



XVI Encuentro de la Industria Farmacéutica Española

Un Plan para adherirlos a todos



Farmaindustria eligió Santander como el escenario principal en el que presentar uno de los mayores acuerdos a nivel nacional para abordar la falta de adherencia a los tratamientos por parte de los pacientes. Una iniciativa que compromete a todos los agentes del sistema nacional de salud y que será financiado y liderado por el Ministerio de Sanidad.

Santander fue el escenario elegido por la patronal de la industria farmacéutica española, Farmaindustria, para presentar el plan “más ambicioso” en materia de adherencia a los tratamientos a nivel nacional. Así lo definía el presidente de la patronal, Antoni Esteve que, durante su intervención en el XVI Encuentro de la Industria Farmacéutica Española celebrado en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo en la capital cántabra, desglosaba los principales ejes de actuación de una iniciativa que ha conseguido unir a todos los agentes del Sistema Nacional de Salud.

La eficacia y eficiencia de un tratamiento pasa por una correcta prescripción y la garantía del acceso al medicamento, pero también por el cumplimiento adecuado del tratamiento, señaló Esteve. La falta de adherencia, explicó, “juega un papel fundamental tanto en la progresión de la enfermedad y sus complicaciones como en la posible reducción de las habilidades funcionales, en la pérdida de calidad de vida, la menor capacidad productiva o incluso en el aumento de la mortalidad”.

De hecho, según datos de una encuesta realizada como base para el Plan y difundida por la patronal, la mitad de los pacientes crónicos españoles no cumplen adecuadamente con el tratamiento farmacológico. Esta encuesta muestra, además, que el perfil de paciente menos adherente lo representan menores de 65 años, de grandes ciudades y con estudios medios o superiores. Con estos datos sobre la mesa, y con la firme confianza en que esta problemá-



La patronal puso sobre la mesa el plan “más ambicioso en materia de adherencia a nivel nacional”

tica debe afrontarse desde todos los ejes del sistema sanitario, la patronal ha sido la encargada de promover un plan que se basa en la articulación de una serie de medidas que implican a todos los niveles y profesionales sanitarios en una estrategia que necesita de la intervención



1
Antoni Esteve, presidente de Farmaindustria; Humberto Arnés, director general de Farmaindustria; Jesús Aguilar, presidente del CGCOF; Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la OMC y Máximo González Jurado, presidente del CGE

2
Antoni Esteve, presidente Farmaindustria, César Nombela Cano, Rector de la UIMP, María Luisa Real González, Consejera de Sanidad del Gobierno de Cantabria; Félix Lobo, Catedrático de Economía, Universidad Carlos III de Madrid.

3
Jesús Gómez Martínez, presidente de SEFAC; José Luis Llisterri, presidente de SEMERGEN; Juan José Jurado Balbuena, secretario de FAECAP; Andrés Iñiguez, presidente de la SEC; Cristina Avendaño, Presidenta de la SEFC; Salvador Tranche, presidente de SEMFYC y Carlos Macaya, presidente de FACME.

La iniciativa se basa en cinco pilares específicos, cada uno de ellos cuenta con su propia estrategia, sus líneas de actuación y de medición de resultados



4
Antoni Gilabert, Director Gerente de Farmacia del Catsalut; Jon Iñaki Betolaza, Director de Farmacia del País Vasco; Mercedes Martínez-Novillo, Directora General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud; José Ramón Luis Yagüe, director departamento de relaciones con las CC.AA de Farmaindustria y Vicente Alonso Núñez, Director Gral. de Asistencia Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud.

activa de las administraciones sanitarias y, por supuesto, del propio paciente.

De este modo, este se cimienta sobre cinco pilares: concienciar sobre la importancia de la adherencia, establecer un programa de adherencia terapéutica, reducir la complejidad del régimen terapéutico, incrementar la autogestión y el empoderamiento del paciente e implementar un sistema de información del cumplimiento terapéutico.

Cada uno de estos cinco pilares cuenta con su propia estrategia, sus propias líneas de actuación y medición de resultados, y todos se apoyan en una base común que es optimizar el proceso de prescripción médica para favorecer la adherencia a los tratamientos.

En el encuentro, Esteve destacó el esfuerzo realizado por todos los agentes del sector por lograr un consenso y situar los intereses de los pacientes en el centro. Un esfuerzo que ha dado sus frutos con un plan “único; que nos abre la oportunidad de demostrar que el SNS es vanguardista”. Además, consideró que esta iniciativa puede marcar una pauta respecto al resto de países a nivel global. En este sentido, expresó su deseo de que este proyecto pueda llegar a ser exportado a otros países de nuestro entorno.

Ha sido más de año y medio de negociaciones “con debates intensos por las diferencias que existían entre los miembros, y se han resuelto al entender que más allá de las creencias es importante poner el foco en la oportunidad de cambiar enfocándose en el paciente”, apuntó Esteve. Precisamente ahí se sitúa el éxito de la iniciativa, en la capacidad de negociación y consenso. De hecho, han participado en el plan, además de la industria farmacéutica innovadora, más de 20 sociedades científicas, expertos y organizaciones profesionales, así

como una importante representación del tejido asociativo de pacientes.

En cuanto a la financiación de este ambicioso plan, el presidente de la patronal de la industria farmacéutica española, aseguró que será el Ministerio de Sanidad el que lo afronte a través de la disposición adicional sexta de la Ley de Garantías. En esta se recoge la finalidad de las aportaciones realizadas por la industria farmacéutica por volumen de ventas al SNS. Concretamente, ese punto habla de “programas de educación sanitaria de la población para favorecer el uso racional de los medicamentos, según la distribución que determine el Ministerio de Sanidad y Política Social, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, ingresándose en el Tesoro Público”.

Precisamente este punto fue confirmado por el propio Director General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, Agustín Rivero, quien apuntó también a la necesidad de que sea el propio Ministerio de Sanidad el que lidere esta iniciativa que, dijo, tiene una envergadura nacional y puede equipararse al plan realizado para el tratamiento de la Hepatitis C.

PROFESIONALES

El Plan de Adherencia al Tratamiento presentado por Farmaindustria parece que convenció también a los profesionales sanitarios españoles. Tanto el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF), como la Organización Médica Colegial (OMC) y el Consejo General de Enfermería (CGE) se mostraron de acuerdo en que el proyecto promovido por la patronal de la industria farmacéutica innovadora tiene mucho que aportar a la sociedad. Sin embargo, todas las instituciones insisten en puntualizar una serie de peticiones que consi-



deran esenciales para que el plan pueda dar los resultados esperados.

En este sentido, el presidente del CGCOF, Jesús Aguilar, al mismo tiempo que dejó claro el papel determinante que juega el boticario en la adherencia al tratamiento, destacó la necesidad de que este pueda tener acceso a la medicación del paciente. “Es muy importante que todos los profesionales que intervienen en la atención al paciente conozcan toda su medicación. Y para ello tenemos que compartir la información y debe favorecerse el acceso de los farmacéuticos a la medicación del paciente”, explicó Aguilar.

De este modo, Aguilar considera que el boticario, en algunos casos, puede ayudar como “identificador” de pacientes diana aunque “el identificador principal siempre debe ser el médico”. Pero el principal papel del farmacéutico, señaló el presidente del CGCOF, debe ser el de “informador”. En concreto, supervisar la evolución del cumplimiento terapéutico de los pacientes implicados en el plan. “Todos los planes ya realizados en adherencia en los que ha participado la farmacia comunitaria han revelado resultados satisfactorios”, recordó Aguilar.

La Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (Sefac) forma parte tanto del comité impulsor como del grupo técnico encargado de realizar el documento. En este sentido, el presidente de esta organización, Jesús Gómez, explicó que, “tanto por competencias y accesibilidad, el farmacéutico puede ofrecer seguimiento farmacoterapéutico”.

Desde la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), lamentaron que el papel del farmacéutico de hospital quede relegado a un segundo lugar después del médico. A pesar de ello, consideraron que tiene mucho que aportar “para mejorar la adherencia, tanto en la formación de los profesio-

sionales en áreas y patologías, como en técnicas de comunicación y de empoderamiento con el paciente para que conozca su tratamiento”, tal y como aseguró Montse Pérez, secretaria de la SEFH.

Por su parte, tanto el presidente de la OMC, Juan José Rodríguez Sendín, como su homólogo del CGE, Máximo González Jurado, insistieron en la necesidad de que se incremente la plantilla tanto de médicos como de enfermeros en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y recordaron que los recortes sufridos en los últimos años se han traducido en una reducción del tiempo que cada profesional puede dedicar al paciente, influyendo directamente en la calidad asistencial.

Según Rodríguez Sendín, para hablar de los problemas de los pacientes crónicos, pluripatológicos y frágiles, hay que tener en cuenta: además de la crisis, la “mala” medicina que esta nos obliga a realizar con “excelentes procedimientos” pero con listas de espera diagnósticas y terapéuticas que aumentan; con médicos muy insatisfechos por la precariedad que afecta al 40 por ciento de ellos.

Centrándose en la falta de adherencia, el presidente de la organización médica, aseveró que no se puede esperar “que un paciente se adhiera a un tratamiento de un médico que no conoce o que le cambian con frecuencia o que le prescribe tras cinco minutos de consulta”. Una situación que calificó de “grave” y que ocurre, dijo, porque en tres o cuatro años “han desaparecido 40.000 puestos de trabajo, de los cuales 30.000 son de enfermería y 10.000 de médicos”.

Por todo ello, dijo que si tuviera que escoger entre otros muchos determinantes un elemento crítico para llevar a cabo un Plan de adherencia al tratamiento sería que, “tanto a nivel de primaria como a nivel hospitalario,



5 Agustín Rivero, Director General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia y Félix Lobo; Catedrático de Economía, Universidad Carlos III de Madrid.

cada paciente tuviese perfectamente identificado quien es el responsable de sus tratamientos y considerando que el 85 por ciento de los pacientes son crónicos, mayores y polimedica-dos es fundamental disponer del tiempo suficiente para hacérselo entender a cada uno de ellos según su necesidad, confirmando su comprensión o bien de la familia o la persona responsables de sus cuidados”.

Por su parte, el presidente de CGE Máximo González Jurado, aseguró que le hubiese gustado trabajar desde el principio en la concepción del plan, aunque señaló que Farmaindustria está mostrándose muy receptiva a sus propuestas. “Estamos trabajando a contrarreloj para incorporar al plan un conjunto de aportaciones necesarias y que son acordes con la realidad asistencial y con el rol que tienen a día de hoy en atención primaria las enfermeras especialistas en Familiar y Comunitaria”, señaló. No obstante, consideró que el proyecto está “excesivamente centrado en el medicamento” y, en este sentido, dice, “es necesario un plan que vaya mucho más allá que la propia política del medicamento”. Considera fundamental “reorganizar el sistema y aprovechar el potencial profesional y científico de los profesionales”.

Las comunidades autónomas también quisieron mostrar su postura ante el Plan de Adherencia de Farmaindustria. Tanto País Vasco, como Extremadura, Cataluña y Murcia mostraron su conformidad con la iniciativa promovida por la patronal de la industria innovadora aunque, todas ellas, dejaron claro la necesidad de que, desde el Ministerio de Sanidad, se destinen fondos específicos para poder afrontar el reto con los medios necesarios que precisa. En este sentido el gerente de Farmacia del CatSalut, Antoni Gilibert, quiso dejar claro que no se puede pretender hacer más con los mismos recursos disponibles.



Plan de Adherencia Terapéutica y Uso Responsable del Medicamento

Jose Ramón Luis-Yagüe. *Director del Dpto. de Relaciones con las CCAA, Farmaindustria*
Gabriela Restovic. *Manager Life Sciences, EY*

A finales del 2015 Farmaindustria convocó a una veintena de sociedades científicas, expertos y representantes de asociaciones de pacientes, invitándoles a trabajar en un Plan de Adherencia al Tratamiento (PAT) que abordara los diferentes aspectos relacionados con los problemas de salud pública que genera. EY se incorporó a esta iniciativa como consultora del proceso.

El proyecto incluía la realización de evaluaciones económicas que permitieran estimar el impacto de la falta de adherencia, desde la perspectiva del SNS, en cuatro de las enfermedades crónicas más frecuentes en España: Enfermedad Cardiovascular (ECV), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) y Depresión.

Para realizar estas estimaciones se desarrolló, para cada patología, un modelo de Markov en aquellas patologías evaluadas en un horizonte temporal largo y un árbol de decisión en los otros casos.

El análisis se basó en la comparación de dos escenarios. El primero considerando la carga actual de la enfermedad, en base a datos epidemiológicos, distribución de pacientes adherentes/no adherentes y la historia natural de cada patología. El segundo estima el cambio en la carga al aumentar la adherencia en la cohorte de pacientes no adherentes.

Se consideró que un paciente es adherente cuando toma la medica-

ción, según la pauta prescrita por el médico un 80% de las veces y que por debajo del 60% el paciente es no adherente¹². Se ha estimado el impacto que tendría la mejora de la adherencia sobre los resultados en salud y los ahorros en costes sanitarios directos, en el caso de aumentar en 1 punto ó 10 puntos las veces que se toman la medicación los pacientes no adherentes (pasar de un 60% a un 61% o alcanzar el 70%).

En el caso de la ECV, el 44% de los pacientes en tratamiento para prevención secundaria sólo toman la medicación un 60% del tiempo o menos. Aumentando un punto se evitarían más de 1.100 eventos cardiovasculares y más de 1.200 muertes por esta causa. Si el incremento es de diez puntos el impacto económico, gasto evitable, sería de más de 75 millones de euros. Siguiendo el mismo análisis, en el caso de la EPOC los ahorros son cercanos a los 80 millones, en la DMT2 de 367 millones y más de 15 millones en la Depresión (con un horizonte temporal de sólo 6 meses).

Estos datos, aunque sólo consideran los costes sanitarios directos, muestran de manera inequívoca que la mejora de la adherencia repercute en mejoras en los resultados en salud y contribuye a la sostenibilidad del SNS (Figura 1).

Finalmente, a modo de resumen del plan, el PAT aborda los diferentes fac-

tores que influyen en la falta de adherencia, desde un enfoque centrado en el paciente, mediante la colaboración y participación de todos los profesionales que intervienen en el diagnóstico, prescripción, dispensación y seguimiento, desarrollando un conjunto de iniciativas y acciones con la implicación de las asociaciones de pacientes, bajo la tutela de las administraciones sanitarias.

El Plan se estructura en 6 pilares que se despliegan en 18 iniciativas y 26 acciones (Figura 2).

- Rutten-Van Mólken 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/>
- 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 poly pill in the UK. *BMJ Open* [Internet]. 2015;5(5):e007111. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4452741/>

FIGURA 1. Impacto económico de la adherencia considerando solo los costes sanitarios directos

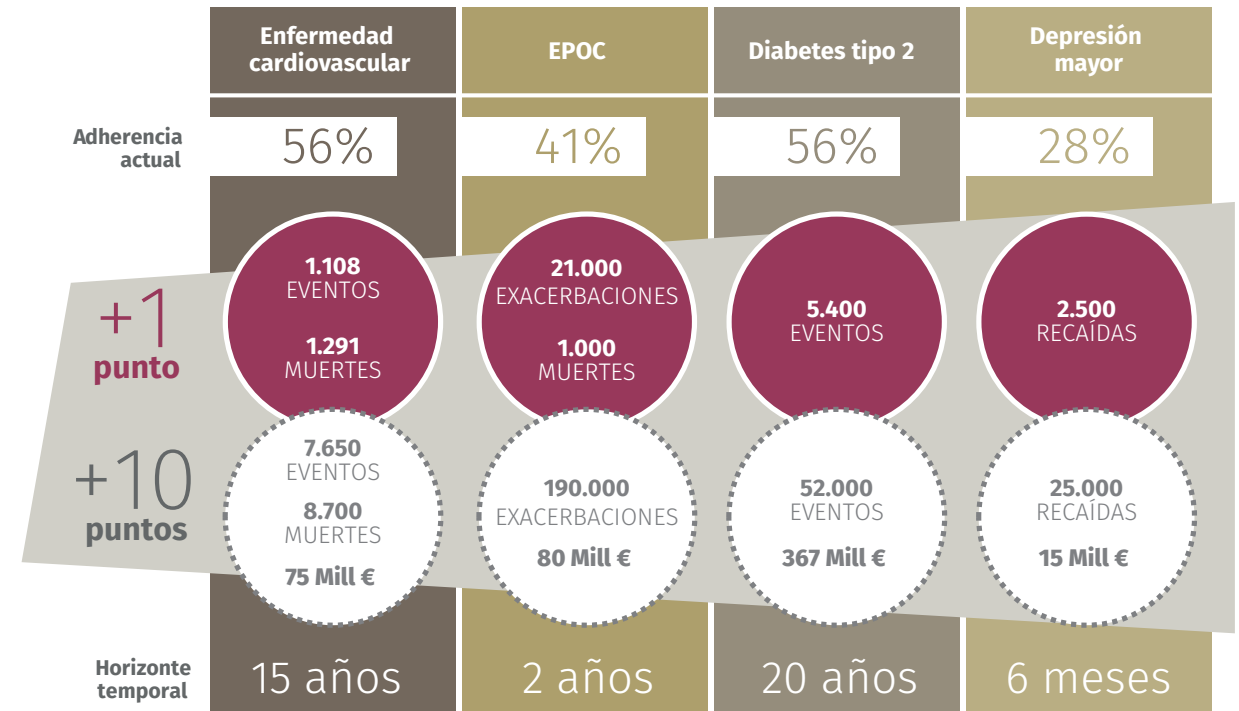


FIGURA 2. Marco estratégico del Plan: 6 pilares, 18 iniciativas, 26 acciones

