

Proyecto SROI-AR

Impacto clínico, asistencial,
económico y social del abordaje
ideal de la ARTRITIS REUMATOIDE
en comparación con el abordaje actual



RESUMEN EJECUTIVO

Con la participación del Grupo Multidisciplinar de Trabajo del Proyecto SROI-AR.

- D^a. Laly Alcaide. Directora. ConArtritis.
- D^a. Susana Artero. Cuidadora informal de paciente con AR.
- D^a. Ester Chapero. Paciente con AR.
- Dr. Federico Díaz González. Médico Adjunto del Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Profesor Titular de Medicina. Universidad de la Laguna.
- Dra. Rosario García de Vicuña. Jefa de Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa.
- D^a. Chus Lamas Díaz. Jefa de Servicio de Farmacia. Hospital Clínico Universitario de Santiago.
- D. Carlos Mur de Víu. Director Gerente. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.
- Dra. Marta Redondo Delgado. Profesora del Departamento de Psicología. Universidad Camilo José Cela.
- D. Félix Rubial Bernárdez. Gerente de la Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Vigo, Pontevedra.
- Dr. Alejandro Tejedor Varillas. Médico de Atención Primaria. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Coordinador del Grupo Nacional de Enfermedades Reumatológicas de la semFYC.
- D^a. Jenny de la Torre Aboki. Enfermera Especialista en Reumatología. Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.
- D. José Luis Trillo Mata. Responsable del Servicio Farmacéutico del Área de Salud del Departamento Clínico la Malvarrosa de Valencia.

Las propuestas han sido validadas por un Comité Consultor formado por expertos de la Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana y Galicia.

La **ARTRITIS REUMATOIDE** es una enfermedad sistémica que produce dolor e inflamación crónica en múltiples articulaciones. Afecta negativamente a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas que la padecen, principalmente por el dolor y la discapacidad física los pacientes con AR presentan dificultades para ir a trabajar o desempeñar su puesto de trabajo, lo que les obliga a ausentarse, a generar más días de baja o a jubilarse anticipadamente en comparación con la población general. Esto produce un mayor

uso de los recursos sanitarios y, en consecuencia, una mayor carga económica.

Se estima que en España afecta al 0,5% de la población, y es más frecuente en mujeres que en hombres. Se puede clasificar en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico: los pacientes con menos de 2 años desde el diagnóstico estarían incluidos en el grupo de **Artritis Reumatoide Precoz**, frente a los pacientes con **Artritis Reumatoide Establecida**, que llevarían más de 2 años.

Diagnóstico

Artritis Reumatoide Precoz

Artritis Reumatoide Establecida

Al igual que en otras enfermedades crónicas, las personas con artritis reumatoide también presentan una elevada incidencia de comorbilidades que pueden influir en el retraso diagnóstico y en la progresión de la discapacidad. **Son precisamente la discapacidad y las comorbilidades las que determinarán las necesidades sanitarias y asistenciales de cada pa-**

ciente. Los últimos datos publicados apuntan a unos **costes directos medios de 4.965 € por paciente con AR y año.**

En un contexto donde la medición del valor social tiene cada vez más auge en el ámbito de la salud pública, este informe tiene como objetivos:

Consensuar propuestas que contribuyan a mejorar el abordaje de la AR en el SNS

Hacer un cálculo aproximado de la inversión de cada propuesta

Estimar el valor social que se retornaría

1. **Consensuar un conjunto de propuestas que contribuyan a mejorar el abordaje de la AR dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) español**, teniendo como punto de partida las necesidades no cubiertas de los pacientes con AR, así como de los profesionales sanitarios vinculados a esta enfermedad;
2. Hacer un **cálculo aproximado tanto de la inversión** que sería necesaria para implementar dichas propuestas, como **del valor social** que se derivaría de su implementación.

El coste de oportunidad de una inversión en el SNS es muy alto, por lo que un análisis del retorno social de la inversión (SROI) facilitaría la toma de decisiones al respecto, creando el máximo valor social. Po-

siblemente hay buenas oportunidades de inversión en salud pública que sólo necesitan decisores que apuesten por implementarlas, en virtud de los datos obtenidos.

Metodología empleada para el cálculo del SROI en AR

Para calcular el retorno social vinculado a una intervención, se compara el impacto o beneficio total que genera, respecto a la inversión requerida para lograr-

lo, durante un período de tiempo determinado. El resultado de este cálculo indica cuánto retorno social se obtiene por cada euro invertido⁵⁰

$$\text{SROI} = \frac{\text{Valor actual total del IMPACTO}}{\text{Valor total de la INVERSIÓN}}$$

Por ejemplo, si la ratio SROI es igual a cuatro euros, cada euro invertido supone un retorno social de cuatro euros. Toda ratio superior a 1 indica un retorno positivo.

Para la elaboración de este informe se ha realizado un análisis SROI **prospectivo** en consonancia con el objetivo principal: evaluar el impacto clínico, asistencial, económico y social que tendría un conjunto de propuestas para mejorar el abordaje de la AR, consensuado en el proyecto, tras su hipotética implantación en el SNS.

Como todos los análisis SROI, su perspectiva es el cambio, desde el punto de vista de los diferentes grupos de interés, como resultado de una intervención. En este caso, la intervención a evaluar es la **hipotética**

implementación de un conjunto de propuestas para mejorar el abordaje de la AR en el SNS, acordado por el Grupo Multidisciplinar de Trabajo. Las intervenciones se contemplan tanto a nivel de administración central, como regional o local.

El **horizonte temporal** es de un **año**, ya que se consideró que el análisis prospectivo implica realizar estimaciones y genera, por tanto, incertidumbre.

Para la realización de este análisis SROI se han seguido estas etapas:

Etapas en un análisis SROI

1

Establecer el **alcance** objetivo) e identificar a los **grupos de interés clave**, así como su involucración.

2

Diseñar el mapa de impacto.

Aporta una visión global de la intervención al establecer la relación entre los inputs (inversión), los outputs (actividades concretas) y los outcomes (retornos).

3

Evidenciar y dar valor a los retornos.

Cuantificar los retornos usando el proxy más adecuado.

4

Establecer el impacto. Definir qué parte del retorno puede atribuirse a la actividad.

5

Cálculo del SROI, comparando los retornos obtenidos frente la inversión, teniendo en cuenta sólo el impacto atribuible a la intervención.

En el caso del SROI retrospectivo y el prospectivo a un año, la suma de todos los retornos se divide entre la inversión total.

Un **análisis de sensibilidad** posterior permite ver la influencia de los supuestos de partida o las asunciones realizadas en etapas anteriores.

6

Comunicación. Difusión del informe de resultados a todos los grupos de interés, para su puesta en práctica.

Fuente: elaboración propia a partir de Nicholls et al. 2012⁵⁰.

Además, se utilizaron diversas fuentes de información en las que sustentan los resultados. En caso de existir varias fuentes para un mismo propósito, se priorizaron aquellas con mejor diseño metodológico, las fuentes españolas y las más actualizadas.

De esta forma, este trabajo se basó en **fuentes primarias** con datos cuantitativos procedentes de la encuesta RA Matters²³ y cualitativos, a partir de las reuniones de trabajo con el Comité Asesor, el Grupo de Expertos y los Comités Consultores; y en **fuentes secundarias**, como artículos científicos y publicaciones vinculadas a la AR, estadísticas oficiales, tarifas oficiales de los servicios sanitarios (utilizando la mediana de las tarifas oficiales de los boletines

oficiales de las CC.AA), entre otras referencias bibliográficas.

El análisis opta por una **posición conservadora** en el cálculo de la inversión y del retorno, que busca evitar la sobreestimación de los resultados. Para estimar la inversión se ha escogido siempre el mayor coste de entre los disponibles y para estimar el retorno se ha optado por el menor impacto en términos monetarios.

Por último, se realizó un análisis de sensibilidad, a partir de la variación en determinadas variables para las que se hicieron asunciones.

Resultados

Propuestas para la mejora del abordaje de la AR

A continuación se muestra el conjunto de propuestas para la mejora del abordaje de la AR dentro del SNS, consensado por el Grupo Multidisciplinar de Trabajo,

concretado en las siguientes **22 propuestas**¹. Además, se ha añadido la cuantificación de la inversión necesaria estimada así como el cálculo del retorno.

Propuestas para la mejora del abordaje de la AR en el área de Diagnóstico		Inversión	Retorno	
1	Programas de educación y sensibilización social	768.538 €	16.359.001 €	+
2	Formación sobre el diagnóstico dirigida a medicina de atención primaria, urgencias y medicina del trabajo	7.444.973 €	3.876.870 €	-
3	Ruta rápida de acceso desde atención primaria a reumatología	4.491.421 €	1.265.693 €	+
4	Ruta rápida de acceso desde atención especializada a reumatología	0 €	1.164.432 €	+
5	Atención psicológica tras diagnóstico	967.489 €	-1.065.281 €	-
Propuestas para la mejora del abordaje de la AR en el área de AR precoz				
6	Estrategias Treat to Target y control estrecho. Tratamiento precoz con FAME tras diagnóstico	1.393.455 €	717.377 €	+
7	Consensuar el plan terapéutico (farmacológico y no farmacológico) con el paciente	741.999 €	9.925.668 €	+
8	Accesibilidad sin cita al especialista ante brotes o descompensaciones	8.338 €	314.749 €	+
9	Consultas propias de enfermería en reumatología en AR precoz	0 €	592.834 €	+
10	Formación en adherencia y uso de medicamentos en AR precoz	266.290 €	741.686 €	+
11	Formación en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR precoz	480.523 €	1.446.748 €	+
12	Abordaje asistencial integral de otros aspectos intangibles	1.909.836 €	6.042.553 €	+

Propuestas para la mejora del abordaje de la AR en el área de AR establecida			
13	Estrategias Treat to Target y control estrecho	48.184.145 €	235.759.917 € +
14	Coordinación entre atención primaria y atención especializada para el tratamiento y seguimiento del paciente	2.611.029 €	5.785.982 € +
15	Equidad en acceso a todos los fármacos disponibles comercializados	104.181.454 €	85.427.660 € -
16	Consultas propias de enfermería en reumatología en AR establecida	0 €	16.455.660 € +
17	Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos en AR establecida	7.391.565 €	20.306.176 € +
18	Formación en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad en AR establecida	13.338.163 €	40.158.262 € +
19	Ampliación del horario de atención especializada	265.200 €	631.799 € +
20	Abordaje integral multidisciplinar e individualizado, asegurando el contacto con otros profesionales sanitarios	79.126.279 €	407.046.914 € +
21	Fomentar el papel de las asociaciones como elemento complementario a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud	386.800 €	799.969 € +
22	Atención a la discapacidad: coordinación socio-sanitaria y soporte social general	14.958.608 €	57.238.960 € +

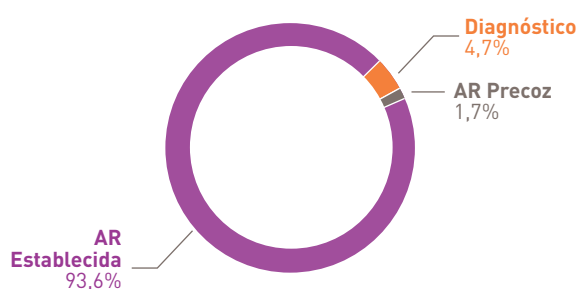
¹El Anexo I incluye el listado completo de propuestas realizadas por el Grupo Multidisciplinar de Trabajo, previo a la selección de las propuestas finales para la mejora del abordaje de la AR.

+ Retorno social:
913 M€

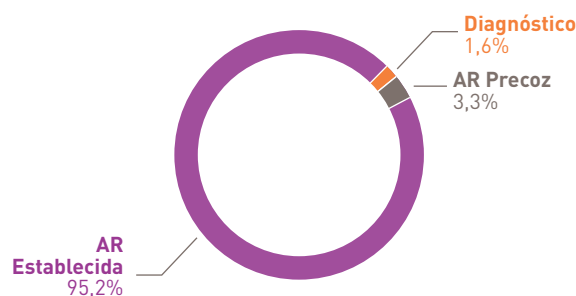
Inversión:
289 M€ -

Desde un punto de vista global, y entendiendo el conjunto de propuestas para un mejor abordaje de la AR en el SNS, holístico e integrado, la inversión necesaria para su implementación serían 289 millones de euros (M€), que generarían un retorno social de 913 M€. Esto se traduciría en una ratio de 3,16 euros, es decir, por **cada euro invertido en este conjunto de propuestas se obtendría un retorno social de 3,16 euros.**

La mayor parte de la inversión del conjunto de propuestas para un mejor abordaje de la AR presentado correspondería a la AR Establecida (93,6%), seguida del área Diagnóstico (4,7%) y AR Precoz (1,7%). En cuanto al retorno social, el 95,2% se obtendría en el área de AR Establecida y el 3,3% en AR Precoz. Por su parte, Diagnóstico se llevaría el 1,6% del retorno total.



Retorno



La ratio SROI varía según áreas de análisis entre 1,04 € (Diagnóstico) y 6,20 € (AR Precoz). No obstante, tomar como referencia cada ratio (de forma aislada) para la toma de decisiones en la gestión

sanitaria, podría generar inequidades, por lo que se recomienda ponerlas en contexto de la ratio global de 3,16 € (Gráfico 1).

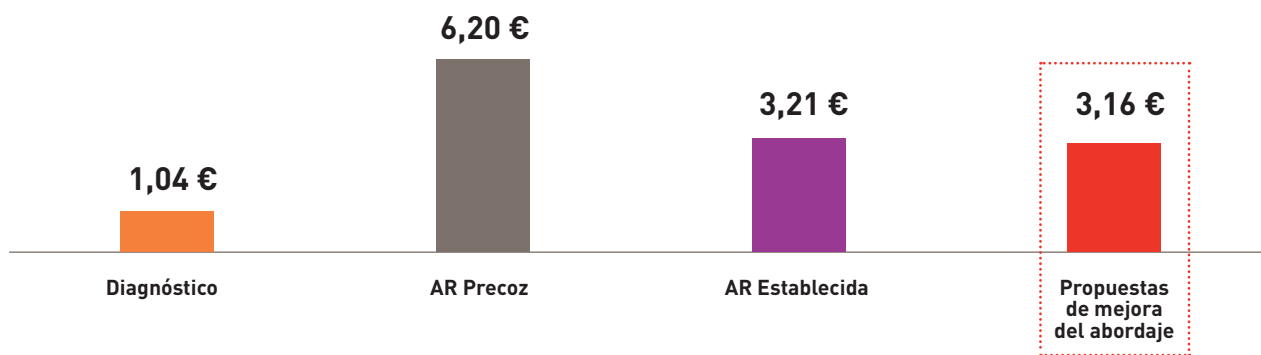
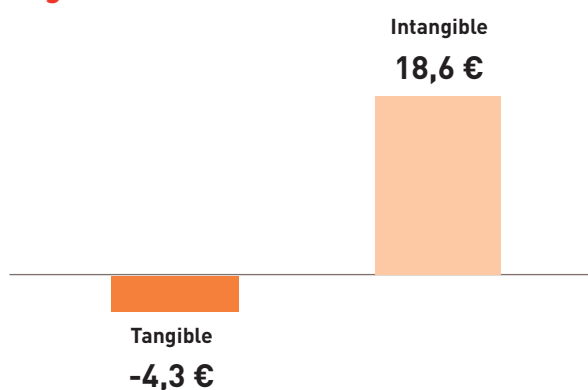


Gráfico 1. Ratio SROI del conjunto de propuestas para un mejor abordaje de la AR según áreas de análisis.

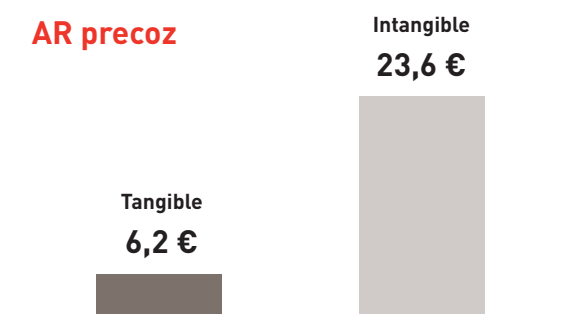
La implementación de este conjunto de propuestas para un mejor abordaje de la AR en el SNS podría dar lugar a distintos tipos de retornos. El 79% del retorno total sería intangible, mientras que el 21% tendría carácter tangible. Los resultados por área y por tipo de retorno se observan en el Gráfico 2. La

distribución según tipo de retorno en las áreas de AR precoz y AR establecida es similar al total. Por su parte, el área de Diagnóstico supone un retorno tangible negativo, que se vería compensado con el retorno intangible.

Diagnóstico



AR precoz



AR establecida

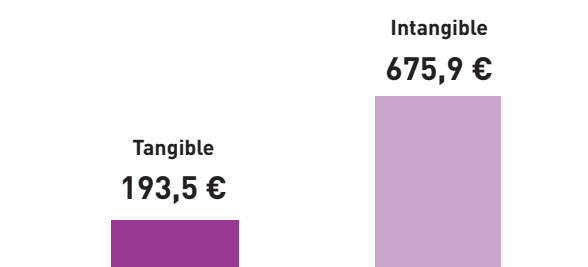


Gráfico 2. Distribución del retorno del conjunto de propuestas para un mejor abordaje de la AR según áreas de análisis y tipología del retorno (M€).

Propuestas del Área de Diagnóstico

Propuesta 1. Programas de educación y sensibilización social

Alcance de la Propuesta 1: Programas de educación y sensibilización social

OBJETIVO: Informar a la sociedad acerca de la existencia de la AR y sus síntomas a través de diversas fuentes (televisión, radio y oficinas de farmacia).

CONTENIDO: Esta propuesta incluye:

- Reunión de expertos (profesionales de reumatología, medicina de AP y asociaciones de pacientes vinculadas a la AR) para consensuar el contenido de la campaña informativa.
- Anuncio en televisión y radio.
- Diseño y elaboración de carteles informativos sobre la AR.
- Difusión de carteles informativos en centros de AP y farmacias comunitarias.

JUSTIFICACIÓN: **SITUACIÓN ACTUAL**

La sociedad tiene desconocimiento acerca de la AR y sus síntomas⁶², entendiéndolo el "reuma" como una enfermedad en concreto y no como una especialidad médica⁶³. El 78% de la población española reconoce que sabe poco o nada acerca de la AR⁶⁴. Al mismo tiempo, el 77% de los pacientes de AR perciben que la sociedad ignora qué es la enfermedad y el 13% considera que la sociedad tiene una postura de "pasotismo" ante dicha enfermedad⁶². Entre el 12% y el 59% de los pacientes con AR desearían mayor comprensión acerca de determinados ámbitos de la enfermedad.²⁵

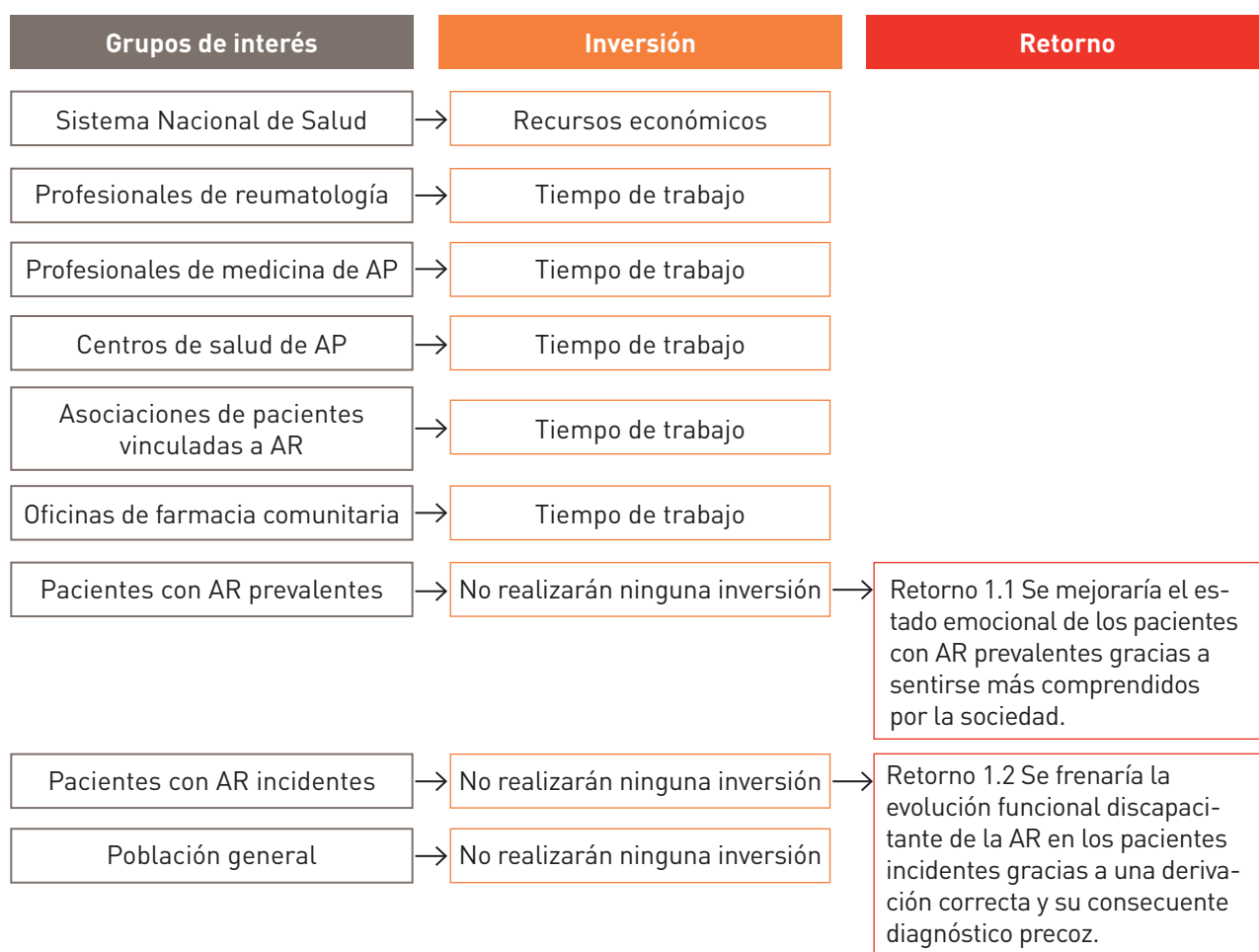
SITUACIÓN IDEAL

Para que la respuesta clínica del paciente con AR pueda ser favorable, el diagnóstico se debería realizar dentro de los 3 primeros meses desde el inicio de los síntomas⁶⁶. Dicha campaña incluiría material educativo en distintos formatos (televisión, radio, carteles informativos) dirigido a la población en general, acerca de los síntomas iniciales de la AR y de la importancia de su tratamiento precoz.⁶⁷

ALTERNATIVA PROPUESTA

La difusión de la existencia de la AR y su impacto a través de campañas publicitarias, contempladas dentro del Plan de Publicidad y Comunicación Institucional del Ministerio de Sanidad, ayudaría a incrementar el conocimiento sobre los síntomas⁶⁴. Dicha campaña incluiría material educativo en distintos formatos (televisión, radio, carteles informativos) dirigido a la población en general, acerca de los síntomas iniciales de la AR y de la importancia de su tratamiento precoz.⁶⁵

Cálculo estimado del total de la inversión = **768.538 €** / El retorno total ascendería a **16.359.001 €**



Propuesta 2. Formación sobre el diagnóstico dirigida a medicina de atención primaria y urgencias

Alcance: Formación sobre el diagnóstico dirigida a atención primaria y urgencias.²

OBJETIVO: Formar sobre diagnóstico de la AR a los grupos de profesionales sanitarios que puedan estar implicados en la detección de un caso de AR (medicina de AP, urgencias y medicina del trabajo).

CONTENIDO:

- Creación de una sesión de discusión de casos cuatrimestral en cada centro de salud, entre los profesionales de reumatología y AP.
- Impartición de un curso acreditado presencial al año en cada hospital del SNS, dividido en dos sesiones, sobre detección de enfermedades reumáticas, dirigido a profesionales de urgencias.

JUSTIFICACIÓN: **SITUACIÓN ACTUAL**

Al inicio de la AR se produce daño articular y una consecuente pérdida de la función articular⁶³. La llamada “ventana de oportunidad” (tiempo al inicio de la enfermedad en el que la respuesta al tratamiento es desproporcionada respecto a la respuesta obtenida si se retrasa el inicio de FAMEs) no se está aprovechando⁵⁹ debido a la dificultad en el diagnóstico de las enfermedades reumáticas en AP, derivando en ocasiones a traumatología en vez de a reumatología⁶³, lo que implica un retraso en llegar a reumatología, así como en iniciar el tratamiento.⁶⁵

SITUACIÓN IDEAL

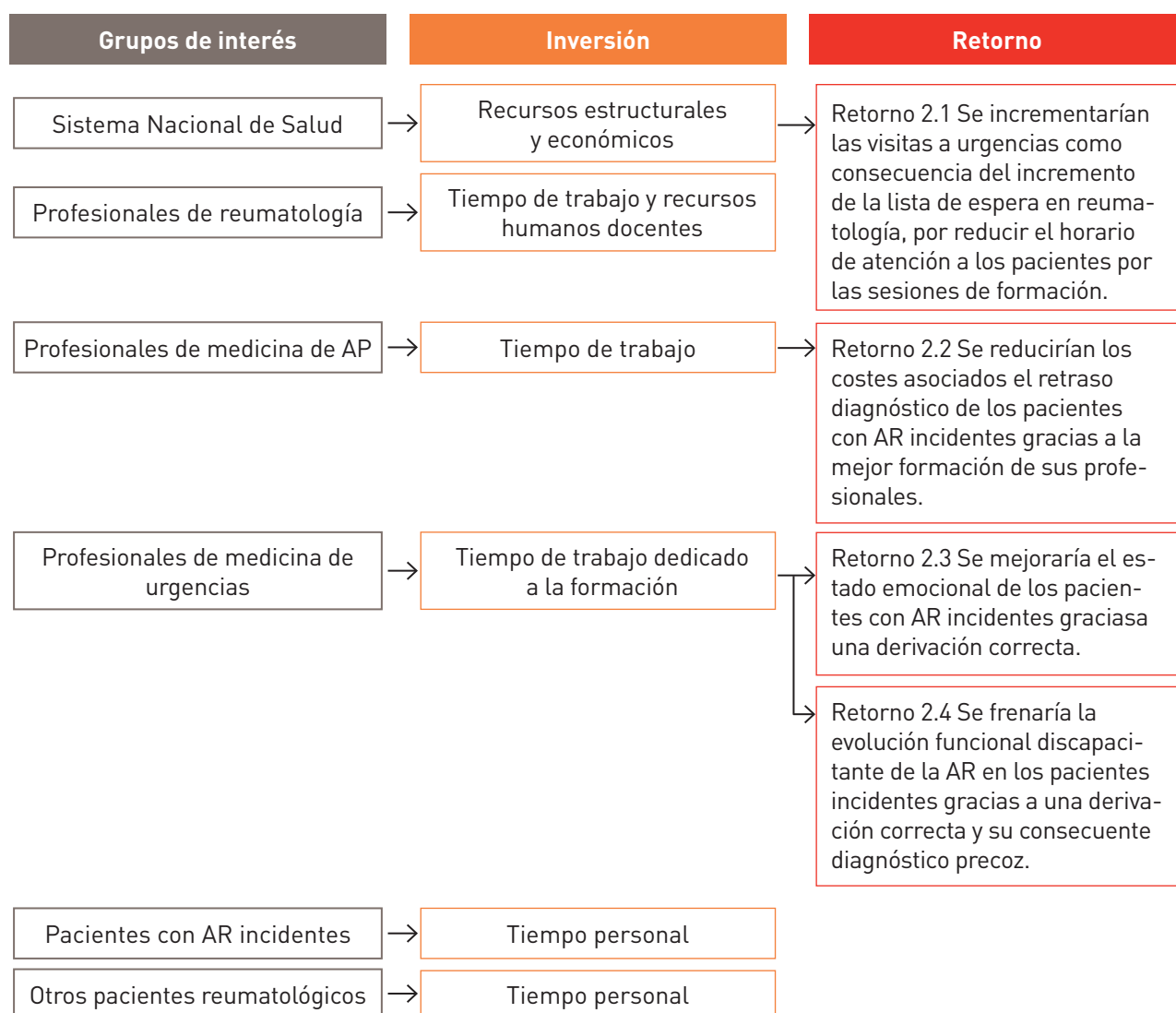
Un paciente con AR debería ser atendido en las seis primeras semanas desde los primeros síntomas, evitando que la morbimortalidad de la enfermedad se eleve⁶⁵. El trato frecuente de reumatología con otras especialidades es clave para llegar a una correcta derivación del paciente reumatológico³¹, ya que el 71% de los pacientes derivados proceden de AP y el 8,7% de urgencias⁶⁹. Así, medicina de AP juega un papel primordial en el diagnóstico precoz⁶⁵. Dicho contacto se puede realizar a través de interconsultas virtuales o consultas conjuntas sobre casos de origen reumatológico surgidos en AP.^{5,66}

ALTERNATIVA PROPUESTA

Se plantean sesiones cuatrimestrales en cada centro de salud, entre MEDICINA AP y el profesional de reumatología, para la atención de pacientes con sospecha de patología reumatológica⁶⁵ que podrían dotarles de habilidades diagnósticas⁶⁷. Por otro lado, también se plantea la formación presencial de los profesionales de urgencias⁶⁴, ya que son candidatos a recibir pacientes con sintomatología de AR.⁶⁶

Cálculo estimado del total de la inversión = **7.444.973 €** / El retorno total ascendería a **-3.876.870 €**

²Aunque la propuesta inicial surgida en el Grupo Multidisciplinar de Trabajo contemplaba la formación de medicina del trabajo, finalmente no se ha incluido dicha inversión tras el consejo del comité asesor sobre la anecdótica ocurrencia de casos con sospecha de AR en esta especialidad, en cuyo caso se acaba derivando a medicina de AP.



Propuesta 3. Ruta rápida de acceso desde atención primaria a reumatología

Alcance de la Propuesta 3: Ruta rápida de acceso desde atención primaria a reumatología.

OBJETIVO: Dotar al SNS de una ruta de acceso rápida del paciente con sospecha de AR desde medicina de AP a reumatología.

CONTENIDO: Esta propuesta incluye:

- Difusión de los protocolos existentes sobre los procesos asistenciales preferentes en la atención de la AR en AP en la intranet del centro de salud/hospital.
- Contratación de profesionales de reumatología para elevar la ratio nacional a la recomendada: 2 por cada 100.000 habitantes.
- Creación de un sistema de valoración de la prioridad de las interconsultas, realizadas desde AP, por parte de reumatología.
- Configuración del sistema de gestión de pacientes, para poder mostrar información sobre el número de pacientes y de días en lista de espera en el centro de derivación, a la vez que se habilitaría un buzón virtual de consultas.

JUSTIFICACIÓN: **SITUACIÓN ACTUAL**

El tiempo medio que transcurre entre que el paciente visita AP y la primera visita a reumatología es de 3,6 meses⁶⁹. La demora en la derivación a reumatología como el retraso en la búsqueda de asistencia médica por parte del paciente son los determinantes del retraso diagnóstico³¹. Por otro lado, la ratio de profesionales de reumatología por 100.000 habitantes en España experimenta una variabilidad elevada entre CCAA, ya que seis en total no llegan a la ratio óptima de 2 por cada 100.000 habitantes.⁷⁰

SITUACIÓN IDEAL

El tiempo máximo que debe esperar un paciente con sospecha de AR en AP para ser atendido en una consulta de reumatología es de dos semanas³¹. Para reducir el tiempo de espera en la interconsulta, existen criterios de derivación de la AR de reciente comienzo, definidos en el proyecto SERAP³¹. Asimismo, se necesita la elaboración y puesta en marcha de vías clínicas para procesos asistenciales^{71,72}, a través de guías, protocolos de actuación y programas de calidad.⁷³

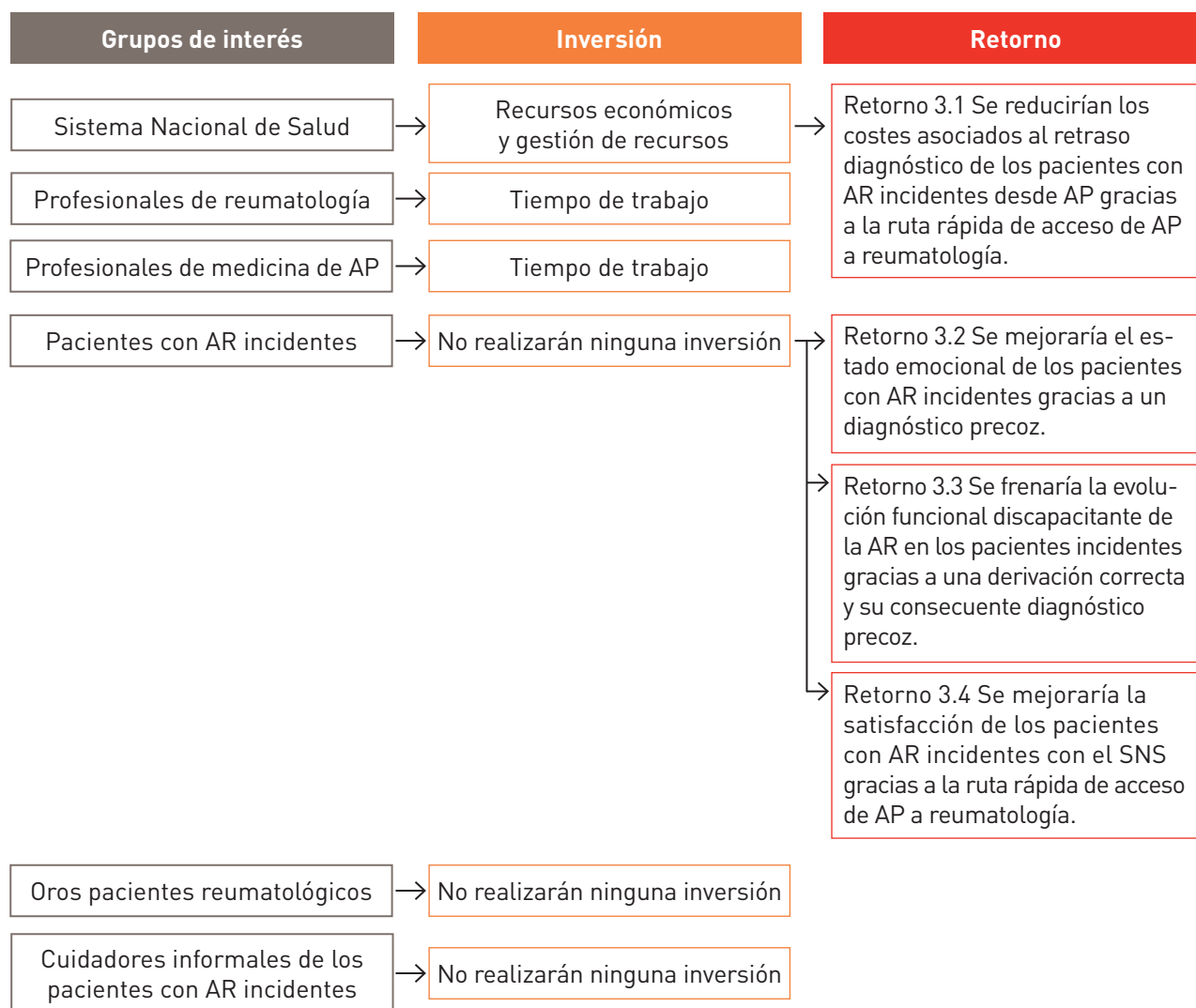
ALTERNATIVA PROPUESTA

La alternativa propuesta busca afianzar los procesos de actuación para la identificación de potenciales casos de AR, así como reforzar los servicios de reumatología que lo necesiten para llegar al estándar recomendado.

Como consecuencia directa de esta propuesta y de la propuesta 2, medicina de AP dispondría de mejores herramientas de derivación a reumatología. Para optimizar dicho proceso, una valoración de la prioridad de la interconsulta por parte del profesional de reumatología optimizaría los procesos de derivación^{74,75}, y para poder atender dicha carga de trabajo es necesario cumplir con la ratio recomendada de profesionales en reumatología.^{70,76}

Complementariamente, un sistema de comunicación digital, realizado a través de la historia clínica digital, entre los niveles asistenciales es primordial para una correcta derivación⁶⁷ y mejora de la capacidad diagnóstica.³¹

Cálculo estimado del total de la inversión = **4.491.421 €** / El retorno total ascendería a **1.265.693 €**
Esta propuesta 3 comparte inversión con la propuesta 4 (Ruta rápida de acceso desde atención especializada a reumatología).



Propuesta 4. Ruta rápida de acceso desde atención especializada a reumatología

Alcance de la Propuesta 4: Ruta rápida de acceso desde atención especializada a reumatología.

OBJETIVO: Dotar al Sistema Nacional de Salud de una ruta de acceso rápida del paciente con sospecha de AR desde otras especialidades de AE a reumatología.

CONTENIDO: Esta propuesta incluye:

- Difusión de los protocolos existentes sobre los procesos asistenciales preferentes en la atención de la AR en la intranet del hospital.
- Contratación de profesionales de reumatología para elevar la ratio nacional a la recomendada: 2 por cada 100.000 habitantes.
- Creación de un sistema de valoración de la prioridad de las interconsultas, realizadas desde AE, por parte de reumatología.
- Configuración del sistema de gestión de pacientes, para poder mostrar información sobre el número de pacientes y de días en lista de espera en el centro de derivación, a la vez que se habilitaría un buzón virtual de consultas.

JUSTIFICACIÓN: **SITUACIÓN ACTUAL**

La llamada “ventana de oportunidad” (tiempo al inicio de la enfermedad en el que la respuesta al tratamiento es desproporcionada respecto a la respuesta obtenida si se retrasa el inicio de FAMES) no se está aprovechando⁵⁹, debido a la dificultad en el diagnóstico de las enfermedades reumáticas en AP, que en ocasiones deriva erróneamente a traumatología⁶³. Esto implica un retraso en llegar a reumatología e iniciar el tratamiento⁶⁵. Por otro lado, la ratio de profesionales de reumatología por 100.000 habitantes en España experimenta una variabilidad elevada entre CCAA, ya que seis en total no llegan a la ratio óptima de 2 por cada 100.000 habitantes.⁷⁰

SITUACIÓN IDEAL

Para una rápida asistencia del paciente con AR en reumatología se necesita la elaboración y puesta en marcha de vías clínicas para procesos asistenciales^{71,72}, a través de guías, protocolos de actuación y programas de calidad⁷³. Además, para reducir el tiempo de espera en la interconsulta, existen criterios de derivación de la AR de reciente comienzo, definidos en el proyecto SERAP.³¹

ALTERNATIVA PROPUESTA

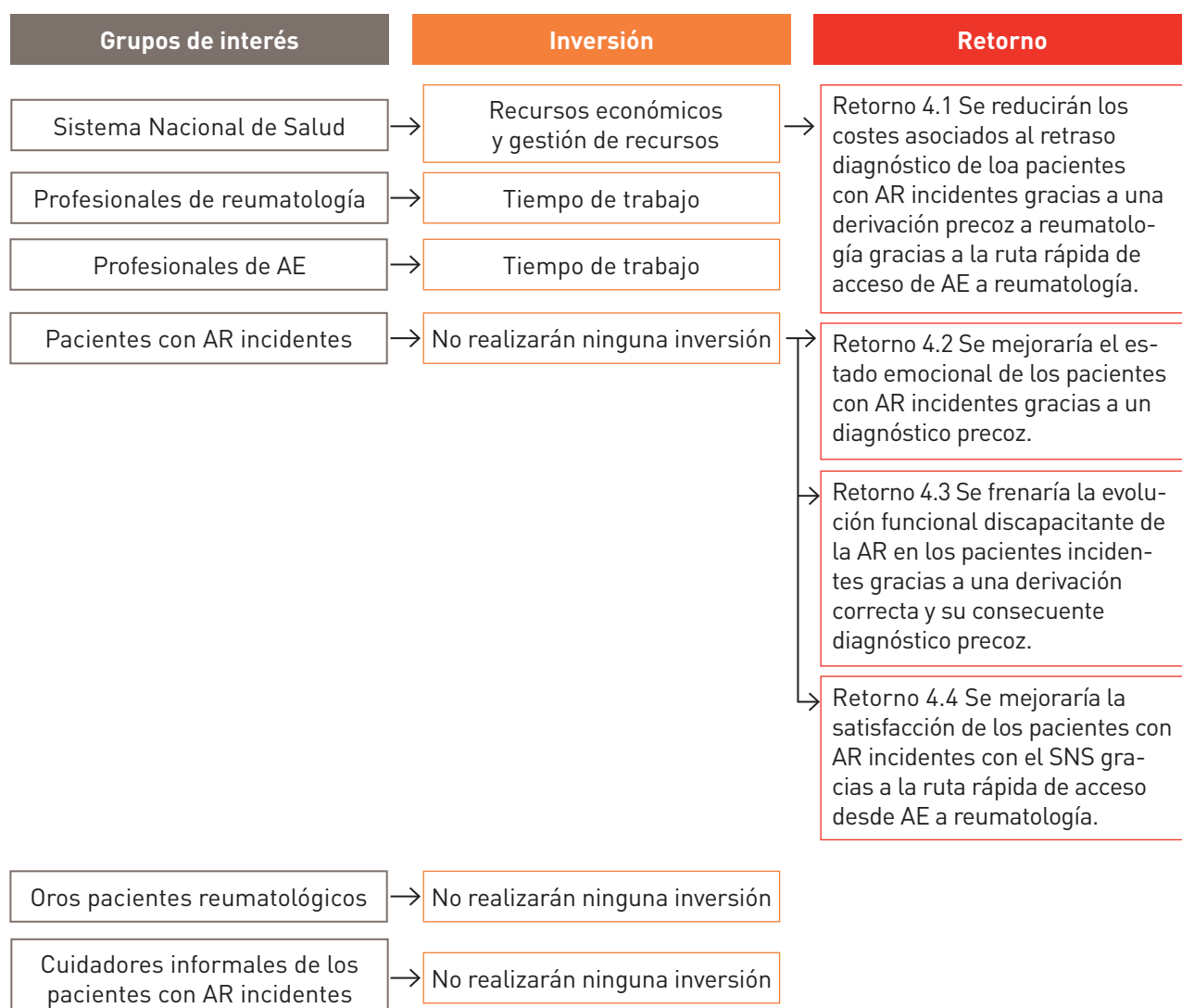
La alternativa propuesta busca afianzar los procesos de actuación para la identificación de potenciales casos de AR, así como reforzar los servicios de reumatología que lo necesiten para llegar al estándar recomendado.

De forma complementaria a la propuesta 3 (ruta rápida de acceso desde AP a reumatología) pretende agilizar la atención de los pacientes con AR incidentes. Para optimizar dicho proceso, una valoración de la prioridad de la interconsulta por parte del profesional de reumatología optimizaría los procesos de derivación⁷⁴, y para poder atender dicha carga de trabajo es necesario cumplir con la ratio recomendada de profesionales en reumatología.^{70,76}

Complementariamente, un sistema de comunicación digital, realizado a través de la historia clínica digital, entre distintas especialidades es primordial para una correcta derivación⁶⁷ y mejora de la capacidad diagnóstica.³¹

Cálculo estimado del total de la inversión (la inversión contemplada para la propuesta 3 incluiría a la de la propuesta 4)= **0 €** / El retorno total ascendería a **1.164.432 €**

Esta propuesta 4 comparte inversión con la propuesta 3 (Ruta rápida de acceso desde atención primaria a reumatología).



Propuesta 5. Apoyo psicológico tras diagnóstico

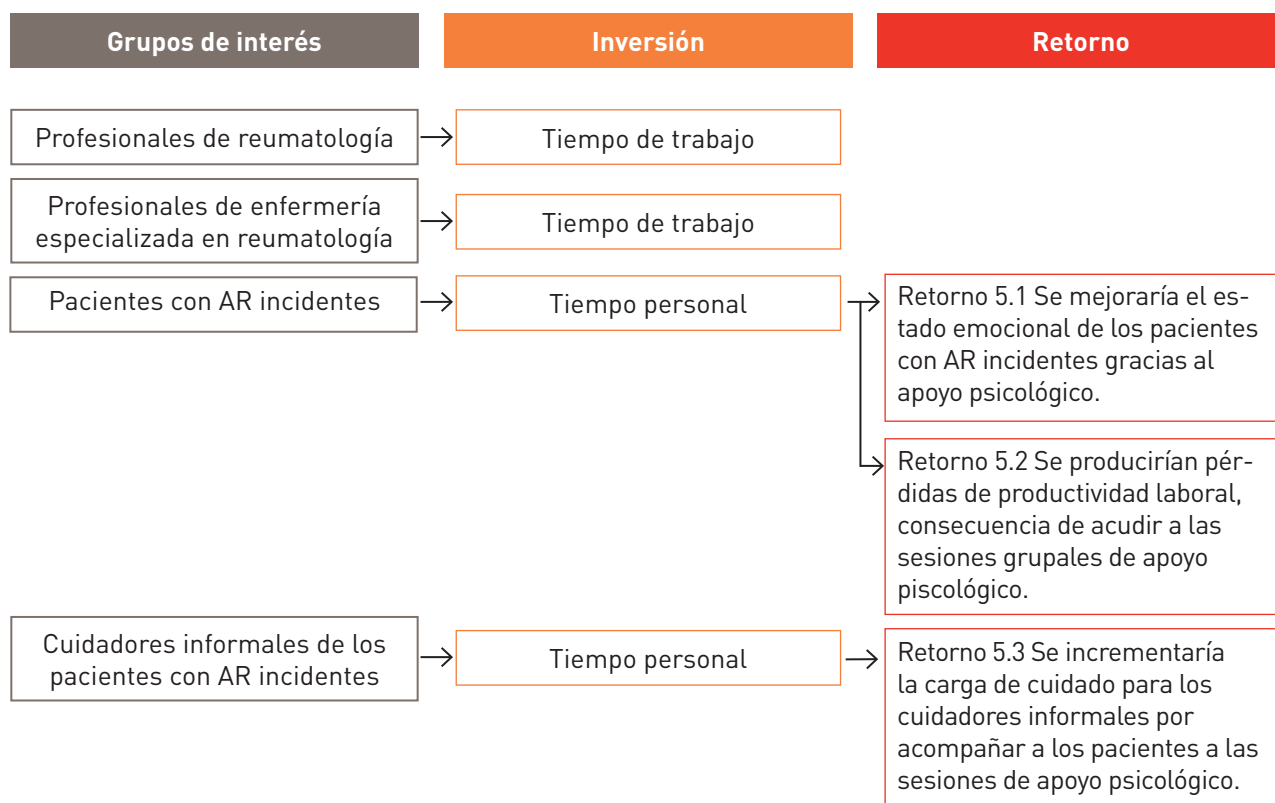
Alcance de la Propuesta 5: Apoyo psicológico tras diagnóstico.

OBJETIVO:	Lograr una mejor aceptación del diagnóstico de AR por parte del paciente.
------------------	---

CONTENIDO:	Esta propuesta incluye 12 sesiones grupales por parte del personal de enfermería con competencias avanzadas en reumatología, dirigidas a todos los pacientes con AR incidentes.
-------------------	---

JUSTIFICACIÓN:	<p>SITUACIÓN ACTUAL</p> <p>Para los pacientes con AR, recibir el diagnóstico supone a la vez una liberación, por conocer la explicación a los síntomas que sufre, y una cruz, ya que se trata de una enfermedad crónica y degenerativa que, ante el desconocimiento y la incertidumbre, les hace temer hasta qué punto llegará a imponer limitaciones en sus vidas⁶². Así, los trastornos psicológicos son frecuentes en las primeras etapas de la AR tras el diagnóstico, destacando entre ellos la depresión y la ansiedad⁷⁸. Por otro lado, la depresión genera por sí misma costes directos sanitarios y costes indirectos (pérdidas de productividad laboral) en los pacientes⁷⁹. Sin embargo, tan sólo el 11,7% de los pacientes con AR declara haber acudido en alguna ocasión a psicología o psiquiatría en relación con su patología.⁶²</p> <p>SITUACIÓN IDEAL</p> <p>La evaluación psicológica de los pacientes con AR debería estar incluida en el diagnóstico, como parte de la intervención de reumatología. Dicha evaluación es fundamental para un posible posterior diagnóstico y manejo psiquiátrico^{78,80}. Las características psicológicas del paciente (nivel de percepción de desamparo, capacidad de afrontamiento, capacidad de automanejo) tienen un importante papel como factores pronósticos de discapacidad y estado de salud.^{31,80}</p> <p>ALTERNATIVA PROPUESTA</p> <p>Esta propuesta incluye una intervención psicológica a nivel grupal, dirigida a todos los pacientes con AR incidentes, para que puedan manejar mejor la ansiedad y la afectación derivadas del reciente diagnóstico de AR.</p>
-----------------------	---

Cálculo estimado del total de la inversión = **967.489 €** / El retorno total ascendería a **-1.065.281 €**



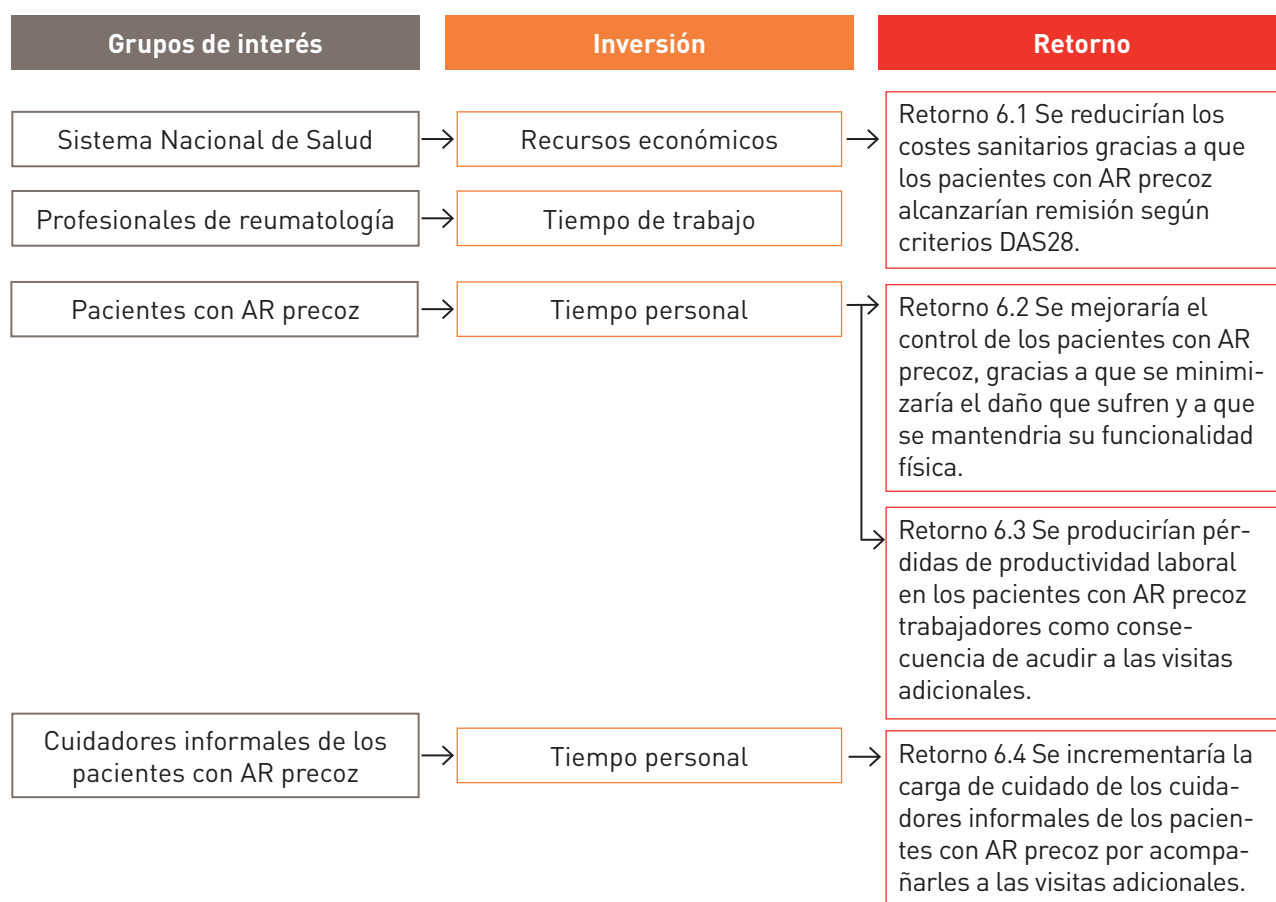
Propuestas del Área de AR precoz

Propuesta 6. Estrategias Treat to Target y control estrecho. Tratamiento precoz con FAME tras diagnóstico

Alcance de la Propuesta 6: Estrategias Treat to Target y control estrecho. Tratamiento precoz con FAME tras diagnóstico.

OBJETIVO:	Aplicar estrategias Treat to Target y control estrecho en el seguimiento de los pacientes con AR precoz, así como iniciar de forma precoz el tratamiento con FAME, para controlar la actividad de la enfermedad a medio y largo plazo y modificar el pronóstico.
CONTENIDO:	Esta propuesta incluye el coste de las visitas adicionales a reumatología necesarias para aplicar la estrategia T2T y control estrecho, en los pacientes con AR precoz donde actualmente no se cumple.
JUSTIFICACIÓN:	<p>SITUACIÓN ACTUAL</p> <p>En el año 2010 se publicaron recomendaciones internacionales, llamadas Treat to Target (T2T) o estrategia de tight control (control estrecho), destinadas a conseguir resultados terapéuticos óptimos⁸². Posteriormente se han ido actualizando con el avance de la evidencia científica en torno a la AR⁸³. Sin embargo, según el proyecto AR Excellence de la SER, en España sólo un 34,3% de los hospitales con unidad de reumatología son valorados como excelentes en función de si cumplen o no los criterios T2T.⁸⁴</p> <p>SITUACIÓN IDEAL</p> <p>Es importante que en cada visita se realicen los ajustes terapéuticos necesarios en función de si se han conseguido los objetivos o no^{85,86}. El objetivo es alcanzar la remisión o la baja actividad de la inflamación, con un tratamiento hacia el objetivo o un control adecuado y estricto de los pacientes. Estudios previos sobre el uso de la estrategia T2T han demostrado claras ventajas en AR precoz.^{86,87}</p> <p>ALTERNATIVA PROPUESTA</p> <p>Para alcanzar el control adecuado de los pacientes con AR precoz siguiendo los criterios de la estrategia T2T se plantean ocho visitas adicionales al profesional de reumatología, así como dos visitas y una consulta telefónica adicionales a enfermería, en aquellos casos en que no se cumpla la excelencia en este punto. Por otro lado, el tratamiento por objetivos no tendría que implicar necesariamente la aplicación de terapias más costosas. De hecho, se podría llegar a disminuir el uso de las terapias biológicas gracias a la mejora en el empleo de las terapias convencionales.^{88,89}</p>

Cálculo estimado del total de la inversión = **1.393.455 €** / El retorno total ascendería a **10.717.377 €**



Propuesta 7. Consensuar el plan terapéutico (farmacológico y no farmacológico) con el paciente

Alcance de la Propuesta 7: Consensuar el plan terapéutico (farmacológico y no farmacológico) con el paciente.

OBJETIVO:

- Concienciar a los profesionales de reumatología de la importancia de hacer partícipes a los pacientes a la hora de establecer un plan terapéutico.
- Informar a los pacientes sobre la compatibilidad de su enfermedad con la planificación familiar.
- Empoderar a los pacientes, proporcionándoles formación comprensible y fiable para que puedan tomar decisiones informadas de salud junto con su médico.

CONTENIDO:

- Una mesa de ponencias en un congreso nacional de reumatología.
- Difusión de la campaña “Hoy sí puedo ser madre”.
- Tres talleres al año por cada hospital con servicio de reumatología para formar a los pacientes con AR precoz en el manejo de la enfermedad.

JUSTIFICACIÓN: **SITUACIÓN ACTUAL**

A nivel internacional ya existen iniciativas para promover el diálogo entre profesionales sanitarios y pacientes⁹⁰. En España, la última edición de las Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud se celebró bajo el lema “Compartiendo decisiones: ¿Qué cambios se requieren?”⁹¹. Por otro lado, la SER ha realizado varias ediciones de Congreso de pacientes con enfermedades reumáticas con la finalidad de ser un punto de encuentro de este colectivo de pacientes.^{92,93}

En relación a la planificación familiar, se han creado algunas campañas y movimientos, principalmente gracias a la iniciativa de las asociaciones de pacientes y de los propios hospitales, para informar a las mujeres sobre la posibilidad de quedarse embarazadas tras el diagnóstico de la enfermedad⁹⁴. Este punto es especialmente relevante ya que la AR afecta en su mayoría a las mujeres⁹⁵, aunque los hombres también podrían verse afectados.

Por último, en España ya se han ido organizando algunos talleres de formación dirigidos específicamente a los pacientes con AR, para ampliar sus conocimientos en relación a la enfermedad^{96,97}, dado que a veces hay mucha diversidad en la información ofrecida entre los distintos talleres o materiales formativos.⁹⁸

SITUACIÓN IDEAL

La participación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su plan terapéutico es fundamental, ya que afecta a su satisfacción y a su cumplimiento del mismo^{99,100}. Los profesionales sanitarios deberían estar concienciados de ello y trabajar en la misma dirección, y buscando un diálogo más fluido con los pacientes. En este plan terapéutico hay que contemplar las posibles incertidumbres de los pacientes.

Por último, programas como “Paciente Activo con Artritis Reumatoide”, justifican la importancia de ofrecer información fiable y validada a nivel nacional. Es importante transmitir un mensaje unificado.

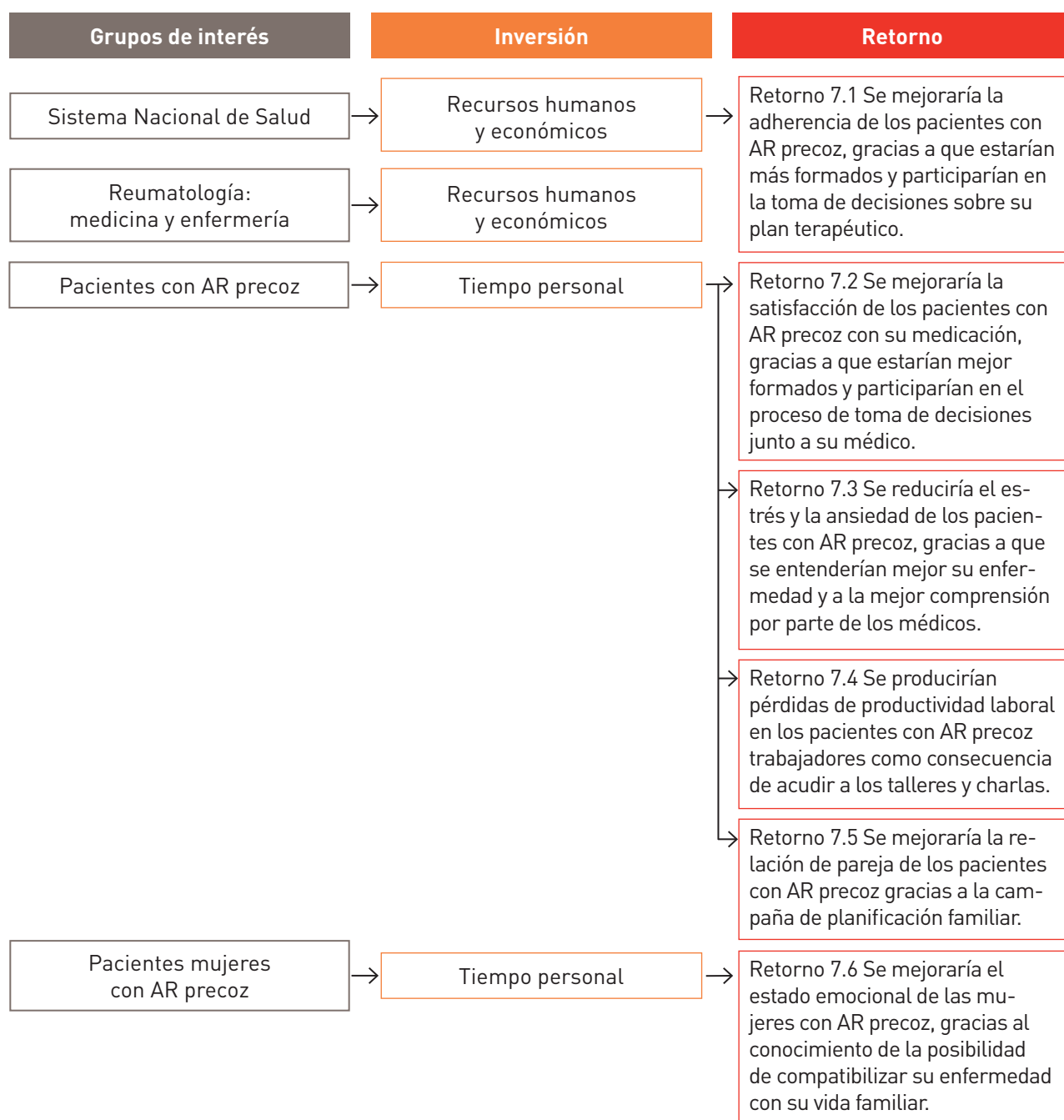
ALTERNATIVA PROPUESTA

S En primer lugar, se contempla la organización de una mesa de ponencias, dentro de un congreso nacional de reumatología¹⁰¹, con la participación de cuatro ponentes (por ejemplo, dos profesionales de reumatología (medicina y enfermería), un miembro de asociación de pacientes y un paciente).

En segundo lugar, se propone la difusión de la campaña “Hoy sí puedo ser madre”, para que pueda llegar a más mujeres con AR, dado que en las consultas en muchas ocasiones no se abarca este tema de forma adecuada dada la falta de tiempo⁹⁵. La propuesta se centra principalmente en las mujeres con AR, dado que se sabe menos sobre la infertilidad de los hombres asociada a la AR.¹⁰²

Para cumplir el último objetivo de esta propuesta, se propone la organización de talleres a nivel nacional, que ofrezcan información adecuada y unificada a los pacientes con AR precoz. Se asume que se realizarían tres talleres al año por cada hospital con servicio de reumatología.

Cálculo estimado del total de la inversión = **741.999 €** / El retorno total ascendería a **9.925.667 €**



Propuesta 8. Accesibilidad sin cita al especialista ante brotes o descompensaciones

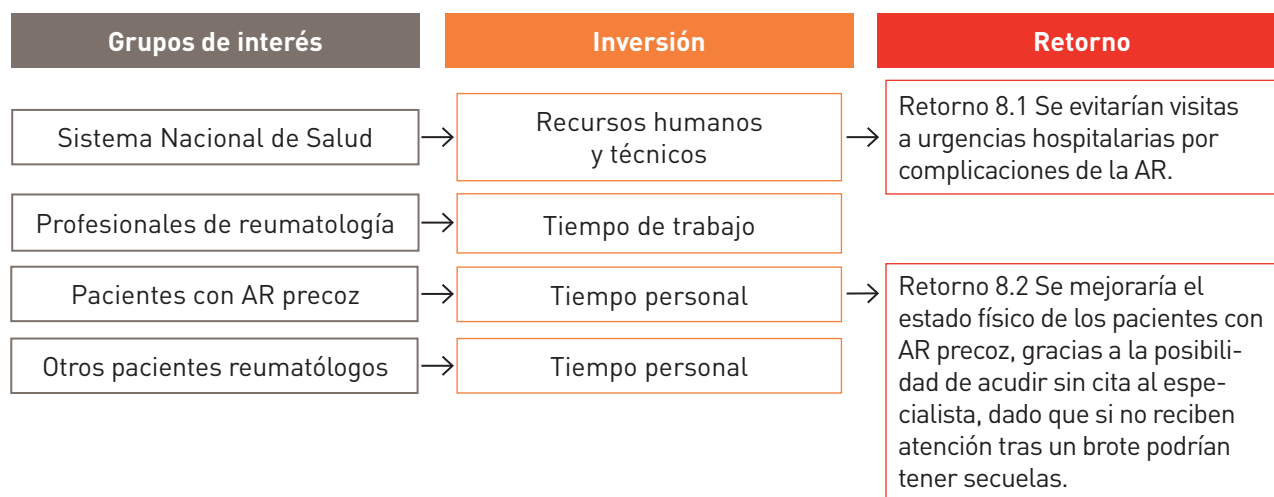
Alcance de la Propuesta 8: Accesibilidad sin cita al especialista ante brotes o descompensaciones.

OBJETIVO:	Mejorar la atención a los pacientes con AR precoz ante brotes o descompensaciones.
------------------	--

CONTENIDO:	Esta propuesta incluye el coste de fijar un horario específico, dos veces a la semana, en los hospitales con servicio de reumatología, para atender sin cita a los pacientes de reumatología, incluidos aquellos con AR.
-------------------	--

JUSTIFICACIÓN:	<p>SITUACIÓN ACTUAL</p> <p>De los pacientes con AR, un 1,6% acude a la visita con el profesional de reumatología por complicaciones de la AR⁹⁵. En muchas ocasiones y dado el tiempo de espera para acudir a la cita con el profesional, dichos pacientes acudirían a urgencias o no harían nada en caso de un brote o descompensación.⁶⁶</p> <p>SITUACIÓN IDEAL</p> <p>El uso inapropiado de los servicios de urgencias en España se ha reflejado en la literatura¹⁰⁵, y se ha vinculado a la falta de accesibilidad a otros servicios sanitarios. Dentro de algunas propuestas para mejorar la calidad asistencial se incluyen las visitas sin cita al profesional de reumatología.^{72,106}</p> <p>ALTERNATIVA PROPUESTA</p> <p>Esta propuesta contempla habilitar una parte de la agenda diaria o semanal (cuantificando aproximadamente media hora diaria) para que los pacientes reumatológicos con brote o urgencia puedan acudir a la consulta sin cita previa. De esta forma, la propuesta contempla no sólo a los pacientes con AR sino también al resto de pacientes reumatológicos. Por otro lado, es importante gestionar de manera correcta este recurso para evitar el “efecto llamada”.</p>
-----------------------	---

El total de la inversión = **8.338 €** / El retorno total ascendería a **314.749 €**



Propuesta 9. Consultas propias de enfermería en reumatología en AR precoz

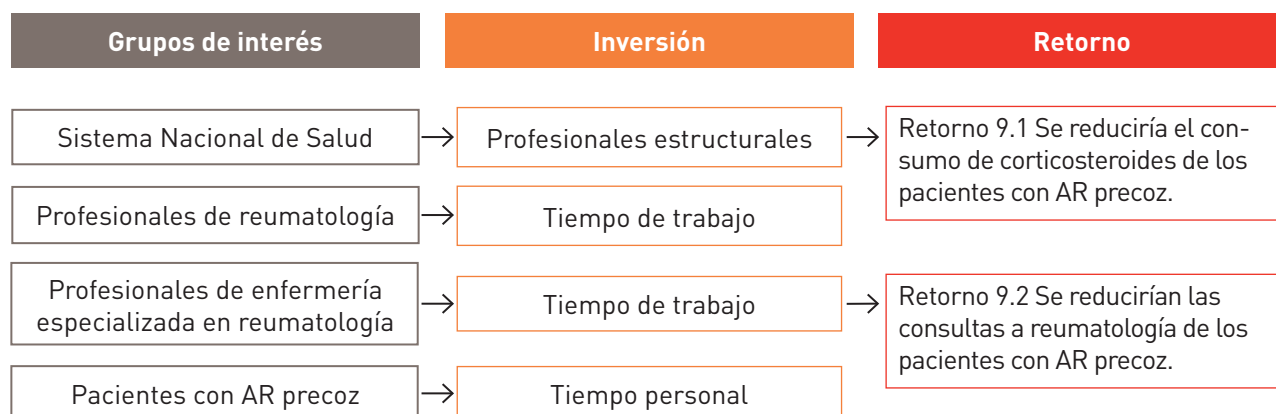
Alcance de la Propuesta 9: Consultas propias de enfermería en reumatología en AR precoz.

OBJETIVO:	Creación de una consulta de enfermería en reumatología (en caso de no existir) en los hospitales que dispongan de servicio de reumatología, para la atención de pacientes con AR precoz.
------------------	--

CONTENIDO:	La inversión de esta propuesta está contemplada en las propuestas 10 (formación en aspectos farmacológicos), 11 (formación en otros aspectos no farmacológicos) y 12 (aspectos intangibles de la patología).
-------------------	--

JUSTIFICACIÓN:	<p>SITUACIÓN ACTUAL</p> <p>En España, tan solo el 42,2% de los hospitales con servicio de reumatología dispone de consulta de enfermería¹⁰⁷. En algunos casos, el servicio de reumatología dispone sólo de un profesional médico para atender a la población de referencia del hospital, incrementando la carga de trabajo del profesional.⁶³</p> <p>SITUACIÓN IDEAL</p> <p>Los estándares de calidad asistencial en reumatología establecen que una unidad de reumatología debe contar con al menos 3 reumatólogos y una consulta de enfermería⁷³. Esta consulta es primordial para la actividad asistencial^{72,108}, y para crearla es necesario dotarla con recursos humanos y materiales.¹⁰⁹</p> <p>Este profesional de enfermería debe estar formado en enfermedades reumatológicas y tener capacidad de decisión para la resolución de problemas de los pacientes, siendo el enlace con el profesional de reumatología. También ayudaría a realizar una valoración integral del paciente, poner y controlar el tratamiento, educar en aspectos clave e informar a pacientes y a familiares.^{108,110,111}</p> <p>ALTERNATIVA PROPUESTA</p> <p>Se trataría de dotar de una consulta de enfermería reumatológica a los hospitales con servicio de reumatología, pero no dispongan de consulta enfermera. Para ello, se contempla una consulta de enfermería por hospital con servicio de reumatología, dotada con un profesional de enfermería, ya que se aconseja que haya uno por cada 5 reumatólogos¹¹² y en España cada servicio de reumatología tiene 5 reumatólogos en mediana.⁵⁹ Se establecerían 5 visitas anuales al servicio de enfermería reumatológica: 2 para formación en aspectos farmacológicos (propuesta 10), 2 para formación en aspectos no farmacológicos vinculados a la patología (propuesta 11) y 1 visita para la valoración anual de aspectos vinculados a la CVRS del paciente (propuesta 12).</p>
-----------------------	---

El total de la inversión = **0 €** / El retorno total ascendería a **592.834 €**



Propuesta 10. Formación en adherencia y uso de medicamentos para los pacientes con AR precoz

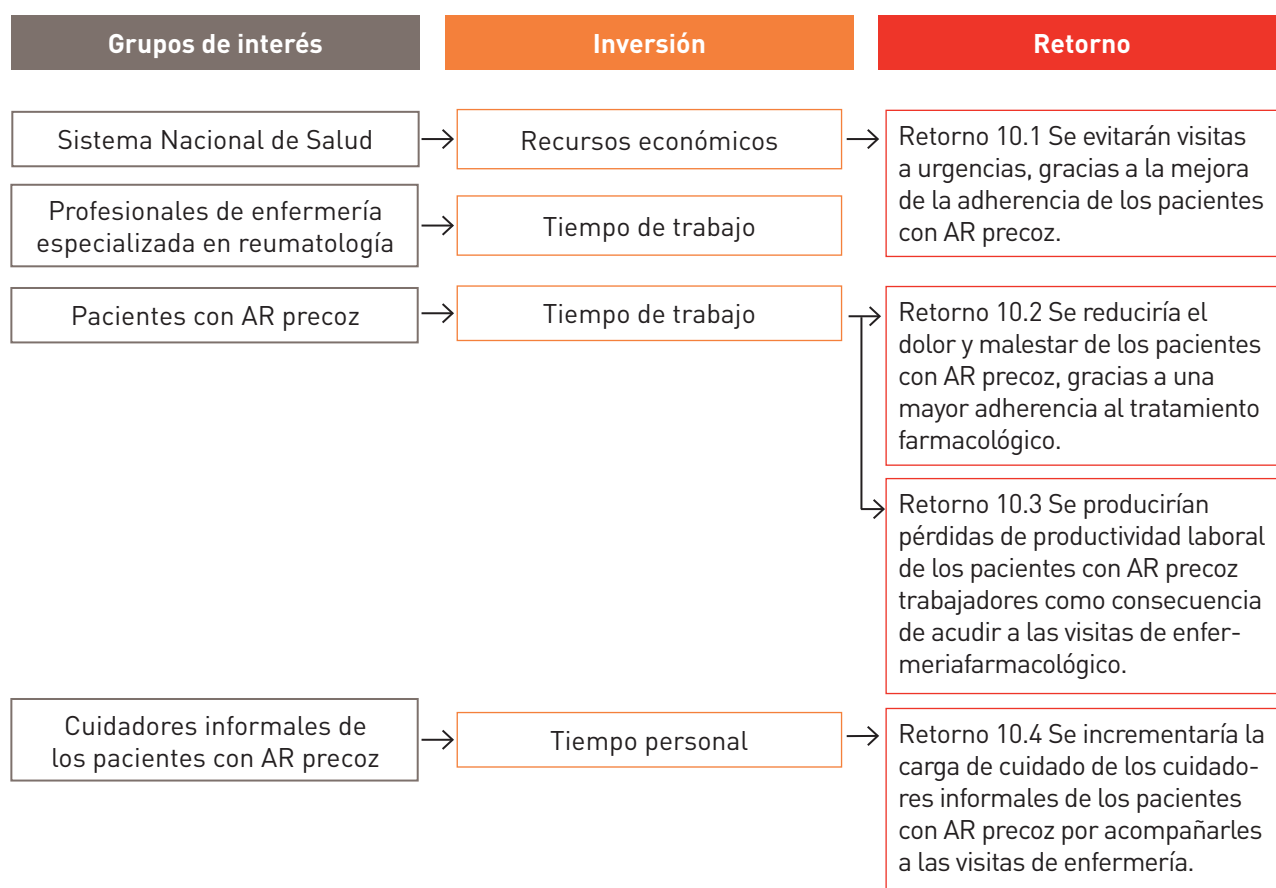
Alcance de la Propuesta 10: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR precoz.

OBJETIVO:	Mejorar la adherencia farmacológica de los pacientes con AR precoz.
------------------	---

CONTENIDO:	Esta propuesta incluye el coste de dos visitas individuales al año para cada paciente con AR precoz para la formación en adherencia y uso de medicamentos por parte de los profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología.
-------------------	--

JUSTIFICACIÓN:	<p>SITUACIÓN ACTUAL</p> <p>Actualmente existen programas de adherencia terapéutica a nivel nacional y por CC.AA., centrados principalmente en pacientes mayores polimedicados¹¹⁵. Por otro lado, no todos los servicios disponen de una enfermera especializada.¹⁰⁷</p> <p>SITUACIÓN IDEAL</p> <p>Los factores más relevantes que contribuyen a la falta de adherencia farmacológica de los pacientes son la complejidad de la terapia, la falta de conocimiento de su enfermedad y de su tratamiento, la falta de apoyo familiar, la falta de una relación adecuada paciente-médico y la ausencia de síntomas. Por ello, las acciones para mejorar la adherencia farmacológica de los pacientes podrían agruparse en cinco grandes categorías: técnicas, conductuales, educacionales, apoyo social y sistema sanitario. Poniendo el foco en la parte educacional, se trata de buscar la medida para que los pacientes reciban una formación adecuada acerca de su enfermedad y tratamiento, así como sobre la importancia de la adherencia al mismo.^{115,116}</p> <p>ALTERNATIVA PROPUESTA</p> <p>La técnica educacional resulta de utilidad para todo tipo de incumplidores, por lo que se contemplan dos visitas individuales al año para cada paciente con AR precoz con enfermería para la formación en adherencia y uso de medicamentos.^{117,118}</p> <p>Esta propuesta se complementa con la creación de consultas propias de enfermería en reumatología (propuesta 9).</p>
-----------------------	---

El total de la inversión = **266.290 €** / El retorno total ascendería a **1.446.748 €**



Propuesta 11. Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR precoz

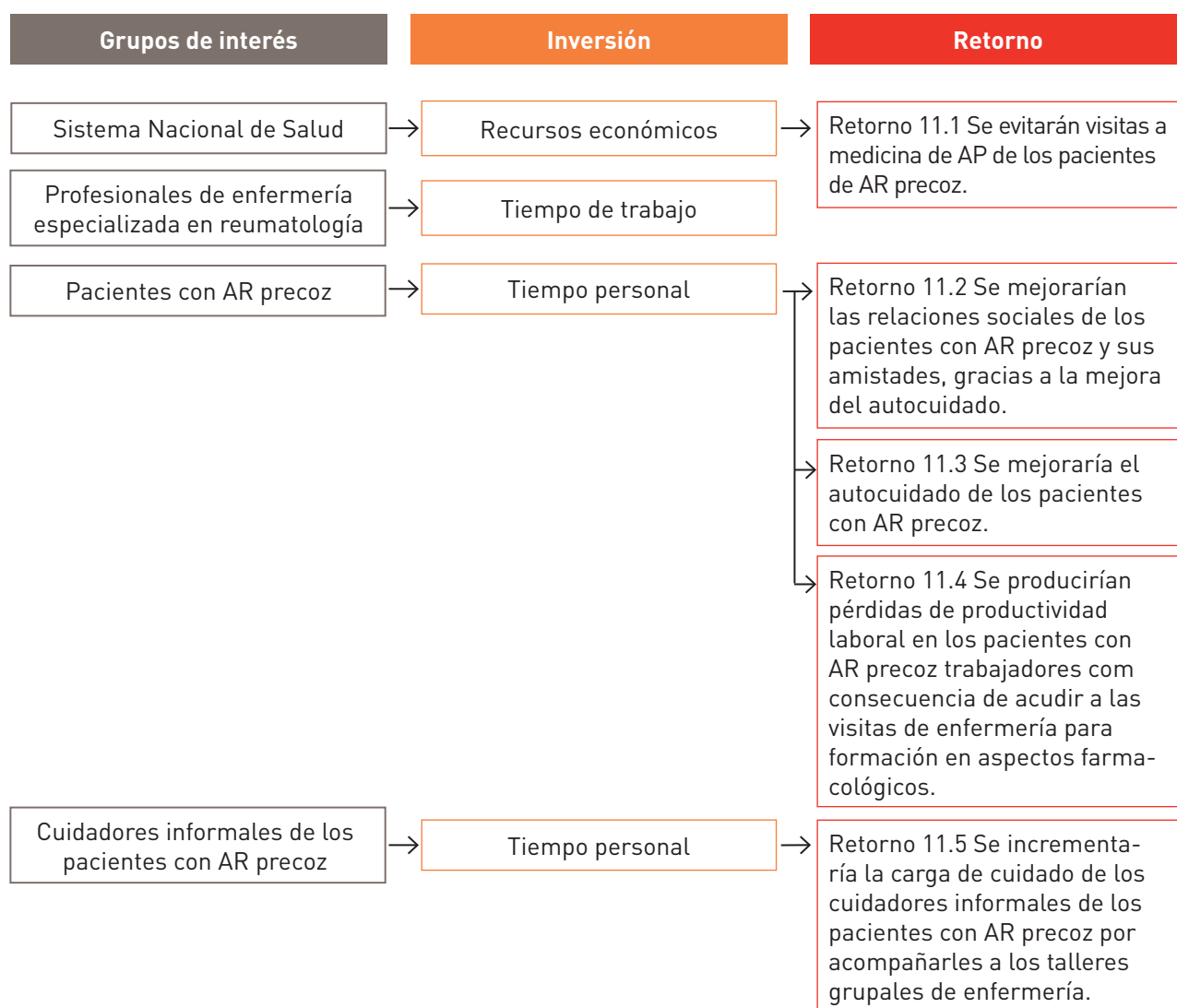
Alcance de la Propuesta 10: Formación y adherencia sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR precoz.

OBJETIVO:	Mejorar la formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad y el autocuidado de los pacientes con AR precoz.
------------------	--

CONTENIDO:	Esta propuesta incluye dos visitas grupales por paciente con AR precoz al año para la formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad por parte de los profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología.
-------------------	---

JUSTIFICACIÓN:	<p>SITUACIÓN ACTUAL</p> <p>La educación al paciente incluye temas afines a la enfermedad y a los tratamientos farmacológicos disponibles, como se indicó en la propuesta 10, pero también actividades enfocadas a mejorar el autocuidado y el conocimiento de los pacientes sobre los aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad¹¹⁷. Actualmente no existen consultas de enfermería propias en todos los hospitales con unidad de reumatología.¹⁰⁷</p> <p>SITUACIÓN IDEAL</p> <p>La mejora del autocuidado de los pacientes con AR se puede conseguir a través de programas específicos, principalmente educativos¹²⁰. Los profesionales de enfermería especializada en reumatología son los que deberían ocuparse de esta educación al paciente con AR, a nivel individual o grupal, abarcando todos los aspectos no farmacológicos de la enfermedad, como son el ejercicio o la dieta.^{5,111,116,117,121}</p> <p>ALTERNATIVA PROPUESTA</p> <p>La técnica educativa resulta de utilidad para todo tipo de incumplidores, por lo que esta propuesta contempla dos visitas grupales al año para cada paciente con AR precoz con el profesional de enfermería para la formación en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad.^{117,118}</p> <p>Esta propuesta se complementa con la creación de consultas propias de enfermería en reumatología (propuesta 9).</p>
-----------------------	--

El total de la inversión = **480.523 €** / El retorno total ascendería a **1.471.686 €**



Propuesta 12. Abordaje asistencial integral de otros aspectos intangibles

Alcance de la Propuesta 12: Abordaje asistencial integral de otros aspectos intangibles.

OBJETIVO: Mejorar la formación en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad y el autocuidado de los pacientes con AR precoz.

CONTENIDO:

- Una visita anual a enfermería de reumatología para la valoración integral del paciente (funcionalidad y CVRS) para todos los pacientes con AR precoz.
- Cuatro visitas individuales el primer año tras el diagnóstico (de media) a psicología para los pacientes con AR precoz que presentan afectación psicológica, para la evaluación y tratamiento de factores relacionados con la pérdida de CVRS.
- Una visita anual a trabajo social para la evaluación de necesidades relacionadas principalmente necesidad de cuidados, con los ámbitos de discapacidad, laboral, económico y social para todos los pacientes con AR precoz.

JUSTIFICACIÓN: **SITUACIÓN ACTUAL**

Los aspectos intangibles de la AR son difíciles de cuantificar, pero sí se sabe que la pérdida de CVRS de los pacientes con AR es significativa³⁶. Esta pérdida se relaciona con aspectos como dolor, fatiga, estado emocional, sexualidad...⁶²

Dos de cada tres pacientes con AR consideran que el dolor y el cansancio ha afectado negativamente a su CV. Además, a pesar de considerarse una patología fundamentalmente física, su afectación psicológica no es desdeñable: el 11,7% no acepta la enfermedad, el 27,5% tiene cambios bruscos de humor y el 32,5% siente que su carácter es más triste/serio tras el diagnóstico. Respecto a las relaciones con otras personas, la sexualidad es el elemento que consideran más afectado.⁶²

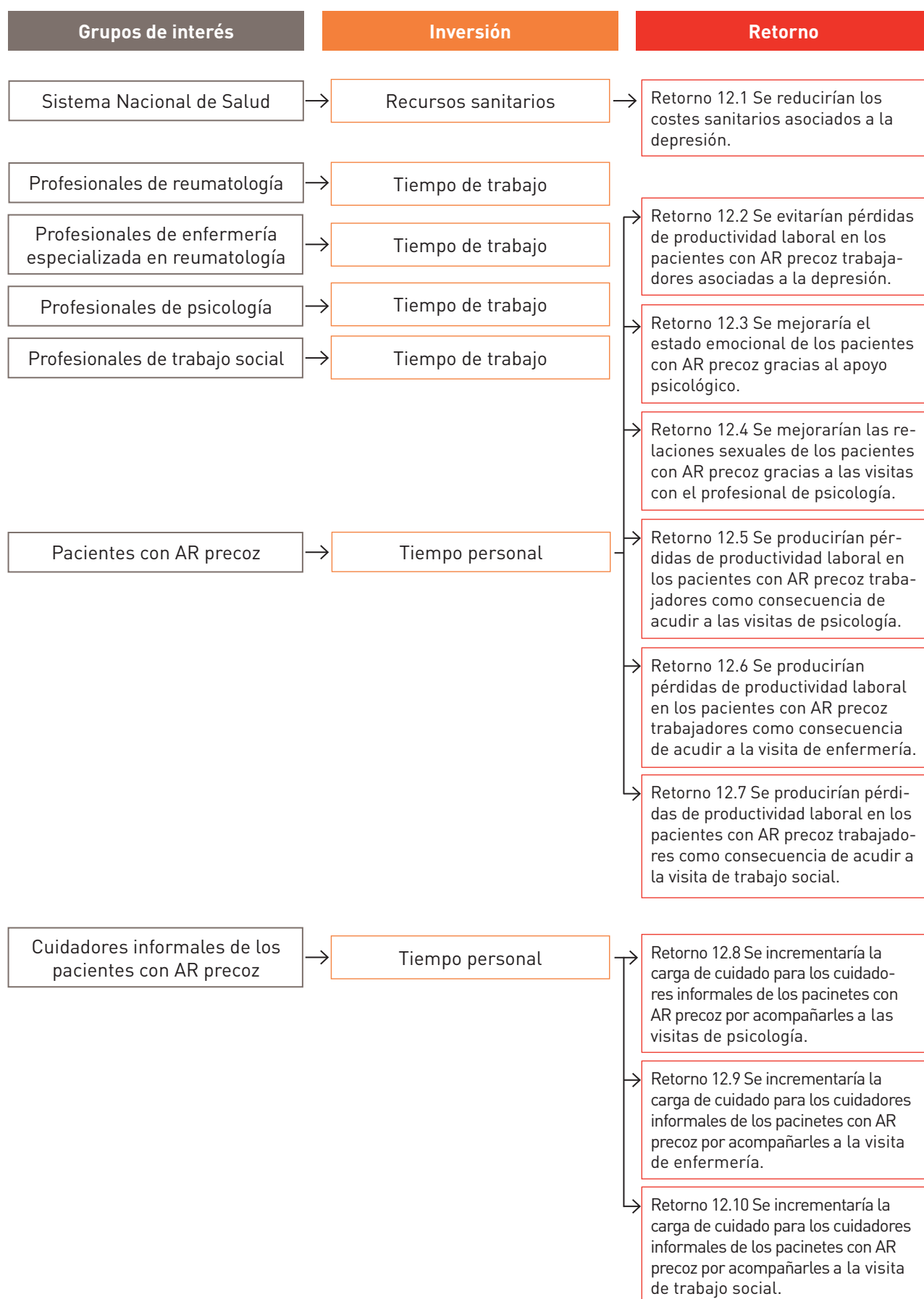
SITUACIÓN IDEAL

La guía de práctica clínica para el manejo de la AR incluye dentro de la evaluación específica de la AR, la evaluación de la discapacidad: física, capacidad laboral, aspectos psicológicos y sociales. Asimismo, la evaluación del pronóstico contempla una estimación continuada del pronóstico de la enfermedad, que incluye tanto factores psicológicos como sociales³¹. La valoración integral del paciente contribuye a complementar la atención médica y mejorar la calidad asistencial.¹⁰⁸

ALTERNATIVA PROPUESTA

El abordaje de los aspectos intangibles se plantea desde tres perspectivas. En primer lugar, una evaluación anual por parte de enfermería, de la CVRS a través de la administración de cuestionarios genéricos y específicos. En segundo lugar, las visitas a psicología podrían darles el apoyo necesario para afrontar el temor, la incertidumbre, los cambios en el carácter, la soledad, los problemas en la relación de pareja y/o familiares, etc.⁸⁰ Se plantean 4 sesiones de media, lo que implica que a partir de la valoración inicial psicológica se establecería el número de visitas y la frecuencia que cada paciente necesite. Finalmente, una visita anual a trabajo social para la evaluación de las cuestiones relacionadas con los ámbitos de discapacidad, laboral, económico, etc. consecuencia de la patología.

El total de la inversión = **1.909.836 €** / El retorno total ascendería a **6.042.553 €**



Propuestas del Área de AR establecida

Propuesta 13. Estrategias Treat to Target y control estrecho

Alcance de la Propuesta 13: Estrategias Treat to Target y control estrecho.

OBJETIVO: Aplicar estrategias Treat to Target y control estrecho en el seguimiento de los pacientes con AR establecida, para controlar la actividad de la enfermedad a medio y largo plazo y modificar el pronóstico.

CONTENIDO: Esta propuesta incluye el coste de las visitas adicionales al profesional de reumatología necesarias para aplicar la estrategia T2T, para aquellos pacientes con AR establecida donde actualmente no se cumple.

JUSTIFICACIÓN: **SITUACIÓN ACTUAL**
En el año 2010 se publicaron recomendaciones internacionales, llamadas Treat to Target (T2T) o estrategia de tight control (control estrecho), destinadas a conseguir resultados terapéuticos óptimos⁸², que se han ido actualizando con el avance de la evidencia científica en torno a la AR⁸³. Sin embargo, según el proyecto AR Excellence de la SER, en España tan sólo un 34,3% de los hospitales con unidad de reumatología son valorados como excelentes en función de si cumplen o no los criterios T2T.⁸⁴

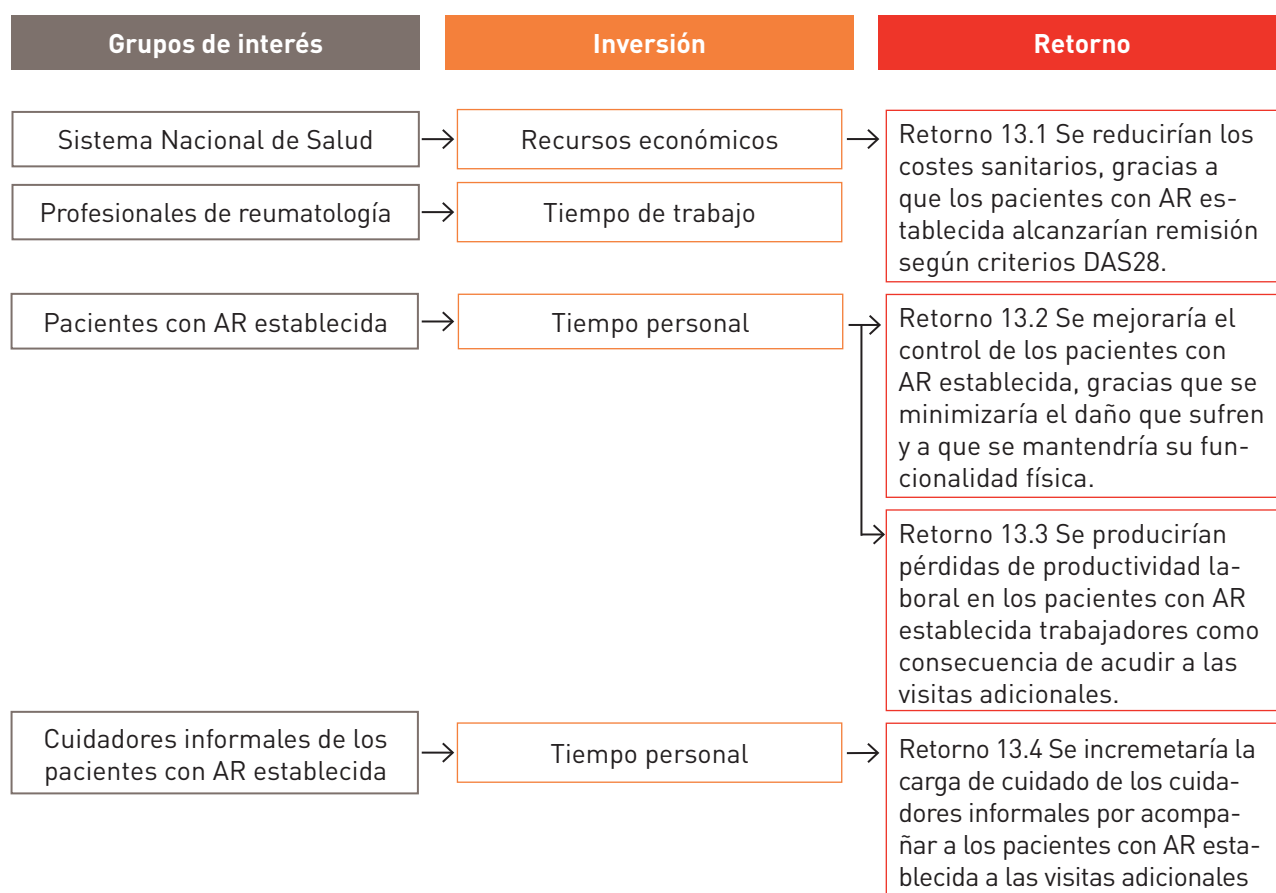
SITUACIÓN IDEAL

Es importante que en cada visita se realicen los ajustes terapéuticos necesarios en función de si se han conseguido los objetivos o no^{85,125}. El objetivo es alcanzar la remisión o la baja actividad de la inflamación, con un tratamiento hacia el objetivo o un control adecuado y estricto de los pacientes, consiguiendo a su vez mejorar la relación entre el paciente y el profesional de reumatología. Estudios previos sobre el uso de la estrategia T2T han demostrado claras ventajas en AR establecida.^{87,125}

ALTERNATIVA PROPUESTA

Para alcanzar el control adecuado de los pacientes con AR establecida siguiendo los criterios de la estrategia T2T se plantean ocho visitas adicionales al profesional de reumatología, en aquellos casos en que no se cumpla la excelencia en este punto. Por otro lado, el tratamiento por objetivos no tendría que implicar necesariamente la aplicación de terapias más costosas. De hecho, se podría llegar a disminuir el uso de las terapias biológicas gracias a la mejora en el empleo de las terapias convencionales.^{88,89}

Cálculo estimado del total de la inversión = **48.184.745 €** / El retorno total ascendería a **235.759.917 €**



Propuesta 14. Coordinación entre atención primaria y atención especializada para el tratamiento y seguimiento del paciente

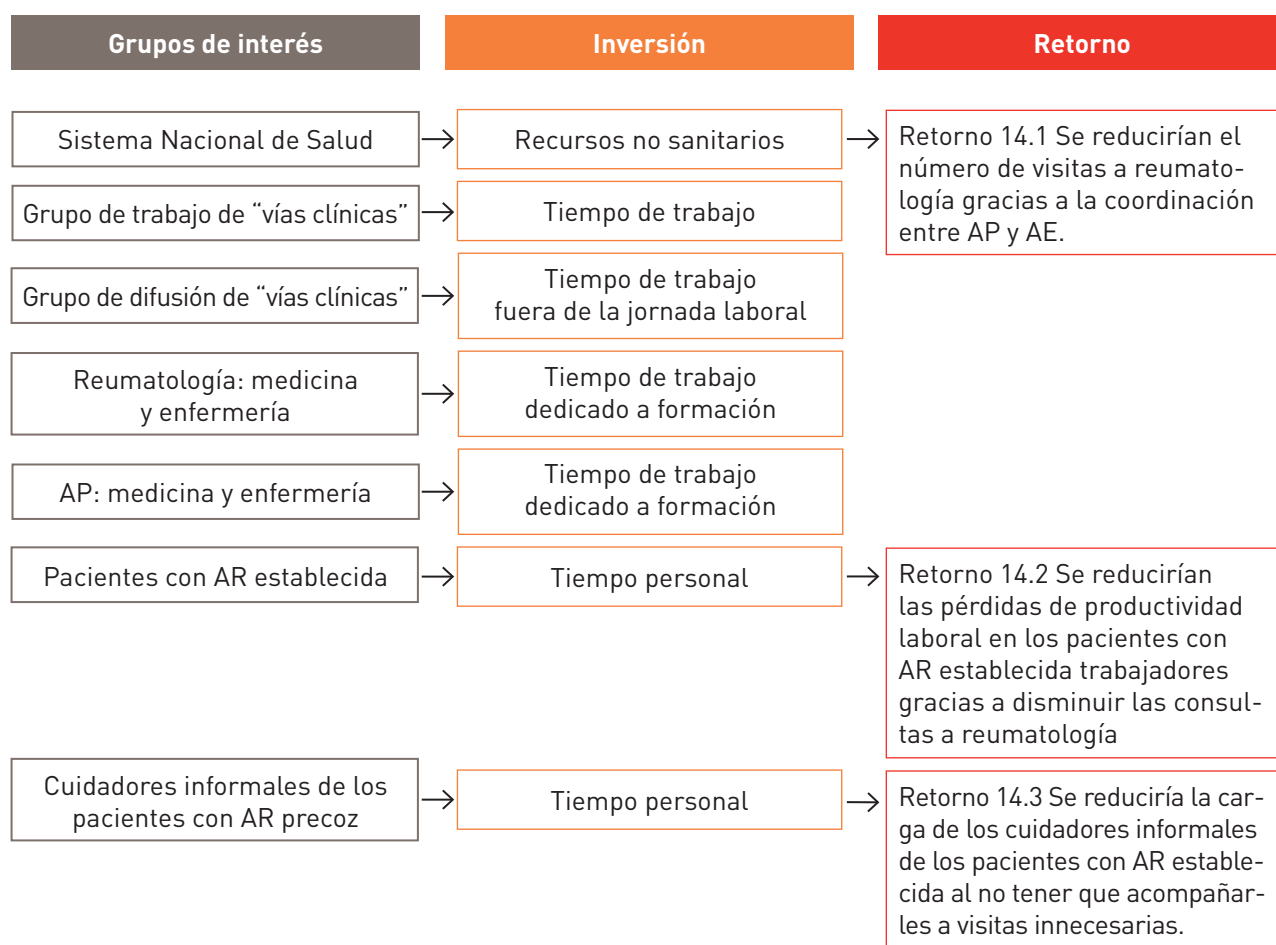
Alcance de la Propuesta 14: Coordinación entre atención primaria y atención especializada para el tratamiento y seguimiento del paciente.

OBJETIVO:	Mejorar la calidad asistencial de los pacientes con AR establecida respecto a su tratamiento y seguimiento.
------------------	---

CONTENIDO:	<ul style="list-style-type: none">• La optimización del uso de la Historia Clínica Digital mediante su mantenimiento y formación/reciclaje a los profesionales sanitarios sobre su uso.• Un grupo de trabajo para la creación de vías clínicas, que incluya al menos: un profesional de gestión hospitalaria, un jefe de servicio de reumatología, un profesional de enfermería reumatológica, un profesional de medicina de AP y un profesional de enfermería de AP.• La difusión de las vías clínicas en todas las zonas básicas de salud.
-------------------	--

JUSTIFICACIÓN:	<p>SITUACIÓN ACTUAL</p> <p>En la actualidad existen dificultades en la relación entre AP y AE como, por ejemplo, la falta de comunicación, la falta de consideración profesional, o el desconocimiento de la actividad realizada en el otro nivel asistencial¹²⁶. La SER recomienda medidas de formación y protocolos consensuados con AP, con una comunicación fluida entre los dos niveles que permita evaluar el grado de eficacia de los protocolos, recordar su vigencia y demostrar su utilidad.³¹</p> <p>Por otro lado, aunque ya existe el sistema de Historia Clínica Digital del SNS, los datos disponibles indican que todavía existe una CC.AA. sin activar su perfil emisor (Cataluña) y que en todo el territorio nacional la cobertura de población es del 77,36% existiendo aún grandes diferencias en el número total de informes clínicos autorizados para emisión entre las distintas CC.AA..¹²⁷</p> <p>SITUACIÓN IDEAL</p> <p>El profesional de reumatología es una figura esencial en la coordinación con AP y otras especialidades. Los protocolos de derivación podrían ayudar a la integración de la gestión reumatológica con AP^{71,72}. Por otro lado, la Historia Clínica Digital debería ser una de las principales fuentes para identificar las comorbilidades de los pacientes^{72,128}, y el desarrollo de consultas virtuales con AP y otras especialidades supone una apuesta muy prometedora para el tratamiento y seguimiento de los pacientes¹²⁹ y pueden ahorrar el 50% de las visitas al especialista.¹²⁹</p> <p>ALTERNATIVA PROPUESTA</p> <p>Aunque la Historia Clínica Digital y algunos protocolos ya están implantados, parece seguir habiendo carencias en la coordinación asistencial^{114,126}. Por ello, esta propuesta contempla fomentar el uso de la Historia Clínica Digital como medio de comunicación entre las distintas especialidades. Asimismo, supone un intento de organizar el flujo de los pacientes dentro del Sistema Nacional de Salud para un mejor seguimiento y tratamiento de los mismos.</p>
-----------------------	---

Cálculo estimado del total de la inversión = **2.611.029 €** / El retorno total ascendería a **5.785.982 €**



Propuesta 15. Equidad en acceso a todos los fármacos disponibles comercializados

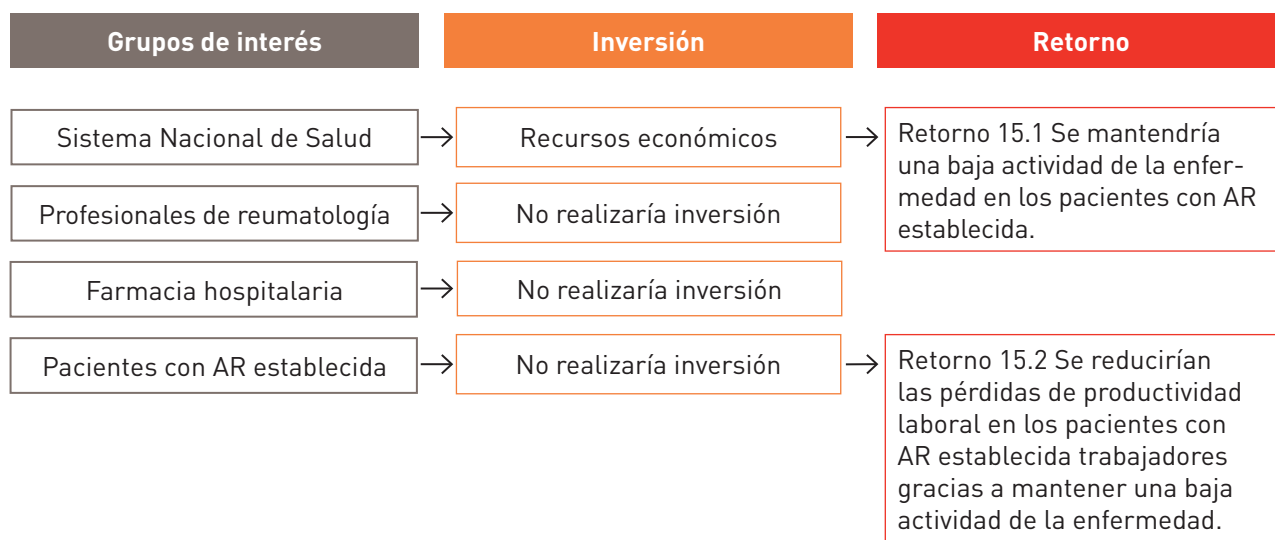
Alcance de la Propuesta 15: Equidad en el acceso a todos los fármacos disponibles comercializados.

OBJETIVO:	Ofrecer una alternativa de tratamiento farmacológico a los pacientes con AR de moderada a grave que no hayan respondido adecuadamente o que son intolerantes a uno o más FAMEs.
------------------	---

CONTENIDO:	Esta propuesta contempla tratar a los pacientes con AR de moderada a grave que no hayan respondido adecuadamente o que son intolerantes a uno o más FAMEs, con la siguiente línea de tratamiento: biológicos y/o inhibidores de Jak quininas. ¹³⁰⁻¹³²
-------------------	--

JUSTIFICACIÓN:	<p>SITUACIÓN ACTUAL</p> <p>La principal esperanza de los pacientes cuando piensan en los tratamientos es que no cese la investigación y la búsqueda de nuevos fármacos que posibiliten tanto la mejoría de la evolución de la AR, como el control del principal síntoma, el dolor.⁶²</p> <p>En España, el 36,8% de los pacientes con AR reciben terapia biológica, con un tiempo medio de inicio del tratamiento desde el diagnóstico de 60,8 meses. Sin embargo, la proporción de pacientes tratados con biológicos varía según el centro, y oscila entre el 3,6% y el 71,4%. Además de las características de los pacientes, las características del centro influyen en dicha prescripción: la proporción es mayor en centros con mayor complejidad.¹⁰⁷</p> <p>SITUACIÓN IDEAL</p> <p>El tratamiento de la AR debería realizarse dentro de la llamada “ventana de oportunidad”. El objetivo terapéutico es la remisión, situación en que la enfermedad no tiene síntomas clínicos, ni presenta progresión del daño estructural o discapacidad. Cuanto antes se alcanza la remisión, mejor es el desenlace.¹</p> <p>Ante la falta de respuesta del paciente, el uso de otros biológicos que no sean anti-TNF frente a un segundo anti-TNF produce, en mayor medida, respuesta buena o moderada, baja actividad de la enfermedad y remisión¹³³. La falta de respuesta adecuada a algunos tratamientos plantea la necesidad de fármacos nuevos accesibles para todos los pacientes.</p> <p>ALTERNATIVA PROPUESTA</p> <p>Aunque la propuesta original surgida en el Grupo Multidisciplinar de Trabajo era “Equidad en el acceso a todos los fármacos disponibles comercializados”, la inversión contemplada no ha podido abarcarla en su totalidad, debido a varias razones: por un lado, la imposibilidad de determinar la disposición real de cada medicamento en cada CC.AA. (y dentro de ésta, en cada hospital); por otro, la inexistencia de una evidencia fuerte que genere una escala de prioridad terapéutica. Por ello, se ha modificado la propuesta inicial a una versión más conservadora, y realista a la vez, incluyendo la inversión que supondría tratar a los pacientes con AR activa de moderada a grave que no han respondido adecuadamente, o que son intolerantes a uno o más FAMEs.</p> <p>OBSERVACIONES</p> <p>No se han considerado los medicamentos de dispensación en oficina de farmacia comunitaria, pues se presume que todos los pacientes con AR tienen acceso universal a todos ellos.</p>
-----------------------	---

Cálculo estimado del total de la inversión = **104.181.454 €** / El retorno total ascendería a **85.427.660 €**



Propuesta 16. Consultas propias de enfermería en reumatología en AR establecida

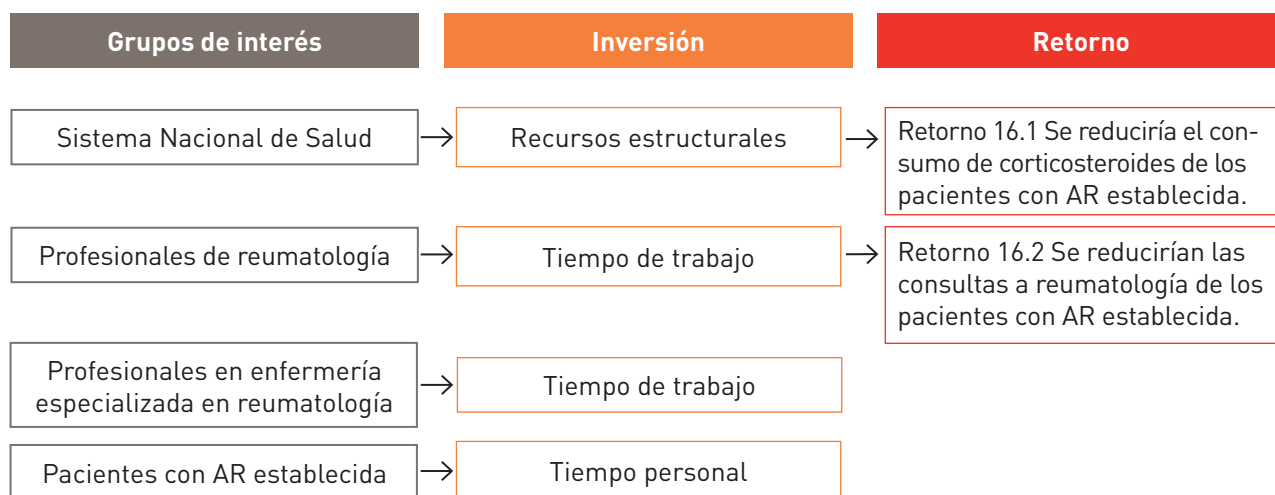
Alcance de la Propuesta 16: Consultas propias de enfermería en reumatología en AR establecida.

OBJETIVO:	Creación de una consulta de enfermería en reumatología (en caso de no existir) en los hospitales que dispongan de servicio de reumatología para la atención de pacientes con AR establecida.
------------------	--

CONTENIDO:	La inversión de esta propuesta está contemplada en las propuestas 17 (formación en aspectos farmacológicos) y 18 (formación en otros aspectos no farmacológicos).
-------------------	---

JUSTIFICACIÓN:	<p>SITUACIÓN ACTUAL</p> <p>En España, tan solo el 42,2% de los hospitales con servicio de reumatología dispone de consulta de enfermería¹⁰⁷. Es más, en algunos casos, el servicio de reumatología dispone tan sólo de un profesional médico para atender a la población de referencia del hospital, soportando una gran carga de trabajo.⁶³</p> <p>SITUACIÓN IDEAL</p> <p>Los estándares de calidad asistencial en reumatología establecen que una unidad de reumatología debe contar con al menos 3 reumatólogos y una consulta de enfermería⁷³. Esta consulta es primordial para la actividad asistencial^{72,108}, y para crearla es necesario dotarla con recursos humanos y materiales.¹⁰⁹</p> <p>Este profesional de enfermería debe estar formado en enfermedades reumatológicas y tener capacidad de decisión para la resolución de problemas de los pacientes, siendo el enlace con el profesional de reumatología. Este profesional también ayudaría a realizar una valoración integral del paciente, poner y controlar el tratamiento, educar en aspectos clave de la enfermedad e informar tanto a pacientes como a familiares sobre posibles dudas.^{108,110,111}</p> <p>ALTERNATIVA PROPUESTA</p> <p>Se trataría de dotar de una consulta de enfermería reumatológica a los hospitales que tengan servicio de reumatología, pero no dispongan de consulta enfermera. Para ello, se contempla una consulta de enfermería por hospital con servicio de reumatología, dotada con un profesional de enfermería, ya que se aconseja que haya uno por cada 5 reumatólogos¹¹² y en España cada servicio de reumatología tiene 5 reumatólogos en mediana.⁵⁹</p> <p>En este abordaje se establecerían las siguientes visitas anuales al servicio de enfermería reumatológica: 2 para formación en aspectos farmacológicos (propuesta 17) y 2 para formación en aspectos no farmacológicos vinculados a la patología (propuesta 18).</p>
-----------------------	--

Cálculo estimado del total de la inversión = **0 €** / El retorno total ascendería a **16.455.660 €**



Propuesta 17. Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR establecida

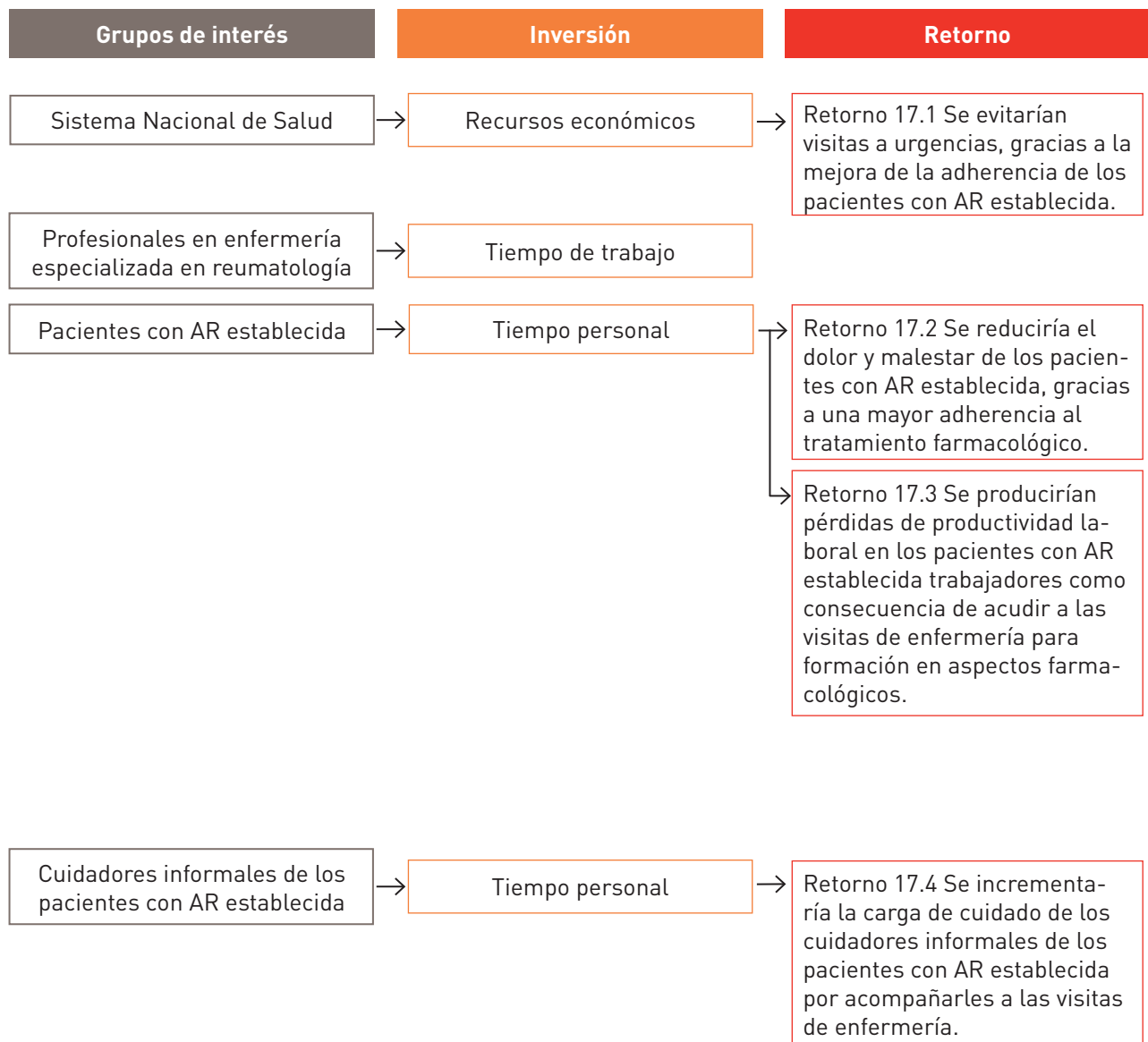
Alcance de la Propuesta 17: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR establecida.

OBJETIVO:	Mejorar la adherencia farmacológica de los pacientes con AR establecida.
------------------	--

CONTENIDO:	Esta propuesta incluye el coste de dos visitas individuales al año para cada paciente con AR establecida para la formación en adherencia y uso de medicamentos por parte de los profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología.
-------------------	---

JUSTIFICACIÓN:	<p>SITUACIÓN ACTUAL</p> <p>Actualmente existen programas de adherencia terapéutica a nivel nacional y por CC.AA., centrados principalmente en los pacientes mayores polimedicados¹¹⁵. Por otro lado, no todos los servicios de reumatología disponen de una enfermera especializada.¹⁰⁷</p> <p>SITUACIÓN IDEAL</p> <p>Los factores más relevantes que contribuyen a la falta de adherencia farmacológica de los pacientes son la complejidad de la terapia, la falta de conocimiento de su enfermedad y de su tratamiento, la falta de apoyo familiar, la falta de una relación adecuada paciente-médico y la ausencia de síntomas. Por ello, las acciones para mejorar la adherencia farmacológica de los pacientes podrían agruparse en cinco grandes categorías: técnicas, conductuales, educacionales, apoyo social y sistema sanitario. Poniendo el foco en la parte educacional, se trata de buscar la medida para que los pacientes reciban una formación adecuada acerca de su enfermedad y tratamiento, así como sobre la importancia de la adherencia al mismo.^{115,116}</p> <p>ALTERNATIVA PROPUESTA</p> <p>La técnica educacional resulta de utilidad para todo tipo de incumplidores, por lo que esta propuesta contempla dos visitas individuales al año para cada paciente con AR establecida con el profesional de enfermería para la formación en adherencia y uso de medicamentos.^{117,118}</p> <p>Esta propuesta se complementa con la creación de consultas propias de enfermería en reumatología (propuesta 16).</p>
-----------------------	--

Cálculo estimado del total de la inversión = **7.391.565 €** / El retorno total ascendería a **20.306.176 €**



Propuesta 18. Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR establecida

Alcance de la Propuesta 18: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR establecida.

OBJETIVO: Mejorar la formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad y el autocuidado de los pacientes con AR establecida.

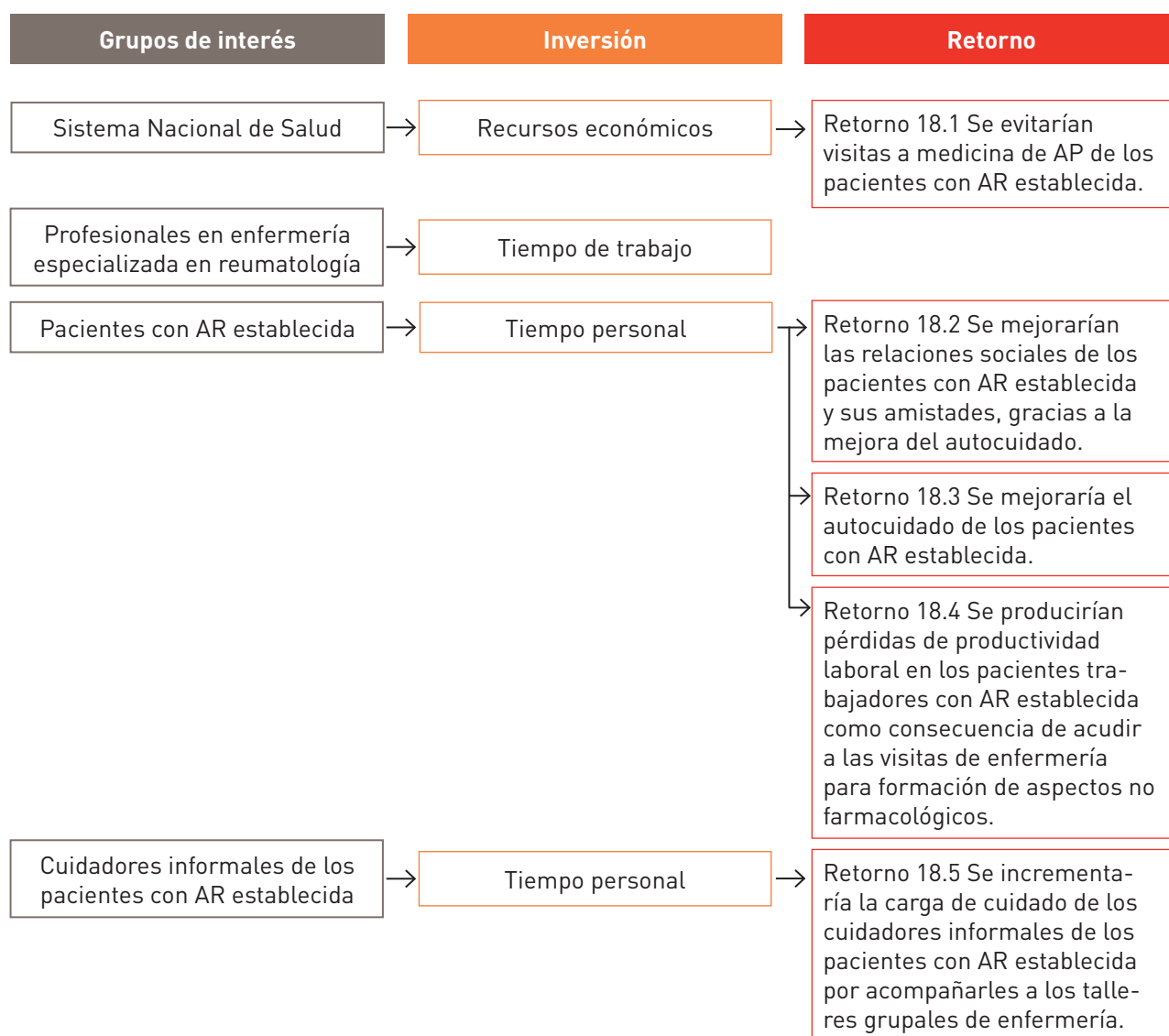
CONTENIDO: Esta propuesta incluye dos visitas grupales por paciente con AR establecida al año para la formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad por parte de los profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología.

JUSTIFICACIÓN: **SITUACIÓN ACTUAL**
La educación al paciente incluye temas afines a la enfermedad y a los tratamientos farmacológicos disponibles, como se indicó visto en la propuesta 17, pero también actividades enfocadas a mejorar el autocuidado y el conocimiento de los pacientes sobre los aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad¹¹⁷. Actualmente no existen consultas de enfermería propias en todos los hospitales con unidad de reumatología.¹⁰⁷

SITUACIÓN IDEAL
La mejora del autocuidado de los pacientes con AR se puede conseguir a través de programas específicos, principalmente educacionales¹²⁰. Los profesionales de enfermería especializada en reumatología son los que deberían ocuparse de esta educación al paciente con AR, a nivel individual o grupal, abarcando todos los aspectos no farmacológicos de la enfermedad, como son la adherencia a recomendaciones sobre hábitos saludables (abandono del hábito tabáquico, ejercicio, dieta...)^{111,116,117,121}.

ALTERNATIVA PROPUESTA
La técnica educacional resulta de utilidad para todo tipo de incumplidores, por lo que esta propuesta contempla dos visitas grupales al año para cada paciente con AR establecida con el profesional de enfermería para la formación en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad.^{117,118}
Esta propuesta se complementa con la creación de consultas propias de enfermería en reumatología (propuesta 16).

Cálculo estimado del total de la inversión = **13.338.163 €** / El retorno total ascendería a **40.158.262 €**



Propuesta 19. Ampliación del horario de atención especializada

Alcance de la Propuesta 19: Ampliación del horario de atención especializada.

OBJETIVO: Compatibilizar la vida laboral de los pacientes con AR con el seguimiento de la patología, mediante un abanico mayor de tiempo para acudir a las visitas médicas.

CONTENIDO: Esta propuesta incluye la implantación de un horario deslizando en una parte de los profesionales de reumatología, mediante un incentivo salarial.

JUSTIFICACIÓN: **SITUACIÓN ACTUAL**
Si bien la conciliación personal y laboral es un derecho reconocido legalmente, a los pacientes trabajadores crónicos les resulta difícil de compaginar, ya que las visitas médicas se dan principalmente dentro de su horario laboral. En este punto confluyen los derechos de los pacientes con los de los profesionales sanitarios, por lo que llegar a un término medio es un reto de vital importancia para el conjunto de la sociedad. Algunos servicios de reumatología ya han propuesto como mejora la ampliación del horario a uno continuado de mañana y tarde según requerimientos.^{72,138}

SITUACIÓN IDEAL

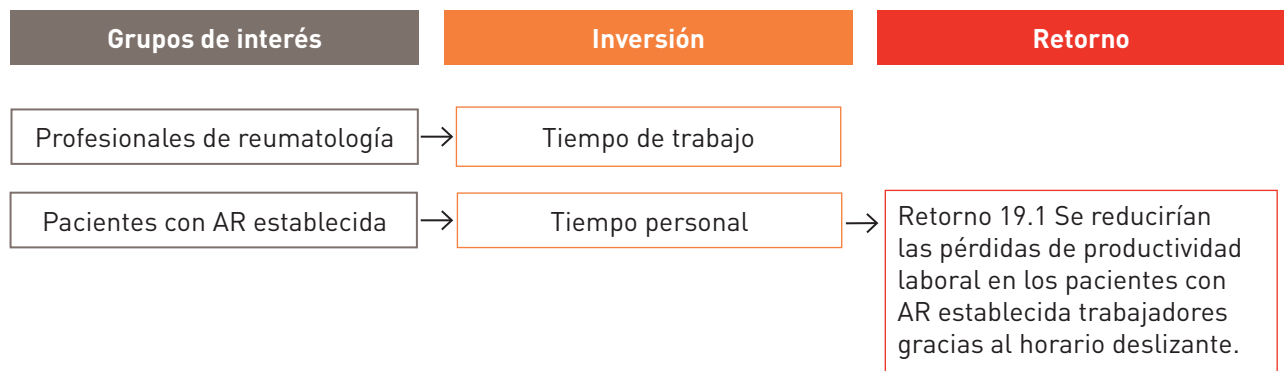
La implantación de un turno deslizando debe realizarse de forma equitativa, organizada y consensuada por la mayoría de los profesionales del centro¹³⁹. Además, dicha ampliación debe conllevar algún tipo de incentivo (salarial, por ejemplo) que pueda mantenerse en el tiempo.¹⁴⁰

Como principales ventajas del turno deslizando cabe destacar que facilitaría que los profesionales pidieran menos reducciones de jornada, mejoraría las jornadas de tarde fijas de algunos trabajadores, aumentaría la accesibilidad del usuario y favorecería la integración de ambos turnos para facilitar la consecución de una organización homogénea del centro¹³⁹. Por otro lado, estudios previos realizados en AP han mostrado ventajas en la implantación de un horario ampliado, vinculadas a la disminución del uso de urgencias.¹⁴¹⁻¹⁴³

ALTERNATIVA PROPUESTA

El caso base de esta propuesta plantea que un 10% de los profesionales de reumatología pasen a realizar horario de consulta deslizando.

Cálculo estimado del total de la inversión = **265.200 €** / El retorno total ascendería a **631.799 €**



Propuesta 20. Abordaje integral multidisciplinar e individualizado, asegurando el contacto con otros profesionales sanitarios

Alcance de la Propuesta 20: Abordaje integral multidisciplinar e individualizado, asegurando el contacto con otros profesionales sanitarios.

OBJETIVO: Mejorar el abordaje de los pacientes con AR establecida, para mantener su capacidad funcional e independencia.

CONTENIDO:

- 1 visita a rehabilitación para todos los pacientes.
- 22 sesiones de fisioterapia para los pacientes que deberían acudir.
- 14 sesiones de terapia ocupacional para pacientes con clase funcional III y IV.
- 2 visitas al servicio de dietética y nutrición para los pacientes obesos (IMC>30).
- 1 visita anual a trabajo social.⁵

JUSTIFICACIÓN: **SITUACIÓN ACTUAL**

Los tratamientos farmacológicos no han eliminado la necesidad de estrategias rehabilitadoras en el manejo de la AR. Sin embargo, el acceso a la rehabilitación parece limitado: en un periodo de estudio de 2 años, tan sólo el 6% de los pacientes con AR acudió a rehabilitación, el 7,3% recibió atención de fisioterapia y el 2,4% recibió asistencia social¹⁴⁴. Esto implica una pérdida tanto de CV como de independencia potencialmente evitables para muchos de ellos.

SITUACIÓN IDEAL

La rehabilitación comprende la evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad. Su finalidad principal en la AR es tratar las consecuencias de la enfermedad (dolor, debilidad muscular, limitación en las actividades diarias...) y prevenir el deterioro funcional. Para lograr sus objetivos se precisa de un equipo en el que participen diferentes especialidades, tales como terapia ocupacional, fisioterapia, psicología⁶ y trabajo social.³¹

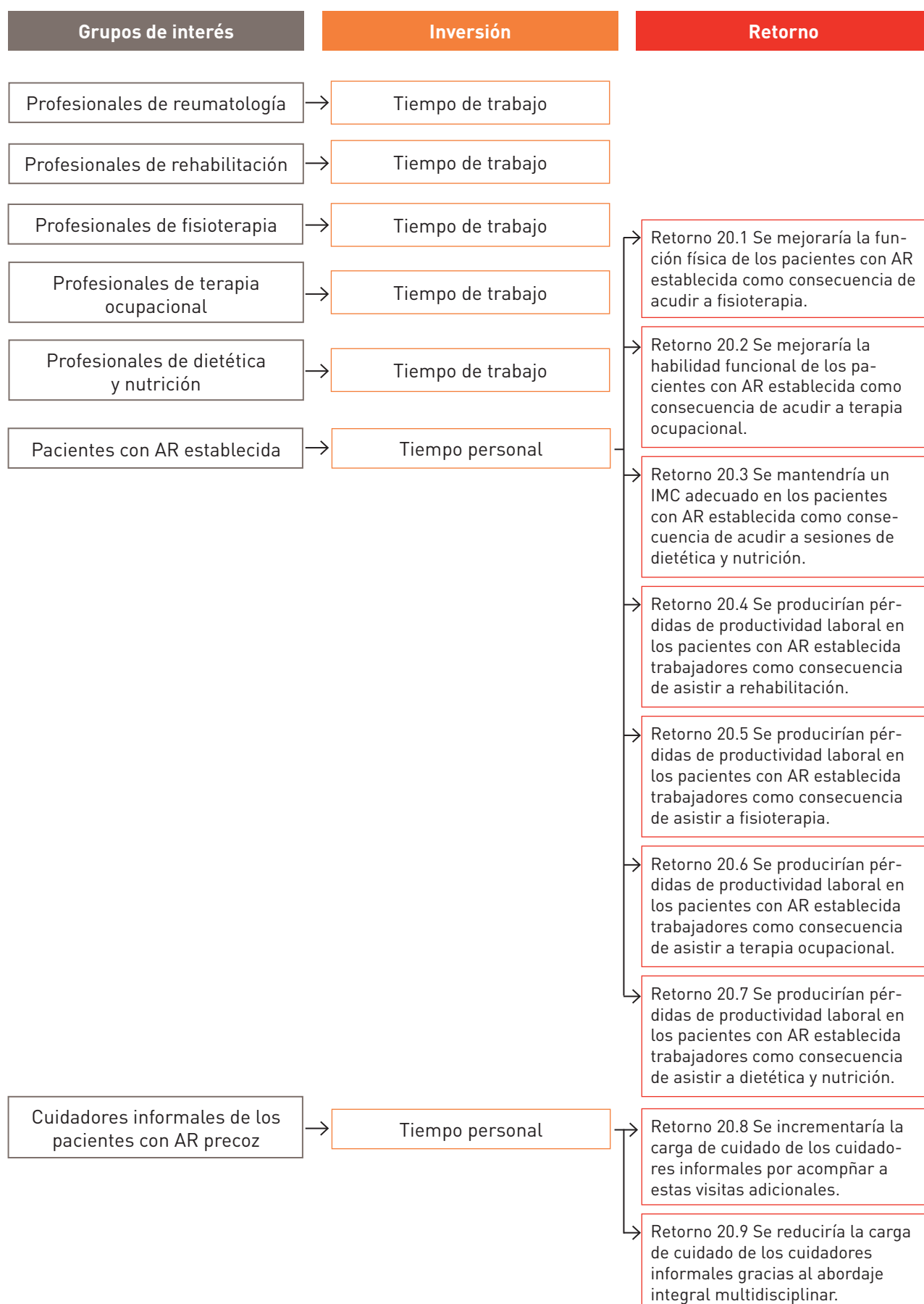
ALTERNATIVA PROPUESTA

Esta propuesta incluye solamente aquellas especialidades que según el GMT, tienen un menor acceso para los pacientes con AR, pero que son de relevancia para su CVRS. Por tanto, se entiende que cualquier paciente, en caso de necesidad, será derivado a traumatología, neumología, oftalmología o cardiología o cualquier otra especialidad requerida, por lo que estas visitas no se contemplan en la propuesta.

El establecimiento de una visita anual al médico rehabilitador supondría evaluar periódicamente las necesidades de fisioterapia. Ésta, combinada con la terapia ocupacional en las fases más avanzadas puede dar mejores resultados, con un incremento de la capacidad funcional^{31,145}. Finalmente, el consejo de dietética y nutrición ayudaría a combatir el sobrepeso y la obesidad en aquellos pacientes que lo padecen.

Cálculo estimado del total de la inversión = **79.126.279 €** / El retorno total ascendería a **407.046.914 €**

⁵La visita a trabajo social está desglosada en la Propuesta 22. ⁶ Debido a la necesidad de priorizar las propuestas con mayor votación, la integración del perfil de psicología en el abordaje ideal tuvo que quedarse fuera del listado final de propuestas.



Propuesta 21. Fomentar el papel de las asociaciones como elemento complementario a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud

Alcance de la Propuesta 21: Fomentar el papel de las asociaciones como elemento complementario a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

OBJETIVO: Mejorar la integración de las asociaciones de pacientes vinculadas a la AR en la atención de los pacientes con AR.

CONTENIDO:

- Dos charlas formativas al año en cada asociación de pacientes vinculada a la AR, dirigidas a los trabajadores de la asociación, por parte de profesionales sanitarios vinculados a la AR.
- Una charla formativa en cada hospital con servicio de reumatología al año dirigida a pacientes con AR, por parte de las asociaciones de pacientes.

JUSTIFICACIÓN: **SITUACIÓN ACTUAL**

El aumento de la esperanza de vida y de la prevalencia de las enfermedades crónicas y la multimorbilidad, plantea la necesidad de generar nuevos modelos organizativos y de provisión de servicios, en los cuales los pacientes asuman mayor responsabilidad y sean más activos en el cuidado de su salud¹⁴⁶. El marco de referencia que plantea la Organización Mundial de la Salud es el Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC), que aporta una visión más amplia que incluye a pacientes, familiares, sistemas de salud y comunidades. Tanto pacientes como familiares son los elementos más infraestimados del sistema sanitario.¹⁴⁷

En España, la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis) ha impulsado el programa “paciente activo”, cuyo objetivo es que las personas con AR sean capaces de entenderla y manejarla mejor, mientras que contribuyen a fomentar su visibilidad en la sociedad.¹⁴⁸

SITUACIÓN IDEAL

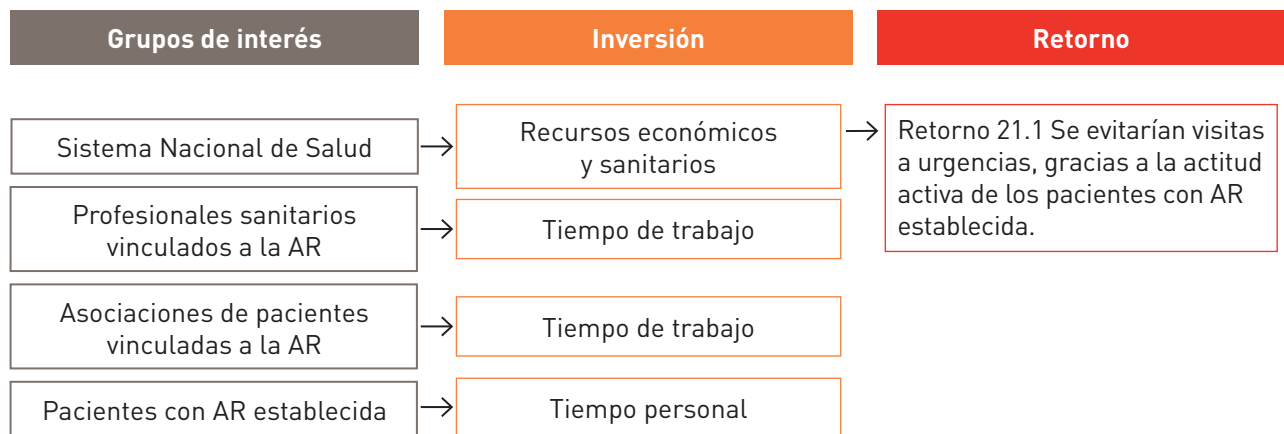
Hay evidencia que relaciona mejores hábitos de salud y menor uso de recursos sanitarios con pacientes más comprometidos y activos respecto a su enfermedad, comparados con los pacientes menos activos¹⁴⁹. Su potencial para influir en sus resultados en salud es innegable y sus capacidades deberían aprovecharse. El objetivo es que los pacientes y sus familias estén informados, motivados y tengan habilidades para manejar la enfermedad¹⁴⁷. En este sentido, las asociaciones de pacientes tienen mucho que decir.

En AR, una mayor autoeficacia (entendida como la creencia de un paciente en sus propias cualidades y sus efectos en la salud) se asocia al logro de metas, a la aceptación de la enfermedad, la resolución de problemas, la función física, la actividad física y la CV, así como menor intensidad del dolor, y menor ansiedad y depresión, por lo que podría tener un efecto positivo en el pronóstico de la AR.¹⁵⁰

ALTERNATIVA PROPUESTA

Proporcionar formación e información de calidad tanto a pacientes como a asociaciones de pacientes, directamente de los profesionales sanitarios que trabajan con los pacientes con AR, contribuiría al objetivo perseguido.

Cálculo estimado del total de la inversión = **386.800 €** / El retorno total ascendería a **799.969 €**



Propuesta 22. Atención a la discapacidad: coordinación socio-sanitaria y soporte social general

Alcance de la Propuesta 22: Atención a la discapacidad: coordinación socio-sanitaria y soporte social general.

OBJETIVO: Mejorar la protección social de los pacientes, a través de la detección, la valoración y el diagnóstico de las necesidades vinculadas a la AR y a la situación de discapacidad.

CONTENIDO: Esta propuesta incluye una visita anual al servicio de trabajo social para todos los pacientes con AR establecida.

JUSTIFICACIÓN: **SITUACIÓN ACTUAL**

La AR afecta a diferentes áreas de la vida de los pacientes y de sus cuidadores informales, por lo que es necesario que las dimensiones social y laboral no queden excluidas a la hora de abordar la patología¹⁴⁵. Tan sólo el 31,2% de los pacientes con AR tiene reconocido algún grado de discapacidad, y es posible que este porcentaje fuera mayor si más personas la solicitasen²⁴. La causa por la que no se solicita el reconocimiento del grado de discapacidad puede ser porque los baremos de discapacidad no tienen en cuenta aspectos importantes de la enfermedad que producen una merma en la actividad diaria de las personas con AR.

SITUACIÓN IDEAL

Las personas con AR deben conocer y asumir sus capacidades y limitaciones, y quien lo necesite debería solicitar el reconocimiento del grado de discapacidad para obtener plena protección jurídica. Por ello, en los informes médicos de los especialistas deberían reflejarse claramente las dificultades de la persona con AR que quiere solicitar una discapacidad. Los beneficios que de este reconocimiento se derivarían van desde las ayudas laborales (formación profesional ocupacional, apoyo al empleo...), las ayudas para el cuidado (ayuda a domicilio, centros de día...), hasta las ayudas sociales (adaptación de vivienda, transporte...) ¹⁵². No se trata de encontrar una solución única, sino una combinación de pequeños cambios y adaptaciones efectivas que generen un gran impacto en la vida de las personas con AR. Ser diagnosticado de AR no debería implicar necesariamente dejar de trabajar aunque algunas encuestas indican que el 32% de los pacientes abandonó el trabajo por causa de la AR²⁵, en torno a otro tercio están desempleados y, de estos, el 64% lleva más de dos años en dicha situación.²⁶

Para disminuir el impacto laboral y aumentar la presencia en el mercado laboral, es necesario crear una legislación sobre cronicidad que recoja la realidad y las necesidades, y que evite una situación de vulnerabilidad social.²⁴

Además, se ha percibido la necesidad de establecer una definición más amplia de incapacidad laboral, así como una nueva regulación del baremo de reconocimiento del grado de discapacidad en el que se incluya la AR así como otras patologías.²⁶

ALTERNATIVA PROPUESTA

El establecimiento de una visita anual al servicio de trabajo social para todos los pacientes con AR establecida permitiría revisar periódicamente sus necesidades sociales y laborales, ya que con el paso del tiempo podrían surgir otras nuevas.

En el contexto español de dificultades en el acceso laboral, esta propuesta es una alternativa al reconocimiento de una posible incapacidad laboral, ya que mantiene a los pacientes dentro del sistema laboral, lo que beneficia a toda la sociedad.

Cálculo estimado del total de la inversión = **14.958.608 €** / El retorno total ascendería a **57.238.960 €**

