

# P86 ESTABLECIENDO UNA METODOLOGÍA ADECUADA PARA ESTIMAR EL IMPACTO ECONÓMICO Y LOS RESULTADOS EN SALUD DE LA MEJORA DE LA ADHERENCIA

Jaume Puig-Junoy<sup>1</sup>, Gabriela Restovic<sup>2</sup>, Pedro Luis Sanchez<sup>3</sup>, José Ramón Luis-Yagüe<sup>3</sup>, Jaime del Barrio<sup>4</sup>, Francesc Paris<sup>4</sup>, Patricia Alvarez<sup>4</sup>

1. Universitat Pompeu Fabra de Barcelona. Departamento de Economía y Empresa. Center for Research in Health and Economics (CRES-UPF) 2. Health for Development Consulting, Barcelona, España 3. Farmaindustria, Madrid, España 4. Life Sciences, EY, Madrid, España

**OBJETIVO:** Analizar y establecer la metodología adecuada para estimar el impacto en salud y económico de mejorar la adherencia.

**MÉTODOS:** Se realizó una revisión narrativa de la literatura de estudios de evaluación económica que incluían la adherencia como uno de los parámetros principales, acotados al entorno español y al ver la falta de evidencia se incluyeron estudios de ámbito internacional entre los años 2005-2015. También se consideraron los resultados de una revisión sistemática de la literatura en la cual se analizaban los efectos en los resultados clínicos de diversas estrategias para mejorar la adherencia.

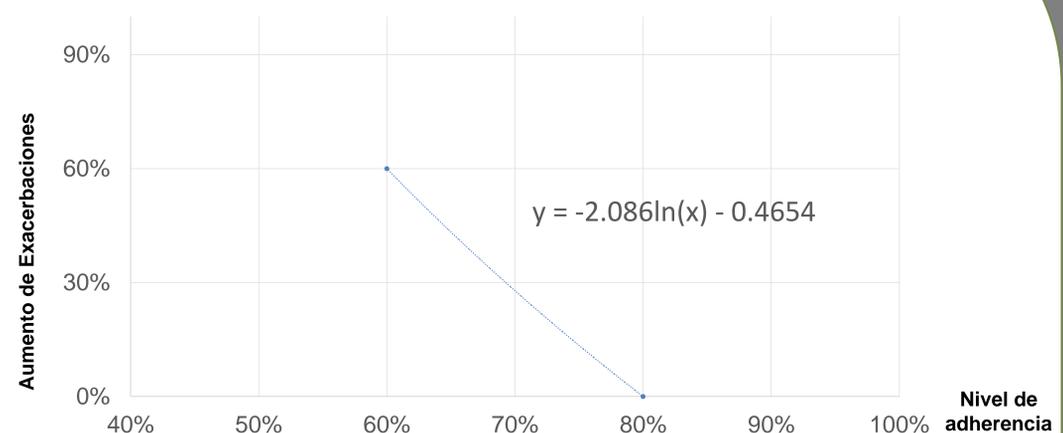
Para la estimación del impacto económico y los resultados en salud, se homogeneizaron una serie de criterios, siendo uno de los más relevantes la adopción de un valor de corte de medición de la adherencia que estratifique de manera óptima a los pacientes adherentes y no adherentes<sup>1</sup>. En concordancia con la literatura disponible, en todo el análisis, se considera que un paciente es adherente cuando se toma la medicación un 80% de las veces. Por debajo del 60%, se considera que el paciente no es adherente<sup>2,3</sup>. Al incrementar ese porcentaje, el modelo permite estimar el impacto que tendría la mejora de la adherencia sobre los resultados en salud. Cabe señalar, que de la literatura analizada y de las reuniones con expertos realizadas, se recoge que la relación entre efectividad y adherencia es no lineal, es decir, existe algún punto en que la mejorar la adherencia no reporta los mismos resultados en salud, esto depende tanto del punto (cut-off) en que se encuentre la cohorte no adherente como de la patología en estudio (ejemplos en figura 1 y figura 2). Para incluir este hallazgo en los modelos, se han representado dos casuísticas, un incremento en 1 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 10 puntos el nivel de adherencia (70%). 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.

Otra característica relevante de la revisión, es que se han planteado en los estudios metodologías de análisis diversas para evaluar el impacto de la adherencia (modelos de impacto presupuestario, análisis de coste-efectividad). Desde nuestra perspectiva, creemos que dado que la adherencia tiene un efecto directo en la efectividad, el modelo a desarrollar debe recoger esta relación, y creemos que la mejor manera de recogerlo es a través de modelos que repliquen la historia natural de cada patología y comparar así en un horizonte temporal que permita recoger la suficiente información para determinar los costes y los resultados en salud de una cohorte adherente versus una no adherente.

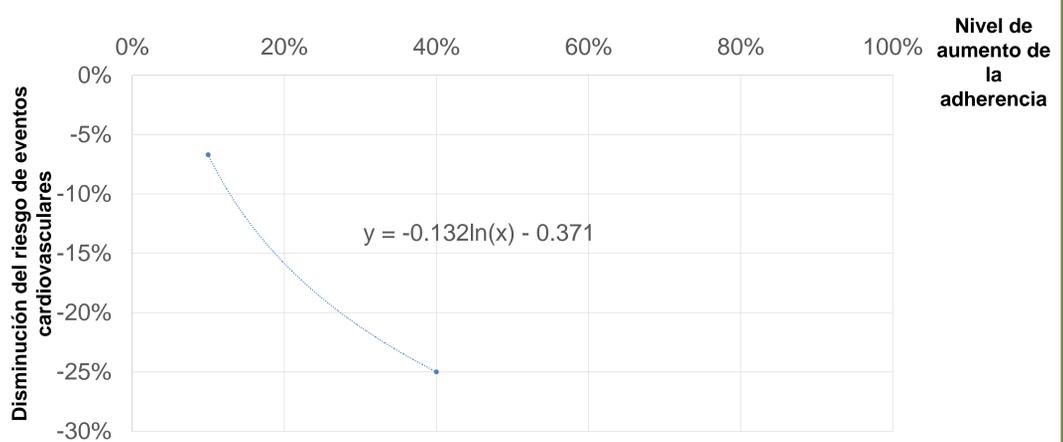
En un ejercicio práctico, realizamos la estimación del impacto económico y los resultados en salud de la mejora de la adherencia en cuatro patologías atendiendo a las particularidades y buscando, para cada una de ellas el parámetro clínico más adecuado en el cual la adherencia tenía el mayor impacto reportado. De esta forma se trabajó en cada modelo con el parámetro clínico que mejor reflejaba la relación adherencia /efectividad y el modelo (de Markov o Árbol de decisión) que representaba de mejor manera la enfermedad o en su defecto bien el que se adaptaba mejor a los datos disponibles.

Cabría añadir que el análisis realizado tiene en cuenta únicamente 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, podríamos decir que el impacto real de la adherencia podría ser aún mayor.

**Figura 1.** Relación entre adherencia y las exacerbaciones evitadas en pacientes con EPOC



**Figura 2.** Relación entre adherencia y los eventos cardiovasculares padecidos



**Tabla 1.** Parámetros clínicos utilizados en cada modelo

Modelo	Parámetro utilizado	Relación
<b>Modelo EPOC</b>	Exacerbaciones evitadas	Pacientes adherents presentan menor riesgo de muerte y de sufrir exacerbaciones graves
<b>Modelo enfermedad cardiovascular</b>	Eventos cardiovasculares fatales y no fatales	Pacientes adherents presentan menor riesgo de sufrir eventos cardiovasculares adversos fatales y no fatales
<b>Modelo Diabetes Mellitus</b>	Nivel de Hba1C	Pacientes adherencias presentan niveles menores de Hba1C
<b>Modelo Depresión Mayor</b>	Diferentes tasas de respuesta al tratamiento según cumplimiento de la pauta prescrita	Pacientes adherentes presentan tasas de respuesta al tratamiento mayores

**RESULTADOS:** La diversidad de metodologías y análisis para evaluar el impacto clínico y económico de la adherencia es amplia, tanto como las medidas de la adherencia y las estrategias que se utilizan para mejorarla.

**CONCLUSIONES:** Dado que el objetivo final es medir los efectos en salud y económicos de la mejora de adherencia, los estudios que se realizan considerando cada patología de forma particular, parecen ser los más adecuados, ya que se puede estimar de una manera más directa el efecto que tiene la adherencia sobre la efectividad. Esta relación es la clave para el diseño de los modelos, de este modo el esquema del análisis se plantearía en función de la historia natural de la enfermedad (Modelo de Markov o árbol de decisión) y se compararían dos cohortes, una con los datos disponibles actuales de adherencia y efectividad, y otra con una hipotética mejora de la adherencia y su relación con la efectividad.

1. Karve S1, Cleves MA, Helm M, Hudson TJ, West DS, Martin BC. Good and poor adherence: optimal cut-point for adherence measures using administrative claims data. *Curr Med Res Opin.* 2009 Sep;25(9):2303-10;

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/>

3. 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/>