



#VIIIJornadaAdherencia

VIII

JORNADAS DE LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
14 y 15 de Noviembre



El valor de la adherencia



Fundación
weber®

ÁLVARO HIDALGO VEGA
UCLM, FUNDACIÓN WEBER

[MADRID, 14 de noviembre de 2019]



[ÍNDICE]

- 1 Contexto
- 2 La adherencia al tratamiento: aspectos relevantes
- 3 El valor de la adherencia
- 4 Factores que impactan en la adherencia
- 5 Conclusiones

El valor de la adherencia

1 Contexto

El contexto: importantes desafíos que afrontar

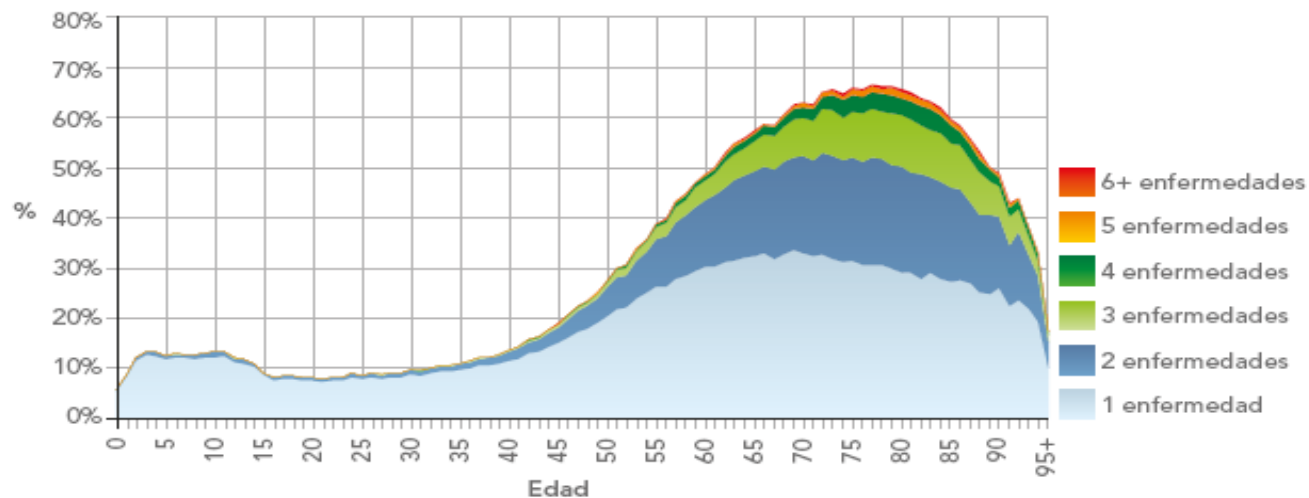


Fuente: *elaboración propia*



- Mayor prevalencia de enfermedades crónicas a partir de los 65 años.

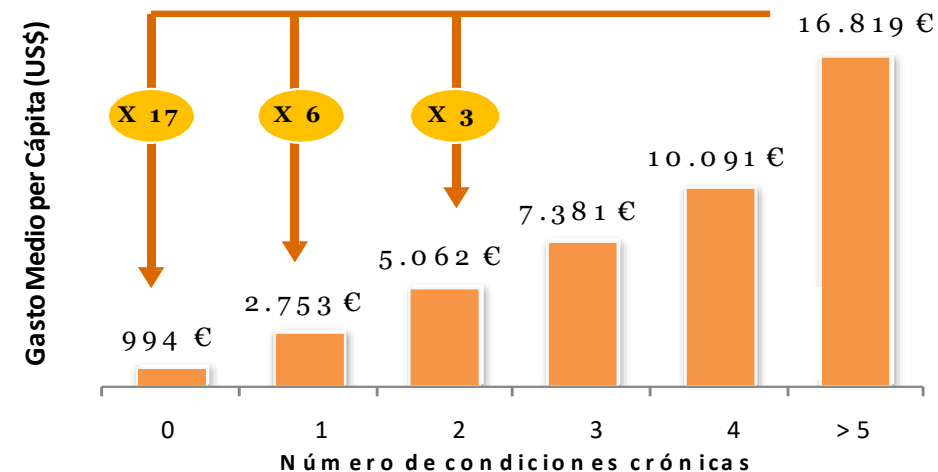
Distribución de pacientes 2007 - Distribución de pacientes según nº de enfermedades crónicas en función de la edad



Fuente: Osabide (2007)

- El gasto por paciente aumenta exponencialmente con el número de enfermedades crónicas.

Gasto per cápita según el número de enfermedades crónicas

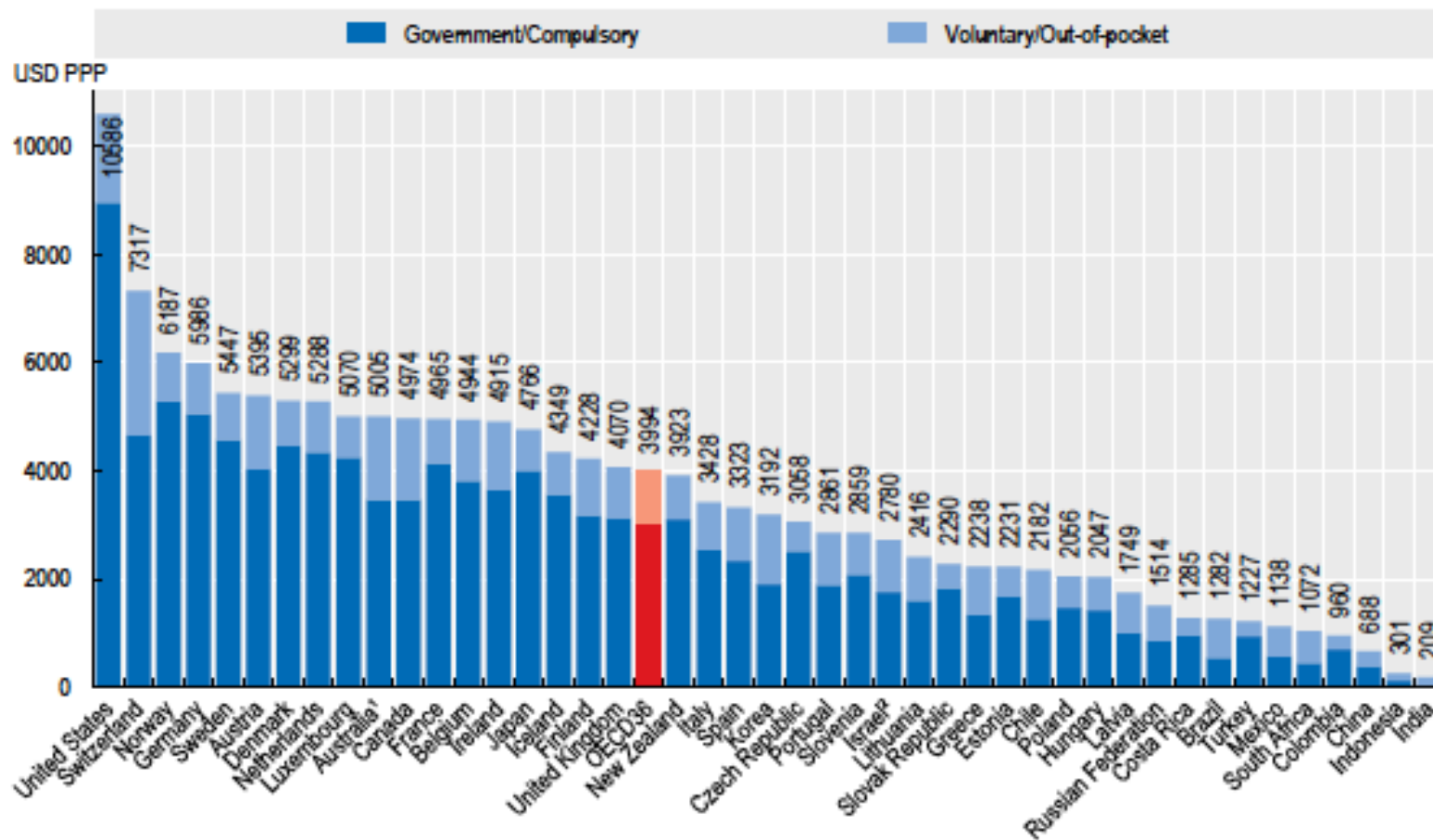


Fuente: Bodenheimer (2009)

Los mayores de 65 años supondrán el 30% de la población en 2030¹

¹Begoña García (2018) Jornada: La soledad y el aislamiento no deseado en las personas mayores. Reacción de las Instituciones de la Comunidad de Madrid frente a la soledad y el aislamiento de las personas mayores.

Figure 7.1. Health expenditure per capita, 2018 (or nearest year)



Note: Expenditure excludes investments, unless otherwise stated.

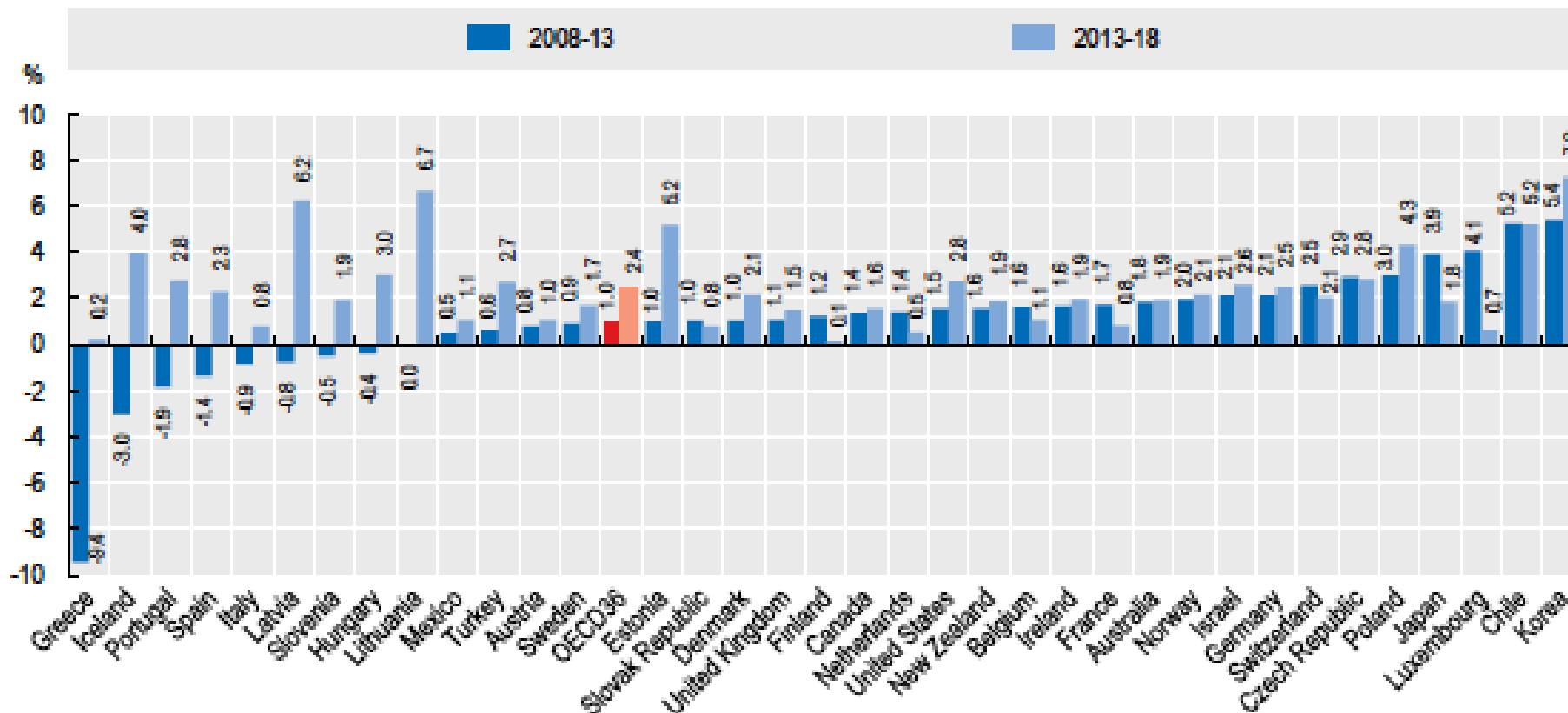
1. Australia expenditure estimates exclude all expenditure for residential aged care facilities in welfare (social) services. 2. Includes investments.

Source: OECD Health Statistics 2019, WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934016778>



Figure 7.2. Annual growth in health expenditure per capita (real terms), 2008 to 2018 (or nearest year)

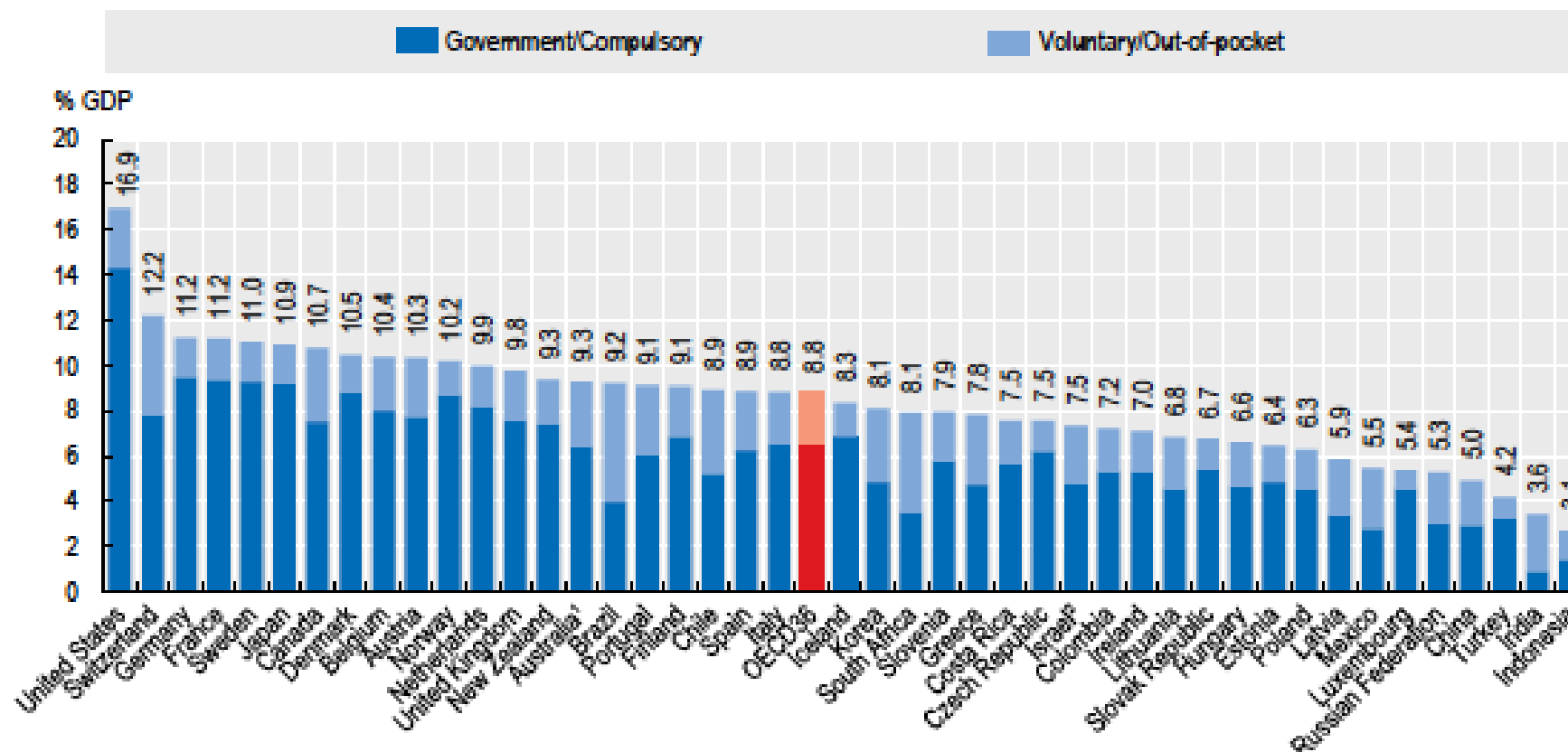


Source: OECD Health Statistics 2019.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934016797>



Figure 7.3. Health expenditure as a share of GDP, 2018 (or nearest year)



Note: Expenditure excludes investments, unless otherwise stated.

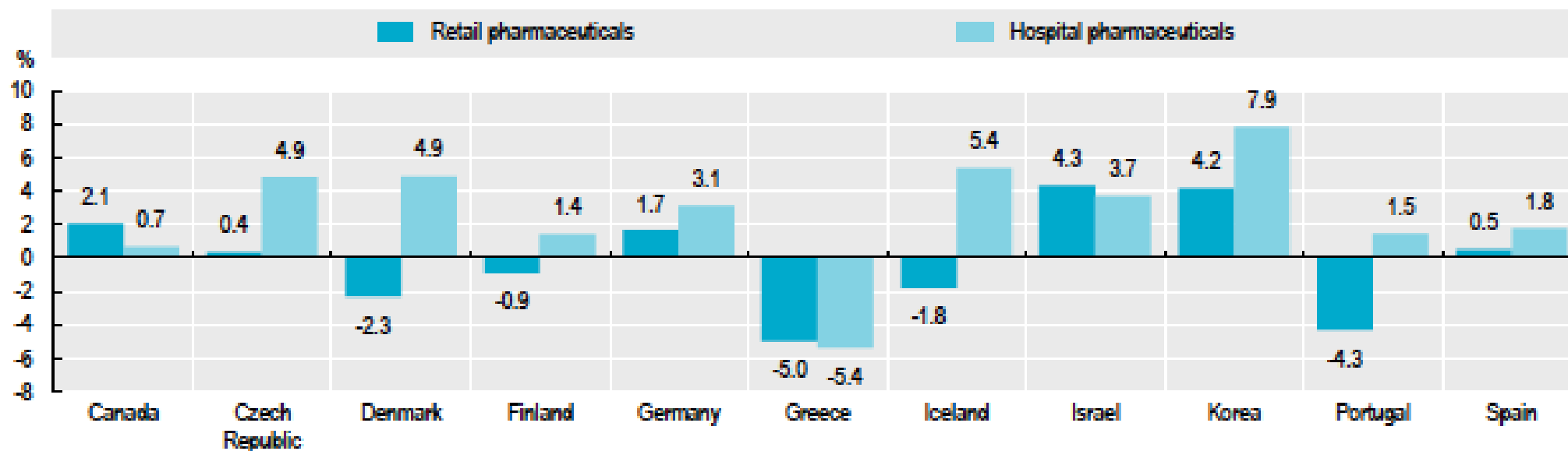
1. Australia expenditure estimates exclude all expenditure for residential aged care facilities in welfare (social) services. 2. Includes investments.

Source: OECD Health Statistics 2019, WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934016816>



Figure 10.3. Annual average growth in retail and hospital pharmaceutical expenditure, in real terms, 2008-18 (or nearest year)



Note: OECD estimates for Portugal exclude expenditure on other medical products from retail spending.

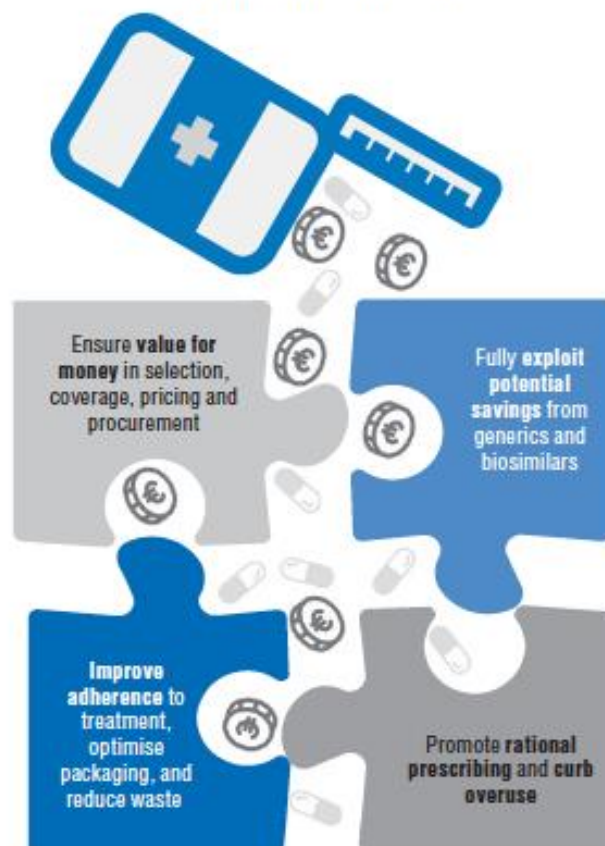
Source: OECD Health Statistics 2019.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934018032>



1.2. STRATEGIES TO REDUCE WASTEFUL SPENDING: TURNING THE LENS TO HOSPITALS AND PHARMACEUTICALS

Figure 2.9. Possible approaches to reducing wasteful spending on pharmaceuticals



2 La adherencia al tratamiento: aspectos relevantes

Adherencia: clave en los resultados terapéuticos



ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO
Pruebas para la acción

- La adherencia terapéutica deficiente es la principal razón del beneficio clínico subóptimo
- La FAT contribuye a un mayor número de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad
- Reduce la calidad de vida de los pacientes
- Desperdicia los recursos de atención de salud



Adherencia: concepto y aspectos clave



En el año 2003 la Organización Mundial de la Salud 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»

Ser adherente es tomarse la medicación prescrita...
...en la dosis correcta...

1

...en el momento adecuado...

2

...y del modo correcto

3



En España se estima que el **50%** de los pacientes **no se adhieren** correctamente al **tratamiento**



Lo que se traduce en una importante cuestión de salud pública, con significativas **repercusiones** tanto a nivel **clínico** como **económico**

Plan de Adherencia al Tratamiento

Uso responsable del medicamento



Contexto actual

Los **avances** en los **tratamientos** y el **envejecimiento** de la **población** hacen presagiar un **escenario** donde la **adherencia** tendrá cada vez **mayor relevancia**

En atención primaria, hasta el **40%** de los pacientes pluripatológicos presentan **tres o más enfermedades crónicas...**



... y el **94%** de estos pacientes requiere **polimedicación**



El **80%** de las **consultas** en los centros de atención primaria son debidas a pacientes con patologías crónicas...

...y representan el **60%** de las **estancias hospitalarias**, especialmente en lo que se refiere a ingresos no programados



En este marco, los **sistemas sanitarios** para ser **sostenibles** tienen que estar orientados a dar **respuesta** a las **necesidades** de los **pacientes crónicos**, garantizando una **atención integral** y **coordinada**

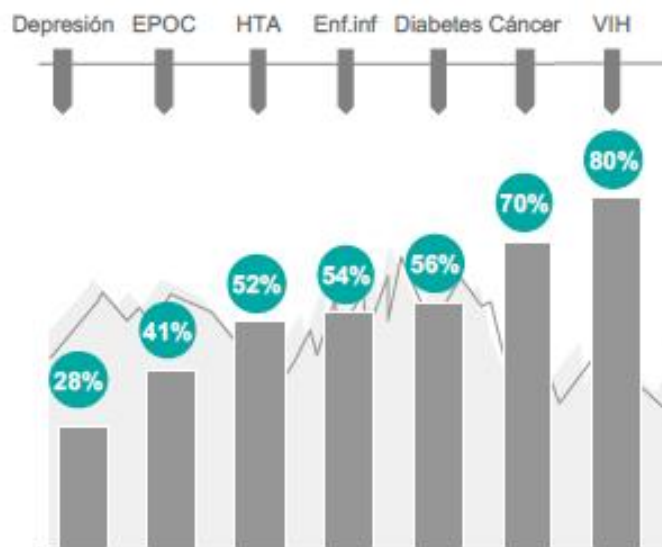
Plan de Adherencia al Tratamiento

Uso responsable del medicamento



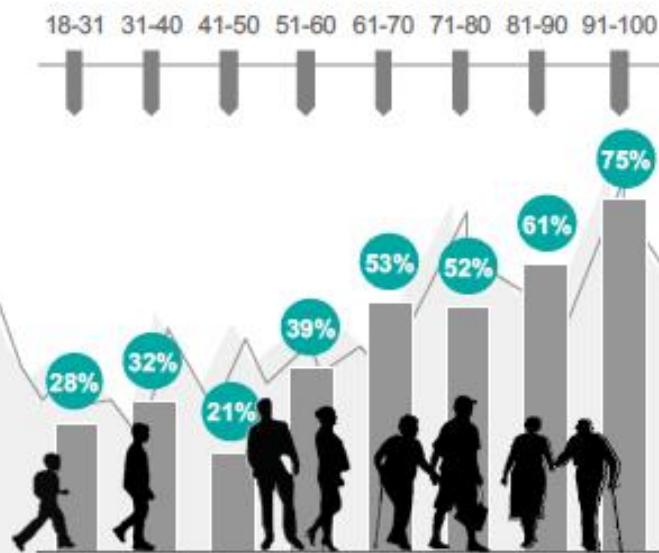
Diferencias en función de la patología y de la edad

Nivel de adherencia por patología



La depresión presenta en España uno de los niveles más bajos de adherencia (28%), mientras que la enfermedad por el VIH o en los procesos oncológicos se alcanzan valores cercanos al 80%

Nivel de adherencia por edad



Los pacientes con edades comprendidas entre los 41 y los 50 años, son los que presentan valores más bajos de adherencia. A partir de los 51 años la adherencia aumenta positivamente con la edad

Plan de Adherencia al Tratamiento

Uso responsable del medicamento



El valor de la adherencia

3 El valor de la adherencia

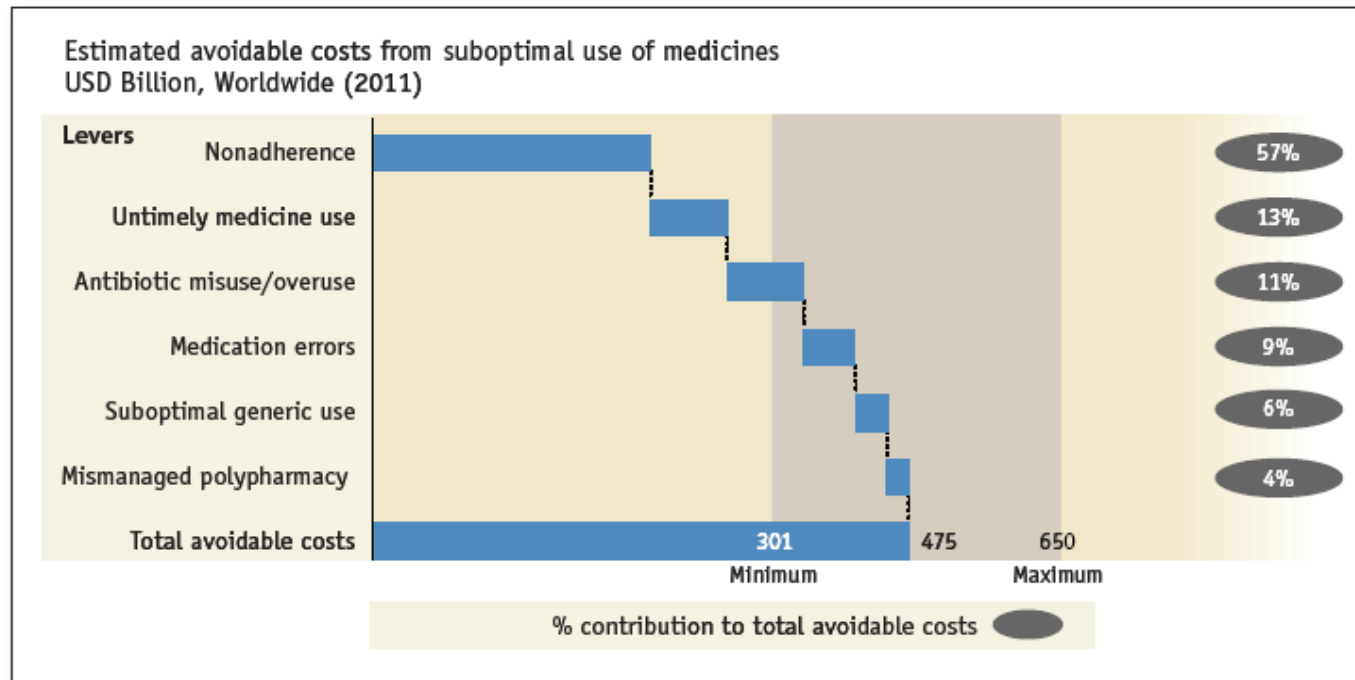
Adherencia: impacto económico

What is the quantified opportunity?

ABOUT \$500BN DOLLARS MAY BE AVOIDED THROUGH BETTER RESPONSIBLE MEDICINE USE

These figures are estimates derived from a global modelling analysis of the avoidable cost opportunity based on best available data from different countries. The purpose of this analysis is to trigger a meaningful discussion not on the exact figures but rather on how to assess the impact of more responsible use of medicines.

Source: IMS Institute for Healthcare Informatics, 2012. Please see Methodology section for details on quantification. This includes 186 countries.



1. PATIENT USAGE: INCREASE ADHERENCE

Nonadherence contributes 57% of the world's total avoidable cost due to suboptimal medicine use.

A total of 4.6% of global total health expenditure (THE), or 269Bn USD worldwide, can be avoided from adherence to medicines.



Adherencia: impacto económico

RECOMMENDATIONS FOCUS IS ON SIX LEVERS THAT CAN IMPROVE MEDICINE USE TO REDUCE OVERALL SPEND AND IMPROVE OR MAINTAIN OUTCOMES

		Impact on...		
		Medicine spend	Nonmedicine spend	Health outcomes
Right medicines to the right patient at the right time	Improvements on...			
	Untimely medicine use	↑	↓	↑
	Medication errors	↓	↓	↑
	Mismanaged polypharmacy	↓	↓	↑
	Suboptimal generic use	↓	↔	↔
Antibiotic misuse/overuse	↓	↓	↑	
Patient usage	Nonadherence to medicines	↑	↓	↑
What can ministers do to improve medicine use in these areas?				

Improvements may necessitate an increase (shown by the red arrow) or decrease (shown by the green arrow) in medicine spending but manage nonmedicine spending and maintain or improve health outcomes. Nonmedicine spending refers to healthcare costs not associated with the pharmaceutical budget, including the provision of clinical services in primary care and hospital settings. Note that suboptimal generic use does not impact nonmedicine spending or health outcomes since the improvement would be limited to a substitution effect and therefore, reduction in medicine spending only.





5 de Febrero 2013

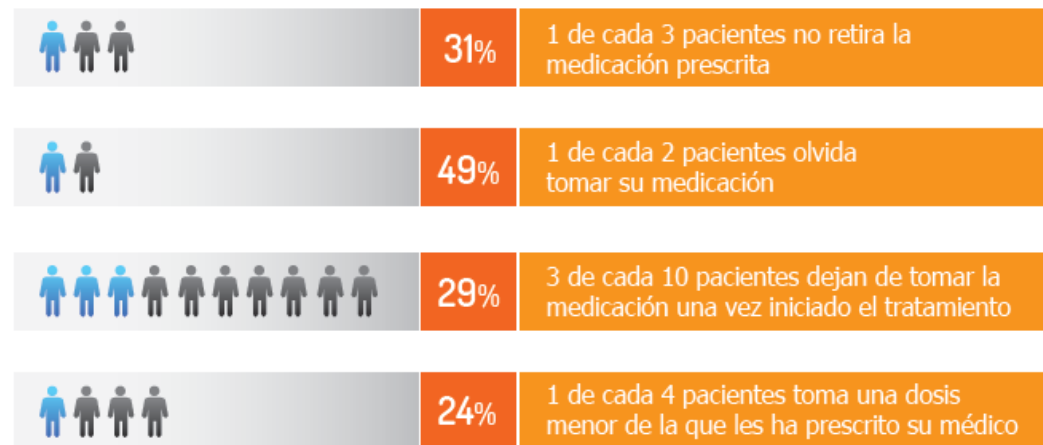
3

IMPACTO ECONÓMICO DE LA NO ADHERENCIA EN LOS COSTES FARMACÉUTICOS

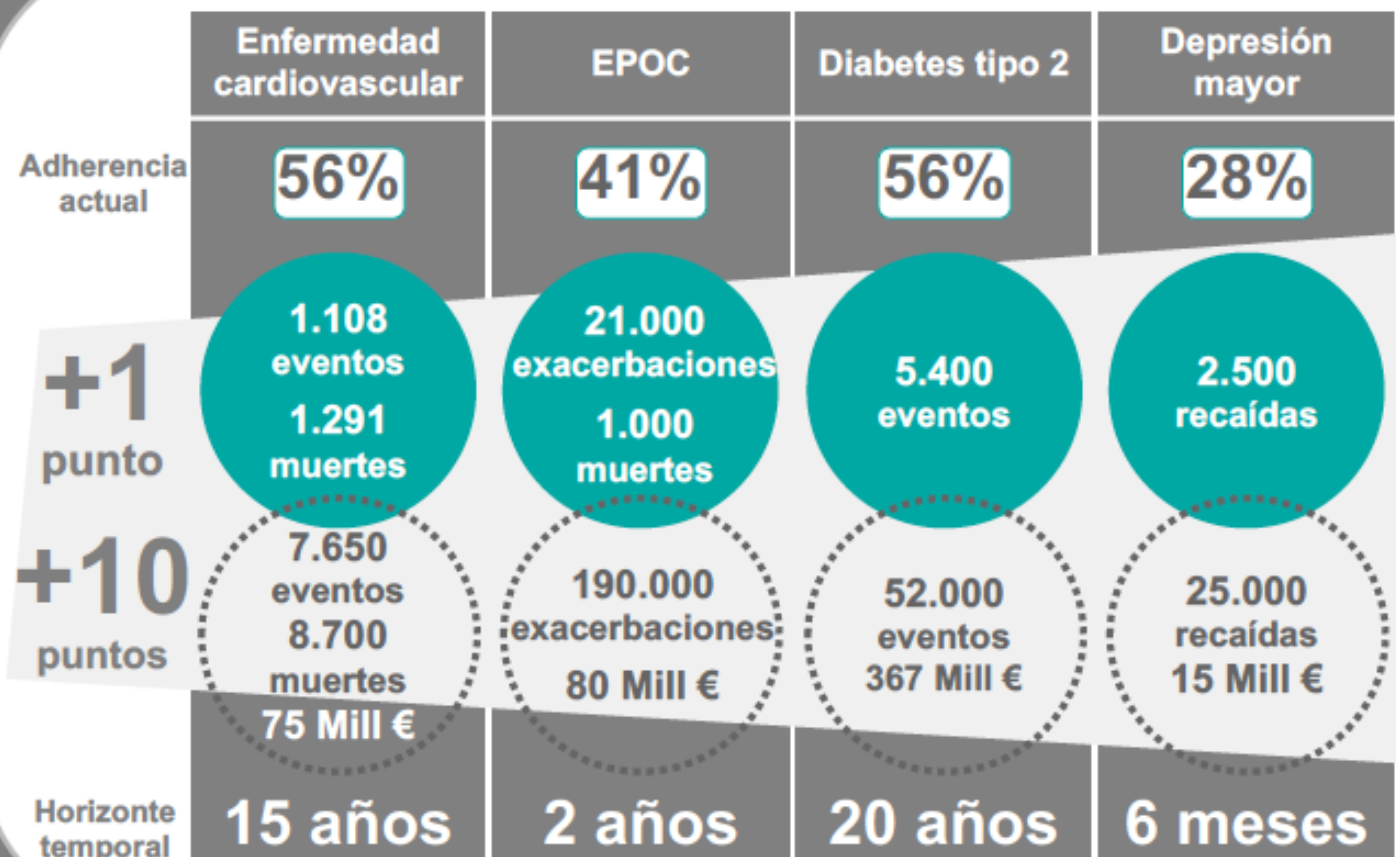
EL DATO

La no adherencia a los tratamientos farmacológicos provoca un coste estimado a los gobiernos europeos de 125.000 millones de euros anuales, y contribuye a unas 200.000 muertes prematuras de ciudadanos europeos cada año.

Just what the doctor ordered: An EU Response to Medication Non-Adherence. 28 September 2010. Bibliothèque Solvay. Brussels.



Impacto económico de la adherencia considerando solo los costes sanitarios directos



Plan de Adherencia al Tratamiento

Uso responsable del medicamento



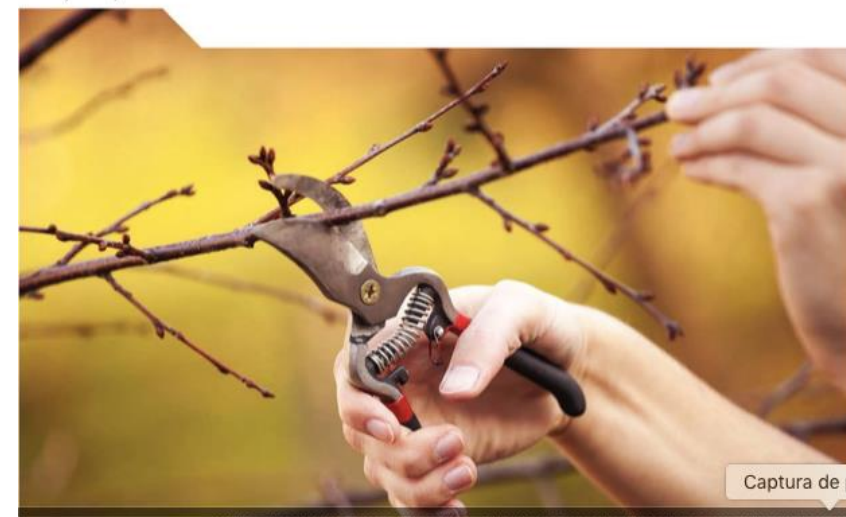
Improving adherence and other avenues for reducing waste

Apart from contributing to an estimated 200 000 premature deaths, poor adherence to prescribed medication is thought to cost as much as EUR 125 billion in Europe each year in avoidable hospitalisations, emergency care, and adult outpatient visits (OECD, 2017). Three prevalent chronic conditions – diabetes, hypertension, and hyperlipidaemia – appear to give rise to the highest avoidable costs. Among patients with these three conditions, it has been estimated that between 4 and 31% do not fill their first prescription; of those who fill their first prescription only 50 to 70% take their medications regularly (i.e. at least 80% of the time); and more than half discontinue taking them within two years (Khan and Socha-Dietrich, 2018).

Modelled over a 10-year period in five European countries (Italy, Germany, France, Spain, and England), the potential savings from increasing adherence to antihypertensive treatment to 70% have been estimated at EUR 332 million (Mennini et al., 2015). Research undertaken in the United Kingdom also identified potential savings of over GBP 100 million (EUR 111 million) annually if 80% of patients with hypertension were adherent to treatment (Trueman et al., 2010). The same report estimated the annual cost of medicine wastage in primary care to be as high as GBP 300 million (EUR 333 million), of which GBP 100-150 million (EUR 111-166 million) was identified as avoidable. However the authors also found that while patient non-adherence contributes to wastage, a range of other factors are also identified,



Tackling Wasteful Spending on Health



El valor de los medicamentos para incrementar adherencia



El uso de nuevos medicamentos también puede reducir la carga de cuidados personales -formales e informales- que requieren los pacientes, redundando en una menor carga para las familias y en una mayor sostenibilidad financiera del sistema sanitario.

Schaumburg (2009)¹⁶, Polster (2011)¹⁷, Teichgraber (2008)¹⁸

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y AHORRO DE COSTES

La adherencia al tratamiento es un elemento que también puede resultar de gran importancia en términos de ahorros en costes, especialmente para aquellos pacientes con enfermedades crónicas para los que la medicación constituye un componente clave de su tratamiento. En general, una adecuada adherencia al tratamiento favorece el éxito del mismo, mientras que en otros casos, además, reduce el riesgo de sufrir recadas. Así, el mejor control de la enfermedad a menudo se traduce en un menor uso de los servicios sanitarios de urgencia y de las hospitalizaciones, reduciendo todo ello en un potencial ahorro en costes sanitarios con respecto a los pacientes no adherentes.

Distintos estudios han corroborado que una mayor adherencia puede asociarse a ahorros netos en el coste sanitario (efecto compensación)^{19, 20, 21, 22}. Por ejemplo, Solik (2005) ha estimado que, para algunas enfermedades crónicas, a mayor grado de adherencia al tratamiento, mayores son los costes farmacológicos relacionados con el mismo, pero menores los costes sanitarios totales, gracias a las visitas médicas, hospitalizaciones y urgencias que se evitan. Con respecto a un paciente adherente al 80-100% se ahorra en promedio un 29% de los costes sanitarios totales en el caso de la hipercolesterolemia, un 27% en diabetes, un 9% en insuficiencia cardíaca y un 7% en hipertensión (Gráfico 57), con respecto a un paciente cuyo nivel de adherencia oscila entre el 60-79%. Así, de cada dólar invertido en medicación se lograrían unos ahorros promedio netos en los costes sanitarios de 7,1\$ en diabetes, 5,1\$ en hipercolesterolemia y 4\$ en enfermedades cardiovasculares²⁴. El ahorro es especialmente importante entre los pacientes con tres o más enfermedades (7 veces mayor que en los pacientes con una o dos enfermedades). Se ha estimado que el ahorro anual promedio derivado de lograr la adherencia de un paciente con 3 enfermedades es de 5.347\$, 4.423\$ y 2.087\$ cuando padece al menos diabetes, hipertensión y colesterol, respectivamente²⁵.

Roebuck (2011) también estima la magnitud del efecto compensación de los medicamentos en la adherencia, calculando que por cada dólar adicional invertido en medicamentos de pacientes adherentes, se logran ahorros netos en los costes directos sanitarios de 10,1\$ en hipertensión, 8,4\$ en fallo cardíaco, 4,7\$ en diabetes y 3,1\$ en dislipidemia²⁶.

Por su parte, según un estudio publicado en España²⁷, aumentar en un punto porcentual el nivel de adherencia media de los pacientes evitaría un gasto sanitario directo cuantificado en más de 8,5 millones de euros en el caso de la EPOC, además de evitar 1.089 muertes y más de 20.000 agudizaciones. El aumento de la adherencia supondría un ahorro de costes sanitarios directos de prácticamente 1,5 millones de euros en el caso de la depresión, 11 millones de euros en el caso de las enfermedades cardiovasculares y 38 millones de euros en el caso de la diabetes tipo 2.

En el ámbito de la diabetes, multitud de estudios han comprobado que un mejor control de la enfermedad deriva en una menor utilización de recursos sanitarios. Por ejemplo, reducir del 8,2% al 7,7% el nivel de hemoglobina glicosilada se asocia a unas reducciones del 22% en las admisiones hospitalarias y del 34% en la duración media de la estancia²⁸. Según un trabajo estadounidense, por cada dólar adicional invertido en mejorar la adherencia al tratamiento de los diabéticos en edad de trabajar se logra un ahorro neto de 1,14 dólares²⁹.



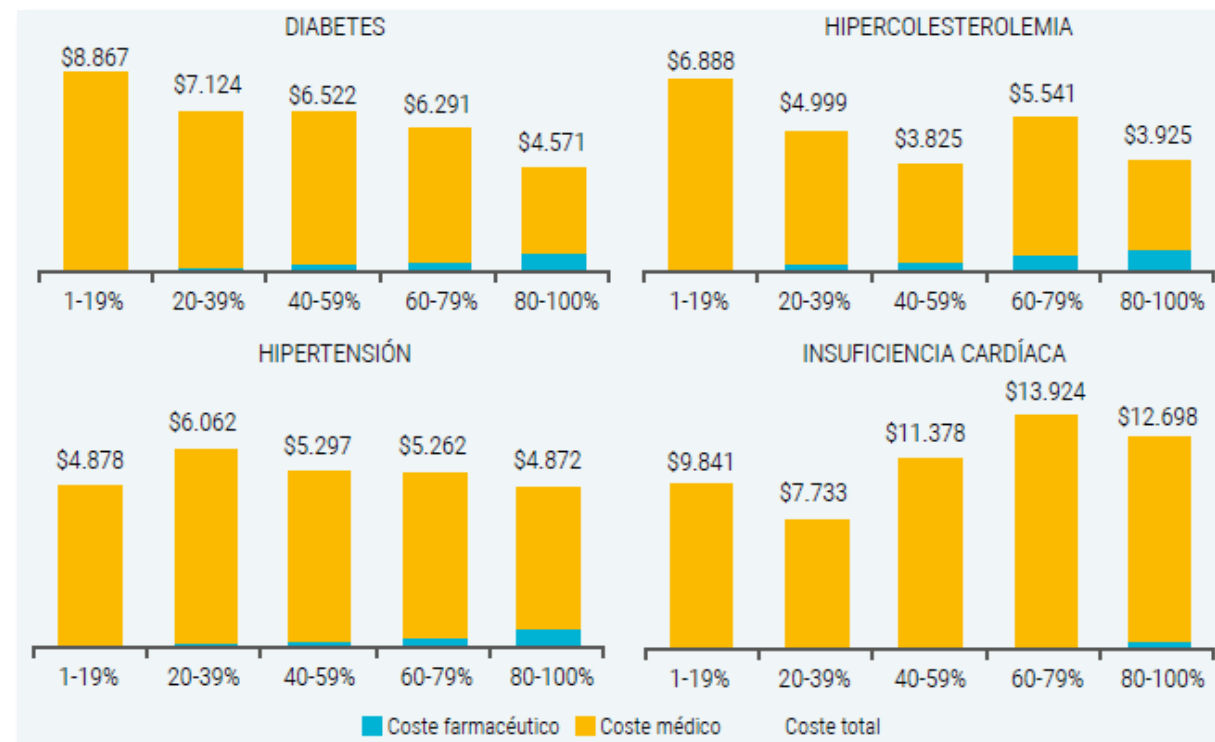
La adherencia al tratamiento

Costes directos no sanitarios

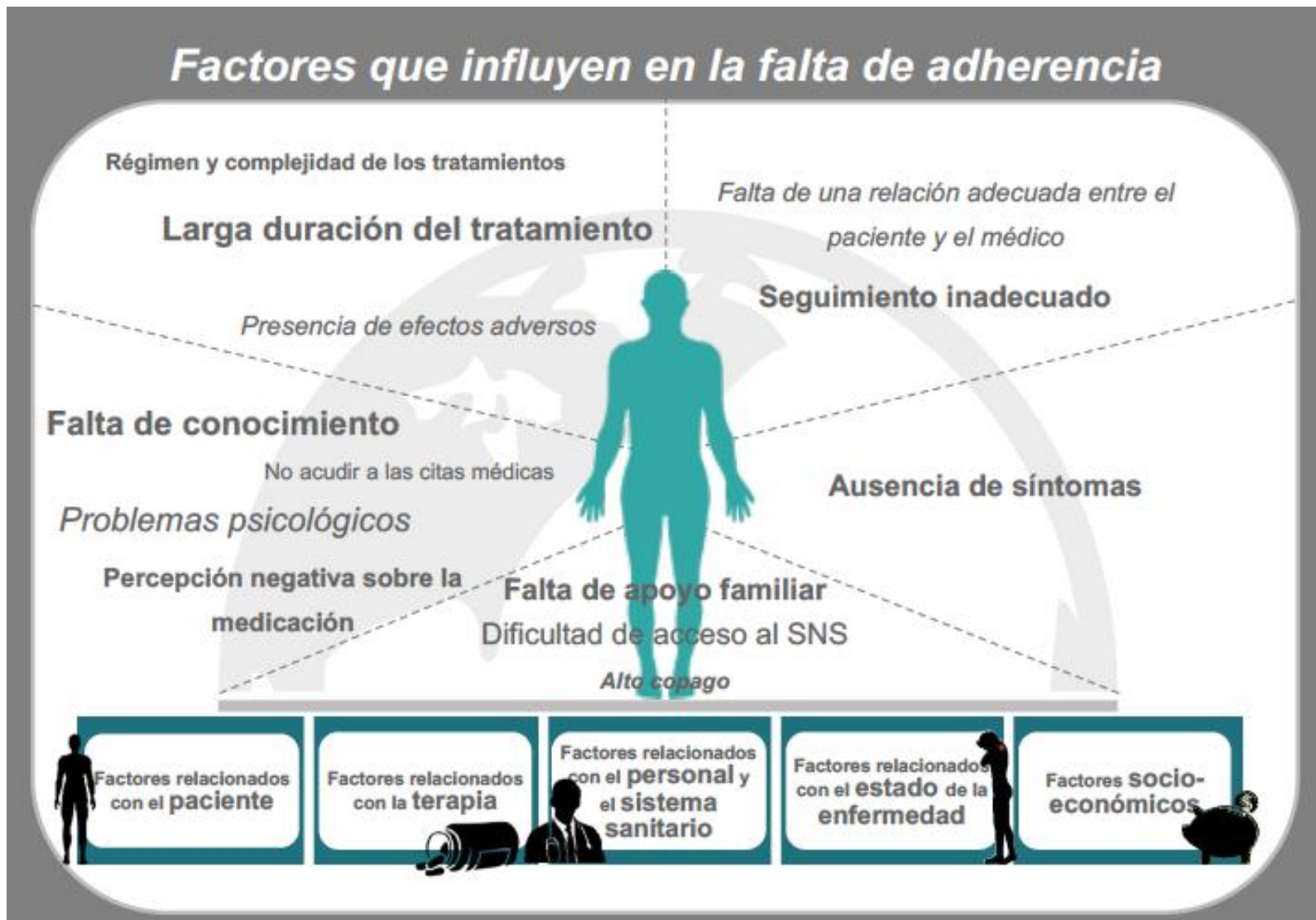
Una mayor adherencia no solo favorece la salud del paciente, sino que a menudo también genera un ahorro neto de costes sanitarios directos para el sistema y una ganancia de productividad laboral para la sociedad.

- A mayor adherencia, mayores son los costes farmacéuticos relacionados con el tratamiento, pero menores los costes sanitarios totales, gracias a las visitas médicas, hospitalizaciones y urgencias evitadas.
- Si aumenta el grado de adherencia, por cada 1\$ adicional en medicación se lograría una reducción de costes sanitarios de 7,1\$ en diabetes, 5,1\$ en hipercolesterolemia y 4\$ en enfermedades cardiovasculares. [Sokol (2005)].
- Por cada 1\$ adicional invertido en mejorar la adherencia de los diabéticos en edad de trabajar se lograría un ahorro neto de 1,14\$ [Encinosa (2010)].
- Aumentar en un punto porcentual el nivel de adherencia media de los pacientes, evitaría un gasto sanitario directo cuantificado en más de 8,5 millones de euros en el caso de la EPOC, además de evitar 1.089 muertes y más de 20.000 agudizaciones. [Farmaindustria (2016)].
- Los pacientes más adherentes al tratamiento crónico de la EPOC, diabetes y fallo cardiaco fueron entre un 29% y un 49% menos costosos para el sistema [Stuart (2013)].
- El coste medio de un paciente asmático no controlado es 2,3 veces superior al de uno parcialmente controlado y 3,7 veces superior al de uno controlado [Doz (2013)].

Costes sanitarios médicos, farmacéuticos y totales relacionados con 4 condiciones crónicas en función del grado de adherencia a la medicación, EEUU 1997-99



4 El valor social del medicamento



Plan de Adherencia al Tratamiento

Uso responsable del medicamento



Factores relacionados con el paciente y con el estado de la enfermedad

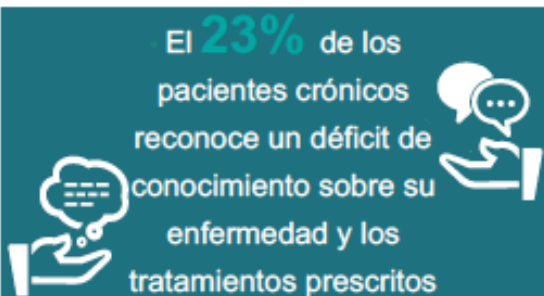
En general, las mujeres son más adherentes



Los pacientes con un bajo nivel académico muestran valores más elevados de adherencia, **55,9%**



El **23%** de los pacientes crónicos reconoce un déficit de conocimiento sobre su enfermedad y los tratamientos prescritos



La adherencia suele ser mayor en las condiciones crónicas que en los procesos agudos



La adherencia se ve disminuida cuando la enfermedad es de menor gravedad o percibida como tal así como en aquellas sin mucha expresión clínica

En los pacientes diagnosticados con una sola enfermedad la falta de adherencia es mayor.



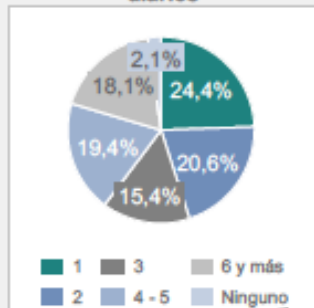
Plan de Adherencia al Tratamiento

Uso responsable del medicamento

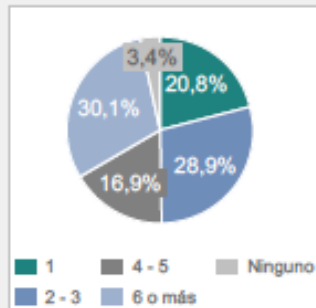


Factores relacionados con la terapia

Número de medicamentos diarios



Número de pastillas diarias



El promedio de **medicamentos** por paciente es de **3,5** lo que supone tomar una media de **4,6 pastillas diarias**



En relación a la **efectividad** percibida, el **81%** de los pacientes encuestados considera **buena o muy buena** la **efectividad** de su tratamiento. Tan sólo cerca del **15%** opina que son **poco efectivos**

La **complejidad** de los tratamientos puede **influir** directamente sobre la **capacidad** de los pacientes para **seguir el tratamiento**

Junto con la complejidad, la presencia de **efectos adversos** también **afecta negativamente** a los valores de **adherencia**

Además, se ha observado que la **adherencia** es **menor** en **tratamientos** de **larga duración** o si los **resultados** **no se observan** de forma **inmediata**

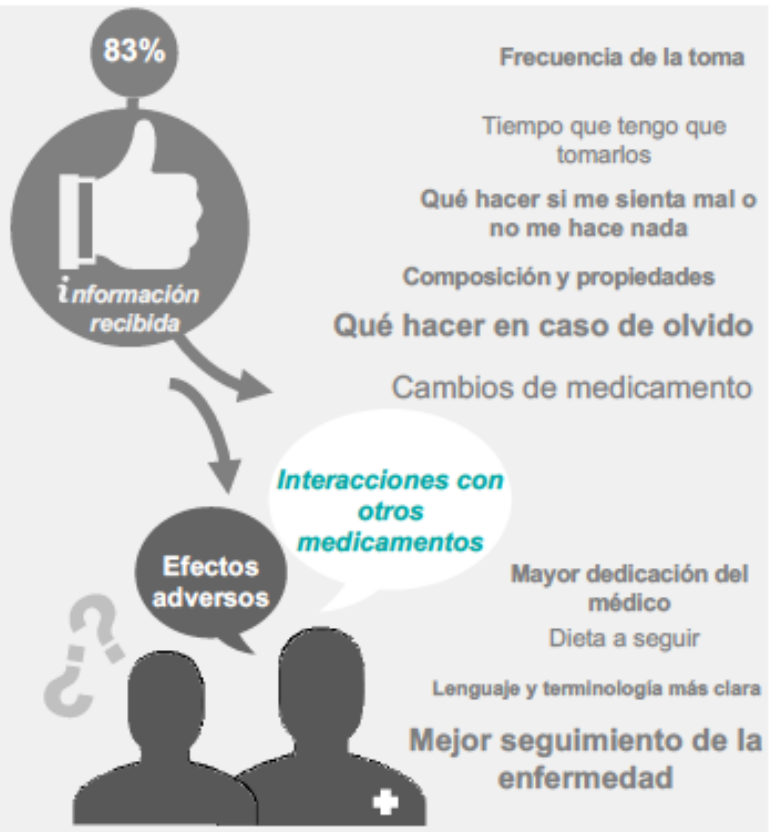
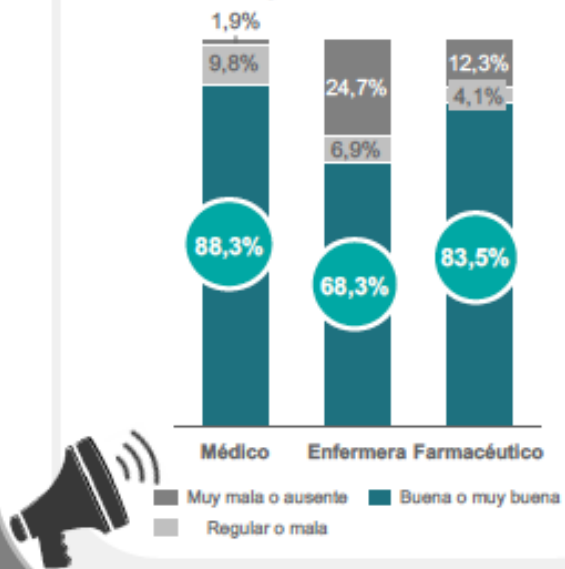
Plan de Adherencia al Tratamiento

Uso responsable del medicamento



Factores relacionados con el personal sanitario

La valoración de la **comunicación** con los profesionales sanitarios es bastante **positiva**, especialmente con el **médico 88%**, pero también con el **farmacéutico, 83%** y la **enfermera 68%**



Plan de Adherencia al Tratamiento

Uso responsable del medicamento



Intervenciones para mejorar la adherencia

Acciones para favorecer la adherencia



Plan de Adherencia al Tratamiento

Uso responsable del medicamento



5 Conclusiones

Conclusiones

- Existe un considerable coste sanitario (morbilidad y mortalidad prematura) y económico asociado a la falta de adherencia.
- La monitorización objetiva del cumplimiento terapéutico potencia la efectividad de los tratamientos.
- El registro y análisis de datos objetivos de cumplimiento terapéutico mejora la gestión de los costes tanto de la terapia como hospitalarios.

Conclusiones

- La mejora en efectividad y gestión de costes se traduce en ganancias de eficiencia en los recursos dedicados a estos pacientes.
- Así, los dispositivos electrónicos pueden implicar mejoras en la relación coste-efectividad de las terapias con las que se combinan.
- La inteligencia artificial está permitiendo avanzar en identificar patrones de pacientes poco adherentes



¡ MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN !

www.weber.org.es

Alvaro.hidalgo@weber.org.es

Alvaro.hidalgo@uclm.es

ÁLVARO HIDALGO VEGA
UCLM, FUNDACIÓN WEBER

