



Colegio de Estudios
Superiores de Administración

Factores que interfieren en la adherencia en pacientes con enfermedades crónicas

Sebastián Lozano Bitar

Colegio de Estudios Superiores de Administración, CESA

Administración de Empresas

2017

Bogotá, Colombia

**Factores que interfieren en la adherencia en pacientes
con enfermedades crónicas**

Sebastián Lozano Bitar

Director: Benedicte Agnano

Colegio de Estudios Superiores de Administración, CESA

Administración de empresas

2017

Bogotá, Colombia

Índice

1. ¿Qué es una enfermedad crónica?	8
1.1. Tipos de enfermedades crónica	10
2. El impacto del diagnóstico en el paciente	13
3. ¿Qué es la adherencia?	16
3.1 Importancia de la adherencia en el tratamiento terapéutico	17
3.2 ¿Cómo se calcula la adherencia?	17
3.3 Factores que inciden en la adherencia del paciente	19
3.4 Consecuencias de la falta de adherencia	22
3.5 Estrategias para mejorar la adherencia	23
4. Programas de apoyo a pacientes	28
4.1 Ejemplos de programas de apoyo a pacientes en la industria	29
4.2 Efectos de los programas de apoyo a pacientes en la adherencia	30
5. Los programas de apoyo a pacientes en el contexto colombiano	33
5.1 ¿Cómo funciona el sistema de salud en Colombia?	33
5.2 Críticas y dificultades del sistema de salud colombiano	34
5.3 Programas de apoyo a pacientes en Colombia	35
5.4 Propuesta de desarrollo un programa de apoyo en Colombia	36
6. Resultados de la investigación	41
6.1 Rango de edad	43

6.2 ¿Cuál es la enfermedad que le ha sido diagnosticada?	44
6.3 Durante su régimen de tratamiento, ¿alguna vez ha dejado de tomarse/aplicarse el medicamento prescrito por su médico tratante?	45
6.4 ¿Cuál ha sido la principal razón por la cual usted no se ha tomado/aplicado su medicamento?	46
6.5 Según su criterio, ¿cuál sería el principal servicio prestado por un programa de apoyo que permitiría que usted siempre tome/aplique su medicamento?	47
6.6 ¿Cómo preferiría que se hiciera contacto con usted?	48
6.7 ¿Con que periodicidad preferiría que lo contactaran?	49
7 Conclusiones	50
8 Recomendaciones	51
9 Bibliografía	52
10 Anexos	57

Índice de Ilustraciones y Tablas

Gráfico 1: Proyección muertes por causa mayor y grupos de ingreso	9
Tabla 1: Datos clínicos de la muestra	14
Tabla 2: Factores que inciden en la adherencia terapéutica	20
Figura 1: Estrategias dirigidas a mejorar la adherencia	26
Figura 2: Qué hacer y qué no hacer según el código de AFIDRO	37
Tabla 3: Rango de edad	43
Tabla 4: ¿Cuál es la enfermedad que le ha sido diagnosticada?	44
Tabla 5: Durante su régimen de tratamiento, ¿alguna vez ha dejado de tomarse/aplicarse el medicamento prescrito por su médico tratante?	45
Tabla 6: ¿Cuál ha sido la principal razón por la cual usted no se ha tomado/aplicado su medicamento?	46
Tabla 7: Según su criterio, ¿cuál sería el principal servicio prestado por un programa de apoyo que permitiría que usted siempre tome/aplique su medicamento?	47
Tabla 8: ¿Cómo preferiría que se hiciera contacto con usted?	48
Tabla 9: ¿Con que periodicidad preferiría que lo contactaran?	49

Introducción

Los pacientes con enfermedades crónicas presentan una baja adherencia a los medicamentos prescritos por su médico tratante debido a múltiples factores. Esto conlleva a la reducción de la calidad de vida del paciente, afectando a su vez los resultados clínicos de la medicación. Es por esto que los laboratorios farmacéuticos como respuesta a este fenómeno, ofrecen programas de apoyo a pacientes que buscan lograr que el paciente tome su medicamento tal y cómo se lo prescribió su médico en las dosis adecuadas, mejorando así su adherencia al tratamiento.

La falta de adherencia a los tratamientos es una causa común que como consecuencia genera el aumento de costos relacionados con la enfermedad del paciente. En Estados Unidos, de acuerdo con Ganguli y Clewell (2016) aproximadamente el 50% de los pacientes con enfermedades crónicas no se adhieren al tratamiento prescrito por su doctor y no entienden la importancia de esta variable y el cuidado propio.

Por otro lado, las altas tasas de hospitalización y los fracasos terapéuticos están directamente relacionados con esta problemática. En un estudio realizado por la NEHI (2009) a pacientes con diabetes y problemas cardíacos, se encontró que los pacientes con baja adherencia tenían una tasa de mortalidad del 12.1%, un 5.4% mayor comparada con la misma tasa en los pacientes adherentes.

¿Cuál es entonces la razón por la cual los pacientes con patologías crónicas no se adhieren al tratamiento prescrito y de qué forma los programas de apoyo a pacientes pueden revertir este problema? Los pacientes con enfermedades crónicas no se adhieren a su tratamiento debido a que temen reacciones adversas con el uso del medicamento y es por esto que los programas de apoyo a pacientes les brindan herramientas educativas a sus pacientes sobre su enfermedad para afrontar este temor.

Para la elaboración de este escrito, la metodología propuesta es de tipo cualitativo y cuantitativo. La muestra se obtuvo por conveniencia de acuerdo al número de pacientes equivalentes a la población de un programa de pacientes de un laboratorio farmacéutico en Colombia que quisieron participar en la recolección de datos de forma libre y voluntaria. Se encuestó un total de 141 personas que sufren de enfermedades crónicas, a través de encuestas digitales.

Este trabajo tiene como objetivo identificar las causas por las cuales los pacientes no son adherentes al tratamiento prescrito por su médico y las estrategias que usan los programas de apoyo a pacientes para lograr adherencia al mismo. Para esto en el primer capítulo se discutirá sobre las enfermedades crónicas y cuál es su clasificación. En el segundo capítulo se hablará sobre el impacto del diagnóstico en el paciente y en qué dimensiones se ve afectado por el mismo. En el tercer capítulo se definen las variables que juegan un papel importante en la falta de adherencia de los pacientes y las consecuencias de la misma. Se establecerán las estrategias que se pueden utilizar para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico. En el cuarto capítulo se explica qué es un programa de apoyo a pacientes y se identifican los efectos positivos de un programa en la adherencia y por último en el quinto capítulo se elaboran propuestas para el desarrollo de programas de apoyo a pacientes que sufren de enfermedades crónicas en el contexto colombiano.

Palabras clave

Programa de apoyo a pacientes, adherencia, persistencia, tratamiento, medicación, fármaco, enfermedad crónica, diagnóstico

1. ¿Qué es una enfermedad crónica?

Las enfermedades crónicas son aquellas enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta (Organización Mundial de la Salud, s.f). No existe aún un consenso estándar acerca del plazo a partir del cual una enfermedad se considera crónica, pero si un padecimiento supera un plazo de seis meses, este se empieza a considerar crónico.

Este tipo de enfermedades por lo general se pueden controlar a través de fármacos y tratamientos, pero pocas veces se pueden curar debido a su imponente factor genético. Aun así, existen excepciones tales como el cáncer que, bajo un esquema de tratamiento adecuado, es una enfermedad curable.

Las enfermedades crónicas se transmiten de generación en generación debido a factores genéticos, socioculturales o conductuales. El componente genético es aquel que no se puede modificar, mientras que los componentes socioculturales y conductuales son críticos, ya que pueden expresarse en conductas de riesgo para la salud como lo es el tabaquismo, el alcoholismo y el sedentarismo.

De acuerdo con la O.M.S (s.f) “las enfermedades de carácter crónico son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsable del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica (..) se espera además que para el año 2020 serán responsables del 73% de las muertes a nivel mundial”. Estas cifras demuestran que cada día hay más personas en el mundo que las sufren y que se espera una cifra mayor en los años venideros.

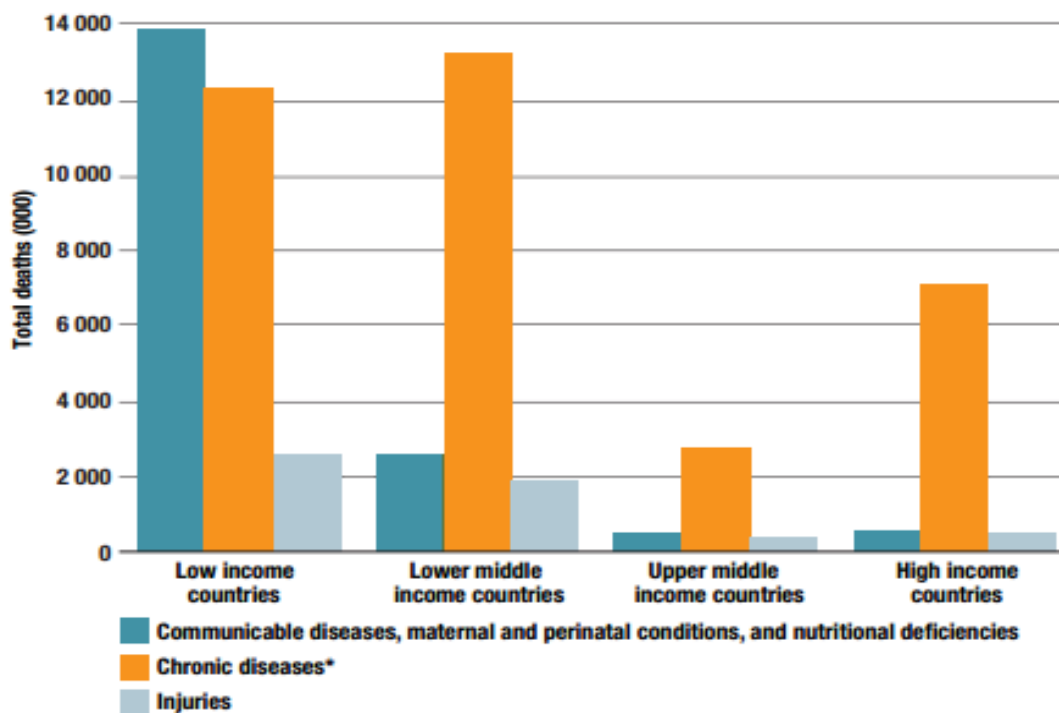
Las consecuencias económicas de este fenómeno son catastróficas, en especial para los países pobres y en desarrollo, ya que este tipo de enfermedades suelen ser detectadas en una fase tardía donde los tratamientos para los pacientes ya no son tan efectivos y sus

costos en el sistema de salud son muchísimo mayores debido a las múltiples complicaciones que estas traen consigo. “Por todas esas razones, las enfermedades no transmisibles suponen un doble revés para el desarrollo: año tras año, causan pérdidas de miles de millones de dólares en la renta nacional, y empujan a la gente por debajo del umbral de pobreza” (O.M.S, 2011, p.3).

El Gráfico 1 demuestra que sólo el 20% de las muertes por enfermedades crónicas ocurren en países de ingresos altos, mientras que el 80% de las muertes ocurren en países de ingresos bajos y medios.

Gráfico 1:

Proyección muertes por causa mayor y grupos de ingreso de acuerdo con el Banco Mundial, 2005



Fuente: OMS, 2005

1.1 Tipos de enfermedades crónicas

Enfermedades tales como la diabetes, el cáncer, la psoriasis, la enfermedad de Crohn, la esquizofrenia y las patologías cardíacas son consideradas enfermedades crónicas. Sus síntomas, evolución y tratamientos varían, pero en general, todas afectan la calidad de vida del paciente ya que degeneran sus órganos, afectan su equilibrio emocional o impiden su raciocinio. Basado en el portal web de la Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU, Medline Plus (2014) los tipos de enfermedades crónicas más comunes son:

- Enfermedades cardiovasculares:

Son aquellos trastornos del corazón y los vasos sanguíneos. Normalmente se deben a la aterosclerosis, es decir, cuando las paredes de los vasos sanguíneos reducen su tamaño debido a una acumulación de colesterol y grasa. Los tipos de enfermedades cardiovasculares se dividen en:

-Cardiopatía coronaria – Sucede cuando se acumula placa en las arterias del corazón.

-Insuficiencia cardíaca – Ocurre cuando el miocardio se vuelve rígido y débil y no puede bombear suficiente sangre oxigenada.

-Arritmias – Problemas relacionados con la frecuencia cardíaca debido a fallos en el sistema eléctrico cardíaco.

-Enfermedades de las válvulas cardíacas - Ocurren cuando algunas de las cuatro válvulas del corazón no funcionan adecuadamente.

- Enfermedades mentales:

Son aquellas condiciones graves que afectan la manera de pensar, sentir y comportarse. Existen varias causas que potencian estas condiciones tales como los genes, la historia familiar, las experiencias de vida e historias de abuso. Algunas de estas incluyen la depresión, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos psicóticos y de la personalidad, entre otros.

- Enfermedades respiratorias crónicas:

Son las enfermedades de las vías respiratorias y las otras estructuras del pulmón. Las más conocidas son el asma, las alergias respiratorias y la hipertensión pulmonar.

- Enfermedades crónicas de la piel:

Enfermedades que afectan el órgano más grande del cuerpo, la piel. Las enfermedades en la piel son consideradas sistémicas y no locales y estas suelen presentar muchas molestias, dolor e incluso problemas psicológicos al ser visibles. Las patologías más comunes son la psoriasis, la artritis reumatoide y la urticaria.

- Diabetes:

Se desarrolla cuando existe una alta presencia de glucosa en la sangre. Con el tiempo, el exceso de glucosa en la sangre puede afectar otros órganos como los ojos, los riñones y los nervios. La diabetes está clasificada en dos tipos; la diabetes mellitus tipo 1 que se da cuando el cuerpo no produce insulina y la diabetes mellitus tipo 2 que ocurre cuando el cuerpo no utiliza la insulina de manera correcta.

- **Cáncer:**

Es el crecimiento descontrolado de células que no mueren y que en conjunto forman un tumor. Estos pueden ser benignos o malignos. Las células de los tumores malignos pueden invadir los tejidos cercanos o diseminarse a otras partes del cuerpo. Existen más de cien tipos de cáncer y la mayoría son combatidos con radiación, quimioterapia o cirugía.

Es importante recalcar que la ciencia y el avance de la tecnología han logrado progresos importantes en el desarrollo de tratamientos para las enfermedades crónicas.

Anualmente, los laboratorios farmacéuticos invierten millones de dólares en investigación y desarrollo buscando la cura y tratamiento de las patologías anteriormente presentadas. Aun así, los pacientes sufren emocionalmente y presentan desafíos al momento de iniciar su tratamiento y en general en asegurar su continuidad en el tiempo.

2. El impacto del diagnóstico en el paciente

Al ser diagnosticado con una enfermedad crónica, la noticia genera en el paciente un impacto que lo afecta tanto a él como a sus cuidadores. No resulta fácil asimilar que se sufre de una enfermedad que presenta una alta probabilidad de no tener cura. De acuerdo con la Asociación Americana de Psicología (s.f): “Uno de los mayores temores es la incertidumbre asociada con una enfermedad crónica. La enfermedad puede ser esporádica y durar solo un tiempo breve o puede ser permanente y empeorar gradualmente con el paso del tiempo”.

El paciente empieza a convivir con una enfermedad que cambia su vida radicalmente y que lo afecta de dos principales formas; intelectualmente y emocionalmente.

El componente intelectual está relacionado con todas esas dudas que el paciente tiene respecto a su patología, la forma de administración de su medicamento, la posología del mismo y los efectos que esta enfermedad y el medicamento producirán en su cuerpo. Es importante entonces explicarle al paciente la importancia de ser adherente a su tratamiento y tomarse su medicamento según lo prescribió su médico para que los beneficios del mismo sean evidentes en su salud y se logre una mejoría.

El componente intelectual incluye además, todas las dudas respecto a la carga administrativa y la tramitología que tendrá que afrontar para poder dar inicio al tratamiento. Sólo en Colombia “un paciente con cáncer tiene que surtir 30 trámites en promedio, que comienzan con la visita al médico general, pasan por pedir las órdenes para cada uno de los exámenes, luego las citas con especialistas, para finalmente poder obtener la autorización de su tratamiento” (El Tiempo, 2016). Es un largo y desgastante camino que el paciente tiene que recorrer desde que es formulado hasta que le es entregado su medicamento e inicia su tratamiento.

Por su parte, el componente emocional es el que afecta directamente el estado de ánimo del paciente. En un estudio realizado por Fernández, Martín, Sánchez y Bejar (2016) a 4.924 pacientes oncológicos y sus familias, se encontró que el 85% de los encuestados presentaron niveles de estrés altos o severos, manifestado como principal motivo de consulta el malestar emocional derivado de la enfermedad. En la Tabla 1 se puede observar los principales motivos de consulta de los pacientes y sus familiares donde se puede observar que ambos grupos asistieron a consulta por el malestar emocional de la enfermedad, y estos últimos por la necesidad de orientación en un 18%.

Tabla 1

Datos clínicos de la muestra

Distribución motivos de consulta	
Pacientes	Familiares
Malestar emocional por la enfermedad (42%)	Malestar emocional por la enfermedad (26%)
Necesidad de orientación (15%)	Duelo (26%)
Sintomatología ansiosa (11%)	Necesidad de orientación (18%)
Sintomatología depresiva (10%)	Sintomatología ansiosa (9%)
Sintomatología mixta (10%)	Sintomatología mixta (8%)
Problemas familiares/pareja (5%)	Sintomatología depresiva (4%)
Otros (7%)	Problemas familiares/pareja (7%)
	Otros (2%)

Fuente: Fernández et al, 2016

Cuando el paciente supera las primeras etapas del tratamiento es cuando nota los cambios que su enfermedad puede causar en su estilo de vida. Actividades de las que antes gozaba, pueden ser removidas de su rutina debido a que el paciente se debe hacerse consciente sobre algunas limitaciones físicas y necesidades particulares que su patología crónica trae consigo.

Durante todo este proceso, el impacto que sufre el paciente al enterarse de su enfermedad lo deja en estado vulnerable, por lo tanto todo el apoyo debe estar encaminado a dar información clara al paciente sobre su enfermedad, los trámites ante el sistema de salud y enfatizarle que debe seguir cuidadosamente las recomendaciones prescritas por el médico, adhiriéndose a su tratamiento, evitando complicaciones y recaídas.

3. ¿Qué es la adherencia?

La adherencia es uno de los factores más importantes para que el tratamiento prescrito por el médico sea efectivo y se pueda evidenciar la promesa de valor del medicamento. La adherencia es explicada por la Organización Mundial de la Salud (2003) como:

Adherencia = Persistencia + Cumplimiento

Por un lado, la persistencia consiste en tomar la medicación a lo largo del tiempo, y por su parte, el cumplimiento se refiere a tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito. (p.1)

En otras palabras, la adherencia es definida como:

El comportamiento de una persona en cuanto a – la toma de su medicamento, el seguimiento de una dieta y la ejecución de cambios en el estilo de vida, basado en las instrucciones recomendadas por un profesional de la salud (p.18)

Lo que busca la adherencia es mejorar la calidad de vida del paciente, haciendo que el paciente entienda la importancia del cumplimiento y persistencia con su tratamiento, basado en lo que el médico tratante le recetó y le recomendó.

Se logra adherencia cuando hay una participación activa por parte del paciente y del profesional de la salud. El paciente debe seguir las recomendaciones, ser disciplinado, constante y debe manifestar interés en entender su patología, mientras que el profesional de la salud tiene la obligación de explicar detalladamente el medicamento, debe resolver las dudas a sus pacientes y ofrecerle consejos frente al tratamiento. Aunque estos no son los únicos actores dentro del marco de la adherencia. Los cuidadores y familiares, las entidades prestadoras de salud y los programas de apoyo a pacientes afectan de manera directa a la misma. Según un estudio realizado por Eticha y Berhane (2014) en pacientes

con VIH, el rol de los cuidadores es un factor determinante en su adherencia al tratamiento.

3.1 Importancia de la adherencia en el tratamiento

La adherencia al régimen de tratamiento es esencial para que los pacientes obtengan el máximo beneficio de sus terapias (Patti, 2009, p.7). Los pacientes que son adherentes a su tratamiento presentan menos efectos adversos a los medicamentos, son menos propensos a sufrir recaídas y presentan una más rápida respuesta a los medicamentos prescritos, mejorando significativamente su salud.

3.2 ¿Cómo se calcula la adherencia?

La adherencia puede ser calculada utilizando métodos clasificados como métodos directos y métodos indirectos (Bonafant y Costa, 2006).

Los métodos directos son aquellos donde se analiza que el fármaco esté presente en la sangre, orina o cualquier otro fluido corporal donde este se pueda detectar. El inconveniente con este método es que no es fácil de realizar en la práctica cotidiana, ya que implica la realización de exámenes laboratorios, agregando costos.

Por su parte, los métodos indirectos son aquellos que analizan el comportamiento del paciente frente al fármaco usando los datos proporcionados por el paciente o por los cuidadores de este. La entrevista personalizada es el método más utilizado dentro de esta categoría. El principal beneficio de este método es que es fácil de aplicar en el día a día por los profesionales de la salud ya que se pueden registrar fácilmente y están disponibles en las historias clínicas al que tienen acceso médicos y enfermeras.

Los métodos indirectos son entonces los preferidos por los profesionales de la salud ya que son sencillos y fáciles de aplicar, mientras que los métodos directos implican la realización de exámenes, impidiendo su fácil recopilación.

De acuerdo con Bonafant y Costa (2004) en las entrevistas personalizadas se suelen realizar los test de Batalla, de Haynes-Sackett y de Morisky-Green, que ayudan a recopilar información sobre la adherencia de los pacientes. Todos los anteriores son clasificados como indirectos y se realizan de la siguiente manera:

1. Test de Batalla: Analiza el conocimiento del paciente frente a su enfermedad.

Se le realizan al paciente las preguntas: ¿Es su enfermedad crónica, es decir, para toda la vida?, ¿Se puede controlar con dieta o medicación?, ¿Puede usted citar dos o más órganos que pueden lesionarse por su enfermedad? Según este test, si alguna de las preguntas es respondida de manera errónea, quiere decir que hay una falta de adherencia.

2. Test de Haynes-Sackett: Es denominado como cumplimiento autocomunicado y funciona para las terapias orales.

Este consiste en realizar al paciente la siguiente pregunta: La mayoría de las personas tiene dificultad para tomar sus tabletas o comprimidos ¿Tiene usted dificultad en tomar los suyos? Si la respuesta es afirmativa se le solicita al paciente la cantidad de comprimidos olvidados en un periodo y se compara con el total de los comprimidos prescritos.

3. Test de Morisky-Green: Determina la adopción del fármaco y la actitud hacia el mismo, haciendo preguntas como: ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?, ¿toma los medicamentos a las horas indicadas?, cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomarlos? y si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar

la medicación? Para considerar una buena tasa de adherencia, las respuestas deben ser no, sí, no y no.

Es evidente entonces que los métodos indirectos incluyen conversaciones a profundidad con los pacientes para entender su nivel de adherencia, pero estos son mucho más asequibles que los métodos directos.

3.3 Factores que inciden en la adherencia del paciente

La principal problemática que presentan los pacientes que sufren de enfermedades crónicas es la falta de adherencia a su tratamiento. Esto conlleva a que los resultados clínicos no sean los esperados y que se presente una reducción en la calidad de vida del paciente.

Varias son las razones por las cuales los pacientes presentan una baja adherencia a su tratamiento o no son adherentes del todo. Según la firma consultora Capgemini (2011) la baja adherencia a los tratamientos está ligada a factores relacionados con los pacientes como la falta de conocimiento de la enfermedad, la errónea percepción de la medicación y la desconfianza en los efectos adversos de los medicamentos, entre otros.

Por otro lado, los factores de la baja adherencia se pueden explicar en el siguiente cuadro como aquellos modificables y aquellos no modificables (Ávila et al, 2013):

Tabla 2*Factores que inciden en la adherencia terapéutica*

Factores de baja adherencia	
<i>Factores modificables</i>	<i>Factores no modificables</i>
Miedo a los efectos secundarios ocasionados por el medicamento	Medicamento no disponible
Falta de eficacia percibida	Factores sociales (capacidad económica)
Problemas económicos	Factores psicológicos
Factores psicológicos – Falta de aceptación de la enfermedad	Factores demográficos (edad)
Olvido de la toma del medicamento	Naturaleza de la enfermedad
Pobre comunicación entre el profesional de la salud y el paciente	Cambios en la rutina del paciente que impide la toma del medicamento

Fuente: Ávila et al, 2013

En la Tabla 2 se plantea que los factores de la baja adherencia al tratamiento están divididos en modificables y no modificables, en función de si estos pueden ser alterados o no. Los primeros, son aquellos sobre los que sí se puede actuar. Estos pueden llegar a ser mitigados o controlados por el paciente y los diferentes actores alrededor de este. Es importante tener en cuenta que muchos de estos factores son evitados cuando el paciente hace parte de un programa de apoyo y este es acompañado en su proceso de prescripción y toma de medicamentos. Por otro lado, los factores no modificables son aquellos sobre los cuales es imposible actuar.

En la práctica clínica se observa que los factores que intervienen en la adherencia terapéutica presentan superposición entre ellos, por tal razón estos no deben ser

evaluados independientemente sino como un asunto complejo multifactorial (Silva, G, Galeano, E y Correa, J, 2005). Esto quiere decir que la mezcla entre los factores modificables y no modificables determina la adherencia terapéutica.

De acuerdo con Silva et al (2005) estos factores se pueden clasificar en cuatro distintos grupos. i) Los factores asociados al paciente; donde debido al deterioro sensorial, cognoscitivo, estados alterados del ánimo o aspectos de su propia enfermedad afectan la adherencia; ii) los factores ambientales y sociales que incluyen los mitos y la sociedad en la que viven los pacientes, iii) los factores asociados al medicamento, multiplicidad de terapias o la complejidad de la misma y iv) los factores de interacción entre el médico y el paciente, donde tener una buena relación es crucial para los pacientes crónicos.

Relacionando el último factor enunciado, en un estudio desarrollado por Pages-Puigdemont et al (2016), se realizaron grupos focales a un total de 36 pacientes que sufrían entre 1 y 7 enfermedades crónicas. Este estudio tuvo como objetivo analizar los factores cualitativos que afectaban la adherencia desde la perspectiva del paciente enfermo. En el estudio se le sugieren diversos factores que influyen la adherencia tales como; la percepción de la enfermedad, el apoyo emocional durante la visita al profesional de la salud, la motivación con el tratamiento y su actitud frente al mismo, entre otros. Una importante conclusión que arrojó el estudio, es que la relación entre el profesional prescriptor y el paciente es un factor clave en la adherencia al tratamiento. Los pacientes sugirieron que cuando su médico discutía a profundidad las posibles terapias, en las primeras fases de su relación, estos se sentían más cómodos con su medicamento. Sentirse guiados, tomar decisiones en conjunto frente a su terapia y una comunicación abierta fueron factores clave nombrados por los participantes del estudio.

Las variables que afectan la adherencia son un fenómeno complejo que depende de la interrelación de los diversos factores y que pueden cambiar en el mismo paciente en un rango de tiempo.

3.4 Consecuencias de la falta de adherencia

Cómo bien dijo Charles Everet Koop, cirujano experto en salud pública: “Los medicamentos no funcionan en aquellos pacientes que no los toman”. Muchas veces los pacientes perciben que los tratamientos prescritos no surten efecto en su salud, sin ser conscientes que la adherencia es un factor clave para evidenciar una mejora en los síntomas relacionados con su enfermedad.

A pesar que la falta de adherencia es distinta dependiendo de la enfermedad, se estima que entre un 20% y 50% de los pacientes crónicos no siguen las instrucciones indicadas para la toma de su medicamento. Este es un problema mundial que cada día pone en riesgo la vida de miles de pacientes. Informa Madrid (2014) asegura que:

“La falta de cumplimiento de los pacientes a su tratamiento tiene repercusiones clínicas y sociales, lo que hace que aumente el gasto sanitario, se incremente el número de ingresos hospitalarios, el absentismo laboral y más visitas a los servicios de urgencias. Esto tiene una repercusión directa en la salud de los pacientes y en los costes asociados (a la atención médica) y, finalmente, aumenta la morbimortalidad de los pacientes”
(p.1).

De acuerdo con lo anterior se identifican dos principales consecuencias; las consecuencias clínicas y las consecuencias económicas.

Las consecuencias clínicas por la falta de adherencia son aquellas que tienen efectos sobre la salud del paciente. El impacto clínico depende de la enfermedad a tratar, los

efectos del medicamento en el organismo y el grado de incumplimiento de la toma del medicamento. Si un paciente nunca llega a iniciar su tratamiento, su enfermedad seguirá su curso natural y las consecuencias clínicas serán las mismas a una falta de control de la enfermedad. Por otro lado, si el paciente ya inició su tratamiento y lo detiene, las consecuencias dependerán del grado de severidad de su enfermedad y de las propiedades del medicamento.

Las consecuencias clínicas más recurrentes en los pacientes son las recaídas, aumento de la mortalidad, reacciones adversas de los medicamentos, un mayor número de eventos clínicos y la duda de la efectividad de los medicamentos, a pesar de los amplios estudios que usualmente los soportan.

Desde otra perspectiva, las consecuencias económicas para el sistema de salud son generadas debido al ingreso y reingreso de los pacientes a hospitalizaciones, más visitas a las unidades de urgencias y centros ambulatorios, aumentos o cambios de medicamentos y dosificación y mayor cantidad de pruebas diagnósticas solicitadas por parte de los especialistas. En Estados Unidos se ha estimado un coste de 100 billones de dólares al año derivado de la toma incorrecta de la medicación. De este coste, 25 billones correspondían a ingresos hospitalarios y 75 billones, a pérdida de productividad y muerte prematura. (Dilla, Valladares, Lizán y Sacristán, 2009, p.3).

3.5 Estrategias para mejorar la adherencia

La adherencia al tratamiento terapéutico logra no sólo que los síntomas presentados por el paciente disminuyan de manera importante al igual que los efectos secundarios que se pueden presentar, si no también, que la calidad de vida del paciente mejore, tenga

un mejor cuidado personal, use mejor su tiempo libre y tenga una mejor relación con sus familiares y cuidadores.

Para lograr combatir los factores de baja adherencia es importante intervenir y entender a profundidad las razones por las cuales estos se dan. Cada enfermedad puede requerir exigencias particulares que deben ser tenidas en cuenta y por esa razón no hay una estrategia estándar para mejorar la adherencia.

Antes de realizar intervenciones sobre la adherencia, se debe tener en cuenta que cada paciente es distinto. Es por esto que:

-No se debe culpabilizar al paciente, ya que este es sólo uno de los muchos factores involucrados.

-Se debe individualizar la intervención, entendiendo que cada paciente presenta dificultades concretas en cada caso.

-Se debe tratar de fortalecer la relación con el paciente, para que este sea sincero sobre su adherencia y para que pueda expresar sus dudas e inquietudes respecto a su terapia.

De acuerdo con el Boletín Infac (2005), las intervenciones para mejorar la adherencia deben estar enfocadas en el paciente, entendiendo cuáles son sus necesidades y preocupaciones. Entre las estrategias se encuentran;

1. Indagar si el paciente no es adherente de manera consciente y analizar las razones por las cuales esto sucede.
2. Establecer una buena comunicación entre profesional de la salud y paciente para resolver dudas.
3. Simplificar el régimen posológico.

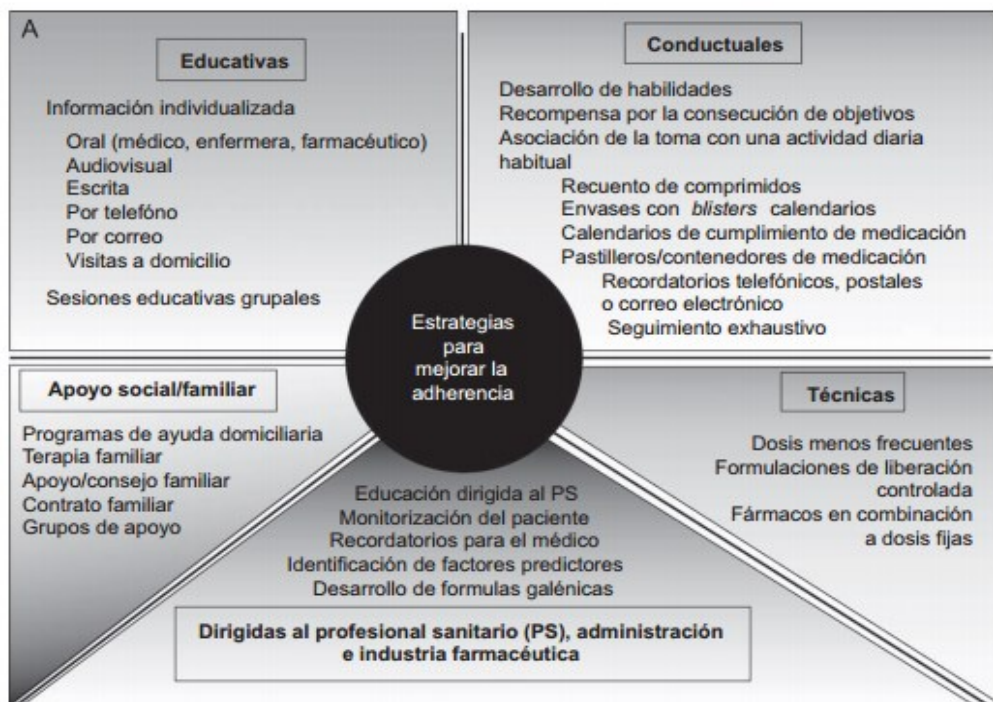
4. Discutir los beneficios de la adherencia a la terapia y las implicaciones de salud que la enfermedad puede traer.
5. Un adecuado entorno familiar y social que promueva la adherencia.
6. Modificar rutinas y hábitos, cambios de hora de la administración del medicamento.

En muchos casos, los pacientes salen de la consulta con su médico y no han terminado de entender la posología de su medicamento, por qué se lo han prescrito y qué hacer si se presentan efectos adversos. Es importante entonces entender que uno de los factores primordiales es la relación entre el médico y su paciente ya que en las consultas se pueden hacer resolver muchas dudas que el paciente tiene respecto a su tratamiento.

En la Figura 1, se puede observar qué tipo de estrategias deben ser abordadas para incrementar la tasa de adherencia desde una perspectiva multifactorial.

Figura 1

Estrategias dirigidas a mejorar la adherencia



Fuente: Dilla et al, 2009

Las estrategias están divididas según Dilla et al (2009) en cinco dimensiones; educativas, conductuales, técnicas, apoyo familiar y social y la dimensión a los profesionales de la salud y la industria.

-Las estrategias educativas están enfocadas en darle a entender al paciente la importancia de adaptarse a su nuevo régimen, concientizándolo de su enfermedad a través de la educación que puede ser a través de diferentes medios como presencial, audiovisual, escrita, entre otros.

-Las estrategias conductuales están ligadas a apoyar al paciente para que recuerde la toma de su medicamento. Estas conductas se pueden potencializar si el paciente cuenta con material que lo apoye en esta tarea, como calendarios o alarmas.

-Las estrategias técnicas están dirigidas a simplificar el régimen posológico y la cantidad de dosis que los pacientes deben tomar.

-Las estrategias de apoyo social y familiar pretenden implicar al entorno social del paciente en el control de la enfermedad. Que las personas que conviven con el paciente se hagan responsables de la toma de los medicamentos, aumenta positivamente su adherencia.

-Las estrategias dirigidas a profesionales de la salud y la industria apoyan a los profesionales a que mejoren sus técnicas de comunicación y enseñanza con sus pacientes, para que en el poco tiempo que dura una consulta se le pueda orientar y aclarar al paciente sus dudas.

Las estrategias anteriormente mencionadas, son bien conocidas por los laboratorios dentro de la industria farmacéutica. Estas se enfocan en brindarle bienestar a los pacientes a través de la creación de nuevos productos y moléculas que combaten las enfermedades crónicas, pero además les brindan la mano a sus pacientes apoyándolos en su adherencia a través de sus “Programas de apoyo a pacientes”. A través de estos programas, la industria conoce información del mercado y logra maximizar los beneficios de sus fármacos, para beneficio de los médicos, instituciones y principalmente para el paciente.

4. Programas de apoyo a pacientes

Los programas de apoyo a pacientes a nivel global tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes. La educación sobre su padecimiento, contribuciones económicas, apoyo en trámites y navegación en el sistema de salud, servicios o recordatorios para la aplicación y la administración de sus medicamentos son algunas de las estrategias que usan estos programas para lograr una óptima adherencia en estos pacientes.

Frecuentemente se realizan distintas reformas a los sistemas de salud en diferentes países del mundo y esto impacta directamente a los pacientes. Los sitios de entrega de los medicamentos, los tiempos que tardan en entregarlos y la disponibilidad de los mismos son algunos de los desafíos a los que el paciente debe enfrentarse constantemente. Los programas de apoyo a pacientes intervienen entonces, como un aliado para al paciente, para orientarlo en su navegación en el sistema de salud.

A su vez, los programas actúan justo en el momento en el que un paciente se encuentra en el estado más vulnerable, es decir, después de haber sido diagnosticado. En un estudio realizado por Glover et al (1995) a pacientes recién diagnosticados con cáncer se encontró que los principales sentimientos presentados eran tensión, angustia, miedo, confusión y depresión. Además, en ese momento el paciente se encuentra saturado de información respecto a la patología y los trámites a seguir y es por esto que un programa de apoyo se enfoca en facilitarles a los pacientes información sobre los siguientes pasos en su terapia.

El diseño y la prestación de servicios dentro de los programas de apoyo a los pacientes suelen ser complejos de definir debido a la cantidad de actores que juegan un papel importante dentro del tratamiento. Los profesionales de la salud, los pacientes y sus

familias, los laboratorios farmacéuticos, el sistema de salud, los aseguradores y operados logísticos todos juegan un papel determinante para que el paciente pueda iniciar o continuar su tratamiento.

Cada país tiene normas regulatorias que delimitan los servicios que los programas de apoyo a pacientes pueden prestar y a su vez, los servicios prestados cambian dependiendo del área terapéutica a tratar. Por ejemplo, los programas enfocados a pacientes que sufren de enfermedades mentales no tienen el mismo enfoque que un programa para pacientes que sufren de enfermedades respiratorias. Por su propia enfermedad, un paciente psiquiátrico no tiene el mismo raciocinio que otro tipo de pacientes, haciendo que los servicios educativos del programa estén más enfocados en los cuidadores que en los mismos pacientes. Claro está que como se demostró anteriormente, hay muchas variables que afectan esta adherencia.

De acuerdo a lo anterior, los pacientes que hacen parte de estos programas son aquellos que requieren tener un buen conocimiento del manejo de la sintomatología y el progreso de su enfermedad. Los programas brindan esta ayuda a través de material educativo, visitas presenciales de enfermeras, llamadas y recordatorios.

4.1 Ejemplos de programa de apoyos a pacientes en la industria

Los programas de apoyo a pacientes se rigen de manera distinta dependiendo del país dónde sea concebido. En el caso de Colombia, de acuerdo a la legislación los programas de apoyo a pacientes no permiten realizar recambios de medicamentos para obtener dosis con descuento o de manera gratuita. Por otro lado, en países europeos, en Estados Unidos, México y muchos otros si lo es.

La creación de programas de pacientes ha sido replicada a lo largo de los años por varios laboratorios farmacéuticos a nivel mundial. Algunos de los laboratorios que cuentan con programas de apoyo a pacientes incluyen a Lilly, con el programa “Enlace Lilly”; GSK con el programa “Juntos”; Roche con el programa “Tiempo de Vivir” y Sanofi con “Siempre a tu lado”, entre otros. Sólo en Estados Unidos, se invierte cerca de 1 billón de dólares al año en este tipo de programas según Gray y Cook (1997).

4.2 Efectos de los programas de apoyo a pacientes en la adherencia

Se ha demostrado científicamente que los programas de apoyo a pacientes son un factor determinante que afectan de manera positiva la adherencia de los pacientes a su tratamiento.

De acuerdo con un estudio realizado por Levy et al (2016) en Brasil, que contó con un grupo de pacientes tratados con la molécula Adalimumab, para enfermedades reumatológicas como artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y artritis psoriásica, se demostró la eficacia del programa de apoyo a pacientes del laboratorio farmacéutico Abbvie. Se tuvo una muestra de 21,690 pacientes, de los cuales 3,313 estaban inscritos en el programa de apoyo. Al total de la muestra se le contactó al menos una vez en el mes 6, 12 y 24 de tratamiento y los resultados demostraron que los pacientes en el programa de apoyo tuvieron una adherencia y persistencia 13 puntos porcentuales en promedio mayor, comparada con aquellos pacientes fuera del programa.

Los programas de apoyo suelen utilizar diferentes herramientas para motivar al paciente para que sea adherente a su terapia, recordándole la toma de su medicamento, el correcto uso y administración del mismo y la importancia de seguir las indicaciones de su médico tratante. Gracias a la ola digital y tecnológica existen ahora diferentes

métodos que se utilizan para mejorar la adherencia. En 2011, se diseñó un estudio con 216 pacientes, entre los 16 y 45 años, que sufrían de asma donde a una parte del grupo se les envió mensajes de texto relativos a su enfermedad y tratamiento, mientras que a los otros no se les hizo envío de ninguna información. El estudio duró 18 semanas y la medición de adherencia se realizó vía telefónica en la semana 6, 12 y 18 y en el mes 6 y 9. El estudio arrojó que el grupo intervenido con mensajes de texto tuvo una tasa de adherencia 13,8% mayor que el grupo no intervenido (Petrie, Perry, Broadbent, Weinman, 2011).

Por otro lado, en un estudio realizado por Morisky et al (1990) en pacientes tratados con medicamentos contra la tuberculosis, se encontró que los niveles de adherencia al medicamento de los pacientes que contaban con un programa de apoyo fue mayor a los pacientes que no contaban con este tipo de programa. Las estadísticas indicaron que los pacientes en el programa contaron con una adherencia de 68% versus una adherencia del 38% de los pacientes fuera del programa, demostrando así los efectos positivos de un programa de apoyo a pacientes bien estructurado.

A su vez, pacientes que padecían de fibrosis pulmonar idiopática tratados con pirfenidona fueron sometidos a un estudio en el cual se evaluó el impacto de un programa de apoyo a pacientes en su vida diaria. Este estudio concluyó que la tasa de discontinuación de la terapia se redujo de manera importante, las encuestas de satisfacción con el programa fueron significativamente altas y los pacientes reportaron “sentir control sobre su condición”, “saber que esperar del tratamiento” y “sentirse confiado sobre el manejo de su terapia”. (Duck, Pigram, Errhalt, Ahmed y Chaudhuri, 2015).

Finalmente, una investigación realizada por Rueda et al (2006) basada en 19 estudios que involucraron a 2,159 pacientes con VIH formulados con una terapia antirretroviral,

se identificó que los resultados de adherencia fueron mejores cuando los pacientes fueron parte de un programa de educación y apoyo. Las intervenciones del estudio incluyeron entrevistas motivacionales, estrategias de manejo de medicamentos y terapias cognitivo-conductuales.

Es por estos y más estudios que las compañías farmacéuticas a nivel mundial han entendido la importancia que tienen estos programas en la adherencia al tratamiento y el impacto que representan en la vida del paciente.

5. Los programas de apoyo a pacientes en el contexto colombiano

5.1 ¿Cómo funciona el sistema de salud en Colombia?

El sistema de salud colombiano hace parte del Sistema de Seguridad Social (SGS-SS) regulado por el gobierno nacional. Esta es la forma como se brinda un seguro que cubre los gastos de la salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2004). La población se debe afiliar a una Entidad Promotora de Salud (EPS) y los servicios de atención en salud son recibidos a través de una Institución Prestadora de Salud (IPS), como hospitales, clínicas, centros de salud, consultorios o laboratorios.

El SGS-SS funciona en dos regímenes de afiliación: El Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado. Al Régimen Contributivo se deben afiliar y aportar todas aquellas personas que tienen una vinculación laboral, como los trabajadores formales e independientes, pensionados y sus familias. Por otro lado, los afiliados al Régimen Subsidiado son aquellas personas sin empleo ni ingresos económicos, donde el estado subsidia sus aportes al sistema (Ministerio de Salud y Protección Social, 2004).

En el pasado, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2004), el eje del SGS-SS era el Plan Obligatorio de Salud (POS), que correspondía al paquete de servicios básicos en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria. Existían a su vez, tratamientos, medicamentos o procedimientos que no estaban incluidos en el POS, pero que eran necesarios para la recuperación del afiliado (No POS). Pero en 2015, el gobierno nacional firmó la Ley 1751 de 2015 conocida como la Ley Estatutaria de Salud donde se reafirma que la salud es un derecho fundamental, a ninguna persona se le puede

pueden negar los servicios de salud y deben recibirlos de manera oportuna, eficaz y de calidad.

Es por esto que la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751, 2015) afirma que la lista de servicios que estaba en el POS se acaba y de aquel momento en adelante los pacientes pueden acceder a todos los servicios necesarios para su recuperación, exceptuando los tratamientos que tienen una finalidad cosmética, que no cuenten con evidencia científica sobre su efectividad, que estén en fase de experimentación o que se deban prestar en el exterior.

Respecto al plan de beneficios, seguirán existiendo una división entre un conjunto de tecnologías y prestaciones generales que estarán a cargo de las EPS y un conjunto de tecnologías que no están incluidas en ese plan de beneficios, pero que se pueden prescribir por el aplicativo MiPres diseñado para médicos y usuarios. (Periódico el País, 2017)

5.2 Críticas y dificultades del Sistema de Salud colombiano

El sistema de salud colombiano cuenta con una baja popularidad debido a las constantes barreras de acceso a los que los pacientes se ven enfrentados en su navegación en el sistema. De acuerdo con Vargas y Molina (2008) el sistema a nivel institucional tiene inconvenientes ya que existe una excesiva demanda en puestos de salud, demoras en la asignación de citas, restricciones para procedimientos electivos e insuficiente oferta de especialistas.

A Mayo de 2017, la Ley Estatutaria de Salud no ha terminado de entrar en vigencia y a pesar de que esta garantiza el acceso a la salud como un derecho fundamental, aún se presentan inconvenientes que provienen del modelo anterior. En un estudio realizado

por Vázquez et al (2010) se destaca que los trámites administrativos, el tiempo de espera y la mala calidad de la atención fueron las principales barreras de acceso para que los pacientes hicieran uso de los servicios del sistema de salud.

Por su parte, respecto a la entrega de medicamentos, el sistema presenta fallas y en una encuesta realizada por el Ministerio de Salud se demuestra que tan sólo al 63% de los encuestados se les hizo entrega completa de los medicamentos que les fueron formulados, al 27% se les hizo una entrega parcial y al 10% restante no se les entregó ningún medicamento (El Tiempo, 2013).

Debido a las dificultades que se presentan en el sistema, las personas que se ven directamente afectadas son los pacientes que ven interrumpida su adherencia por factores externos afectando sus resultados terapéuticos. Es por esto que uno de los principales focos de un programa de apoyo a pacientes debe ser el ayudar al paciente a navegar en el sistema de salud para que pueda obtener los servicios que su patología requiere.

5. 3 Programas de apoyo a pacientes en Colombia

En Colombia los programas de apoyo a pacientes están regidos por la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo, AFIDRO. Esta asociación lanzó en 2015 un código de ética que describe cómo se deben realizar y cuáles son los lineamientos de conducta empresarial en torno a las actividades promocionales y educativas de la industria farmacéutica con todos los actores relevantes del Sistema de Salud colombiano.

De acuerdo con AFIDRO, (2015) los programas de apoyo a pacientes:

Están destinados a ayudar a los pacientes y cuidadores en el manejo de su enfermedad y uso apropiado de la medicación, incluyendo programas y servicios enfocados a dar soporte a la adherencia, educación en mejora de calidad de vida, vivir con la patología y uso racional del medicamento. Los programas no podrán tomar medidas que atenten contra la autonomía médica. (p.27)

Esta precisa definición realizada por AFIDRO explica claramente el objetivo de un programa de pacientes: mejorar la adherencia del paciente y apoyarlo a través de múltiples servicios para que aproveche al máximo los beneficios de su tratamiento.

La promoción de los programas de pacientes en Colombia también está estipulada en el código de AFIDRO. El principal promotor de los programas de los laboratorios farmacéuticos a los médicos son los representantes de ventas o las enfermeras de dichos programas. Estos tienen como objetivo promocionar con los médicos los beneficios que el laboratorio ofrece a los pacientes a través de su programa de apoyo. Según lo afirma AFIDRO (2015) “los profesionales de la salud serán el canal de divulgación exclusivo de los programas de apoyo a los pacientes formulados”. Esto quiere decir que la promoción del programa directamente a los pacientes lo debe hacer su médico tratante exclusivamente, sin que nadie de la industria pueda tener contacto directamente con ellos por considerarse información sensible.

5.4 Propuesta de desarrollo un programa de apoyo a pacientes en Colombia

De acuerdo a lo discutido anteriormente, el Sistema de Salud en Colombia presenta algunas fallas que puede influir negativamente en la adherencia al tratamiento. Es por eso que, para la construcción de un nuevo programa de pacientes, se deben tener

en cuenta las restricciones locales, el código de AFIDRO y los diferentes actores que juegan un papel importante durante el tratamiento del paciente.

Respecto a las restricciones locales, que incluye la reglamentación del código de AFIDRO, la Asociación explica claramente cómo deben ser las interacciones de la industria farmacéutica con los pacientes teniendo en cuenta el propósito de los programas, qué hacer y en qué casos se le puede entregar dosis de medicamento a los pacientes y cómo se debe hacer la vinculación de los pacientes al programa, entre otros.

La siguiente figura representa qué se puede hacer y qué no se puede hacer a través de un programa de pacientes:

Figura 2

Qué hacer y qué no hacer según el código de AFIDRO



Fuente: Figura de elaboración propia basada en el código de AFIDRO, 2017

Por otro lado, es trascendental que los programas tengan en cuenta a los diferentes actores con los cuales tendrán relación para garantizarles que serán un aliado estratégico durante el tratamiento de los pacientes. Entre los principales actores se encuentran; los pacientes, los cuidadores, los aseguradores o prestadores de servicios de salud y finalmente los médicos que tratan a los pacientes.

Respecto a los pacientes, se debe considerar principalmente la fase del tratamiento por la que el paciente está atravesando ya que la información y los servicios prestados varían dependiendo de ese factor. Por ejemplo, un paciente que es recién diagnosticado necesita un apoyo importante respecto a cómo navegar en el sistema de salud y cómo debe realizar los procedimientos para obtener su medicamento, mientras que un paciente que lleva años en el tratamiento no lo necesitará. Es importante entonces, que los programas de apoyo cuenten con personas expertas en tramitología que puedan solucionar a los pacientes las dudas que se les presenten respecto a los trámites a seguir.

Por otro lado, la educación es el eje fundamental de este tipo de programas. El paciente debe aprender a manejar su enfermedad, entender cómo funciona su medicamento y requerirá consejos para vivir el día a día, por lo que la entrega de material educativo y las visitas educativas por parte del personal del programa son vitales en este tipo de programas. A su vez, para apoyar esta educación, se puede hacer entrega de materiales de valor modesto que sean de uso y provecho del paciente, como diarios de tratamiento, relojes recordatorios, dosificadores, entre otros.

Para apoyar la adherencia del paciente, es importante tener personal dedicado a cerciorarse que los pacientes estén cumpliendo con su esquema de tratamiento. Para esto es importante contar con un *call center* dónde se realicen contactos periódicos con los pacientes para verificar la toma del medicamento. En otros casos, dependiendo de la

patología, es de gran valor contar con personal en campo que realice visitas presenciales a los afiliados.

Cómo se mencionó previamente, en Colombia existen importantes demoras en la entrega de los medicamentos. A través del programa de pacientes se puede lograr un vínculo de compromiso con los pacientes cuando se les hacen entregas de dosis de inicio, para que empiecen su tratamiento o entregas de dosis de continuidad para que, si se les presentan barreras administrativas y no pueden continuar su tratamiento, el programa les brinde un soporte para que pueda continuar con el mismo y su adherencia no se vea comprometida.

De igual forma, los cuidadores son personas muy importantes cuando se habla de enfermedades crónicas, ya que un gran porcentaje de pacientes crónicos son adultos mayores, minusválidos o personas que requieren de asistencia. Es por esto que los programas de apoyo a pacientes deben desarrollar material que ayude al cuidador a manejar los síntomas de la enfermedad para saber cómo reaccionar ante diversas situaciones.

Otro importante actor son los aseguradores, EPS e IPS donde los representantes de ventas o el personal del programa suelen ir a hacer promoción de los beneficios del programa de pacientes. Es bien conocido en Colombia que en algunas instituciones es prohibido la entrada del personal del laboratorio o del programa de pacientes por orden de las directivas de las instituciones. Es por esto, que para evitar este tipo de contra tiempos, es importante demostrarles a las instituciones el costo-beneficio de este tipo de programas. Por ejemplo, los pacientes que requieren aplicación de medicamento a través de una inyección, dónde el programa es aquel que asume los costos de la misma, le debe demostrar a estas instituciones que les han ahorrado dinero, apoyado a la

adherencia de sus pacientes y beneficiando su ranking de cumplimiento frente al gobierno.

Por último, es estratégico lograr los médicos que tratan a los pacientes y a que a su vez hacen promoción del programa de pacientes con ellos, perciban al programa como una extensión de su consultorio, confiando en que los pacientes que se inscriban, recibirán los todos los beneficios que el programa brinde. Para generar un relacionamiento con ellos, es recomendable generar reportes que le permitan conocer el estado de sus pacientes en el programa y que en las visitas de las enfermeras de campo se comuniquen los beneficios del programa.

Además, todo personal del programa que vaya a tener contacto con pacientes, médicos, enfermeras y personal de la salud deben estar sumamente entrenados para realizar conversaciones productivas tanto en patología y medicamento, cómo en sistema de salud, para ser percibidos de una forma positiva por los diferentes *stakeholders*.

Los programas de pacientes deben tener procesos de mejora continua a través de encuestas de satisfacción, monitoreando el *awareness* de los distintos actores y tomando en cuenta las necesidades de los pacientes y las sugerencias de todos los actores.

Finalmente, es clave que los laboratorios farmacéuticos usen la información estadística que proporcionan sus programas de pacientes para evaluar lo que sucede en el día a día en la calle, entendiendo y conociendo el mercado.

6. Resultados de la investigación

Una vez aplicados los instrumentos de recolección de la información a través de una encuesta, conformada por siete (7) preguntas de tipo abanico, donde los encuestados respondieron lo que creyeron conveniente de una serie de alternativas, se procedió a la interpretación y análisis de cada uno de los ítems. La encuesta consistía en las siguientes siete preguntas:

Pregunta	Posibles respuestas
1. Rango de edad	A. 18-30 años B. 30-45 años C. 45-60 años D. 60 en adelante
2. ¿Cuál es la enfermedad que le ha sido diagnosticada?	A. Enfermedades cardiacas B. Enfermedades respiratorias C. Cáncer D. Insuficiencia renal crónica E. Diabetes I o II F. Enfermedades sistema digestivo G. Hipertensión H. Otra
3. Durante su régimen de tratamiento, ¿alguna vez ha dejado de tomarse/aplicarse el medicamento prescrito por su médico tratante?	A. Si B. No

<p>4. ¿Cuál ha sido la principal razón por la cual usted no se ha tomado/aplicado su medicamento?</p>	<p>A. Miedo a los efectos secundarios del medicamento</p> <p>B. Problemas con la entrega de su medicamento por parte de su EPS</p> <p>C. Falta de confianza en su médico</p> <p>D. Falta de motivación con su tratamiento</p> <p>E. Olvido de la toma/aplicación de su medicamento</p> <p>F. No he dejado de tomar mi medicamento</p> <p>G. Otro</p>
<p>5. Según su criterio, ¿cuál sería el principal servicio prestado por un programa de apoyo que permitiría que usted siempre tome/aplique su medicamento?</p>	<p>A. Apoyo en trámites administrativos</p> <p>B. Seguimiento telefónico recordando la toma de su medicamento</p> <p>C. Entrega de material educativo</p> <p>D. Charlas educativas</p> <p>E. Apoyo psicológico</p> <p>F. Otro</p>
<p>6. ¿Cómo preferiría que se hiciera contacto con usted?</p>	<p>A. Presencial</p> <p>B. Telefónico</p> <p>C. Ambos</p> <p>D. No me gustaría tener contacto</p>
<p>7. ¿Con que periodicidad preferiría que el programa de apoyo lo contactara?</p>	<p>A. Diariamente</p> <p>B. Semanalmente</p> <p>C. Quincenalmente</p> <p>D. Mensualmente</p> <p>E. Trimestralmente</p> <p>F. No me gustaría tener contacto</p>

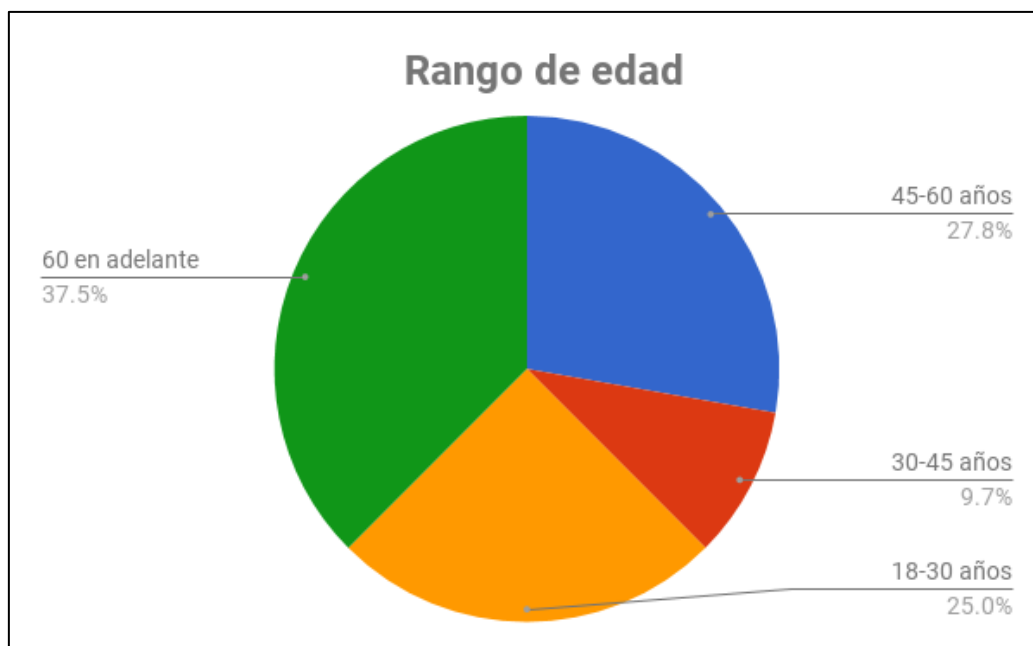
A continuación, se presentará el análisis de los resultados obtenidos en las encuestas.

6.1 Rango de edad

Los resultados de la encuesta demuestran que el 64,4% de los participantes fueron personas mayores a 45 años. Específicamente, un 37.5% de los encuestados fueron personas de 60 años en adelante, siendo este un total de 54 personas, seguido de un total de 40 personas de edad entre 45 y 60 años que corresponden al 27.8% de la muestra encuestada y en tercer lugar con un 25% respondieron personas entre los 38 y 35 años. El rango de edad que menos participó en la encuesta fue aquellos entre los 30 y 45 años, con tan solo un 9.7%.

Tabla 3

Rango de edad



Fuente: Tabla de elaboración propia basada en resultados de la encuesta, 2017

6.2 ¿Cuál es la enfermedad que le ha sido diagnosticada?

La encuesta demostró que la enfermedad más frecuentemente diagnosticada fue la Diabetes I y II, representando un total del 22.2% con 32 respuestas, seguida de la hipertensión con la cifra del 19.4% del total de encuestados.

Tabla 4

¿Cuál es la enfermedad que le ha sido diagnosticada?



Fuente: Tabla de elaboración propia basada en resultados de la encuesta, 2017

6.3 Durante su régimen de tratamiento, ¿alguna vez ha dejado de tomarse/aplicarse el medicamento prescrito por su médico tratante?

El 84.7% de los encuestados afirmaron haber dejado de tomarse o aplicarse el medicamento prescrito por su médico tratante, es decir 122 de los participantes, mientras que sólo 22, el 15.3%, afirman lo contrario.

Tabla 5

Durante su régimen de tratamiento, ¿alguna vez ha dejado de tomarse/aplicarse el medicamento prescrito por su médico tratante?



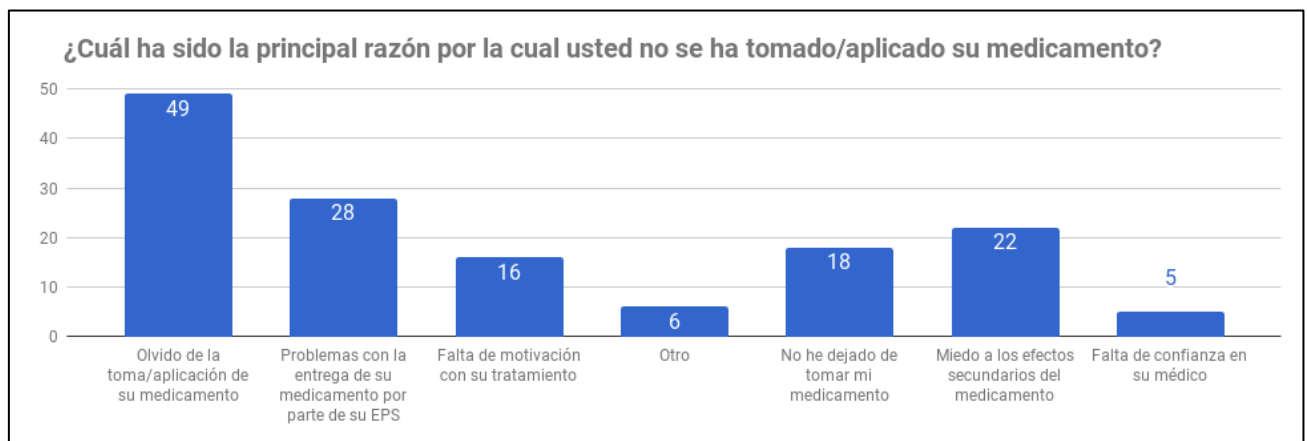
Fuente: Tabla de elaboración propia basada en resultados de la encuesta, 2017

6.4 ¿Cuál ha sido la principal razón por la cual usted no se ha tomado/aplicado su medicamento?

La principal razón por la cual los participantes de la encuesta dejaron de tomar o aplicar el medicamento prescrito por su médico fue el “Olvido de la toma/aplicación de su medicamento” siendo esta un 34% de los resultados de la encuesta, es decir 49 del total de participantes. La siguiente razón que obtuvo el 19.4% de los resultados fue “Problemas con la entrega de su medicamento por parte de su EPS”, seguido del “Miedo a los efectos secundarios del medicamento” con un 15.6% de los resultados.

Tabla 6

¿Cuál ha sido la principal razón por la cual usted no se ha tomado/aplicado su medicamento?



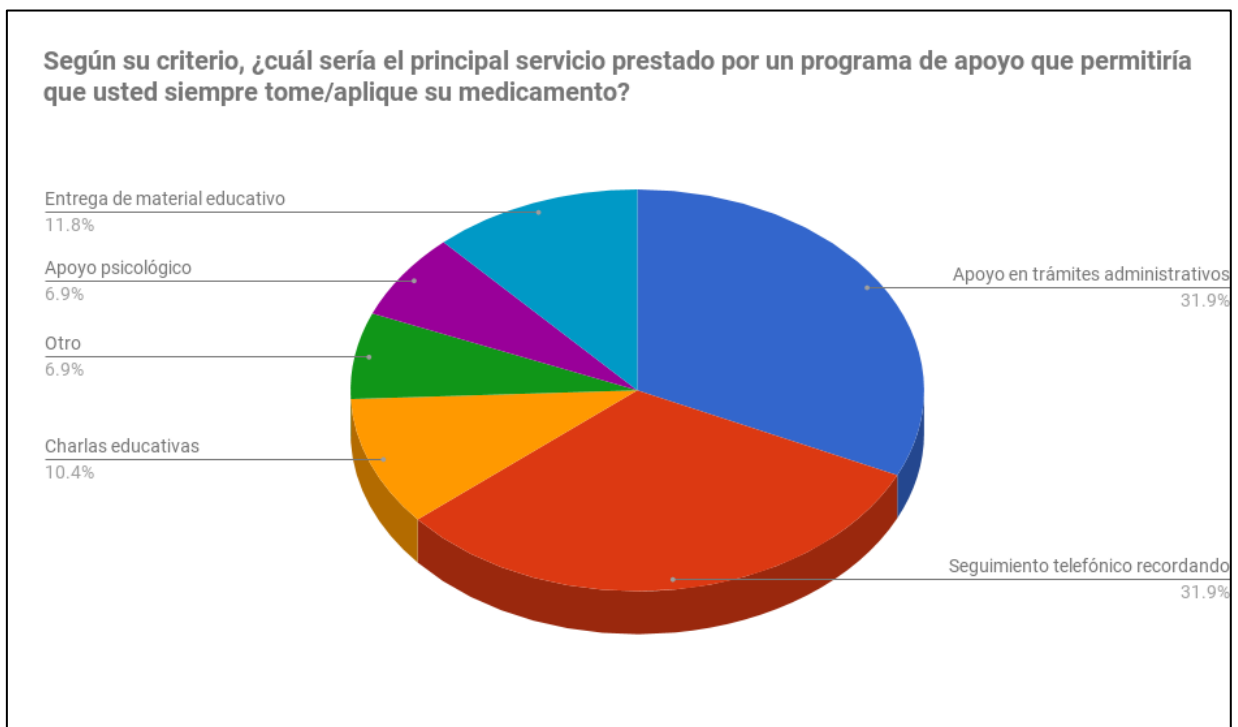
Fuente: Tabla de elaboración propia basada en resultados de la encuesta, 2017

6. 5 Según su criterio, ¿cuál sería el principal servicio prestado por un programa de apoyo que permitiría que usted siempre tome/aplique su medicamento?

Los resultados demostraron que para los encuestados el “Seguimiento telefónico recordando la toma de su medicamento” y el “Apoyo en trámites administrativos” es igual de importante, ambos contando con un 31.9% de favorabilidad respectivamente y con un total de 92 encuestados. Otros servicios importantes que el programa de apoyo a pacientes debería prestar incluyen la “Entrega de material educativo” representando el 11.8% y las “Charlas educativas” siendo esta el 10.4% de los resultados.

Tabla 7

Según su criterio, ¿cuál sería el principal servicio prestado por un programa de apoyo que permitiría que usted siempre tome/aplique su medicamento?



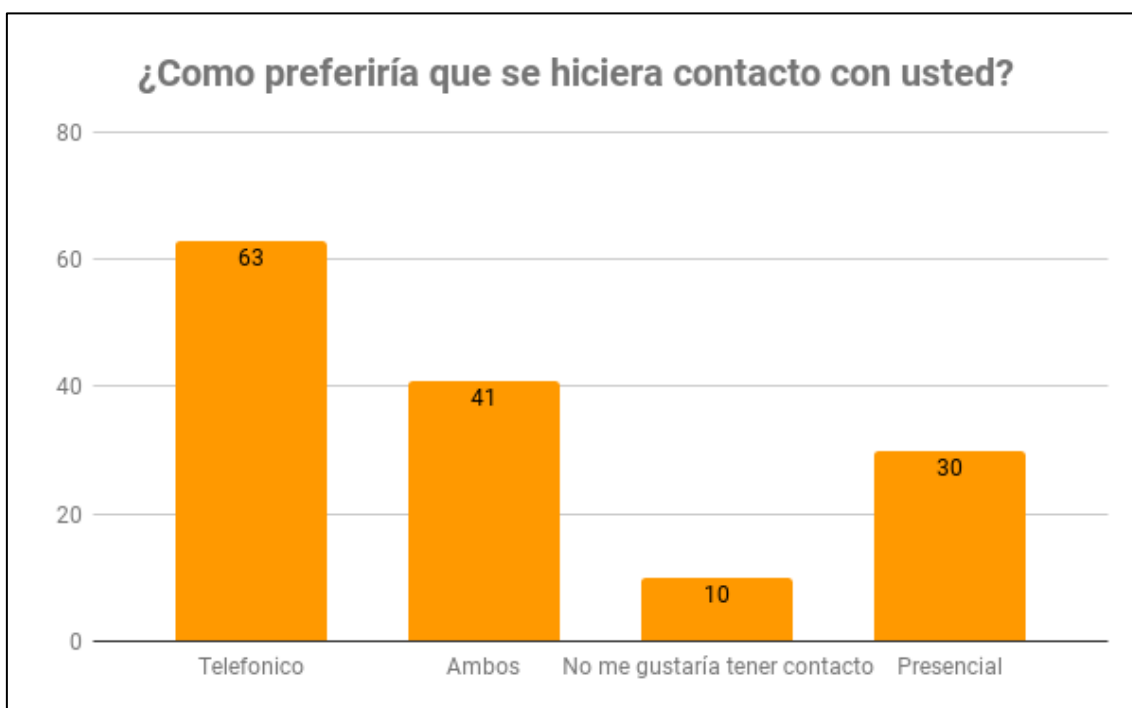
Fuente: Tabla de elaboración propia basada en resultados de la encuesta, 2017

6. 6 ¿Cómo preferiría que se hiciera contacto con usted?

De acuerdo con los encuestados, el principal método de contacto debería ser telefónico, contando con 63 respuestas y representando el 43.8% de la muestra. Por otro lado, 41 participantes, el 28.5%, preferirían ser contactados tanto telefónicamente como presencialmente por parte del programa de apoyo a pacientes.

Tabla 8

¿Cómo preferiría que se hiciera contacto con usted?



Fuente: Tabla de elaboración propia basada en resultados de la encuesta, 2017

6.7 ¿Con que periodicidad preferiría que el programa de apoyo lo contactara?

Basado en las respuestas de los encuestados, la periodicidad de contacto preferida sería realizada de manera semanal, de acuerdo a los 46 participantes que representan el 31.3% de la muestra o de manera mensual de acuerdo a los 34 encuestados que representan el 23.6% de la misma.

Tabla 9

¿Con que periodicidad preferiría que el programa de apoyo lo contactara?



Fuente: Tabla de elaboración propia basada en resultados de la encuesta, 2017

7. Conclusiones

La falta de adherencia en pacientes crónicos es un fenómeno complejo que ocurre por la interrelación de múltiples factores. Estos factores están divididos en factores que se pueden intervenir a través de los programas de apoyo a pacientes, como las conductas de los pacientes y los factores donde no se puede intervenir como la disponibilidad del medicamento y la naturaleza de la enfermedad, entre otros.

La falta de adherencia trae consigo consecuencias para el paciente como las recaídas, el aumento de la mortalidad y un mayor número de eventos clínicos que afectan la calidad del tratamiento. Es por esto, que la industria farmacéutica ha creado los programas de apoyo a pacientes que a través de un equipo multidisciplinario promueven la adherencia de los pacientes. Las principales estrategias utilizadas están enfocadas en educación, modificaciones conductuales, modificaciones técnicas, apoyo familiar y social y estrategias dirigidas a la relación de los pacientes con los profesionales de la salud.

Es importante que durante la elaboración de un programa de apoyo a pacientes se tengan en cuenta las regulaciones locales, en el caso colombiano, el código de ética de AFIDRO, para cumplir con la normatividad requerida.

A través del programa de pacientes se puede lograr un vínculo de compromiso con los pacientes cuando estos identifican al programa como un aliado que los ayuda en la consecución de su medicamento para iniciar o continuar su tratamiento.

Por último, de acuerdo con los estudios mostrados anteriormente, los programas de apoyo a pacientes demuestran ser un factor clave para la adherencia terapéutica de los pacientes, por lo cual es importante que los laboratorios farmacéuticos tengan en su top-of-mind estrategias específicas para sus programas.

8. Recomendaciones

- Para lograr combatir los factores de baja adherencia es importante intervenir y entender a profundidad las razones por las cuales estos se dan. Cada enfermedad puede requerir exigencias particulares que deben ser tenidas en cuenta y por esa razón no hay una estrategia estándar para mejorar la adherencia.
- Los programas de apoyo a pacientes deben tener una visión estratégica que impacte positivamente la percepción de los diferentes actores que tienen relación con el paciente, para así maximizar los beneficios del fármaco con el cual está siendo tratado el paciente.
- Debido a las dificultades que se presentan en el sistema de salud en Colombia los principales focos de un programa de apoyo a pacientes debe ser el ayudar al paciente a navegar en el sistema de salud para que pueda obtener los servicios que su patología requiere.
- Vale la pena recalcar que el programa de pacientes es los ojos en la calle de los laboratorios farmacéuticos, es por esto que estos deben contar con un equipo de profesionales expertos que ayuden tanto en el manejo de los pacientes como en la data del programa, para que se generen estrategias específicas de acción y apoyar para que los pacientes sean adherentes a su terapia.

Bibliografía

AFIDRO. (2015). *Código de Ética AFIDRO 2015*. Bogotá D.C: AFIDRO. Recuperado de [https://www.afidro.org/wp-](https://www.afidro.org/wp-content/uploads/2013/09/CODIGO_DE_ETICA_AFIDRO.pdf)

[content/uploads/2013/09/CODIGO_DE_ETICA_AFIDRO.pdf](https://www.afidro.org/wp-content/uploads/2013/09/CODIGO_DE_ETICA_AFIDRO.pdf)

Adherencia al tratamiento (s.f) Recuperado de:

http://www.neumosurenfermeria.org/AAA/almeria/textos/adherencia_al_tratamiento.htm

Caro, D (2014). Impacto económico de las enfermedades crónicas (tesis de grado).

Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperado de

<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115335/Impacto%20Econ%F3mico%20de%20las%20Enfermedades%20Cr%F3nicas.pdf?sequence=1>

Consultor Salud (2017) Ley Estatutaria Firmada: Cambia la Salud. Consultor Salud.

Recuperado de <http://www.consultorsalud.com/ley-estatutaria-firmada-cambia-la-salud>

Demoly, P. (2016). Patient engagement and patient support programs in allergy

immunotherapy: a call to action for improving long-term adherence en *NCBI*.

Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4966171/>

Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L. y Sacristán, J. (2009) Adherencia y persistencia

terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Elsevier* 41 (6). Recuperado

de: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504#bib12>

Dominguez, S (2013). El papel de la enfermería en la adherencia terapéutica. *Elsevier*.

Recuperado de <https://www.elsevier.es/corp/generacionelsevier/el-papel-de-la-enfermeria-en-la-adherencia-terapeutica/>

El País (Febrero 17 de 2017) ¿Qué cambió en el sistema de salud con la eliminación del POS?. *El País*. Recuperado de: <http://www.elpais.com.co/colombia/que-cambio-en-el-sistema-de-salud-con-la-eliminacion-del-pos.html>

Fernandez, B., Jorge, V., Sanchez, M. y Bejar, E. (2016) Atención psicológica para pacientes con cáncer y sus familiares ¿Qué nos encontramos en la práctica clínica?. *Psicooncología 10* (2), 191-204. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/54432/49735>

Gallego, I. (2015) Adherencia al tratamiento y complicaciones en pacientes con enfermedades psiquiátricas (tesis de grado). Universidad de La Rioja, Bogotá, Colombia. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/corp/generacionelsevier/el-papel-de-la-enfermeria-en-la-adherencia-terapeutica/>

Ganguli, A. Clewell, J., & Shillington, A. C. (2016). The impact of patient support programs en *Dovepress*, 712. Recuperado de: PPA-101175-the-impact-of-patient-support-programs-on-adherence--clinica_042816.pdf

Glover, J., Dibble, S., Dodd, M. y Miaskowski, C. (1995) Mood states of oncology outpatients:does pain make a difference?. *NCBI 10* (2), 120-128. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7730684?dopt=Abstract>

Gray, M y Cook, D. J. (1997). Evidence-Based Disease Management en *JAMA*. Recuperado de: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=419018>

Redacción Vivir (22 de Julio de 2013) ¿Se pueden creer las cifras de las EPS?. *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/salud/se-puede-creer-cifras-de-eps-articulo-435309>

Infarma Madrid, (2014). La falta de adherencia al tratamiento, un problema sanitario no resuelto. Recuperado de: <http://www.infarma.es/documents/318930/b4c57d99-19fb-4387-bbcd-6ab1bf84cf2c>

Infarma (2014). La falta de adherencia al tratamiento, un problema no resuelto. En C. Alvarez (Presidencia) Congreso y Salón Europeo de Farmacia. Congreso llevado a cabo en Madrid, España. Recuperado de: <http://www.infarma.es/documents/318930/b4c57d99-19fb-4387-bbcd-6ab1bf84cf2c>

Infac (2011) Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. *Osakidetza 19* (1). Recuperado de: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-publ01/es/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/infac_v19_n1.pdf

Institute N. (2009). Thinking outside the pillbox. A system-wide approach to improving patient medication adherence for chronic disease en *NEHI*. Recuperado en: http://www.nehi.net/writable/publication_files/file/pa_issue_brief_final.pdf

La Vanguardia (7 de Enero de 2015). La adherencia terapéutica: seguir bien los tratamientos. *La Vanguardia*. Recuperado de <http://www.lavanguardia.com/salud/medicina-familia/20150107/54423076580/adherencia-terapeutica-seguir-tratamientos.html>

Ley 1751. Derecho Fundamental a la Salud y Otras Disposiciones. Bogotá, Colombia. 16 de Febrero de 2015.

Ministerio de la Protección Social (2004) Sistema de Seguridad Social en Salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>

Ministerio de Salud (s.f) Sistema General de Seguridad Social en Salud. MinSalud.

Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/pos.aspx>

Organización Mundial de la Salud (2011). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Recuperado de

http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2003). Adherence to long-term therapies.

Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>

Osborn, A. (2016) 10 steps to a successful patient support programme. Recuperado de

<https://pharmaphorum.com/views-and-analysis/10-steps-to-a-successful-patient-support-programme/>

¿Qué es la enfermedad cardiovascular? (2016) *Medline Plus*. Recuperado de:

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000759.htm>

Soto, J. (s.f) LA adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. En J. Soto (Presidencia), Tercer Foro Diálogos Pfizer-Pacientes. Foro llevado a cabo en Madrid, España. Recuperado de

https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf

Sotoca, J. y Codina, C (2006) Cómo mejorar la adherencia al tratamiento. *Terapéutica* 1605. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/268360615_El_Como_mejorar_la_adherencia_al_tratamiento

Terán, C. (7 de septiembre de 2016). Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas (Mensaje de un blog) Recuperado de

[http://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_kunena&func=view&catid=21
&id=290&Itemid=276&lang=es](http://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_kunena&func=view&catid=21&id=290&Itemid=276&lang=es)

Vázquez, L., Vargas, I. y Mogollón, A. (2010). Acceso a la atención en salud de Colombia. *Revista Salud Pública* (12), 701-712. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n5/v12n5a01.pdf>

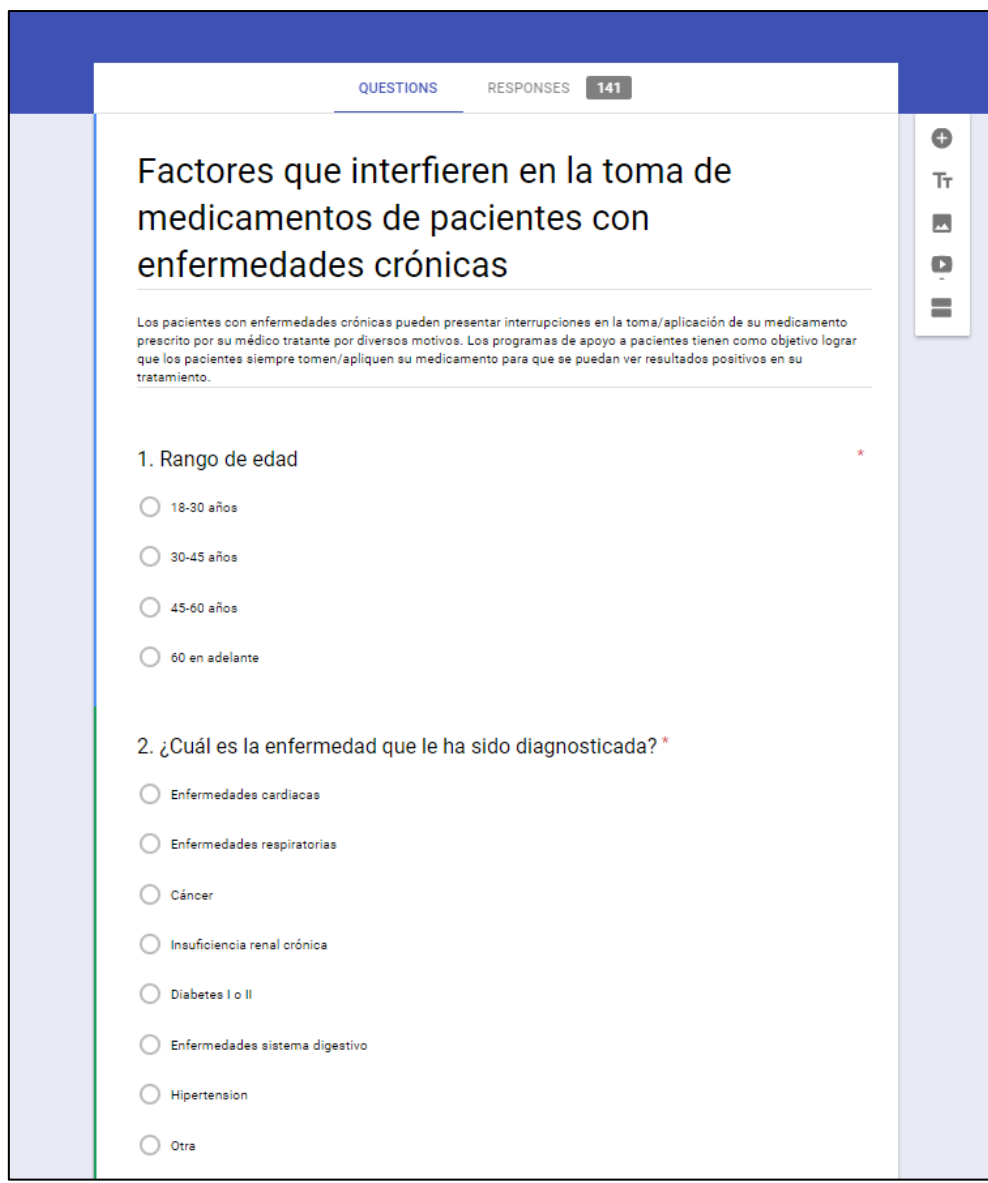
Vargas, J. y Molina, G. (2009) Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Revista Facultad Nacional Salud Pública* (2), 121-130. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n2/v27n2a03.pdf>

Anexos

Anexo A. Encuesta

El formato de encuesta aplicado a pacientes con enfermedades crónicas, se puede ver también desde la URL

<https://docs.google.com/forms/d/1UE1mg2vdj4faXPi23yljTjderA2B4ACSQF0JrR6A95Y/edit>



The image shows a screenshot of a Google Forms survey. At the top, there are tabs for 'QUESTIONS' and 'RESPONSES' with a count of '141'. The title of the survey is 'Factores que interfieren en la toma de medicamentos de pacientes con enfermedades crónicas'. Below the title is a short paragraph explaining the purpose of the survey: 'Los pacientes con enfermedades crónicas pueden presentar interrupciones en la toma/aplicación de su medicamento prescrito por su médico tratante por diversos motivos. Los programas de apoyo a pacientes tienen como objetivo lograr que los pacientes siempre tomen/apliquen su medicamento para que se puedan ver resultados positivos en su tratamiento.' The survey consists of two questions, both marked as required with a red asterisk. Question 1 is '1. Rango de edad' and has four radio button options: '18-30 años', '30-45 años', '45-60 años', and '60 en adelante'. Question 2 is '2. ¿Cuál es la enfermedad que le ha sido diagnosticada?*' and has eight radio button options: 'Enfermedades cardíacas', 'Enfermedades respiratorias', 'Cáncer', 'Insuficiencia renal crónica', 'Diabetes I o II', 'Enfermedades sistema digestivo', 'Hipertension', and 'Otra'. On the right side of the form, there is a vertical toolbar with icons for adding questions, text, images, video, and a list of questions.

QUESTIONS RESPONSES 141

3. Durante su régimen de tratamiento, ¿alguna vez ha dejado de tomarse/aplicarse el medicamento prescrito por su médico tratante? *

Sí

No

4. ¿Cuál ha sido la principal razón por la cual usted no se ha tomado/aplicado su medicamento? *

Miedo a los efectos secundarios del medicamento

Problemas con la entrega de su medicamento por parte de su EPS

Falta de confianza en su médico

Falta de motivación con su tratamiento

Olvido de la toma/aplicación de su medicamento

No he dejado de tomar mi medicamento

Otro

5. Según su criterio, ¿cuál sería el principal servicio prestado por un programa de apoyo que permitiría que usted siempre tome/aplique su medicamento? *

Apoyo en trámites administrativos

Seguimiento telefónico recordando la toma de su medicamento

Entrega de material educativo

Charlas educativas

Apoyo psicológico

Otro

6. ¿Como preferiría que se hiciera contacto con usted? *

- Presencial
- Telefonico
- Ambos
- No me gustaría tener contacto

...

7. ¿Con que periodicidad preferiría que el programa de apoyo lo contactara? *

- Diariamente
- Semanalmente
- Quincenalmente
- Mensualmente
- Trimestralmente
- No me gustaría tener contacto