	86.620	74.473	164.093	-5.453	24.790.109	44.226.245
Insuficiencia cardiaca congestiva	9.177	7.531	16.708	-416	1.891.162	1.514.335
Gasto evitable					74.678.416	147.597.177

Fuente: análisis EY, 2016

Los resultados muestran que, bajo el horizonte temporal de 15 años, la tasa de mortalidad y de eventos cardiovasculares sufridos es superior en la cohorte de pacientes no adherentes. De igual forma, el coste por paciente también es mayor.

De otra parte, la modificación de los niveles de adherencia en la población no adherente muestra el impacto de la misma sobre los resultados en salud y los costes asociados. De esta forma, **aumentar en un punto el nivel de adherencia media de los pacientes no adherentes supondría un gasto sanitario directo evitable de prácticamente 11 millones de euros** además de las más de 1.200 muertes y los 1.100 eventos cardiovasculares evitados.

Realizando este mismo ejercicio **aumentando el nivel de adherencia en diez puntos el gasto sanitario directo evitable alcanza los 75 millones de euros**, reduciendo en 8.778 las muertes por causa cardiovascular y los eventos cardiovasculares adversos en 7.650.

En este punto, es importante señalar que la mejora en un punto porcentual en el nivel de adherencia planteado en el Escenario nuevo 1 es un objetivo muy conservador y que las mejoras contempladas en el Plan buscan ir mucho más lejos. Sin embargo, y a pesar de ello, los resultados obtenidos reflejan el impacto tanto en los resultados en salud como sobre de gasto evitable.

Con todo ello, como conclusión de este análisis, el desarrollo de acciones que vayan enfocadas a mejorar la adherencia en los pacientes en prevención secundaria por evento cardiovascular, podría tener un impacto importante en el manejo de la enfermedad y en la sostenibilidad del SNS.

Modelo para la diabetes tipo 2

CARACTERÍSTICAS DEL ANÁLISIS

Se ha diseñado un modelo para evaluar el valor clínico y económico de la adherencia al tratamiento en la diabetes tipo 2 en España. El análisis se ha realizado a través de un modelo de Markov definido por un total de 51 estados de salud que replica la evolución de la enfermedad en pacientes recién diagnosticados y en tratamiento con metformina. El modelo considera dos cohortes diferentes según el criterio de adherencia o no adherencia, con probabilidades de transición diferentes entre los estados de salud para cada una de ellas.

Con el fin de simular la evolución natural de la enfermedad, los pacientes entran en el modelo en el estado controlado “diabetes tipo 2”. Durante cada ciclo (un año), los pacientes pueden permanecer en el mismo estado de salud o pasar un estado de salud diferente hasta progresar al estado de muerte. Este proceso se repite hasta llegar a un horizonte temporal de 20 años.

Al final del horizonte temporal se han analizado los resultados económicos (costes sanitarios directos) y clínicos (eventos y muertes evitadas) por separado para cada una de las cohortes en estudio. De modo que, los resultados del estudio permiten conocer tanto el coste incremental de la falta de adherencia como el aumento en las complicaciones y las muertes que se atribuyen a la falta de cumplimiento.

Los principales supuestos del modelo, así como el uso de recursos, fueron validados por el doctor Fernando Gómez Peralta.

POBLACIÓN

El modelo simula la evolución en la enfermedad en pacientes recién diagnosticados de diabetes tipo 2 y en tratamiento con metformina para cada opción comparada. Esta cifra en España se ha definido en 1.838.806 pacientes (Ref. 38).

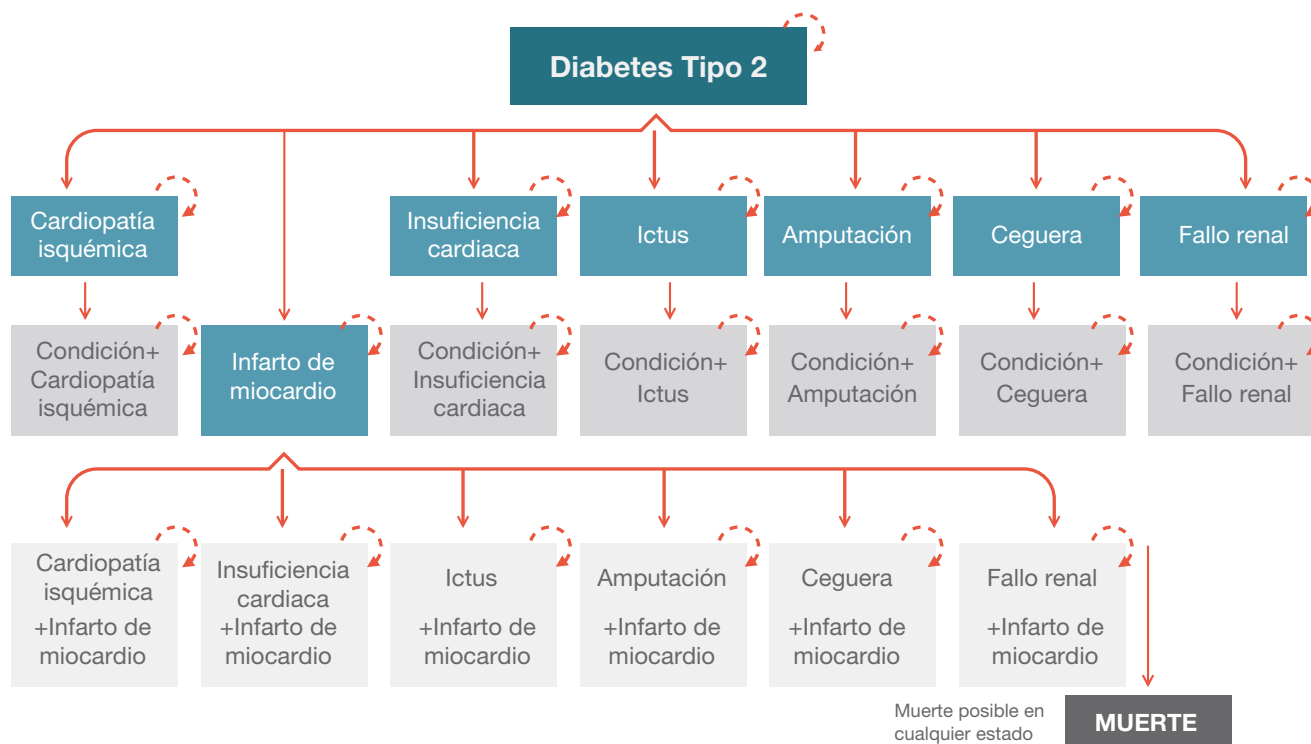
La edad media de los pacientes al inicio del modelo, teniendo en cuenta la población atendida en atención primaria, es de 56,8 años (Ref. 39). Este criterio se ha aplicado a ambas cohortes, adherente (56% de los pacientes, 1.029.731) y no adherente (44% de los pacientes, 1.838.806) (Ref. 14).

ESTADOS DE SALUD

Los estados de salud incluidos en el modelo representan cada una de las posibles complicaciones derivadas de la enfermedad, incluyendo: cardiopatía isquémica, infarto de miocardio, insuficiencia

cardíaca congestiva, ictus, amputación, ceguera y fallo renal. Se contempla además la posibilidad de que el paciente experimente hasta dos complicaciones. En ese caso, la segunda complicación aparece después de la primera. Así mismo, el modelo contempla la posibilidad de que los pacientes puedan pasar al estado de muerte, considerando que puede ser como consecuencia de un evento, muerte por diabetes (sin relación con las posibles complicaciones) y muerte por otras causas (sin relación con la enfermedad). En total, se han definido 51 estados de salud (Figura 26).

Figura 26. Modelo de Markov para la diabetes tipo 2



Fuente: Elliot RA, et al., 2016

ESTRUCTURA DEL MODELO

El modelo responde a las características imprescindibles de un modelo de evaluación económica recogidas en las guías: validez, transparencia, reproducibilidad, flexibilidad y credibilidad (Ref. 33).

PERIODICIDAD DE LOS CICLOS DEL MODELO

Todos los ciclos son anuales, lo que permite conseguir una buena granularidad de los datos de costes y eventos.

HORIZONTE TEMPORAL

El horizonte temporal considerado es de 20 años, de modo que las simulaciones se han prologando para toda la población hasta el final del horizonte considerado o hasta la muerte del paciente, acumulándose las complicaciones y costes asociados hasta entonces.

PERSPECTIVA

El análisis se ha llevado a cabo desde la perspectiva del SNS, considerando únicamente los costes sanitarios directos (actualizados a euros del año 2016) (Ref. 34).

DESCUENTO

Se ha aplicado una tasa de descuento anual del 3,5%, tanto para los costes como para los resultados en salud (más allá de un año) (Ref. 31).

PARÁMETROS DEL MODELO

DATOS CLÍNICOS

Para modelizar la probabilidad de sufrir alguna de las complicaciones consideradas, el modelo se ha basado en las ecuaciones recogidas en el estudio UKPDS no.68 (Ref. 40), y que permiten evaluar el riesgo absoluto de sufrir cualquiera de las siete complicaciones derivadas en la enfermedad, considerando tanto las características del paciente como el historial de complicaciones y los factores de riesgo variables con el tiempo, como la hemoglobina glicosilada (HbA1c) (Ref. 39) (Ref. 41) (Tabla 19) (Tabla 20).

Tabla 19. Ecuaciones para estimar la probabilidad de sufrir una complicación relacionada con la diabetes tipo 2

Ecuación para estimar la probabilidad de sufrir una complicación relacionada con la diabetes tipo 2								
	Insuficiencia cardíaca congestiva		Infarto de miocardio		Cardiopatía isquémica		Ictus	
	COEFICIENTE	DE	COEFICIENTE	DE	COEFICIENTE	DE	COEFICIENTE	DE
lambda	-5.310	(0.174)	-4.977	(0.160)	-8.018	(0.408)	-7.163	(0.342)
phi	1.150	(0.067)	1.257	(0.060)	1.711	(0.158)	1.497	(0.126)
Edad al diagnóstico	0.031	(0.008)	0.055	(0.006)	0.093	(0.016)	0.085	(0.014)
Mujer	-0.471	(0.143)	0.826	(0.103)	-	-	-0.516	(0.171)
Caucásico	-	-	-1.312	(0.341)	-	-	-	-
Fumador	-	-	0.346	(0.097)	-	-	0.355	(0.179)
Índice de masa corporal	-	-	-	-	0.066	(0.017)	-	-
HBA1C	0.125	(0.035)	0.118	(0.025)	0.157	(0.057)	0,128	(0.042)
Presión arterial sistólica	0.098	(0.037)	0.101	(0.026)	0.144	(0.056)	0.276	(0.042)
Colesterol total HDL	-	-	-	-	-	-	0.113	(0.025)
Ln Colesterol total HDL	1.498	(0.202)	1.190	(0.169)	-	-	-	-
Enfermedad arterial periférica	-	-	-	-	-	-	-	-
Fibrilación auricular	-	-	-	-	-	-	1.428	(0.472)
Cardiopatía	-	-	0.914	(0.150)	-	-	-	-
Insuficiencia cardíaca	-	-	1.558	(0.202)	-	-	1.742	(0.287)
Ceguera	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: adaptado de Clarke PM, 2004

Ecuación para estimar la probabilidad de sufrir una complicación relacionada con la diabetes tipo 2

	Amputación		Ceguera		Fallo renal	
	COEFICIENTE	DE	COEFICIENTE	DE	COEFICIENTE	DE
lambda	-8.718	(0.613)	-6.464	(0.326)	-10.016	(0.939)
phi	1.451	(0.232)	1.154	(0.121)	1.865	(0.387)
Edad al diagnóstico	-	-	0.069	(0.014)	-	-
Mujer	-	-	-	-	-	-
Caucásico	-	-	-	-	-	-
Fumador	-	-	-	-	-	-
Índice de masa corporal	-	-	-	-	-	-
HBA1C	0.435	(0.066)	0.221	(0.050)	-	-
Presión arterial sistólica	0.228	(0.075)	-	-	0.404	(0.106)
Colesterol total HDL	-	-	-	-	-	-
Ln Colesterol total HDL	-	-	-	-	-	-
Enfermedad arterial periférica	2.436	(0.521)	-	-	-	-
Fibrilación auricular	-	-	-	-	-	-
Cardiopatía	-	-	-	-	-	-
Insuficiencia cardíaca	-	-	-	-	-	-
Ceguera	1.812	(0.462)	-	-	2.082	(0.551)

Tabla 20. Ecuaciones para estimar la probabilidad de sufrir un evento fatal relacionado con la diabetes tipo 2 y para el cálculo de factores de riesgo asociados

Ecuación para estimar la probabilidad de sufrir un evento fatal			Ecuación para estimar factores de riesgo		
	Evento fatal			HBA1C	
	COEFICIENTE	DE		COEFICIENTE	DE
lambda	-3.251	(0.358)	alpha	-0.024	(0.017)
Ln(Edad al primer evento)	2.772	(0.716)	Ln (Años desde el diagnóstico)	0.144	(0.009)
HBA1C	0.114	(0.053)	1 si años desde el diagnóstico=2	-0.333	(0.050)
Infarto de miocardio	2.640	(0.336)	HBA1C “lagged 1 year”	0.759	(0.004)
Ictus	1.048	(0.376)	HBA1C al diagnóstico	0.085	(0.004)

Fuente: adaptado de Clarke PM, 2004

Para estimar la probabilidad de muerte por diabetes, así como la probabilidad de muerte por otras causas, se han utilizado los datos del INE: mortalidad por edad y causa (Ref. 35).

El efecto de la no adherencia se ha estimado considerando que los pacientes incumplidores presentan niveles más elevados de HbA1c y, por lo tanto, una probabilidad mayor de sufrir alguna complicación como consecuencia de la enfermedad.

Esta relación, entre la adherencia y la efectividad se ha obtenido de un estudio previo, el cual recoge que los pacientes no adherentes presentan valores de HBA1c 1,105 veces mayores que los pacientes adherentes (Ref. 42).

En relación a la efectividad de los tratamientos asociada al cumplimiento, se ha considerado una relación logarítmica entre ambas variables, pues aumentar la adherencia cuando el paciente está cercano al nivel de considerarse adherente (toma de la medicación en un 80% de las veces), no tiene el mismo efecto en la reducción de las complicaciones asociadas que cuando el paciente está en niveles inferiores (por ejemplo por debajo del 60%).

USO DE RECURSOS Y COSTE

Para el estudio se han tenido en cuenta el uso de recursos y costes unitarios en el manejo de la diabetes tipo 2 recogidos en la Tabla 21 y que responden a tres estados diferentes: coste del evento, coste de mantenimiento una vez padecido el evento y el coste de la muerte asociado a cada evento (Ref. 43).

Tabla 21. Costes asociados al manejo de la diabetes tipo 2

Costes (euros)		
Controlado		1.754
Coste del evento		
Cardiopatía isquémica		2.366
Infarto de Miocardio		5.367
Insuficiencia Cardíaca Congestiva		3.494
Ictus		6.771
Amputación		3.633
Ceguera		1.869
Fallo		30.432
Coste de mantenimiento		
Cardiopatía isquémica		858
Infarto de Miocardio		858
Insuficiencia Cardíaca Congestiva		3.544
Ictus		3.584
Amputación		213
Ceguera		803
Fallo		30.432
Coste asociado		
Cardiopatía isquémica		-
Infarto de Miocardio		4.552
Insuficiencia Cardíaca Congestiva		4.552
Ictus		4.552
Amputación		3.168
Ceguera		-
Fallo renal		-

Fuente: adaptado de Abad EJ, et al., 2015

RESULTADOS

En términos económicos los resultados se han estimado para tres escenarios: 1) Escenario actual, teniendo en cuenta los niveles de adherencia actuales; 2) Escenario nuevo 1, la cohorte adherente permanece estable y en la cohorte no adherente se estiman resultados ante un aumento en un punto en el nivel de adherencia media, y 3) Escenario nuevo 2, la cohorte adherente permanece estable y en la cohorte no adherente se estiman resultados ante un aumento en diez puntos en el nivel de adherencia media (Tabla 22) (Tabla 23) (Tabla 24).

Tabla 22. Escenario actual - carga actual de la diabetes tipo 2 en España

Población total	1.648.092 (56%)	1.294.930 (44%)	2.943.022
Adherencia de la cohorte no adherente (cut-off) a 60%	Adherente	No adherente	Eventos totales
Eventos totales	688.320	630.960	1.319.280
Cardiopatía isquémica	46.960	40.369	87.330
Infarto de Miocardio	43.624	37.542	81.166
Insuficiencia Cardíaca C.	47.959	81.740	129.700
Ictus	79.006	66.835	145.841
Amputación	262.823	220.322	483.145
Ceguera	75.369	72.817	148.186
Fallo renal	132.578	111.334	243.912

Fuente: análisis EY, 2016

Tabla 23. Escenario nuevo 1- resultados obtenidos de la mejora en 1 punto porcentual la adherencia media de los pacientes no adherentes

Adherencia cohorte no adherente a 61%	Adherente	No adherente	Muertes	Diferencia	Coste con descuento	Coste sin descuento
Eventos totales	688.320	625.488	1.313.808	-5.472		
Cardiopatía isquémica	46.960	39.987	86.947	-382	-775.413	-904.797
Infarto de Miocardio	43.624	37.193	80.817	-349	-1.610.155	-1.874.060
Insuficiencia Cardíaca C.	47.959	81.061	129.020	-679	-2.080.432	-2.374.138
Ictus	79.006	66.278	145.284	-558	-3.309.193	-3.776.336
Amputación	262.823	218.559	481.382	-1.763	-5.612.067	-6.404.934
Ceguera	75.369	71.988	147.357	-830	-1.362.776	-1.550.928
Fallo renal	132.578	110.423	243.001	-911	-23.438.237	-27.727.052
Gasto evitable					-38.188.274	-44.612.244

Fuente: análisis EY, 2016

Tabla 24. Escenario nuevo 2- resultados obtenidos de la mejora en 10 puntos porcentuales la adherencia media de los pacientes no adherentes

Adherencia cohorte no adherente a 70%	Adherente	No adherente	Muertes	Diferencia	Coste con descuento	Coste sin descuento
Eventos totales	688.320	578.653	1.266.973	-52.307		
Cardiopatía isquémica	46.960	36.773	83.733	-3.597	-7.302.890	-8.511.173
Infarto de Miocardio	43.624	34.210	77.834	-3.332	-15.342.264	-17.883.377
Insuficiencia Cardíaca C.	47.959	75.188	123.147	-6.553	-20.039.727	-22.897.774
Ictus	79.006	61.452	140.458	-5.383	-31.893.510	-36.448.482
Amputación	262.823	203.450	466.273	-16.872	-53.745.097	-61.301.927
Ceguera	75.369	65.057	140.426	-7.760	-12.746.851	-14.507.070
Fallo renal	132.578	102.523	235.101	-8.811	-226.253.471	-268.142.001
Gasto evitable					-367.323.810	-429.691.805

Fuente: análisis EY, 2016

Al modificar los niveles de adherencia sobre la cohorte no adherente, el modelo muestra el impacto del cumplimiento sobre los resultados en salud y los costes asociados. De esta forma, **aumentar en un punto el nivel de adherencia media de los pacientes no adherentes supondría evitar más de 5.400 eventos**, con el correspondiente gasto sanitario directo evitado.

De otra parte, al **aumentar en diez puntos el nivel de adherencia se logra reducir el número de complicaciones hasta en 52.000**.

Cabe señalar, que el gasto sanitario directo evitable máximo que se podría obtener si la totalidad de los pacientes fueran adherentes al tratamiento, sería cercano a los 1.316 millones de euros, en los 20 años de análisis de este estudio.

En esta línea, el desarrollo de intervenciones encaminadas a favorecer el cumplimiento de los pacientes con diabetes tipo 2 tendría un impacto importante tanto en términos de gestión de la enfermedad como en el gasto sanitario directo evitado y, por lo tanto, sobre la sostenibilidad del SNS.

Modelo para la depresión mayor

CARACTERÍSTICAS DEL ANÁLISIS

Se ha construido un modelo para estimar el valor de la adherencia en el manejo de la depresión mayor en España. El estudio se ha realizado a través de un árbol de decisión en el que se han representado las posibles consecuencias clínicas derivadas del tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y el impacto económico asociado en un horizonte temporal de seis meses. El análisis se ha basado en un estudio de Brosa M, et al., 2008 realizado para el ámbito sanitario español (Ref. 44). A diferencia del resto de modelos elaborados en el marco del Plan, en este caso se ha definido una única cohorte, y es el abandono o no del tratamiento prescrito, el criterio diferenciador para la estimación de los costes y la evaluación de los resultados en salud.

Tras la simulación hasta los seis meses, se han evaluado los resultados económicos (costes sanitarios directos) y clínicos (sin tener en cuenta las muertes), resultado de disminuir el porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento.

POBLACIÓN

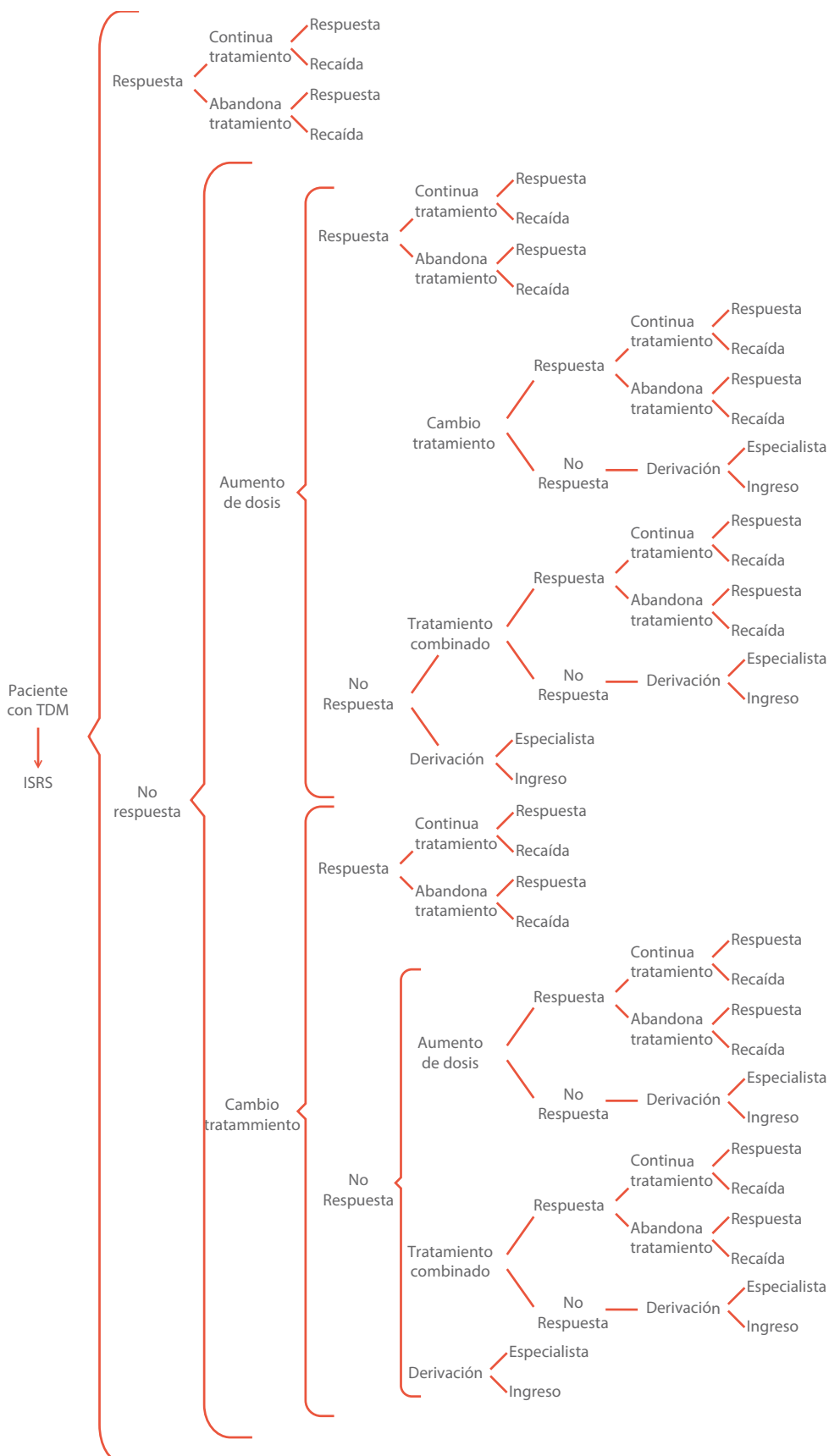
El modelo refleja el manejo de pacientes con depresión mayor, diagnosticados y tratados en atención primaria, población que en España se sitúa en los 2.393.000 pacientes (Ref. 45).

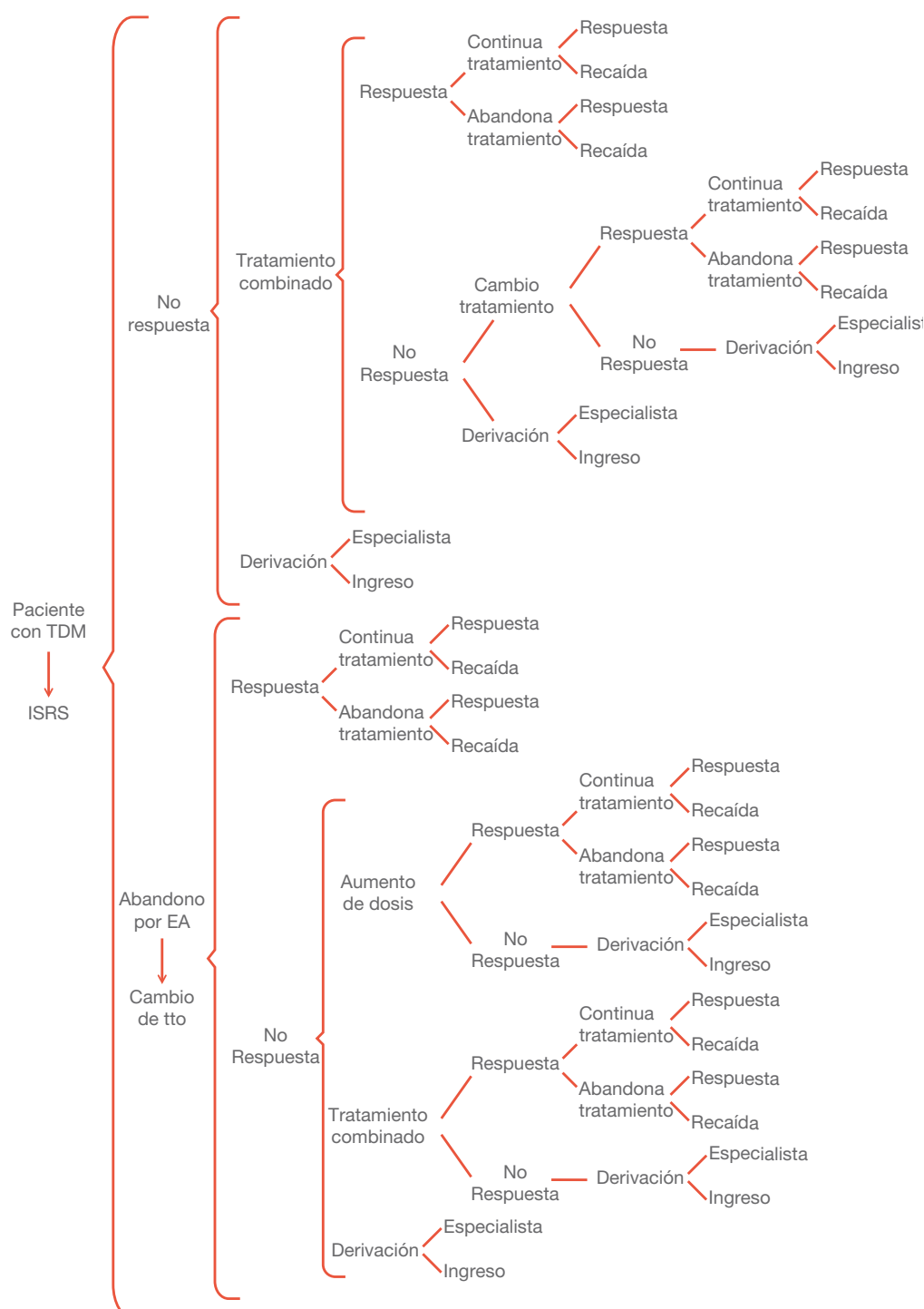
ESTADOS DE SALUD

El modelo considera las consecuencias clínicas en el corto plazo (ocho semanas) asociadas al tratamiento inicial con ISRS, así como la actitud terapéutica en caso de no respuesta. Hasta los seis meses desde el inicio del tratamiento, el modelo replica todos los cursos clínicos posibles, desde la respuesta sostenida sin abandono hasta el ingreso hospitalario tras sucesivos fracasos terapéuticos (Ref. 44) (Figura 27).

Dada la duración del horizonte temporal considerado (seis meses), el modelo no incluye el estado de muerte, por lo que tampoco incluye la posibilidad de suicidio.

Figura 27. Análisis de decisión para la depresión mayor





Fuente: adaptado de Brosa M, et al., 2008

ESTRUCTURA DEL MODELO

El modelo responde a las características imprescindibles de un modelo de evaluación económica recogidas en las guías: validez, transparencia, reproducibilidad, flexibilidad y credibilidad (Ref. 33).

HORIZONTE TEMPORAL

El horizonte temporal considerado es de seis meses.

PERSPECTIVA

El análisis se ha llevado a cabo desde la perspectiva del SNS, considerando únicamente los costes directos. Todos los costes se expresan en euros con valor de 2016 (Ref. 34).

PARÁMETROS DEL MODELO

DATOS CLÍNICOS

Las probabilidades del modelo se han tomado de un análisis de coste-efectividad previo (Ref. 44), adaptando su estructura para reflejar mejor el efecto de la falta de adherencia al tratamiento de la depresión mayor en el ámbito de la atención primaria en nuestro país (Tabla 25).

Para evaluar el efecto de la no adherencia se ha considerado el efecto del abandono del tratamiento en el incremento de las recaídas y de los costes asociados.

Tabla 25. Probabilidades del modelo para el trastorno de depresión mayor

Probabilidades de modelo		
Tasa de respuesta		57%
Tasa de remisión		35%
Abandonos por efectos adversos		7,60%
Tasa de respuestas (segunda línea)		33%
Tasa de remisión (como segunda línea)		20%
Tasa de abandonos de tratamiento		30%
Tasa de recaída en cumplidores		12,50%
Tasa de recaída en abandonos		27,50%
Actitud terapéutica ante la no respuesta después de tratamiento inicial		
Aumento de dosis		50%
Cambio de tratamiento		20%
Tratamiento combinado		20%
Derivación al especialista		10%
Actitud terapéutica ante la no respuesta después de aumento de dosis		
Cambio de tratamiento		50%
Tratamiento combinado		30%
Derivación al especialista		20%
Actitud terapéutica ante la no respuesta después de cambio de tratamiento		
Aumento de dosis		30%
Cambio de tratamiento		0%
Tratamiento combinado		50%
Derivación al especialista		20%
Actitud terapéutica ante la no respuesta después de tratamiento combinado		
Cambio de tratamiento		10%
Derivación al especialista		90%
Ingresos hospitalarios en pacientes con 3 o más fracasos terapéuticos		10%

Fuente: Brosa M, et al., 2008

USO DE RECURSOS Y COSTES

La utilización de recursos sanitarios y los costes asociados se obtuvieron igualmente del estudio realizado por Brosa M, et al., 2008. En la Tabla 26 se muestra el detalle de los costes utilizados en el modelo (Ref. 44).

Tabla 26. Costes de los diferentes estados de salud para el trastorno de depresión mayor

Costes (euros)		
Visitas médico AP		146,7
Visitas especialista		107,8
Visitas urgencias		16,54
Bioquímica + hemograma		38,43
Prueba funcional tiroides		38,16
Total		347,63
Segunda línea		
Visitas médico AP		195,6
Visitas especialista		161,7
Visitas urgencias		82,7
Bioquímica + hemograma		54,9
Prueba funcional tiroides		19,08
Total		513,98
Tercera línea		
Visitas médico AP		195,6
Visitas especialista		161,7
Visitas urgencias		82,7
Bioquímica + hemograma		54,9
Prueba funcional tiroides		33,39
Total		528,29
Recaída		
Visitas médico AP		146,7
Visitas especialista		107,8
Visitas urgencias		165,4
Bioquímica + hemograma		54,9
Prueba funcional tiroides		14,31
Total		489,11
Ingresos hospitalarios		
Derivación al especialista		
Visitas médico AP		0
Visitas especialista		578,9
Visitas urgencias		54,9
Bioquímica + hemograma		47,7
Prueba funcional tiroides		33,39
Total		714,89

Fuente: adaptado de Brosa M, et al., 2008

RESULTADOS

En términos económicos, los resultados se han estimado para tres escenarios: 1) Escenario actual, teniendo en cuenta la tasa de abandono actual; 2) Escenario nuevo 1, se estiman resultados ante una disminución de un punto en la tasa de abandono actual, y 3) Escenario nuevo 2, se estiman resultados ante una disminución de diez puntos en la tasa de abandono actual (Tabla 27) (Tabla 28) (Tabla 29).

Tabla 27. Escenario actual - carga actual de la depresión mayor en España

Población total	1.085.175(28%)		1.307.825 (72%*)		2.393.000
Situación actual con un 28% de pacientes adherentes	Adherente		No adherente		
	Nº Recaídas	Tasas	Nº Recaídas	Tasas	Total
Recaídas	63.575	0,586	348.582	0,2665	412.157

*Nota: el abandono del tratamiento se produce de manera progresiva según avanza el tratamiento

Fuente: análisis EY, 2016

Tabla 28. Escenario nuevo 1- resultados obtenidos de la mejora en 1 punto porcentual de la adherencia media en los pacientes

Población total	1.103.339(29%)		1.289.661 (71%)		2.393.000
Situación actual con un 29% de pacientes adherentes	Adherente		No adherente		
	Nº Recaídas	Tasas	Nº Recaídas	Tasas	Total
Recaídas	65.843	0,597	343.740	0,2665	409.585
Gasto evitable					1.522.006 €

Fuente: análisis EY, 2016

Tabla 29. Escenario nuevo 2- resultados obtenidos de la mejora en 10 puntos porcentual de la adherencia media en los pacientes

Población total	1.266.817 (38%)		1.126.183 (71%)		2.393.000
Situación actual con un 38% de pacientes adherentes	Adherente		No adherente		
	Nº Recaídas	Tasas	Nº Recaídas	Tasas	Total
Recaídas	86.281	0,0681	300.169	0,2665	386.450
Gasto evitable					15.220.601 €

Fuente: análisis EY, 2016

Al modificar la tasa de abandono, el modelo muestra el impacto del cumplimiento sobre los resultados en salud y en los costes asociados. **De esta forma, disminuir en un punto la tasa de abandono supondría un gasto sanitario directo evitable de aproximadamente 1.522.000 euros**, además de las 2.572 recaídas evitadas.

Por otra parte, al **disminuir en diez puntos la tasa de abandono, el gasto sanitario directo evitable alcanza los 15.220.000 euros**, logrando además reducir el número de recaídas en más de 25.700.

Cabe señalar, que el gasto sanitario directo evitable máximo que se podría obtener, si la totalidad de los pacientes continuaran con el tratamiento, sería cercano a los cien millones de euros, en los seis meses de análisis de este estudio.

En esta línea, el desarrollo de intervenciones encaminadas a favorecer el cumplimiento de los pacientes con depresión mayor resultaría en una mejora importante, tanto en términos de gestión de la enfermedad como en gastos evitados y, por lo tanto, sobre la sostenibilidad del SNS.

Anexo 2. Iniciativas desde la perspectiva de los problemas de salud y la tipología de pacientes crónicos

A lo largo de la literatura científica se recogen un amplio número de publicaciones en relación a las diferentes acciones o programas para mejorar la adherencia terapéutica. De manera general, estas estrategias se pueden clasificar en cinco grandes grupos: técnicas, conductuales, educativas, de apoyo social y sobre el sistema sanitario y Administración pública.

Con el fin de describir y evaluar la utilidad de las acciones descritas, se ha realizado un análisis de éstas, considerando los diferentes problemas de salud y de acuerdo a la tipología de pacientes crónicos (Ref. 46) (Ref. 47) (Figura 28).

Figura 28. Acciones para favorecer la adherencia terapéutica

Acciones para favorecer la adherencia	
Categoría de acciones	Ejemplos
 Técnicas Medidas encaminadas a la reducción de la complejidad del régimen terapéutico o a la mejora de la formulación	▶ Utilización de formulaciones de liberación controlada ▶ Fármacos en combinación a dosis fijas ▶ Reducción del número de fármacos/dosis
 Conductuales Acciones encaminadas a modificar o reforzar comportamientos y hábitos facilitadores del cumplimiento y de la gestión de la enfermedad	▶ Recordatorios o ayudas de memoria ▶ Vinculación de la toma a actividades cotidianas ▶ Entrevistas motivacionales ▶ Sistemas de recompensa SPD
 Educacionales Medidas dirigidas a aumentar el conocimiento del paciente acerca de su enfermedad y el tratamiento, así como la importancia de la adherencia al mismo	▶ Información individualizada ▶ Sesiones educativas grupales
 Apoyo social Soporte social e implicación del entorno del paciente en el control de la enfermedad y de la medicación	▶ Programas de ayuda domiciliaria ▶ Terapia/consejo familiar ▶ Grupos de apoyo
 Sistema sanitario Programas para fomentar la comunicación interprofesional y la mejora de la adherencia. Así como medidas para mejorar la gestión desde la Administración pública	▶ Educación al profesional ▶ Monitorización del paciente ▶ Recordatorios por el médico ▶ Identificación de factores predictores ▶ Equipos multidisciplinares

ACTUACIONES SEGÚN LOS DIFERENTES PROBLEMAS DE SALUD

En función de la patología, se observan diferentes niveles de adherencia, lo que puede facilitar la definición de aproximaciones de acuerdo adecuadas a cada enfermedad y a cada paciente (Ref. 47) (Ref. 18). Tal y como se cita en el apartado 3.4. Metodología, en el marco de este trabajo, la Fundación Gol i Gurina - IDIAP ha realizado una revisión con el fin de sintetizar y analizar toda la evidencia científica disponible sobre las distintas estrategias para favorecer la adherencia. La búsqueda inicial identificó 2.087 artículos y finalmente, tras aplicar los criterios de selección, se incluyeron 52 artículos. Sin perjuicio de que existen otras patologías muy relevantes, los resultados de la revisión realizada se centran en las cinco patologías que se exponen a continuación.

SALUD MENTAL

En los enfermos con trastorno mental, factores como la empatía y la confianza en el personal sanitario o el aspecto psicológico implícito en la propia condición tienen un impacto importante en la adherencia. Por todo ello, es importante considerar acciones de tipo educacional y el soporte familiar como estrategias para favorecer el cumplimiento. Las acciones de tipo educacional han mostrado tener un efecto beneficioso en la mejora de la adherencia en los pacientes con trastorno mental severo, y en estos pacientes la terapia familiar es la acción con mayor efecto sobre la adherencia (Ref. 18).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

En la hipertensión arterial, la falta de adherencia está principalmente condicionada por la complejidad y la duración del tratamiento. Además, en estos pacientes es importante tener en cuenta la relación que existe entre la falta de adherencia y la morbilidad. La irregularidad del curso clínico hace que frecuentemente los pacientes piensen que no necesitan tomar la medicación dado que no refieren sintomatología, con el consiguiente aumento de la morbilidad (Ref. 16). En este sentido, las acciones técnicas han sido identificadas como las de mayor utilidad en la mejora de la adherencia en estos pacientes, alcanzándose tasas de adherencia de entre el 83% y el 96% cuando el régimen contempla sólo una toma al día. En estos pacientes, además, el grado de control mejora con las estrategias educacionales y con la intervención de los farmacéuticos y de enfermería (Ref. 18).

DIABETES

Los factores relacionados con el estado de la enfermedad determinan en mayor medida la adherencia en los pacientes con diabetes. De esta forma, las acciones educacionales y la combinación de estrategias de tipo educacional y conductual para reforzar la capacidad del paciente en la gestión de su enfermedad y los autocuidados juegan un papel esencial, y demuestran tener un efecto positivo sobre la mejora de la adherencia en estos pacientes (Ref. 18).

VIH Y SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

La complejidad de los tratamientos representa la barrera principal para la adherencia en este grupo de pacientes. La simplificación del tratamiento antirretroviral se entiende como el cambio de un régimen con el que se ha conseguido una adecuada respuesta virológica e inmunológica por otro que mantenga esta eficacia y que permita reducir la complejidad del tratamiento y que esto se traduzca en una mayor adherencia terapéutica (Ref. 18).

EPOC

Los pacientes con EPOC reflejan, por lo general, valores bajos de adherencia; los factores que se atribuyen a este tipo de pacientes están relacionados con la ausencia de síntomas o

un seguimiento inadecuado de éstos. El manejo y aceptación por parte del paciente de los dispositivos de inhalación es fundamental en estos casos. Por ello, la combinación de acciones multicomponente, en las que se incluyan los aspectos personales y afectivos, podrían contribuir positivamente a mejorar los niveles de adherencia (Ref. 18).

ACCIONES EN FUNCIÓN DE LA TIPOLOGÍA DE PACIENTES CRÓNICOS

De manera general, en el paciente crónico la complejidad implícita al proceso condiciona a su vez las acciones. Así, en todos estos pacientes se han identificado como medidas útiles las combinaciones de:

- Simplificación y adaptación del régimen terapéutico.
- Acciones educativas.
- Recordatorios de la medicación y de las citas médicas.
- Auto-monitorización y medidas de refuerzo.
- Comunicación fluida y de confianza con el personal sanitario.

Para los tratamientos a corto plazo (básicamente paciente agudo), varias acciones más sencillas, como las educativas, facilitar información escrita sobre el tratamiento y los recordatorios pueden ser útiles para mejorar el cumplimiento (Ref. 19).

La identificación de pacientes con riesgo de falta de adherencia requiere tener en cuenta los aspectos sociológicos de los pacientes, incluyendo tanto los conocimientos y actitudes ante la enfermedad como los hábitos y estilos de vida, permitiendo así concretar las intervenciones más efectivas para cada uno de ellos.

En el estudio sociológico sobre adherencia realizado en el marco de este Plan, considerando el nivel de adherencia, el perfil socio-demográfico y las actitudes declaradas, se ha realizado un análisis multivariable (cluster analysis), que ha permitido identificar y clasificar a los enfermos crónicos en cinco grupos o tipologías diferentes (Ref. 1) (Figura 29) (Figura 30).

INCUMPLIDORES DEPENDIENTES

Los incumplidores dependientes (10,3%) son pacientes mayores (>65 años), que a menudo viven solos y a los que la complejidad del tratamiento y la confusión asociada les impide cumplirlo (Ref. 1). Esta categoría responde a uno de los principales factores de riesgo asociados a la falta de adherencia, pues se trata de pacientes crónicos, pluripatológicos y polimedcados. En estos pacientes la simplificación y la facilitación de los tratamientos juegan un papel esencial. Además, es necesario formar y apoyar a estos pacientes y realizar un correcto seguimiento que permita mejorar la adherencia.

INCUMPLIDORES CRÍTICOS

En esta categoría se agrupan a todos aquellos pacientes que responden a un perfil de desconfianza (8,6%). Se trata de adultos jóvenes (<45 años), que no viven solos. La falta de confianza en el profesional sanitario prevalece sobre su capacidad de autogestión. Se trata de pacientes en los que, a pesar de ser conscientes de la importancia de cumplir con los tratamientos, la carencia de una buena relación con el profesional condiciona la adherencia (Ref. 1). En este caso, es

Figura 29. Clasificación de los pacientes crónicos, de acuerdo a su perfil socio-demográfico y a su nivel de adherencia

Tipos de pacientes					
	Incumplidores dependientes	Incumplidores críticos	Incumplidores absolutos	Cumplidores clásicos	Pacientes modélicos
Características del grupo	Agobiados y desorientados ante tantos medicamentos y cambios Desconfiados ante los fármacos No cumplidores por exceso de esfuerzo y confusión	Exigentes e insatisfechos con los médicos y con los medicamentos Desean gestionar su propio proceso No delegando e instruyéndose por sí mismos No cumplidores	Incumplidores, no se sienten concernidos Caprichosos, banalizan el problema Inconstantes Modifican a su antojo las recomendaciones	Cumplidores pasivos Confianza absoluta en su médico y enfermera Conformistas y obedientes No se informan ni instruyen sobre su enfermedad	Adherentes con el tratamiento Desean gestionar su propio proceso No delegan pero colaboran con el médico Rigurosos y constantes
Perfil de los pacientes	Mayores 65 años No cumplidores 6 o + pastillas/día 4 o + patologías Viven solos Hábitat rural Bajo nivel de formación	Mujeres Menores 45 años Poco cumplidores Habitos de salud malos 3 personas hogar Hábitat urbano Formación media y superior	Menores 45 años No cumplidores Mal hábito salud 1 pastilla/día 1 enfermedad 4 personas hogar Hábitat urbano Formación media y superior	Varones Mayores 65 años Adherentes Buen hábito salud 4 a 5 pastillas/día Viven en pareja Bajo nivel de formación	Mujeres 45-65 años Buen hábito salud 4 personas hogar Estudios superiores

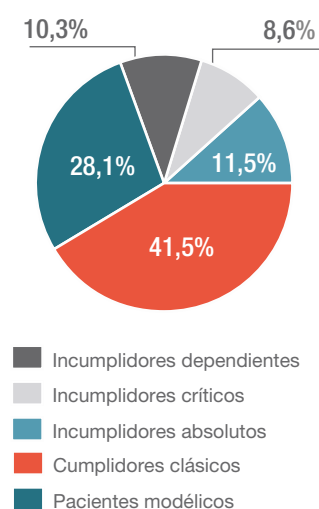
Fuente: Sociología y Comunicación, 2016

importante fomentar la construcción de una relación con los profesionales sanitarios basada en el rigor, actuando a través de técnicas conductuales que permitan al paciente reforzar aquellos hábitos facilitadores del cumplimiento y aprovechar así su capacidad de autogestión para mejorar los resultados en el cumplimiento.

INCUMPLIDORES ABSOLUTOS

Los incumplidores absolutos representan el 11,5% del total. La falta de compromiso con su enfermedad y el tratamiento representa la principal barrera para la adherencia. Son pacientes que no están concienciados y por lo tanto son poco constantes. La banalización del problema y el cuestionamiento de los tratamientos conducen a estos pacientes a seguir malos hábitos de salud y a modificar las recomendaciones de los profesionales sanitarios.

Figura 30. Tipología de pacientes crónicos (%)



Fuente: Sociología y Comunicación, 2016

Se trata de pacientes menores de 45 años, con una formación media-alta, que padecen solo una enfermedad, reciben únicamente un tratamiento y que cuentan con el apoyo familiar. Las medidas educacionales y conductuales tienen un papel clave sobre estos pacientes (Ref. 1). Es fundamental en este grupo, en el que la baja constancia resulta la principal barrera para la adherencia, que el paciente comprenda tanto su enfermedad como el tratamiento indicado y llevar a cabo actuaciones que favorezcan el desarrollo de un comportamiento que facilite el compromiso con el cumplimiento de los tratamientos.

CUMPLIDORES CLÁSICOS

Esta categoría agrupa a aquellos pacientes que cumplen con el tratamiento pero realmente no entienden por qué (41,5%). Son generalmente varones mayores de 65 años en los que se observan buenos niveles de cumplimiento y buenos hábitos de vida. Sin embargo, su condición de cumplidores

pasivos condiciona la adherencia a los tratamientos, limitando la toma de la medicación al cumplimiento de las órdenes del médico (Ref. 1). Para mejorar la adherencia en este grupo de pacientes es necesario fomentar actuaciones de tipo educacional, que permitan al paciente aumentar los conocimientos sobre su enfermedad y el tratamiento prescrito y de este modo ser más independientes y activos en la gestión.

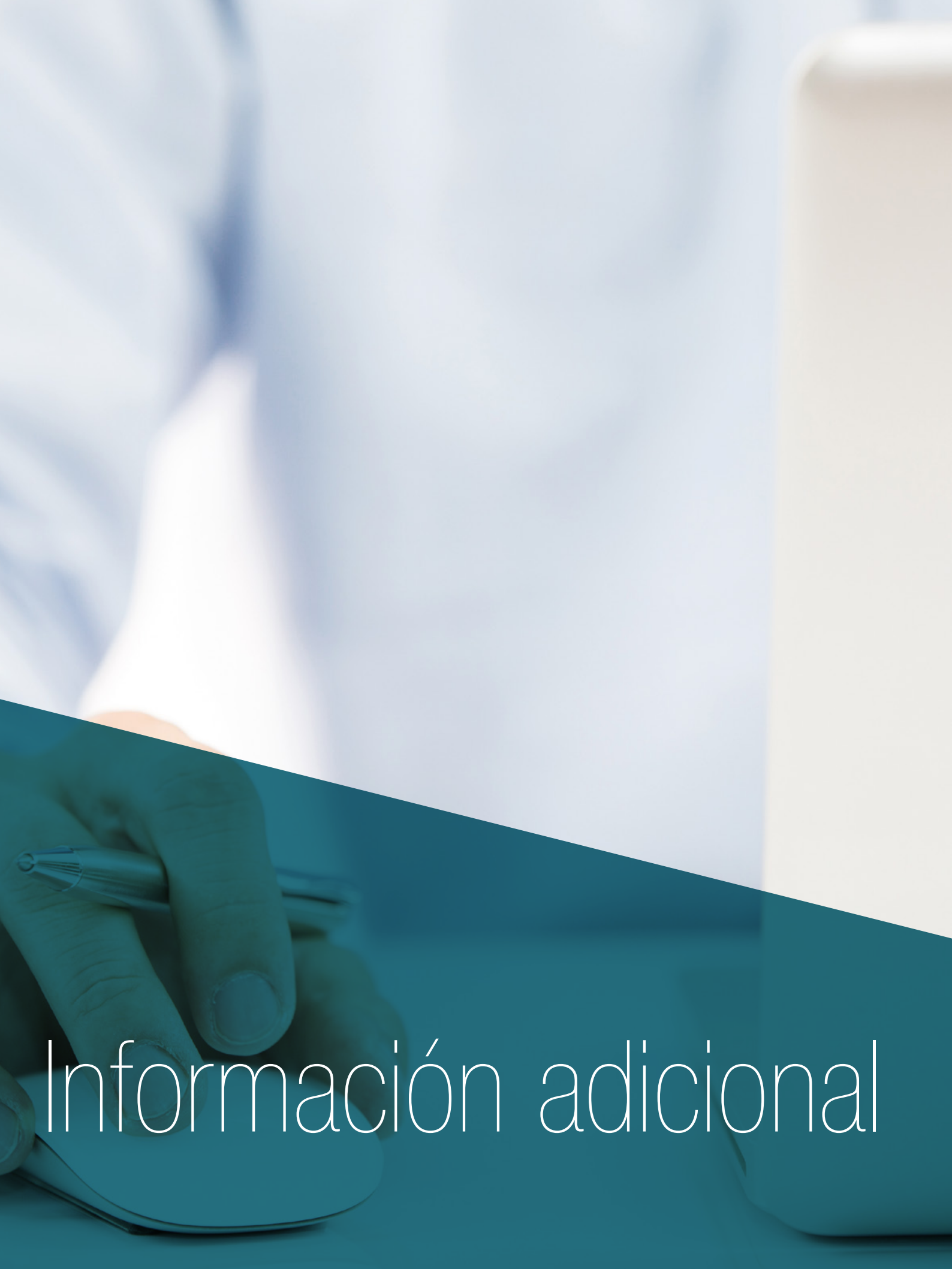
PACIENTES MODÉLICOS

Los pacientes modélicos (28,1%) representan a aquellos pacientes crónicos que son adherentes con su tratamiento. Se trata fundamentalmente de pacientes que viven en hogares numerosos y tienen buenos hábitos de salud (Ref. 1). En relación a la adherencia, su actitud colaborativa y activa determina junto con su constancia y rigor los altos niveles de cumplimiento, por lo que no es necesario desarrollar acciones específicas para este grupo de pacientes.

Figura 31. Acciones para favorecer la adherencia en cada uno de los grupos de pacientes crónicos

Acciones Pacientes	Técnicas	Conductuales	Educativas	Apoyo social	S. Sanitario
Incumplidores dependientes	●		●	●	●
Incumplidores críticos		●	●		●
Incumplidores absolutos		●	●		●
Cumplidores clásicos		●	●		

Fuente: análisis EY, 2016



Información adicional

AEMPS:

Agencia Española de Medicamentos
y Productos Sanitarios

CCAA:

Comunidades Autónomas

CIBERES:

Centro de Investigación Biomédica en
Red de Enfermedades Respiratorias

CMBD:

Conjunto Mínimo Básico de Datos

ECV:

Enfermedad cardiovascular

EPOC:

Enfermedad pulmonar obs-
tructiva crónica

HBA1c:

Hemoglobina glicosilada

HCDSNS:

Historia Clínica Digital del
Sistema Nacional de Salud

GRD:

Grupos Relacionados de Diagnóstico

IAM:

Infarto agudo de miocardio

ICC:

Insuficiencia cardíaca congestiva

INE:

Instituto Nacional de Estadística

ISRS:

Inhibidores selectivos de la
recaptación de serotonina

MSSSI:

Ministerio de Sanidad, Servicios
Sociales e Igualdad

OMS:

Organización Mundial de la Salud

PRM:

Problemas Relacionados
con Medicamentos

SIDA:

Síndrome de la inmunode-
ficiencia adquirida

SNS:

Sistema Nacional de Salud

SPD:

Sistema Personalizado de Dosificación

TIC:

Tecnologías de la Información
y la Comunicación

VIH:

Virus de la inmunodeficiencia humana

**GLOSARIO**



LISTADO FIGURAS

Figura 1. Componentes de la adherencia.....	18	Figura 20. Pilar estratégico 2: iniciativas y acciones.....	45
Figura 2. Porcentaje de pacientes adherentes y no adherentes.....	18	Figura 21. Pilar estratégico 3: iniciativas y acciones.....	50
Figura 3. Nivel de adherencia por patología (%)	19	Figura 22. Pilar estratégico 4: iniciativas y acciones.....	53
Figura 4. Nivel de adherencia por edad (%).....	20	Figura 23. Pilar estratégico 5: iniciativas y acciones.....	57
Figura 5. Ventajas y desventajas de los métodos para medir la adherencia.....	21	Figura 24. Esquema de Markov propuesto para EPOC	73
Figura 6. Medios de información de las enfermedades (%).....	24	Figura 25. Esquema de Markov propuesto para la enfermedad cardiovascular.....	82
Figura 7. Actitudes ante la enfermedad y los tratamientos	25	Figura 26. Modelo de Markov para la diabetes tipo 2.....	88
Figura 8. Número de medicamentos y de pastillas diarias (%)	26	Figura 27. Análisis de decisión para la depresión mayor.....	97
Figura 9. Efectividad percibida de los medicamentos (%)	26	Figura 28. Acciones para favorecer la adherencia terapéutica.....	104
Figura 10. Nivel de satisfacción con la información recibida en la consulta (%)	27	Figura 29. Clasificación de los pacientes crónicos, de acuerdo a su perfil socio-demográfico y a su nivel de adherencia	107
Figura 11. Información no proporcionada correctamente en las consultas (%).....	27	Figura 30. Tipología de pacientes crónicos (%)	108
Figura 12. Valoración de la comunicación con los profesionales de la salud.....	28	Figura 31. Acciones para favorecer la adherencia en cada uno de los grupos de pacientes crónicos.....	108
Figura 13. Adherencia al tratamiento según el número de enfermedades (%)	28		
Figura 14. Factores más relevantes en la falta de adherencia	30		
Figura 15. Ejemplos de iniciativas desarrolladas a nivel nacional para mejorar la adherencia.....	31		
Figura 16. Grado de implementación de la receta electrónica.....	33		
Figura 17. Pilares estratégicos e iniciativas del Plan de Adherencia al Tratamiento.....	38		
Figura 18. Pilar estratégico 0: iniciativas y acciones	39		
Figura 19. Pilar estratégico 1: iniciativas y acciones.....	42		

Tabla 1. Probabilidades de transición en la cohorte de pacientes adherentes. Ciclos de 8 días, primer año 75

Tabla 2. Probabilidades de transición en la cohorte de pacientes no adherentes. Ciclos de 8 días, primer año 75

Tabla 3. Probabilidades de transición en la cohorte de pacientes adherentes. Ciclos de 1 mes, primer año 76

Tabla 4. Probabilidades de transición en la cohorte de pacientes no adherentes. Ciclos de 1 mes, primer año 76

Tabla 5. Probabilidades de transición en la cohorte de pacientes adherentes. Ciclos de 1 mes, segundo año 77

Tabla 6. Probabilidades de transición en la cohorte de pacientes no adherentes. Ciclos de 1 mes, segundo año 77

Tabla 7. Distribución según gravedad en el estado de exacerbación 78

Tabla 8. Costes de los diferentes estados de salud (con exacerbación o no) para ciclos de 8 días 78

Tabla 9. Costes de los diferentes estados de salud (con exacerbación o no) para ciclos de 1 mes 79

Tabla 10. Escenario actual - carga actual de la EPOC en España 79

Tabla 11. Escenario nuevo 1 - resultados obtenidos de la mejora en 1 punto porcentual de la adherencia media en los pacientes no adherentes 80

Tabla 12. Escenario nuevo 2 - resultados obtenidos de la mejora en 10 puntos porcentuales de la adherencia media en los pacientes no adherentes 80

Tabla 13. Probabilidades de transición en la cohorte de pacientes adherentes. Ciclos de 3 meses 84

Tabla 14. Probabilidades de transición en la cohorte de pacientes no adherentes. Ciclos de 3 meses 84

Tabla 15. Costes de los diferentes estados de salud para ciclos de 3 meses ... 85

Tabla 16. Escenario actual - carga actual de la enfermedad cardiovascular en España 85

Tabla 17. Escenario nuevo 1- resultados obtenidos de la mejora en 1 punto porcentual de la adherencia media en los pacientes no adherentes 86

Tabla 18. Escenario nuevo 2 - resultados obtenidos de la mejora en 10 puntos porcentuales de la adherencia media en los paciente no adherentes 86

Tabla 19. Ecuaciones para estimar la probabilidad de sufrir una complicación relacionada con la diabetes tipo 2 90

Tabla 20. Ecuaciones para estimar la probabilidad de sufrir un evento fatal relacionado con la diabetes tipo 2 y para el cálculo de factores de riesgo asociados 92

Tabla 21. Costes asociados al manejo de la diabetes tipo 2 93

Tabla 22. Escenario actual - carga actual de la diabetes tipo 2 en España 94

Tabla 23. Escenario nuevo 1- resultados obtenidos de la mejora en 1 punto porcentual la adherencia media de los pacientes no adherentes 94

Tabla 24. Escenario nuevo 2- resultados obtenidos de la mejora en 10 puntos porcentuales la adherencia media de los pacientes no adherentes 95

Tabla 25. Probabilidades del modelo para el trastorno de depresión mayor 100

Tabla 26. Costes de los diferentes estados de salud para el trastorno de depresión mayor 101

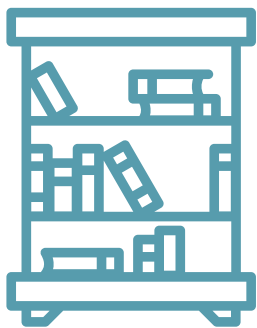
Tabla 27. Escenario actual - carga actual de la depresión mayor en España 102

Tabla 28. Escenario nuevo 1- resultados obtenidos de la mejora en 1 punto porcentual de la adherencia media en los pacientes 102

Tabla 29. Escenario nuevo 2- resultados obtenidos de la mejora en 10 puntos porcentual de la adherencia media en los pacientes 102



LISTADO TABLAS



LISTADO REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Gabinete Sociología y Comunicación. Encuesta sobre adherencia terapéutica en España.** España; 2016.
2. Rafii F, Fatemi NS, Danielson E, Johansson CM, Modanloo M. **Compliance to treatment in patients with chronic illness: A concept exploration.** Iran J Nurs Midwifery Res [Internet]. 2014;19(2):159–67. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4020025&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
3. Schwab K. **The global competitiveness report 2015-2016** [Internet]. Suiza: World Economic Forum; 2015. Available from: http://www3.weforum.org/docs/gcr/2015-2016/Global_Competitiveness_Report_2015-2016.pdf
4. **Indicadores de Mortalidad** [Internet]. España: Instituto Nacional de Estadística; 2014. Available from: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1414>
5. Ferrer C, Orozco D, Román P. **Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud** [Internet]. España: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Available from: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
6. Aviles MJ, Cuevas MD ZE. **Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana 2012** [Internet]. España: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012. Available from: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.2792-2014.pdf>
7. **Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios** [Internet]. España: Boletín Oficial del Estado, núm. 177; 2015. Available from: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8343
8. Sabaté E. **Adherence to long-term therapies: Evidence for action** [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2003. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
9. Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. **Medication compliance and persistence: Terminology and definitions. Value Heal** [Internet]. 2008;11(1):44–7. Available from: https://www.ispor.org/workpaper/research_practices/Cramer.pdf
10. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppar T, et al. **A new taxonomy for describing and defining adherence to medications.** Br J Clin Pharmacol [Internet]. 2012;73(5):691–705. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3403197/pdf/bcp0073-0691.pdf>
11. Conthe P, Márquez Contreras E. **Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas : estado de la situación y perspectivas de futuro** [Internet]. España; 2012. Available from: http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/documento_consenso_2.pdf
12. Olivera Fernández F, Fernandez Ribeiro G, Piñeiro Corrales C, Diz C. **Adherencia a tratamientos antineoplásicos orales.** Farm Hosp [Internet]. 2014;38(6):475–81. Available from: http://www.sefh.es/fh/142_FHVOL38N6_05.pdf
13. Knobel H, Escobar I, Polo R, Ortega L, Teresa Martín-Conde M., Luis Casado J, et al. **Recomendaciones GESIDA/SEFH/ PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004.** Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet]. 2005;23(4):221–31. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X05749466>
14. **Comité Científico del Observatorio de la Adherencia al tratamiento. Adherencia la tratamiento en la Comunidad de Madrid. Análisis mediante encuesta poblacional.** Extracto de resultados [Internet]. España: Observatorio de la Adherencia al tratamiento; 2012. Available from: <http://www.oatobservatorio.com/wp-content/uploads/2015/10/Resumen-resultados-Estudio-Adherencia-Madrid.pdf>
15. Martin L, Samperiz G, Murillas J, Campins A DO. **Plan de Control de Antibióticos Auditoría prospectiva y feed- back** [Internet]. España: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2015. 15 p. Available from: <http://focusky.com/viad/xjrn>
16. Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín MN, González Jurado M, et al. **Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro.** Rev Clin Esp [Internet].

2014;214(6):336–44. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256514001271>

17. Fundación Salud 2000. La adherencia, nuevo paradigma en la relación farmacéutico-paciente [Internet]. España; 2014. Available from: http://www.fundacionmercksalud.com/system/attachments/3921/original/AAFF_Documento_final_baja.pdf?2014-06-24 11:59:37 +0200

18. Fundación Jordi Gol i Gurina IDIAP. Efectividad de las estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes crónicos: revisión meta-análisis. España; 2014.

19. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: Causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria [Internet]. 2009;41(6):342–8. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-estrategias-mejora-13139004>

20. Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: A review of systematic reviews. Front Pharmacol [Internet]. 2013;4(91). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722478/>

21. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. España: Boletín Oficial del Estado, núm. 274; 2002. Available from: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188

22. De-Vries T, Henning R, Hogerzeil H, Fresle D. Guide to Good Prescribing: a practical manual [Internet]. Suiza: World Health Organization; 1994. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/59001/1/WHO_DAP_94.11.pdf

23. García-Ramos SE, Baldominos Utrilla G, Herrero Fernandez M, Lebrero García A. Detección de errores de prescripción asociados a un sistema de prescripción electrónica. Farm Hosp [Internet]. 2012;36(5):439–40. Available from: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90154223&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=121&ty=116&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=121v36n05a90154223pdf001.pdf

24. Sentencia núm. 170/2016 de 29 febrero, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha, no de recurso 47/2015, JUR\2016\76483 [Internet]. España: doAction; 2016. Available from: <http://www.poderjudicial.es/search/doAction?action=contentpdf&datasematch=AN&reference=7642688&links=%2247%2F2015%22%22170%2F2016%22&optimize=20160418&publicinterface=true>

25. The App Date. Informe 50 mejores Apps de Salud en español [Internet]. España; 2014. Available from: <http://www.theappdate.es/static/media/uploads/2014/03/Informe-TAD-50-Mejores-Apps-de-Salud.pdf>

26. Rutten-Van Mölken MPMH, Oostenbrink JB, Miravittles M, Monz BU. Modelling the 5-year cost effectiveness of tiotropium, salmeterol and ipratropium for the treatment of chronic obstructive pulmonary disease in Spain. Eur J Heal Econ [Internet]. 2007;8(2):123–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1913175/>

27. Becerra V, Gracia A, Desai K, Abogunrin S, Brand S, Chapman R, et al. Cost-effectiveness and public health benefit of secondary cardiovascular disease prevention from improved adherence using a polypill in the UK. BMJ Open [Internet]. 2015;5(5):e007111. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4452741/>

28. Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, Jones PW, Vogelmeier C AA. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: GOLD Executive Summary. Am J Respir Crit Care Med [Internet]. 2013;187(4):347–65. Available from: <http://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201204-0596PP#readcube-epdf>

29. Soriano JB, Román-Rodríguez M. A golden goal in 2010, and another GOLD in 2014 in primary care, or vice versa. Prim Care Respir J [Internet]. 2014;23(1):4–5. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L372512202>

30. Arfè A, Nicotra F, Cerveri I, de Marco R, Vaghi A, Merlino L, et al. Incidence, Predictors, and Clinical Implications of Discontinuing Therapy with Inhaled Long-Acting Bronchodilators among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. COPD [Internet]. 2016;0(0):1–7. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/15412555.2016.1141877>

31. Lopez-Bastida J, Oliva J, Antonanzas F, Garcia-Altes A, Gisbert R, Mar J, et al. Spanish recommendations on economic evaluation of health technologies. Eur J Heal Econ, [Internet]. 2010;11(5):513–20. Available from: https://www.ispor.org/regional_chapters/Spain/documents/Spanish-recommendations-on-economic-evaluation.pdf

32. Fernández de Bobadilla J, López-de-Sá E. **Carga económica y social de la enfermedad coronaria**. Rev Esp Cardiol Supl [Internet]. 2013;13(B):42–7. Available from: <http://www.revespcardiolo.org/es/carga-economica-social-enfermedad-coronaria/articulo/90200694/>
33. Brosa M. **La utilidad de la modelización clínico-económica en la IRS**. España; 2004.
34. **Cálculo de variaciones del Índice de Precios de Consumo** (sistema IPC base 2011) [Internet]. España: Instituto Nacional de Estadística; 2016. Available from: <http://www.ine.es/varipc/>
35. **Defunciones según la Causa de Muerte 2013** [Internet]. España: Instituto Nacional de Estadística; 2013. Available from: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2013&file=pcaxis&L=0>
36. **Explotación del CMBD** [Internet]. España: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; Available from: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/DefaultPublico.aspx>
37. Sicras-Mainar A, de Bobadilla JF, Navarro-Artieda R, Martín I, Varela-Moreno C. **Morbimortalidad y consumo de recursos asociados tras síndrome coronario agudo en una población española**. Rev Clin Esp [Internet]. 2011;211(11):560–71. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256511003766>
38. O'Connor E, Vasilakis-Scaramozza C. **Type 2 Diabetes**. DR/Decision Resources, LLC; 2015.
39. Aguilera M, Franch-Nadalb J, Fontc B, Gambús G. **Estudio observacional transversal en consultas de atención primaria y atención hospitalaria del perfil clínico del paciente con diabetes mellitus tipo 2 no controlado en fase inicial de tratamiento** (estudio EUPHORIA). Av Diabetol [Internet]. 2011;27(3):69–77. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-articulo-estudio-observacional-transversal-consultas-atencion-90034504>
40. Clarke PM, Gray AM, Briggs A, Farmer AJ, Fenn P, Stevens RJ, et al. **A model to estimate the lifetime health outcomes of patients with Type 2 diabetes: The United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) Outcomes Model (UKPDS no. 68)**. Diabetologia [Internet]. 2004;47(10):1747–59. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00125-004-1527-z>
41. Barrios V, Escobar C, Llisterri JL, Rodríguez Roca G, Badimón JJ, Vergara J, et al. **Características clínicas basales y manejo de los pacientes incluidos en el estudio IBERICAN**. Semergen [Internet]. 2015;41(1):3–12. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359314003815>
42. Elliott RA, Boyd MJ, Waring J, Barber N, Mehta R, Chuter A et al. Department of Health Policy Research Programme Project. **Understanding and Appraising the New Medicines Service in the NHS in England** (029/0124) [Internet]. Reino Unido: University of Nottingham; 2014. Available from: http://www.nottingham.ac.uk/~pazmjb/nms/downloads/report/files/assets/common/downloads/108842_A4_Main_Report.v4.pdf
43. Abad Paniagua EJ, Casado Escribano P, Fernández Rodríguez JM, Morales Escobar FJ, Betegón Nicolás L, Sánchez-Covisa J, et al. **Análisis de coste-efectividad de dapagliflozina en comparación con los inhibidores de la DPP4 y otros antidiabéticos orales en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en España**. Aten Primaria [Internet]. 2015;47(8):505–13. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656714003904>
44. Brosa M, Perez V, Comas A SJ. **Análisis coste-efectividad de tres opciones terapéuticas iniciales en el tratamiento de la depresión mayor en España**. Rev Esp Econ Salud [Internet]. 2008;7(4):165–72. Available from: https://www.researchgate.net/publication/242411669_analisis_coste-efectividad_de_tres_opciones_terapeuticas_iniciales_en_el_tratamiento_de_la_depresion_mayor_en_espana_the_cost-effectiveness_of_three_primary_therapeutic_classes_in_the_treatment_of_may
45. Sparrow AM, Dorfman K. **Unipolar depression**. DR/Decision Resources, LLC; 2015.
46. Pisano González MM, González Pisano A. **La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica**. Enferm Clin [Internet]. 2014;24(1):59–66. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001757>
47. Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Márquez Cabeza JJ. **Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico**. Form Med Contin Aten Prim [Internet]. 2001;8(8):558–73. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207201754710>