



I.S.S.N.: 1130 - 1023

Redacción: Borja García de Bikuña Landa y José Antonio Barbero González

Miembro de:



**SESPAS**  
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA  
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Patrono Fundador de:



**RED ESPAÑOLA  
DE ATENCIÓN  
PRIMARIA**

Apartado de Correos 1207  
28800 Alcalá de Henares (Madrid)

Correo-e: reap@reap.es • Página web: www.reap.es



**SUMARIO**

V Jornadas de la REAP (Valencia)  
Mayo 2000



**Incumplimiento:  
problema de difícil solución**

*Dr. Antonio Barbero • Farmacéutico comunitario*

**E**n este nuevo número del Boletín podréis leer algunos resúmenes de las ponencias que tuvieron lugar en las V Jornadas de la REAP (Valencia) en torno al tema de la adhesión o cumplimiento terapéutico. Tema éste de gran trascendencia, y del que siempre acabamos hablando como tema fundamental en los tratamientos farmacológicos.

Se ha escrito que el incumplimiento en determinadas patologías puede llegar al 50% y que seguramente es el responsable de numerosos ingresos hospitalarios.

Ahora bien, conocemos el problema, lo aceptamos, pero a la hora de poner remedio, todo son trabas, ya que evidentemente no es un asunto de fácil solución.

Se han citado muchas causas: medicación crónica, número de tomas por medicamento, complejidad de las pautas de administración, etc. A mí me gusta siempre ponerme en el lugar del paciente y pienso que realmente debe ser muy difícil tomar todos los días los medicamentos y además para el resto de tu vida. Y uno no se da cuenta de este problema hasta que tiene que adoptar por obligación el papel de paciente. Entonces es cuando podemos llegar a comprender

la dificultad de terminar el tratamiento hasta el final. Y si es difícil con un sólo medicamento, imaginarnos cómo será cuando son varios.

En las Jornadas se habló de la experiencia pionera de Valencia del programa TOD (tratamiento observado directamente) de tuberculosis. Ojalá estos programas se desarrollaran por toda la geografía nacional, permitiendo conseguir varios objetivos: mejorar el cumplimiento terapéutico en pacientes con esta patología, trabajo en equipo multidisciplinar, utilización más racional de los farmacéuticos comunitarios, etc.

También, y a partir de una mesa redonda, surgió el Documento de Valencia que aunque ha tenido una buena acogida entre los profesionales sanitarios, requeriría que recibiera mayor apoyo de los propios profesionales y que valientemente lo adoptáramos.

Estoy convencido que el problema del incumplimiento comenzaría a mejorar si la comunicación entre nosotros, principalmente médicos, farmacéuticos y enfermeros aumentara y olvidáramos falsos prejuicios. Y para empezar a comunicarnos, sirven las Jornadas que celebramos cada año. Nos vemos en las VI Jornadas en Almagro.



# Plan de Atención Farmacéutica de la Comunidad Valenciana

Manuel Escolano Puig

Director General para la Prestación Farmacéutica. • Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana.

Durante el año 2000 la Administración Sanitaria creó el PARME. Definen su misión en el ámbito de la Comunidad Valenciana, las directrices de la Consejería de Sanidad en materia de Prestación Farmacéutica al ciudadano se dirigirán a la consecución de un Uso Racional de Medicamentos. Esto conlleva que a cada paciente se le administre en el momento oportuno, durante el periodo de tiempo necesario, en la dosis y forma farmacéutica adecuada, el medicamento o producto sanitario seguro, eficaz y de calidad contrastada que más conviene a su situación clínica y al menor costo posible para él y la comunidad. Se establece un plan de estudio para el año 2000 y una instauración definitiva del PARME en el año 2001.

1. Indicador de genéricos: porcentaje de envases de medicamentos genéricos (EFG) consumidos respecto del total de envases.
2. Indicador UTB (Utilidad Terapéutica Baja): número de envases de medicamentos UTB consumidos por cada 100 residentes.
3. Indicador de importe de antibióticos: importe total de antibióticos consumidos dividido entre el número de residentes.
4. Indicador de uso relativo de antibióticos 1º nivel / 2º nivel: número de antibióticos de primer nivel (penicilinas, penicilinas+inhibidores y antisépticos urinarios), dividido entre el número de antibióticos de segundo nivel (cefalosporinas, macrólidos y nuevas quinolonas), medido todo en envases.
5. Indicador de utilización de cefalosporinas de 3ª generación: número de envases de cefalospori-



- nas orales de 3ª generación por cada 100 residentes.
6. Indicador de consumo DHD de AINE: número de Dosis Diarias Definidas / 1000 residentes / día consumidas de AINE (analgésico y antiinflamatorio no esteroide).
7. Indicador precio medio DDD (Dosis Diaria Definida) de AINE: importe total AINE dividido por el número total de DDD consumidas.
8. Grado de concentración DDD de AINE: se calcula el porcentaje que suponen los 5 AINE más utilizados respecto a la prescripción total de AINE.
9. Indicador de consumo DHD de antiulcerosos: número de dosis diarias definidas / 1000 pacientes / día.
10. Indicador precio medio de antiulcerosos: importe total del consumo de antiulcerosos dividido por el número de DDD consumidas.

## El incumplimiento en los pacientes del estudio TOMCOR: causas y consecuencias

Flor Álvarez de Toledo Saavedra

Farmacéutica comunitaria. Oviedo



El estudio TOMCOR fue un trabajo de investigación controlado y prospectivo, cuyo objetivo fue medir las diferencias en los resultados de salud atribuibles a la intervención, consistente en atender a los pacientes en las farmacias comunitarias

de ese grupo según un protocolo de Atención Farmacéutica.

La muestra fue de 735 pacientes, y fueron asignados de manera aleatoria indirecta (aleatorizando las farmacias que los captaban) a cada uno de los grupos. Los resultados de salud que se midieron

fueron: clínicos, humanísticos y económicos. Se encontraron diferencias significativas entre grupos para algunas de las variables de los resultados clínicos, y para muchas de los resultados humanísticos.

La intervención protocolizada consistía en 4 pasos bien caracterizados:

1. *Compromiso inicial con el paciente, para conseguir el mejor resultado posible en el uso de medicamentos*
2. *Asentimiento al nuevo servicio por parte del médico de cabecera*

### 3. Toma de datos sistemática en:

- ENTREVISTA INICIAL
- TODAS LAS VISITAS DEL PACIENTE

### 4. Intervención del farmacéutico si encuentra Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) o cree que hay alta probabilidad de se producir y, en consecuencia, considera necesario Cambiar alguna pauta de uso de alguno de los medicamentos.

La clasificación de los PRM intervenidos fue la del año 1990 de L. Strand, con 8 categorías de PRM, y en ella se recoge, como categoría específica, la de incumplimiento con la posología prescrita. Con arreglo a este concepto los farmacéuticos del grupo Intervención del estudio TOMCOR registraron e intervinieron 77 veces PRM de incumplimiento en los 330 pacientes de dicho grupo. Esto supuso el 26% del total de intervenciones.

Analizando el dato de incumplimiento, desde el punto de vista del grupo terapéutico al que pertenecía el medicamento que originó la intervención, encontramos que de las 77 intervenciones el 20% son sobre antiagregantes, el 12% sobre nitratos, el

7% sobre hipolipemiantes, el 6% sobre beta-bloqueantes, y el resto está repartido entre los demás grupos utilizados.

Todo ello, en el contexto del Estudio, nos ha llevado a concluir que las causas de incumplimiento más frecuentes en estos pacientes fueron:

- a) Usan medicamentos sin "indicador clínico" perceptible de la eficacia terapéutica anti-infarto.
- b) Muchos de ellos tienen RAM causa/efecto muy perceptible.
- c) Tienen múltiples orígenes de prescripción en distintos niveles de asistencia sanitaria.

Y, sin embargo, las consecuencias de este incumplimiento son muy graves para esta enfermedad y están avaladas por evidencia científica respecto a los 3 grupos terapéuticos.

Ello hace necesario, que además de la calidad del servicio ofertado por el farmacéutico, esa calidad incluya la suficiente "calidez" en el traspaso de la información como para conseguir mejorar un problema, tan evidentemente extendido, como el incumplimiento terapéutico en este tipo de enfermos.

## Incumplimiento terapéutico, un problema grave al que no se le presta la suficiente atención

Antonio Iñesta García

Escuela Nacional de Sanidad. Madrid. • ainesta@isciii.es



Los pacientes en una proporción elevada no cumplen con el tratamiento indicado por el médico, lo que se ha considerado como un problema importante en la atención sanitaria que tiene una repercusión considerable en la salud del paciente y en el coste de los servicios sanitarios. Se considera uno de los problemas más importantes a que se enfrentan los pacientes y los profesionales sanitarios. En EE.UU. se estimó que se originaban por problemas de incumplimiento entre pacientes con enfermedad cardiovascular, 125.000 muertes y varios miles de hospitalizaciones por año. Aunque parecen cifras exageradas ya que a errores médicos se achacan unas 90.000 muertes al año, sí que parecen ser significativamente altas. En España no se tienen cifras concretas, pero no estaremos muy alejados en la proporción debida a la menor población.

Hay poca evidencia que el bajo cumplimiento con medicamentos sea específico de una enfermedad o régimen de tratamiento, con la posible excepción de los trastornos psiquiátricos. El impacto negativo del incumplimiento sobre los resultados en los pacientes, ha sido documentado para pacientes con diabetes, epilepsia, enfermedades infecciosas, hipertensión, hipercolesterolemia primaria, asma, trasplantes de órganos y otras enfermedades crónicas importantes.

El incumplimiento puede ser o no intencional. En el intencional, los pacientes toman decisiones conscientes de no seguir las instrucciones, basadas en consideraciones psicológicas, farmacológicas o económicas. Las razones pueden ser válidas desde el

punto de vista del paciente y es un problema difícil de resolver. Los pacientes típicos que no cumplen son: los profesionales sanitarios; los jóvenes; y los pensionistas frágiles. En el no intencional, los pacientes quieren cumplir pero tienen razones para no hacerlo, como son: falta de conocimiento o información sobre el tratamiento; régimen terapéutico demasiado complejo; fallos de memoria o confusión; incapacidad para administrarse los medicamentos o dificultades con el envase; inmovilidad / discapacidad. En estos últimos es mucho más fácil actuar y se pueden conseguir buenos resultados con intervenciones adecuadas.

Puede contribuir a disminuir el incumplimiento, la consideración del paciente como un participante activo en la toma de decisiones terapéuticas y la participación del farmacéutico en la prevención y resolución de este problema relacionado con medicamentos. Se debe pasar de culpar a los pacientes por su incumplimiento a intentar cambiar las formas en que se trabaja con ellos. La adherencia y resultados del tratamiento pueden mejorarse por intervenciones complejas que combinan componentes cognitivos, conductuales y afectivos, siendo más efectivas que las intervenciones sencillas.

Las estrategias para fomentar el cumplimiento deberían conseguir: 1) un acuerdo con el paciente sobre su tratamiento; 2) una explicación efectiva al paciente sobre las consecuencias de la enfermedad diagnosticada y las ventajas de seguir el tratamiento sobre la mejoría o control de su enfermedad; 3) asegurarse que sabe como y durante cuanto tiempo deberá tomar la medicación; 4) identificar formas de tomarla que no le originen más problemas que la enfermedad misma.



## Mesa: Programa TOD de tuberculosis en Valencia

# Tratamiento Observado Directamente

**Francisco García Cebrían** • Farmacéutico comunitario. Puerto de Sagunto.

Una de las características de la década de los noventa ha sido la búsqueda de la eficiencia sanitaria. Por lo que respecta a la farmacoterapia, gran parte de los investigadores han basado sus estudios en la optimización de los tratamientos farmacológicos con una atención especial al cumplimiento correcto de los mismos.

Se podría definir el cumplimiento farmacoterapéutico como el grado en que la verdadera historia de la dosificación se correlaciona con el régimen terapéutico prescrito.

El método TOD (Tratamiento Observado Directamente) consiste en asegurar el cumplimiento mediante un observador que registra la toma de medicación por parte del paciente.

Desde su implantación inicial en Estados Unidos, la utilización de programa TOD se ha extendido por todo el mundo. Se pueden encontrar diversos estudios en Brasil, Sudáfrica, Australia, Suiza, Tailandia y España. La OMS ha recomendado especialmente la implantación de estos programas en el máximo número de países.

El programa TOD de tuberculosis de Valencia tiene la particularidad de la intervención activa de farmacéuticos comunitarios que, al mismo tiempo que observan y registran la toma de medicación, realizan una ficha farmacoterapéutica de cada uno de los pacientes y un seguimiento durante todo el tratamiento para investigar la aparición de problemas relacionados con los medicamentos (PRM).

Según nuestros datos, es la primera experiencia en todo el mundo con estas características y desde su inicio el

01/02/1999 se han obtenido resultados muy esperanzadores para el tratamiento y curación de la tuberculosis.

Las conclusiones del programa a fecha 31/12/1999 pueden resumirse:

Con los datos obtenidos hasta ahora el programa TOD consigue mantener el tratamiento en un 68 % de los pacientes. Una parte apreciable del otro 32% mantiene algún contacto con el Sistema Sanitario.

Desde una perspectiva farmacológica, la elección de una dosificación administrada dos veces por semana ha sido un acierto puesto que no ha supuesto aumento de RAM y disminuye el número de administraciones con lo que aumenta la adhesión.

Respecto a la forma farmacéutica utilizada (comprimidos y la cantidad), ha sido bien aceptada por los pacientes.

La Farmacia Comunitaria es muy conveniente para la realización de estos programas por los siguientes motivos:

1. El paciente no se desvincula totalmente del Sistema Sanitario. Sigue teniendo relación con un profesional sanitario 2 veces por semana.
2. La amplia distribución de la red de Farmacias Comunitarias y su accesibilidad facilita enormemente al paciente la adhesión al tratamiento. En algunos casos, ellos o sus familias ya eran clientes conocidos en las farmacias a las que acuden.
3. La intervención activa del farmacéutico en la prevención, detección y resolución de PRM facilita la adhesión al tratamiento al eliminar causas de incumplimiento.

## Repercusión asistencial

**Dr. Francisco Pedro De Lelis** • Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Valencia

La iniciativa tomada por el grupo de farmacéuticos que propusieron la utilización de las farmacias como puntos de seguimiento directo de los pacientes con tuberculosis y de administración del tratamiento observado directamente fue acogido por los clínicos del Hospital Universitario de Valencia con la máxima esperanza. Por fin, "alguien daba en el clavo".

El problema fundamental de la tuberculosis, no establecido por nosotros sino por la OMS, es el cumplimiento del tratamiento y el retraso diagnóstico, ambos factores de difusión de la enfermedad y controlables con un programa sanitario, siendo su eficiencia una de las más altas de los programas sanitarios.

A lo largo del primer año de experiencia (de febrero de 1999 a febrero de 2000), se han incorporado en el programa 43 pacientes, de los cuales 37 (86%) fueron VIH positivos y 6 (14%) VIH negativos, la mayoría 30 (70%) fueron atendidos en las farmacias, el resto en el Hospital; el seguimiento de estos pacientes figura en la tabla siguiente:

	FARMACIA	HGUV	TOTAL
Nº Pacientes	30 (70%)	13 (30%)	43 (100%)
Fallecidos	1 (3%)	3 (23%)	4 (9%)
Abandonan	8 (27%)	5 (38%)	13 (30%)
Finalizan	13 (43%)	1 (8%)	14 (32%)
Siguen	8 (27%)	4 (31%)	12 (28%)
Finalizan + siguen	21 (70%)	5 (39%)	26 (60%)

Teniendo en cuenta que la alternativa a este programa es nada; es decir, se diagnostica, se hace la indicación terapéutica y a los 9-12 meses se nos requiere por parte de los Centros Unidades de Salud Pública cuál ha sido el resultado del tratamiento de pacientes que nunca más hemos sabido de ellos, el éxito de este programa está a priori asegurado, como así consta en las cifras anteriores y el aval que supone la consideración de mejor comunicación a las diferentes reuniones científicas en las que se ha presentado el programa y sus resultados iniciales.

No obstante, cabría desterrar cualquier autocomplacencia que limitara las posibilidades de este programa y que impidiera avanzar en su progreso; personalmente, creemos que se debe progresar en:

1. Estabilización del programa, para ello la Administración debe ser sensible a las consideraciones del grupo de farmacéuticos y de la Trabajadora Social que intervienen en el programa, ya que son sus principales ejecutores.
2. La incorporación de la administración simultánea de metadona y tuberculostáticos en los casos de indicación de ambos.
3. La inclusión progresivamente de todos los pacientes diagnosticados de tuberculosis en este programa.
4. Mantener la escasa burocratización de este programa, centrándose en la ejecución como realiza en la actualidad.

## Tratamiento observado directamente en el área 8. Una nueva experiencia

Tomás Lloret Pérez • Jefe Clínico. Servicio de Neumología del Hospital General de Valencia

Hoy, en el año 2000 no podemos afirmar que las enfermedades infecciosas han sido completamente combatidas ni bajar la guardia en lo se ha dado en llamar enfermedades emergentes. Definidas por el Centro para el Control de las Enfermedades de Atlanta (EEUU) como aquellas que se han producido en los últimos 20 años o cuando existe un alto riesgo de que aumente su incidencia en un próximo futuro. Siendo un claro ejemplo de ambas la pandemia VIH y el resurgir de la tuberculosis en la década de los ochenta.

La OMS declaró en 1993 el estado de emergencia internacional frente a la tuberculosis, por ser la enfermedad infecciosa más importante, en morbilidad y mortalidad de las causadas por un solo microorganismo.

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad actualmente curable en, prácticamente, todos los casos iniciales de esta enfermedad siempre que el enfermo tome correctamente tres fármacos durante 2 meses: Rifampicina (R), Isoniazida (H) y Pirazinamida (Z); continuando 4 meses más con Rifampicina e Isoniazida (R+H). Esta es la pauta estándar recomendada por la Unión Internacional Contra la Tuberculosis (UICTER) y actualmente en vigor.

Determinados casos (no iniciales, VIH positivos, resistentes a fármacos, etc) justifican que la pauta estándar sea modificada añadiendo nuevos tuberculostáticos de primera o segunda línea y prolongando el tiempo de tratamiento.

A pesar de tratarse de una enfermedad curable y de contar con fármacos eficaces que son prescritos en la mayoría de los casos correctamente, en forma de "tratamientos cor-

tos" fáciles de cumplimentar, el hecho cierto es que las tasas de cumplimiento y de curación a escala mundial permanecen inaceptablemente bajas. Los abandonos se calculan en torno al 6-17% para los tratamientos cortos y entre el 20-50% para los de larga duración.

En 1996 la OMS, con ocasión del Día Mundial de la Tuberculosis, reiteró el grave problema de la TB y el fracaso de los programas, entre otras causas por los abandonos de tratamiento. Arata Kochi aboga por la ampliación de los programas TOD que actualmente sólo se realizan en un 10% de los casos.

El Área 8 de la Comunidad Valenciana tiene un número total de habitantes de 328.477, habiéndose declarado 78 nuevos casos de tuberculosis en el año 1998 con una incidencia de 23,75/10.000 habitantes. Esta tasa que corresponde a las mas altas de la comunidad fue la que suscitó el interés de un grupo de Farmacéuticos Comunitarios del Colegio de Valencia que ofreció las oficinas de Farmacia no sólo como un lugar para la dispensación de la medicación, sino la posibilidad de realizar tratamientos observados directamente con el fin de prevenir y evitar efectos secundarios de la medicación e incrementar la adherencia al tratamiento hasta la curación del paciente.

En la actualidad, transcurrido mas de un año de la implantación de este programa, tendremos ocasión de tratarlo de forma detallada desde varios puntos de vista: médico asistencial, el epidemiológico, social y de los farmacéuticos que han colaborado. Esta mesa redonda servirá para divulgarlo, revisarlo, criticarlo y validarlo, convencidos que los programas que no se revisan no avanzan.

## Tratamiento directamente observado para pacientes con tuberculosis en el área 8 de Valencia.

Teresa Mellado Cot • Trabajadora social del Hospital General de Valencia

### Introducción

Desde 1985 hay una tendencia en España al aumento de los casos de Tuberculosis resistentes a los fármacos y a la aparición de esta enfermedad a edades más tempranas.

La asociación TBC/ SIDA/ DROGADICCIÓN es una de las causas de la dificultad en el control de esta enfermedad.

El problema más grave es el del incumplimiento de los tratamientos tuberculostáticos. Los motivos del incumplimiento pueden resumirse en: tratamientos complejos, de larga duración, con efectos secundarios e intolerancias; y factores sociales que agravan dicho incumplimiento: marginación, drogadicción, alcoholismo, enfermedad mental, etc.

El método T.O.D consiste en asegurar el cumplimiento terapéutico observando directamente la toma de la medicación del paciente. La novedad del método empleado en el Área 8 de Valencia estriba en la colaboración entre el Hospital General Universitario y un número determinado de farmacias de la misma área que son las que controlan la toma de la medicación en los pacientes.

### Características de los pacientes

- Toxicómanos en activo o en tratamiento con Metadona.
- Bajo nivel económico
- Sin trabajo
- Sin domicilio
- Sin apoyo familiar
- V.I.H. (+)
- Bajo nivel intelectual

### Protocolo de actuación del Trabajador Social

El papel del Trabajador Social en este programa es el de puente o enlace entre el centro hospitalario y el farmacéutico comunitario.

Su actuación es la siguiente:

- Entrevista con el paciente
- Historia social del mismo
- Elección del centro farmacéutico
- Puesta en contacto del T.S. con el farmacéutico correspondiente para pautar la toma de medicación.
- Contacto permanente entre el T. S. y el farmacéutico para solucionar los posible fallos terapéuticos.
- En este último caso localización del paciente recurriendo a todos los medios a su alcance.

### Observaciones

Necesidad de que el paciente toxicómano pase al programa de Metadona. La dispensación de Metadona en las farmacias aseguraría el éxito del TOD. Gratificaciones al paciente que le sirvan de motivación para el cumplimiento del tratamiento. La relación fluida entre el farmacéutico, el paciente y el T. S. permitirá solucionar problemas de salud del enfermo no solo en lo relativo a la TBC sino en cualquier situación clínica. Aquí influirá mucho la relación de empatía que se haya generado entre el profesional de farmacia y el enfermo. El Hospital General ha llevado a cabo el TOD en 12 pacientes hasta el mes de la fecha. Actualmente solo continúan 2 pacientes.

Los motivos por los que se dispensa la medicación en el Hospital son:

- Pacientes sin domicilio fijo a la espera de ingresar en algún centro de rehabilitación o residencia de enfermos de SIDA.
- Pacientes que no toleran la medicación intensiva.
- Extranjeros sin TIS, aunque en la actualidad este problema lo ha solucionado el Colegio Farmacéutico.



## Mesa:

# Uso y abuso de antibióticos. Estudios de utilización

## Automedicación con antibióticos. Estudio en Deusto

**Juan del Arco Ortiz de Zarate**

Farmacéutico. Director del Centro de Información del Medicamento del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia.



Con respecto a este tema de la automedicación con antibióticos casi todos tenemos la intuición de que es un problema frecuente en nuestro país si bien son muy escasos los estudios que se han realizado para evidenciarla a pesar de que parece bastante sencillo llevarlos a cabo y en cualquier caso está claro que es importante evitarla. Si esta es la realidad en el año 2000 aun era más evidente esta falta de estudios en 1997 cuando nos planteamos este problema en Bizkaia.

Ante el interés existente tanto por parte de un grupo de farmacéuticos, como por la propia administración, de abordar este problema nos planteamos que antes de iniciar una campaña era fundamental realizar un estudio para evaluar la situación con los siguientes objetivos:

- Evidenciar que existe un elevado porcentaje de automedicación con antibióticos.
- Verificar que la prescripción se hace con frecuencia sin receta.
- Constatar que a menudo el paciente desconoce pauta y duración del tratamiento.

Ante la imposibilidad de realizar el estudio en el conjunto de las farmacias de la provincia se optó por seleccionar una zona "isla" cuya población fuese similar al del conjunto del gran Bilbao. Entendemos por zona "isla" aquella en la que la población que allí reside, no acude casi nunca a farmacias de fuera de la zona y por otra parte a esas farmacias no acuden generalmente residentes de otras zonas. Por este motivo el estudio se realizó en el barrio de Deusto. Una vez realizado un estudio piloto en las farmacias de la zona, se elaboró la hoja de recogida

de datos definitiva con la que se obtuvieron los siguientes datos:

- ¿Qué medicamento pide el usuario?
- ¿Cómo lo pide?
- Origen demanda
- Automedicación
- Receta
- Prescripción sin receta
- ¿Quién pide el medicamento?
- ¿Conoce cómo debe tomarlo?

El estudio se efectuó durante dos semanas del mes de Marzo de 1998, en seis de las nueve farmacias de ese barrio, y consistió en recoger estos datos de todas las solicitudes de antibióticos registradas en esas farmacias.

Entre los resultados podemos destacar que:

- El 96,7% de los antibióticos solicitados sin receta se pidieron por su nombre comercial y el 3,3% restante como "un antibiótico".
- El grupo de población en la que se produjo un menor porcentaje de automedicación son los niños (8%).
- No se hallaron diferencias significativas en los porcentajes de automedicación, cuando no era el propio paciente quien solicitaba el medicamento (38,6% de las peticiones).
- Conocían la pauta correcta el 82,2% de los que afirmaban haber sido informados anteriormente por su médico, y sólo el 66,1% de los que decían no haber sido informados o que solicitaban el antibiótico como automedicación ( $p=0,052$ ). En cuanto al conocimiento de la duración del tratamiento la diferencia fue del 82,2 al 62,7 ( $p=0,016$ ).

## Uso de antibióticos desde la perspectiva del cumplimiento terapéutico

**Manuel Machuca González**

Farmacéutico Comunitario. Sevilla.

En los últimos 30 años ha tenido lugar una verdadera explosión de los antibióticos, que ha popularizado su uso en los países desarrollados. Sin embargo, a pesar del gran número de antibióticos disponibles, se dan casos de carencia o casi carencia de tratamiento efectivo para algunas infecciones por acumulación en las bacterias causantes de resistencias a antibióticos.

Entre las causas de las resistencias a antibióticos, se pueden destacar las siguientes:

- Consumo excesivo de antibióticos.
- Consumo en veterinaria y como suplementos en la alimentación animal.
- Dispensación sin receta en oficinas de farmacia.
- Marketing excesivo de la industria farmacéutica.
- Actitud despreocupada de los consumidores.
- Incumplimiento terapéutico.

El papel del farmacéutico en la lucha contra las resistencias a antibióticos se centra esencialmente en

los aspectos de evitar la dispensación sin receta de antibióticos, colaborar en la adecuada información y cambio de actitud de los consumidores, actuar sobre el problema del cumplimiento terapéutico, y de manera más amplia en colaborar con los diferentes agentes de salud en la consecución de los objetivos terapéuticos en los pacientes, ideal representado en lo que se conoce como Atención Farmacéutica.

Se presenta un trabajo de investigación desarrollado en el invierno de 1999 con el objetivo de determinar cómo influye la información escrita por parte del farmacéutico sobre el cumplimiento de las terapias antibióticas, verificar las consecuencias que sobre la percepción de la salud del paciente tiene el cumplimiento y descubrir qué otros factores pueden influir en este problema.

Se desarrolló un estudio experimental sobre pacientes mayores de 15 años, con una entrevista inicial y otra telefónica al día siguiente de haber tenido que finalizar el tratamiento. Aleatoriamente los pacientes fueron asignados a un grupo control, al que se le daba la información oral que habitualmente se da en la farmacia, reforzando las instrucciones dadas por el médico, y a un grupo de intervención al que se le daba la misma información pero reforzada por escrito.

El resultado, sobre 214 pacientes que finalizaron el estudio, es que se detectó un 46,8% de cumplimiento

en el grupo control frente a un 61,0% en el de intervención ( $p=0,038$ ,  $\chi^2=4,32$ , I. C. 95%=9,5-18,9, NNT=7). De los pacientes que cumplían el tratamiento, el 93,0% se sentían mejor o curados, porcentaje que sólo llegaba al 76,8% dentro de los incumplidores ( $p=0,0007$ ,  $\chi^2=11,38$ , I.C. 95%=11,3-21,1).

El otro factor en el que se encontró significación estadística fue la dosis diaria, ya que cumplían el tratamiento el 62,4% de los que tomaban una o dos dosis diarias de antibiótico, frente al 46,0% de los que tomaban tres o más dosis. ( $p=0,02$ ,  $\chi^2=5,74$ , I.C. 95%=11,4-21,4).

Como conclusiones, se demuestra que la intervención del farmacéutico mejora el cumplimiento terapéutico, y que cumplir el tratamiento hace que los pacientes tengan mejor percepción de su salud. La pauta posológica también influye para mejorar el cumplimiento, si bien esto puede llegar a chocar con una política racional de antibióticos, ya que esa comodidad la tienen los antibióticos a utilizar en segunda línea. La mejora del cumplimiento mediante la información al paciente sí que es compatible con cualquier política de selección de la terapia y hace que dicha selección pueda quedar menos condicionada a aspectos secundarios en la antibioterapia como debe ser la comodidad posológica que obligaría a utilizar antibióticos de no primera elección.

## Proyecto URANO. (Uso Racional de Antibióticos Orales)

Miguel Angel Ripoll

Médico General (Centro de Salud Avila Rural). Grupo URANO



El Proyecto URANO (Utilización Racional de Antibióticos Orales) surgió en 1996 con la finalidad de fomentar el uso adecuado de los antibióticos (Ab) orales en nuestro medio, partiendo del conocimiento de la realidad sociosanitaria española.

Entre los problemas detectados en

los estudios llevados a cabo hemos de destacar:

- Elevado almacenaje de antibióticos en los hogares (en el 42% existen Ab, principalmente amoxicilina), que contribuye a la automedicación y procede en la mayoría de los casos del incumplimiento terapéutico.
- Frecuente automedicación, en torno al 30%.
- Excesivo uso, debido sobre todo a la utilización inadecuada en casos de infecciones del tracto respiratorio superior de presumible origen vírico.
- Los médicos subestiman la etiología vírica en faringitis y bronquitis aguda. Buen conocimiento de la etiología más frecuente de otras infecciones.
- Los aspectos más tenidos en cuenta a la hora de prescribir un Ab son: la buena tolerancia/pocos efectos secundarios (64,8%), la eficacia clínica (55,8%), la comodidad posológica (44,8%) y el precio (40%).
- Desigual conocimiento de los médicos de las resistencias bacterianas. En general, se sobrestima la resistencia de *S. pyogenes* a penicilinas y se infratestiman las del neumococo a penicilinas, cefalosporinas y macrólidos y la de *E. coli* a quinolonas.

- El motivo más frecuente de prescripción de Ab es la faringo-amigdalitis; los Ab más prescritos son amoxicilina y amoxi-clavulánico. En infecciones respiratorias bajas, los macrólidos. Es frecuente el uso de Ab en bronquitis aguda, faringitis y amigdalitis
- Incumplimiento terapéutico frecuente, relacionado con la falta de percepción de gravedad, la mejoría sintomática, la complejidad del régimen terapéutico y con el tipo de relación médico-paciente (y permisividad de los sanitarios hacia el mismo).

En cada paciente, con una posible infección, la terapia con Ab debe basarse en:

- Conocimiento de los antibióticos disponibles.
- Diagnóstico clínico correcto
- Conocimiento de la etiología más probable de cada infección.
- En caso de sospechar origen bacteriano, conocimiento de las resistencias bacterianas esperables.
- Consideración de las particularidades de cada paciente (alergias, tolerancia, preferencias, expectativas, etc).

En muchas infecciones el uso de Ab no es necesario o su utilización puede diferirse. Cuando se prescriben, es conveniente simplificar en lo posible la pauta terapéutica

Es necesario promover un uso adecuado de antibióticos no sólo en el ámbito de los médicos, sino también a nivel de farmacéuticos, pacientes y otros. El Grupo URANO ha elaborado un documento de consenso titulado: "URANO. Informe acerca del uso racional de los antimicrobianos" (Madrid: Doyma SA, 1999).



## Mesa:

# Aspectos económicos de adhesión al tratamiento

## Efectividad de los incentivos a los pacientes

Salvador Peiró

Escuela Valenciana de Estudios de Salud.

Las "intervenciones" para ayudar a los pacientes a mejorar la adhesión a los tratamientos podrían mejorar la efectividad y la eficiencia de la atención de salud, existiendo un especial interés en la tuberculosis por las elevadas cifras de no-adhesión y las importantes consecuencias del fracaso terapéutico. Las intervenciones para mejorar la adherencia a los tratamientos incluyen intervenciones educativas, recordatorios, visitas a domicilio, incentivos económicos y algunas otras. Los objetivos de este trabajo son: 1) valorar la efectividad de los incentivos económicos para incrementar la adherencia a los tratamientos y 2) valorar la efectividad de las intervenciones para incrementar la adherencia en el tratamiento de la tuberculosis.

Para desarrollar estos objetivos se realizó una revisión sistemática de la literatura científica (bases Cochrane, Medline, DARE y búsquedas manuales) seleccionando ensayos clínicos con aleatorización a las intervenciones a evaluar y a un grupo control. La búsqueda comprende, según bases de datos, el periodo 1970 - 1999. Cuando existía una revisión sistemática [1-3] se actualizó siguiendo los criterios de la propia revisión.

En la tabla 1 se muestran los resultados de los estudios (con aleatorización y grupo control) de efectividad de los incentivos a los pacientes para incrementar la adherencia a las recomendaciones médicas. Se hallaron un total de 13 ensayos clínicos [4-16] que valoran la eficacia de los incentivos económicos para incrementar la adherencia en diversas situaciones. Los trabajos incluyen poblaciones, intervenciones y entornos -siempre en USA- diferentes, y grupos control muy diferentes (desde los que no reciben ninguna intervención a los que reciben intervenciones alternativas de alta intensidad). En general los incentivos económicos no parecen ser mas eficaces que otras intervenciones pero tienden a incrementar la adherencia respecto a la no intervención (especialmente en poblaciones de baja renta). A efectos prácticos puede concluirse que, aunque algunas modalidades de incentivos económicos podrían ser efectivas en algunas poblaciones, los resultados son poco concluyentes, no parecen más efectivos que otras intervenciones y no existe ninguna evidencia en sistemas de cobertura universal.

Once ensayos clínicos [9,14,15,17-24] valoraban la eficacia de diversas intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento antituberculoso o la vuelta a lectura de las pruebas de tuberculina

(tabla 2). Los trabajos también incluyen diferentes poblaciones, intervenciones y entornos y diferentes tipos de controles. En general, tanto las intervenciones educativas, de recuerdo como los incentivos económicos se muestran eficaces para aumentar el cumplimiento en algunos grupos de población. El único ensayo clínico que valoraba el tratamiento directamente observado (DTO), la estrategia recomendada por la Organización Mundial de la Salud, no mostró que este fuera mas eficaz que el autotratamiento.

La evaluación de tecnologías se centra en la **eficacia**, y el principal diseño de investigación es el ensayo clínico, mientras que la evaluación de proveedores se centra en la **efectividad**, y los diseños observacionales son el principal método. El objetivo de los proveedores de servicios es seleccionar intervenciones eficaces y realizarlas de forma efectiva, con pericia y con el menor coste posible en las poblaciones apropiadas, buscando obtener el mayor bienestar (eficiencia social, equidad, justicia) posible.

El ensayo clínico aleatorio es el diseño de máxima validez interna y La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) hace hincapié en la utilización de los ensayos clínicos y las revisiones sistemáticas de ensayos clínicos para evaluar la efectividad y seguridad de las tecnologías médicas. Sin embargo, los ensayos clínicos aleatorios tienen diversas limitaciones a tener en cuenta: 1) problemas de factibilidad, éticos, contextuales, número de individuos, seguimiento y coste, etc., 2) obvian elementos determinantes del resultado al mantener condiciones de vigilancia estricta, adherencia al tratamiento, aceptación, habilidades de los médicos, conflicto de interés, efecto Hawthorne,... y 3) existen grandes dificultades para generalizar sus resultados por la exclusión de subgrupos, la inclusión de voluntarios, habilidades de los profesionales y otras características. En esta situación, cuando se evalúan tecnologías tipo "incentivos" o intervenciones educativas, organizativas y similares existen grandes problemas para su interpretación, ya que el éxito o fracaso de la intervención no depende sólo de ésta, sino de numerosas situaciones contextuales.

La aplicación de los resultados de "adherencia" a contextos específicos requiere contestar algunas preguntas que pueden referirse a la población (¿La población del estudio difiere de la población sobre la que se quiere aplicar el resultado de investigación en gravedad, creencias, actitudes u otros



**Tabla 1. EFECTIVIDAD DE LOS INCENTIVOS A LOS PACIENTES PARA INCREMENTAR LA ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES MÉDICAS. ESTUDIOS CON ALEATORIZACIÓN Y GRUPO CONTROL.**

Autor	Año	Población	Objetivo	G Intervención	G Control	n GI	%C	%C	RRR	RRR	NNT	
Kain <sup>a</sup>	1976	Padres bajo nivel económico	cumplimiento con dietas	Capón \$5 cargable por día	1 recordatorio 3 recordatorios	12	67	13	80	7	17,3	14
				TODOS	12	67	10	23	44	57,1	2	
				TODOS	12	67	23	30	28	45,8	4	
Bispar <sup>b</sup>	1979	Hipercolesterolemia en tratamiento	cumplimiento en tratamiento	\$4 o más en función PA. Leteclá	Apoyo domiciliario Colesterol usual Consejo médico Toma PA domicilio	60	68	60	65	5	33,3	20
				TODOS	68	60	60	77	13	58,5	8	
				TODOS	68	60	59	65	4	58,8	29	
Kain <sup>a</sup>	1981	Padres niños Médicos	Visitas odontológicas preventivas	Capón \$5 cargable por día	Contactos mail. Solución problemas. No intervención *	58	74	35	84	10	27,8	18
				TODOS	58	74	23	70	4	13,3	28	
				TODOS	60	74	34	38	26	68,1	3	
Yodanis <sup>c</sup>	1984	Padres de preescolares	cumplimiento vacunación	Letras con premios de \$25-4180	Recard. Teléfono * No televisión * Recard. Carro * Correo específico Asesor	128	86	180	18	37	48,7	8
				TODOS	128	86	119	28	33	38,8	5	
				TODOS	128	86	124	34	22	30,3	3	
Parrillo <sup>d</sup>	1986	Padres niños con alergia. Congenitas.	Cheo visita pediatra	Letras + vide \$16 (pagos). Comida, helo	A fin lista espera Nada TODOS	33	81	35	38	-21	-116,7	-3
				TODOS	33	81	35	42	19	32,8	5	
				TODOS	33	61	66	62	-1	-2,6	-100	
Mordley <sup>e</sup>	1980	Empleados TBC	Tratamiento TBC	\$5-19 día + \$26-40 helo	Nada, TBC activa Nada, TBC pass. *	43	98	45	91	7	77,8	14
				TODOS	58	68	59	37	37	30,7	3	
Smith <sup>f</sup>	1988	Niños jv. Bajos ingresos.	Visita postparto	Régalo gratis Capón leche	Nada *	193	23	182	22	1	1,3	100
				TODOS	148	37	183	28	18	48,2	7	
Yodanis <sup>c</sup>	1983	Obesos	Pérdida de peso	\$25 por cumplir objetivo	Terapia psicol. Nada TODOS	82	84	80	77	7	30,4	14
				TODOS	82	84	40	70	14	68,7	7	
Higgins <sup>g</sup>	1984	Adolescentes	Visitas terapéuticas	\$877 (12 años)	Nada	20	76	40	40	30	50,3	7
				TODOS	188	82	132	65	17	48,6	6	
Stevens <sup>h</sup>	1984	Eskit. Jóven	Visitas postparto	Capón madre	Nada	82	88	83	75	8	30,0	11
				TODOS	82	86	79	83	31	68,9	3	
Pilot <sup>i</sup>	1984	Pacientes con TBC	"No longer" TBC	\$5 por visita	Consejo domicilio Práctica usual *	82	84	79	88	11	68,9	3
				TODOS	82	84	102	64	28	55,6	6	
Wilcox <sup>j</sup>	1986	Pacientes	Colesterol TBC	\$8 + educación	Educación	60	28	38	25	3	3,0	35
				TODOS	81,1	84	80,4	81	3	15,8	33	
Mikolovitz <sup>k</sup>	1986	Para APDC	Vacuna DTP	\$84 más	Nada	65	65	59	-4	-8,8	-29	
				TODOS	67	67	6	0,8	-			
				TODOS	69	70	-1	-3,3	-108			

GI: grupo intervención; GC: Grupo control; %C: Porcentaje cumplimiento; %D: Diferencia absoluta, en porcentaje; O/E: Odds Ratio; NNT: Número necesario de casos en el GI para alcanzar en 1 caso el objetivo de cumplimiento; \*Diferencias estadísticamente significativas (p<0,05) entre grupo intervención y control.

**Tabla 2. EFECTIVIDAD DE LOS INCENTIVOS A LOS PACIENTES PARA INCREMENTAR LA ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES MÉDICAS EN LA PREVENCIÓN O TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS. ESTUDIOS CON ALEATORIZACIÓN Y GRUPO CONTROL.**

Autor	Año	Población	Objetivo	G Intervención	G Control	n GI	%C	n GC	%C	RRR	RRR	NNT
Warrick <sup>a</sup>	1980	Estudiantes sanos	Lectura	Comp. verbal	Práctica usual *	-	-	-	-	-	1,38	-
				Comp. escrito	Práctica usual *	-	-	-	-	-	1,12	-
Tuck <sup>b</sup>	1987	Fidel. Sanos	Lectura	Recard. telef.	Recard. escrito *	350	85	351	88	5	81,7	28
				TODOS	40	28	39	23	9	3,3	33	
Wilcox <sup>c</sup>	1985	Person. USA	Lectura	\$5 + educación	Educación *	60	28	59	23	9	3,3	33
				\$eñito + 10\$	Nada *	283	83	100	33	59	68,1	2
				\$eñito + \$5	Nada *	198	64	140	33	31	78,1	2
				\$eñito	Nada	88	34	100	33	1	1,3	108
				\$5	Nada *	190	85	100	33	53	77,6	3
Kris <sup>d</sup>	1981	Indio	Tratamiento	4 Visitas domic.	Recard + 1 visita	73	83	73	32	17	26,4	8
				TODOS	82	85	48	81	7	77,8	14	
Mordley <sup>e</sup>	1988	Emigrantes TBC USA	Tratamiento TBC	\$5-18 día + \$29-80 helo	Nada, TBC activa Nada, TBC pass. *	43	88	48	91	7	77,8	14
				TODOS	58	84	38	37	37	58,7	7	
Pacena <sup>f</sup>	1983	TBC	Tratamiento	\$3 si no acudir	Nada *	109	88	109	73	16	68,9	7
				TODOS	78	85	82	71	25	62,8	4	
Socarrat <sup>g</sup>	1983	Niños PPD+ Barcelona	Tratamiento	Educación	Educación *	77	84	82	71	82	79,3	4
				Educación	Educación escrita *	88	78	82	71	7	24,1	14
Jin <sup>h</sup>	1985	TBC. Corea	Tratamiento	Supervisión, helo	Supervisión usual *	651	78	648	85	14	68,9	7
				TODOS	82	84	73	53	31	68,0	3	
Pilot <sup>i</sup>	1984	Personas sin TBC	Tratamiento	\$4 por visita	Práctica usual *	82	84	73	83	31	68,0	3
				Consejo domic.	Práctica usual *	83	75	78	83	23	68,0	3
Zvereva <sup>j</sup>	1984	Polí. Sudáfrica	Tratamiento	DTP (Cofax)	Autosupervisión	111	54	105	80	-8	-13,0	-17
				DTP (Retrav)	Autosupervisión	33	62	23	74	-32	-123,1	-3

GI: grupo intervención; GC: Grupo control; %C: Porcentaje cumplimiento; %D: Diferencia absoluta, en porcentaje; O/E: Odds Ratio; NNT: Número necesario de casos en el GI para alcanzar en 1 caso el objetivo de cumplimiento; \*Diferencias estadísticamente significativas (p<0,05) entre grupo intervención y control.

aspectos de interés? ¿Son importantes las diferencias de entorno?), a los servicios sanitarios (¿Son importantes las diferencias organizativas? ¿Y respecto al funcionamiento de los servicios? ¿Los servicios de salud locales pueden reproducir los servicios prestados en el estudio? ¿Los recursos disponibles en el estudio están disponibles en el entorno local?, los profesionales sanitarios (¿Las habilidades necesarias para prestar el servicio con la calidad adecuada están disponibles a nivel local? ¿en caso negativo, pueden ser formados?) y a la propia intervención. En el caso que nos ocupa se incluyen preguntas del tipo: ¿qué incentivos? ¿qué educación? ¿cuánto? ¿qué intensidad de intervención? ¿qué tipo de pacientes (niveles de renta, educación, distancia a los servicios, drogo-dependientes, inmigrantes, ancianos)? ¿qué formas organizativas y de prestación de cuidados? ¿cuál es la motivación y profesionalidad del personal sanitario? ... y las respuestas a estas preguntas sólo pueden darse en entornos locales a partir de investigación local.

En conclusión, algunas modalidades de incentivos económicos y las intervenciones educativas, de recordatorio y visitas a domicilio podrían ser efectivas en algunas poblaciones para aumentar la adherencia a los tratamientos, aunque debe valorarse muy cuidadosamente la generalización de estos resultados a poblaciones y entornos diferentes a los de los trabajos. No obstante, el problema práctico no es tanto saber si los incentivos económicos, el tratamiento directamente observado o la educación son o no efectivos en abstracto para mejorar la adherencia a los tratamientos, sino averiguar las condiciones para el éxito o fracaso de estas intervenciones en cada entorno, aspecto que requiere un esfuerzo en investigación local.

## Bibliografía

- Haynes RB, Montague P, Oliver T, McKibbin KA, Brouwers MC, Kanani R. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software.
- Giuffrida A, Torgerson D J. Should we pay the patient? Review of financial incentives to enhance patient compliance. *BMJ* 1997; 315: 703-7.
- Volmink J, Garner P. Interventions for promoting adherence to tuberculosis management (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software.
- Reiss ML, Piotrowski WD, Bailey JS. Behavioral community psychology: encouraging low-income parents to seek dental care for their children. *J Appl Behav Anal* 1976;9:387-97.
- Shepard DS, Foster SB, Statson WB, Solomon HS, McArdle PJ, Gallagher SS. Cost effectiveness of interventions to improve compliance with anti-hypertensive therapy. National conference of high blood pressure control, Washington, DC, 2-6 April 1979.
- Reiss ML, Bailey JS. Visiting the dentist: a behavioral community analysis of participation in a dental health screening and referral program. *J Appl Behav Anal* 1982;15:352-62.
- Yorkley JM, Glenwick DS. Increasing the immunization of preschool children: an evaluation of applied community interventions. *J Appl Behav Anal* 1984;17:313-25.
- Parrish JM, Charlop MH, Fenton LR. Use of a stated waiting list contingency and reward opportunity to increase appointment keeping in an outpatient

pediatric psychology clinic. *J Pediatr Psychol* 1986;11:81-9.

- Morisky DE, Malotte CK, Choi P, Davidson P, Rigler S, Sugland B, Langer M. A patient education program to improve adherence rates with antituberculosis drug regimens. *Health Educ Q* 1990;17:253-67
- Smith PB, Weinman ML, Johnson TC, Wait RB. Incentives and their influence on appointment compliance in a teenage family-planning clinic. *J Adoles Health Care* 1990;11:445-8.
- Jeffery RW, Wing RR, Thorsen C, Burton LR, Raether C, Harvey J, et al. Strengthening behavioural interventions for weight loss: a randomized trial of food provision and monetary incentives. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:1038-45.
- Higgins, ST, Budney AJ, Bickle WK, Foerg FE, Donham R, Badger GJ. Incentives improve outcome in outpatient behavioural treatment of cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:568-76.
- Steven-Simon C, O'Connor P, Bassford K. Incentives enhance postpartum compliance among adolescent prenatal patients. *J Adoles Health* 1994;15:396-9.
- Pilote L, Tulsky JP, Zolopa AR, Hahn JA, Schechter GF, Moss AR. Tuberculosis prophylaxis in the homeless. A trial to improve adherence to referral. *Arch Intern Med* 1996;156:161-5
- White MC, Tulsky JP, Reilly P, McIntoshHW, Hoynes TM, Goldenson J. A clinical trial of a financial incentive to go to the tuberculosis clinic for isoniazid after release from jail. *Int J Tuberc Lung Dis* 1998; 26: 506-12
- Minkovitz C, Holt E, Hughart N, Hou W, Thomas L, Dini E et al. The Effect of Parental Monetary Sanctions on the Vaccination Status of Young Children. An Evaluation of Welfare Reform in Maryland. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:1242-1247
- Wurtele SK, Galanos AN, Roberts MC. Increasing return compliance in a tuberculosis detection drive. *J Behav Med* 1980;3:311-8
- Tanke ED, Martinez CM, Leirer VO. Use of automated reminders for tuberculin skin test return. *Am J Prev Med* 1997;13:189-92
- Malotte CK, Rhodes F, Mais KE. Tuberculosis screening and compliance with return for skin test reading among active drug users. *Am J Public Health* 1998;88:792-6
- Krishnaswami KV, Somasundaram PR, Tripathy SP, Vaidyanathan B, Radhakrishna S, Fox W. A randomized study of two policies for managing default in out-patients collecting supplies of drugs for pulmonary tuberculosis in a large city in South India. *Tubercle* 1981;61:103-112.
- Paramasivan R, Parthasarathy RT, Rajasekaran S. Short course chemotherapy: A controlled study of indirect defaulter retrieval method. *Indian J Tub* 1993;40:185-190.
- Sanmarti L, Megias JA, Gomez MN, Soler JC, Alcalá EN, Puigbo MR, Majem LS. Evaluation of the efficacy of health education on the compliance with antituberculous chemoprophylaxis in school children: A randomized clinical trial. *Tubercle and Lung Disease* 1993;74:28-31.
- Jin BW, Kim SC, Mori T, Shimao T. The impact of intensified supervisory activities on tuberculosis treatment. *Tuber Lung Dis* 1993;74:267-72
- Zwarenstein M, Schoeman JH, Vundule C, Lombard CJ, Tatley M. Randomised controlled trial of self-supervised and directly observed treatment of tuberculosis. *Lancet* 1998;352:1340-3

# Los incentivos (económicos) al cumplimiento

Ricard Menu de Guillaena

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud (IISS)

La mayor parte de los efectos negativos del incumplimiento terapéutico o preventivo que desde una perspectiva que busque maximizar el bienestar colectivo a través de las intervenciones sanitarias justifique éstas, proceden de las "externalidades" que ocasionan. Por externalidades (negativas) entendemos los efectos (indeseados) que las actuaciones de un individuo ocasionan en otros. Así, la falta de cumplimiento además de reducir los beneficios que podrían obtenerse del consumo adecuado de los servicios ofertados y de ocasionar costes diagnósticos y terapéuticos adicionales, produce externalidades negativas, como el incremento de la probabilidad de desarrollo de resistencias o la posibilidad de infectar a otros.

En una sociedad que destina una fracción importante de sus recursos a la mejora de la salud de sus componentes, los incentivos (económicos) para mejorar el cumplimiento terapéutico no han de tener una consideración diferente a cualquier otra inversión destinada al mismo fin. Entre no cobrar por un servicio preventivo, diagnóstico o terapéutico, y pagar a la población alguna cantidad para conseguir una mayor efectividad, la diferencia es de grado, pero no cualitativa.

## Tipos de incentivos empleados

Durante la década de los 80 proliferaron las iniciativas tendientes a incentivar la adhesión a ciertos programas sanitarios de sus poblaciones diana. Entre estos incentivos se incluye la transferencia de información, la reducción de las "cargas" asociadas al tratamiento: costes de desplazamiento, cambio de hábitos, etc.; la mejora de la satisfacción y relación con el proveedor, la implicación del paciente mediante gratificaciones y refuerzos positivos, o la implicación de pacientes y profesionales en redes de apoyo.

En los años 90 se asistió a una eclosión de los diseños de incentivos a pacientes, especialmente en el entorno norteamericano, caracterizada por la mayor atención prestada a las estrategias basadas en concepciones económicas frente a un retroceso de las de base psicológica y conductual. Una revisión de los esquemas de incentivos al cumplimiento de los programas contra la tuberculosis empleados por los 50 Estados Unidos muestra como estos han adoptado todo tipo de intercambios: comidas gratuitas, ropa gratuita, transporte gratuito al centro sanitario, servicios de guardería, pagos en efectivo, cupones de alojamiento, juguetes para niños, entrega de efectos personales y prácticamente de cualquier cosa que resultase movilizador del público buscado "hasta baterías de coche" (sic).

Si establecer causalidad, cabe señalar que, tras una década de repunte, la TBC volvió a reducirse en USA en 1994, fecha en la que TODOS los estados tenían implantados incentivos de esta especie. Algunos estudios<sup>1</sup> muestran la mayor efectividad de la incentivar económica frente a las intervenciones de tipo motivador o educativo realizadas sobre los grupos de control.

## ¿Cuál es el pago óptimo?

La argumentación a favor del uso de incentivos económicos para estimular el cumplimiento puede reforzarse formalmente si existen externalidades significativas, el cumplimiento es verificable, y además puede incorporarse una consideración (redistributiva si los pacientes potenciales son pobres. La apelación a las razones redistributivas y de imperfección de los seguros para abogar por una asistencia gratuita, también apoyan estas intervenciones.

El análisis de estos pagos propuesto por Guiffrida (1998) se basa en un modelo que incorpora las decisiones de los pacientes sobre el cumplimiento, la externalidad, y las consecuencias para el sector público en costes, incluyendo las cargas que suponen los requisitos impositivos para financiar estas prácticas.

Si subindicamos como "k" el cumplimiento y como "d" su oponente, un paciente cumple si el valor de la ganancia en

salud supera los costes M cumplimiento  $Uk-Ud > C$ . Abandonando las condiciones de primer óptimo, ya que el planificador no puede controlar la conducta de todos los individuos, establece un subsidio "S" y los pacientes deciden si cumplir o no. Con incentivo un paciente decide cumplir si y sólo si  $Uk-Ud > C-S$ . El nivel umbral de costes de cumplimiento  $c(s)$  para que todos los pacientes cumplan es mayor que  $C$  e igual a  $Uk-Ud+S$ . Aumentos en el incentivo aumentan el umbral y por tanto el cumplimiento.

A partir de algunas complicaciones de la regla estándar de precios del sector público, puede resolverse el subsidio óptimo considerando los costes marginales del sector público del cumplimiento, y recogiendo en el segundo término la redistribución entre pacientes y en el tercero las externalidades, incorporando los efectos redistributivos y distorsionadores del subsidio.

Si las ponderaciones del bienestar se igualan a uno, no hubiera pérdidas por las tasas, y no hubiera externalidades, la ecuación se reduce a  $S^* = -G$ , donde "G" son los costes marginales del sector público del cumplimiento, con lo que el subsidio es igual a (menos) el coste marginal del cumplimiento (en sentido amplio: todos los cambios inducidos en costes, no sólo los costes incrementales de tratar a un paciente que cumple CO).

Si el coste marginal del no cumplimiento es mayor que el coste del cumplimiento ( $Cd > CO$ , y el cumplimiento no afecta al coste de otros tratamientos  $c=0$ ,  $=k,d,r$ ), tendríamos justificado por la eficiencia un pago positivo a los pacientes.

## Algunas repercusiones de la incentivar económica

**EXTERNALIDADES:** En ausencia de equilibrios perfectos, la principal justificación para implantar subsidios o cualquier otra estrategia con similares costes marginales son las externalidades negativas evitadas. A estos efectos hay que considerar que, en cuanto a su coste, para la sociedad es indiferente obtener una reducción de externalidades destinando una determinada cantidad a incentivar a pacientes o a retribuir profesionales dedicados a lograrla. Otra cosa es si preferimos pagar salarios de trabajadores de cuello blanco en un sector integrado de la economía productiva o transferir rentas a poblaciones (generalmente) marginales.

**DISCRIMINACIÓN:** Pese a que la modelización establece un subsidio al que se acogen los interesados, si es posible identificar pacientes o categorías con riesgo de incumplimiento, el incentivo debe ser discriminatorio. Esta estrategia de selección de públicos reduce el coste marginal de aumentar el cumplimiento y se aproxima más a la optimalidad del subsidio.

**ELASTICIDAD:** El tamaño de las poblaciones tributarias de incentivos debería ser inelástico, es decir, no modificable por éste. Si el incentivo además de atraer al público pretendido supone una atracción para colectivos que previamente no precisaban la intervención puede generarse un mecanismo perverso.

**ALTRUISMO:** Una objeción posible a este tipo de incentivos es el argumento de Titmuss contra el pago de la donación sanguínea: aunque aumente el cumplimiento, y posiblemente lo haga entre los más necesitados, puede ocasionar reducciones entre los que "cumplen" motivados por una conciencia de interés público, que así ven reducido su incentivo.

**RIESGO MORAL:** Los subsidios pueden afectar otros aspectos de la conducta del paciente además del cumplimiento, creando problemas de riesgo moral. El incentivo reduce los costes de la enfermedad para el paciente y su motivación para la evitación de ésta ya que pasa a estar "subvencionada".

Finalmente, los incentivos pueden incluso afectar la utilidad marginal asignada a diferentes estados de salud alterando la valoración de ésta. No es difícil imaginar colectivos marginales en los que la aparición de una patología "subvencionada" (entre otras muchas no incentiadas) sea motivo de alegría relativa.

## BIBLIOGRAFÍA

- Becker MH, Maitman LA. Strategies for enhancing patient compliance. *J Community Health* 1980; 6(2):113-115.
- Buchanan RJ. Compliance with tuberculosis drug regimens: incentives and enablers offered by public health departments. *Am J Public Health* 1997; 87(12):2014-7
- Mahiotte CK, Hollinghead JR, Rhodes F. Monetary versus nonmonetary incentives for TB skin test reading among drug users. *Am J Prev Med* 16(3):182-8. FitzGerald JM, et al. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999;3(2):153-5.
- Guiffrida A, Gavelle H. Paying patients to comply: an economic analysis. *Health Econ* 1998; 7(7): 569-79.