Proyecto SROI-AR

Impacto clínico, asistencial,
económico y social del
abordaje ideal

de la **ARTRITIS**
REUMATOIDE
en comparación con
el abordaje actual

31 enero 2019

Realizado por:

weber®

Con la colaboración de:

Lilly

conartritis
COORDINADORA NACIONAL DE ARTRITIS

Proyecto SROI-AR

Impacto clínico, asistencial,
económico y social del
abordaje ideal

de la **ARTRITIS**
REUMATOIDE
en comparación con
el abordaje actual

31 enero 2019

Edita© Fundación Weber

C/ Moreto 17, 5º Dcha. / 28014, Madrid
Coordinación editorial: iris.sanpedro@weber.org.es

ISBN: 978-84-949427-4-7

Realizado por:

weber®

Con la colaboración de:

Lilly

conartritis
COORDINADORA NACIONAL DE ARTROSIS

[AUTORES]

María Merino¹, Yoana Ivanova¹, Teresa Gómez-García¹
Álvaro Hidalgo-Vega^{2,3}, Federico Díaz González^{4,7},
Rosario García de Vicuña^{5,7}, Laly Alcaide^{6,7},
Grupo Multidisciplinar de Trabajo
del Proyecto SROI-AR⁷.

¹ Weber, Economía y Salud

² Fundación Weber

³ Universidad de Castilla-La Mancha

⁴ Hospital Universitario de Canarias

⁵ Hospital Universitario de la Princesa

⁶ ConArtritis

⁷ Grupo Multidisciplinar de Trabajo del Proyecto SROI-AR

[GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE TRABAJO]

Dr. Federico Díaz González.

Médico Adjunto 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. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa.

D^a. Laly Alcaide.

Directora. ConArtritis.

D. Carlos Mur de Viu.

Director Gerente. Hospital Universitario de Fuenlabrada.

D. José Luis Trillo Mata.

Responsable Servicio Farmacéutico de Área de Salud del Departamento Clínico la Malvarrosa de Valencia.

D. Félix Rubial Bernárdez.

Gerente de la Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Vigo.

D^a. Jenny de la Torre Aboki.

Enfermera Especialista en Reumatología.

Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

D^a. Chus Lamas Díaz.

Jefa de Servicio de Farmacia. Hospital Clínico Universitario de Santiago.

Dra. Marta Redondo Delgado.

Profesora del Departamento de Psicología. Universidad Camilo José Cela.

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. Esther Chaperó.

Paciente con AR.

D^a. Susana Artero.

Cuidadora informal de paciente con AR.

[AGRADECIMIENTOS]

Los autores desean agradecer a todos los expertos de los Comités Consultores su participación en la fase de validación de las propuestas finales del proyecto:

- Comunidad Valenciana: Juan José Alegre Sancho, Jefe de Sección del Servicio de Reumatología del Hospital, Universitario Doctor Peset de Valencia; Anna Martínez Cristóbal, Coordinadora de Servicio de Reumatología del Hospital de la Ribera (Alzira); Mónica Climente, Jefa de Servicio de Farmacia del Hospital Universitario, Doctor Peset de Valencia; Álvaro Bonet, Gerente del Hospital Clínico Universitario de Valencia.
- Galicia: Javier de Toro, Jefe de Servicio de Reumatología del Hospital Universitario A Coruña; Antonio Mera Varela, Jefe de Servicio de Reumatología. H. C. de Santiago de Compostela; Luis Verde Remeseiro, Gerente de la EOXI de A Coruña; Eloína Núñez Masid, Gerente del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.
- Comunidad de Madrid: Raúl Veiga Cabello, Reumatólogo en el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla; José Manuel Rodríguez Heredia, Jefe de Unidad de Reumatología del Hospital Universitario de Getafe.

Índice

1	Abreviaturas	7
2	Glosario	8
3	Resumen ejecutivo	9
4	Introducción a la artritis reumatoide	14
4.1	Etiopatogenia	14
4.2	Epidemiología	14
4.3	Síntomas y comorbilidades	15
4.4	Clasificación de la AR	16
4.5	Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud	18
4.6	Necesidades no cubiertas en AR	19
4.7	Carga económica de la AR	20
5	Justificación	21
6	Objetivos	22
7	Metodología	23
7.1	Reuniones de trabajo con expertos	23
7.1.1	Participantes y funciones	23
7.1.1.1	Comité Asesor	23
7.1.1.2	Grupo de Expertos	24
7.1.1.3	Grupo Multidisciplinar de Trabajo	24
7.1.2	Dinámica de trabajo	24
7.1.2.1	Primera reunión con Comité Asesor	24
7.1.2.2	Segunda reunión con Grupo Multidisciplinar de Trabajo	25
7.2	SROI: Retorno Social de la Inversión	27
7.2.1	Inicios del método SROI	27
7.2.2	Introducción al método SROI	29
7.3	Otros aspectos metodológicos	33
8	Propuestas para la mejora del abordaje de la AR	34
9	Retorno Social de la Inversión de las propuestas para la mejora del abordaje de la AR	35
9.1	Grupos de interés	35
9.2	Marco general de la inversión y el retorno	37
9.3	Propuestas del área de Diagnóstico	39
9.3.1	Propuesta 1. Programas de educación y sensibilización social	39
9.3.2	Propuesta 2. Formación sobre el diagnóstico dirigida a medicina de atención primaria y urgencias	43
9.3.3	Propuesta 3. Ruta rápida de acceso desde atención primaria a reumatología	48
9.3.4	Propuesta 4. Ruta rápida de acceso desde atención especializada a reumatología	53
9.3.5	Propuesta 5. Atención psicológica tras diagnóstico	58
9.3.6	Resumen de la inversión y del retorno en el área de Diagnóstico	61

9.4	Propuestas del área de AR precoz	63
9.4.1	Propuesta 6. Estrategias Treat to Target y control estrecho. Tratamiento precoz con FAME tras diagnóstico	63
9.4.2	Propuesta 7. Consensuar el plan terapéutico (farmacológico y no farmacológico) con el paciente	67
9.4.3	Propuesta 8. Accesibilidad sin cita al especialista ante brotes o descompensaciones	73
9.4.4	Propuesta 9. Consultas propias de enfermería en reumatología en AR precoz	77
9.4.5	Propuesta 10. Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR precoz	80
9.4.6	Propuesta 11. Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR precoz	84
9.4.7	Propuesta 12. Abordaje asistencial integral de otros aspectos intangibles	88
9.4.8	Resumen de la inversión y del retorno en el área de AR precoz	93
9.5	Propuestas del área de AR establecida	95
9.5.1	Propuesta 13. Estrategias Treat to Target y control estrecho	95
9.5.2	Propuesta 14. Coordinación entre atención primaria y atención especializada para el tratamiento y seguimiento del paciente	99
9.5.3	Propuesta 15. Equidad en el acceso a todos los fármacos disponibles comercializados	103
9.5.4	Propuesta 16. Consultas propias de enfermería en reumatología en AR establecida	105
9.5.5	Propuesta 17. Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR establecida	109
9.5.6	Propuesta 18. Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR establecida	112
9.5.7	Propuesta 19. Ampliación del horario de atención especializada	117
9.5.8	Propuesta 20. Abordaje integral multidisciplinar e individualizado, asegurando el contacto con otros profesionales sanitarios	119
9.5.9	Propuesta 21. Fomentar el papel de las asociaciones como elemento complementario a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud	123
9.5.10	Propuesta 22. Atención a la discapacidad: coordinación socio-sanitaria y soporte social general	127
9.5.11	Resumen de la inversión y del retorno en el área de AR establecida	131
9.6	Ratio SROI	132
9.7	Análisis de sensibilidad	136
9.7.1	Metodología	136
9.7.2	Resultados	140
10	Conclusiones	143
11	Referencias	147
12	Índice de tablas	160
13	Índice de gráficos	168
14	Índice de figuras	169

1 Abreviaturas

Abreviatura	Descripción
ACPA	Anticuerpos contra péptidos citrulinados
ACR	<i>American College of Rheumatology</i>
AE	Atención especializada
AP	Atención primaria
AR	Artritis reumatoide
CC.AA.	Comunidad/es autónoma/s
CV	Calidad de vida
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
DAS/DAS28	<i>Disease Activity Score</i>
EQ-5D	<i>EuroQol-5 Dimensions</i>
EULAR	<i>European League Against Rheumatism</i>
FAMEs	Fármacos modificadores de la enfermedad
FR	Factor reumatoide
HAQ	<i>Health Assessment Questionnaire</i>
IP	Incapacidad permanente
IPC	Índice de Precios de Consumo
IT	Incapacidad temporal
IRIS	<i>Impact Reporting Investment Standards</i>
M-HAQ	<i>Modified HAQ</i>
M€	Millones de euros
PCR	Proteína C reactiva
REDF	<i>Roberts Enterprise Development Fund</i>
SDAI	<i>Simplified Disease Activity Index</i>
SF	<i>Short form</i>
SER	Sociedad Española de Reumatología
SEMFyC	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
SNS	Sistema Nacional de Salud
SROI	<i>Social Return on Investment</i> (Retorno Social de la inversión)
T2T	<i>Treat to target</i>
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VN	Valor normal
VSG	Velocidad de sedimentación globular
WPAI	<i>Work Productivity and Activity Impairment</i>

2 Glosario

Atribución	Porcentaje de un retorno que no se debe a la intervención evaluada, sino a la contribución de otras organizaciones o personas.
Decremento	Porcentaje de deterioro de un retorno a lo largo del tiempo. Se aplica sólo a partir del segundo año.
Desplazamiento	Porcentaje de un retorno que desplaza a otro retorno.
Duración	Tiempo (en general, años) que dura un <i>outcome</i> después de la intervención.
Impacto	Retorno derivado únicamente de la intervención evaluada. Implica depurar el cambio con los conceptos de atribución, peso muerto, desplazamiento y decremento.
Input	Inversión hecha por cada <i>stakeholder</i> y que es necesaria para que la actividad ocurra. Puede ser de naturaleza financiera o no financiera.
Mapa de impacto	Esquema que refleja cómo se utilizan los recursos para realizar actividades que luego conducen a retornos concretos para los diferentes <i>stakeholders</i> .
Monetizar	Asignar un valor monetario a algo.
Outcome	Retorno, resultado o cambio que se produce como consecuencia de una actividad. Puede ser esperado o inesperado, positivo o negativo.
Output	Propuesta de una actividad concreta, englobada en el marco de una intervención.
Peso muerto	Porcentaje de un retorno que hubiese ocurrido de todos modos, aun si no se realizase la actividad.
Proxy	Valor aproximado de algo que no tiene un valor de mercado concreto.
Ratio SROI	Valor actual total del impacto dividido por la inversión total.
Stakeholders	Grupos de interés (personas, organizaciones, entidades...) que experimentan un cambio como resultado de la intervención analizada.
Valor Actual Neto	Valor del dinero, en moneda de hoy, que se espera en el futuro, menos la inversión requerida para generar la actividad.
Valor financiero	Excedente económico generado por una organización en el curso de sus actividades.

3 Resumen ejecutivo

Justificación y objetivos

La AR es una enfermedad sistémica que produce dolor e inflamación crónica en múltiples articulaciones. Esta enfermedad afecta negativamente a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes que la padecen, principalmente por el dolor y la discapacidad física. Debido a esto, los pacientes con AR presentan dificultades para ir a trabajar o desempeñar su puesto de trabajo, lo que les obliga a ausentarse del trabajo, a generar más días de baja o a jubilarse anticipadamente en comparación con la población general, lo que produce un mayor uso de los recursos sanitarios y, en consecuencia, una mayor carga económica.

Se ha estimado que en España afecta al 0,5% de la población, siendo más frecuente en mujeres que en hombres. La AR presenta características diferenciales en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico, y por motivos de utilidad en el presente estudio, se ha aceptado por convención del Comité Asesor, clasificar a los pacientes con AR precoz en aquellos que llevarían menos de 2 años diagnosticados, frente a los pacientes con AR establecida, que llevarían más de 2 años.

Al igual que en otras enfermedades crónicas, los pacientes con AR también presentan una elevada incidencia de comorbilidades que pueden influir tanto en el retraso diagnóstico como en la progresión de la discapacidad. Son precisamente la discapacidad y las comorbilidades las que determinarán las necesidades sanitarias y asistenciales en estos pacientes. 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 trabajo tiene dos objetivos fundamentales: el primero es 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; el segundo objetivo persigue aproximar tanto la inversión que sería necesaria para implementar dichas propuestas, como el valor social que se derivaría de su implementación.

Finalmente, 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 para todos los grupos de interés. Hay posiblemente buenas oportunidades de inversión en salud pública que tan sólo necesitan decisores que, en virtud de los datos obtenidos, apuesten por implementarlas.

Metodología

El método elegido para medir el valor social de estas propuestas es el SROI, que presenta dos ventajas a destacar. En primer lugar, combina enfoques cualitativos, cuantitativos y financieros, lo que le convierte en uno de los métodos más completos para calcular el retorno social. En segundo lugar, demuestra la importancia de crear un diálogo formal entre los grupos de interés para involucrarles de esta manera en todo el proceso de cambio, maximizando el valor social obtenido. Este punto es especialmente relevante para los pacientes al empoderarlos. Como consecuencia, se reduce la desigualdad entre los grupos de interés, y participan de forma activa en todo el proceso del estudio.

Las principales fuentes de información del análisis SROI fueron una revisión narrativa de literatura científica y la consulta a un Grupo Multidisciplinar de Trabajo, conformado por doce personas, con perfiles y puntos de vista diferentes tales como la reumatología, la medicina de atención primaria, la enfermería hospitalaria, la farmacia hospitalaria, la psicología, la gestión sanitaria y la perspectiva de pacientes representada por ConArtritis, una paciente con AR y una cuidadora informal.

La consulta al grupo multidisciplinar de trabajo sirvió para alcanzar el primer objetivo del estudio: consensuar un conjunto de propuestas que contribuyeran a la mejora del abordaje de la AR dentro del SNS. Entre todos realizaron propuestas de actividades a implementar, que se votaron posteriormente de forma individual. Aquellas propuestas con mayor votación media fueron seleccionadas para ser cuantificado su retorno social. Por razones organizativas, las propuestas se recopilaron y analizaron en torno a tres áreas, previamente consensuadas por el Comité Asesor del proyecto: Diagnóstico (por la relevancia de la detección precoz de la enfermedad), AR precoz y AR establecida.

De forma previa al análisis SROI, se validaron las propuestas consensuadas en tres reuniones de trabajo con diferentes Comités Consultores constituidos para este proyecto, pertenecientes a las siguientes comunidades autónomas: Comunidad Valenciana, Galicia y Comunidad de Madrid.

Una vez establecido el alcance del proyecto (las propuestas finales para mejorar el abordaje actual de la AR), se comparó el potencial retorno social total derivado de dicho abordaje, respecto a la inversión requerida para ponerlo en marcha, durante un horizonte temporal de un año. Todos los retornos se calcularon en unidades monetarias, por lo que los retornos intangibles (bienestar, calidad de vida...) se midieron a través de indicadores *proxy*. El resultado de este cálculo nos

ofreció una ratio que indica cuánto retorno social se obtendría por cada euro a invertir. Los resultados se muestran tanto en términos de retorno tangible como intangible.

Finalmente, se realizó un análisis de sensibilidad para mostrar la robustez del análisis, a partir de la variación en determinadas variables para las que se hicieron asunciones, debido a la falta de disponibilidad o inexistencia de algunos datos.

Resultados

Consenso sobre el abordaje ideal de la AR

Las propuestas para una mejora del abordaje de la AR en el SNS suman un total de 22, distribuidas entre las tres áreas de la siguiente manera: 5 en el área de Diagnóstico, 7 en el área de AR precoz y 10 en el área de AR establecida.

Las propuestas enmarcadas en el área de Diagnóstico apuntan a una detección precoz de la patología, mediante la formación en los síntomas de la enfermedad, dirigida tanto a medicina de atención primaria como a urgencias, así como la implementación de rutas de acceso rápido desde atención primaria y atención especializada a reumatología. Además, incluye atención psicológica para todos los pacientes tras el diagnóstico.

Las propuestas incluidas en el área de AR precoz hacen referencia al cumplimiento de las estrategias *Treat to Target* y control estrecho, el consenso con el paciente para establecer el plan terapéutico y la formación a pacientes para una óptima adherencia terapéutica. De forma complementaria, se plantea el abordaje del estado emocional así como otros aspectos intangibles que afectan a la CVRS de los pacientes y sus cuidadores informales. Esta área contempla asimismo la posibilidad de que los pacientes puedan acudir sin cita al especialista ante un brote o descompensación, y otorgar una mayor importancia al profesional de enfermería en la formación al paciente en todos los aspectos relacionados con la patología.

Las propuestas que comprende el área de AR establecida incluyen la coordinación entre niveles asistenciales y el incremento en el horario de atención de la consulta de reumatología. Además, se busca cumplir las estrategias *Treat to Target* y control estrecho, la equidad en el acceso a los tratamientos y la formación para la adherencia terapéutica. Esta área también persigue otorgar una mayor importancia al profesional de enfermería en la formación al paciente en todos los aspectos relacionados con la patología, así como un abordaje integral multidisciplinar que integre especialidades que no siempre están disponibles (por distintas razones) en el manejo de la AR (rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, dietética y nutrición, y trabajo social). Por

último, se propone fomentar la relación entre el SNS y las asociaciones de pacientes vinculadas a la AR, en su interrelación con los pacientes y sus cuidadores informales.

Cálculo del retorno social

Tras la hipotética implantación de estas propuestas en el SNS diversos grupos de interés experimentarían cambios sustanciales: tanto el SNS y los profesionales que lo integran, como los pacientes y sus cuidadores informales.

La inversión necesaria para la implantación de estas propuestas ascendería a 289 millones de euros (M€), mientras que el potencial retorno social se estima en 913 M€. De esta manera, el retorno social casi triplicaría la inversión realizada, con una ratio de 3,16 euros, que indica que por cada euro invertido se podrían llegar a obtener 3,16 euros de retorno social.

Por áreas, el 93,6% de la inversión correspondería al área de AR establecida, que suponen la mayoría de los pacientes con AR; el 4,7% al área de Diagnóstico y el 1,7% al área de AR precoz. Respecto al retorno social, las cifras son similares: el 95,2% se obtendría en el área de AR establecida, el 3,3% en AR precoz y el 1,6% en Diagnóstico. A pesar de que se muestra una ratio para cada área analizada, conviene recordar que las propuestas para la mejora del abordaje de la AR planteadas suponen un todo en el manejo del paciente con AR, por lo que debieran considerarse de forma integrada y no aislada, tanto por una cuestión de equidad entre pacientes, como de interdependencia de unas propuestas respecto a otras.

Del retorno social total, un 21% sería tangible, mientras un 79% sería de carácter intangible. En este último grupo se incluyen, por ejemplo, indicadores *proxy* para la vivencia subjetiva del paciente por mejorar su función física, por mejorar su bienestar emocional o la carga de cuidado informal.

Análisis de sensibilidad

Mientras el caso base del análisis se sitúa en una ratio de 3,16 euros, los resultados para el peor escenario mostrarían una ratio de 2,92 euros por cada euro invertido, y para el mejor escenario una ratio de 3,40 euros por cada euro invertido en el conjunto de propuestas para la mejora del abordaje actual de la AR.

Conclusiones

El abordaje de la AR dentro del SNS presenta en la actualidad algunos puntos de mejora. Las propuestas consensuadas por el Grupo Multidisciplinar de Trabajo desvelan las necesidades no cubiertas en torno a la AR desde un punto de vista global que aúna diversas perspectivas. El

análisis presentado muestra que la implementación de estas propuestas podría ofrecer resultados positivos, tanto para el paciente con AR y sus cuidadores informales, mediante un incremento de su CVRS, así como para el SNS en términos de eficiencia en su atención.

4 Introducción a la artritis reumatoide

4.1 Etiopatogenia

La característica principal de la artritis reumatoide (AR) es la inflamación crónica de la membrana sinovial de múltiples articulaciones y vainas tendinosas a causa de una activación anómala de procesos normalmente implicados en las respuestas inmunes^[1].

La AR es una enfermedad reumática que se adapta bien al modelo biopsicosocial de enfermedad crónica compleja. Actualmente se considera que la enfermedad reumatoide tiene un origen autoinmune con diferentes fases evolutivas, que comienza en los sujetos sanos que sólo tienen factores de riesgo hasta el desarrollo de la enfermedad establecida^[2]. Este modelo propone que las variantes genéticas interaccionan con factores ambientales (tabaco, polución, consumo de sal, obesidad...) y diversos factores psicosociales para conferir un mayor riesgo de padecer la enfermedad y provocar heterogeneidad en el curso evolutivo de la misma. La evidencia acumulada de análisis genéticos y tisulares, estudios clínicos y modelos predictivos, apunta a la autoinmunidad (caracterizada por la presencia temprana de autoanticuerpos circulantes), asociada a una disregulación del tejido estromal sinovial (con concentraciones aumentadas de citoquinas y otros mediadores inflamatorios) como iniciadores de una reacción inflamatoria que se perpetúa en el tiempo y produce la destrucción del cartílago articular y la erosión de los extremos óseos de las articulaciones^[1,3]. Aunque la membrana sinovial es el tejido más afectado por la AR, también se producen manifestaciones inflamatorias específicas en otras estructuras extraarticulares como el pulmón o los ojos, y alteraciones sistémicas no específicas, consecuencia de la inflamación sistémica^[1].

La AR refleja un componente genético que sigue un modelo de herencia poligénico, dado que su incidencia aumenta de 2 a 3 veces entre familiares, y los gemelos homocigóticos presentan una concordancia del 12-15. En fumadores, el riesgo de padecer AR es 1,5-2 veces mayor y en los últimos años otros factores ambientales como el consumo excesivo de sal, la obesidad o el efecto en mucosas de determinados agentes infecciosos parecen cobrar protagonismo como agentes desencadenantes^[2].

4.2 Epidemiología

La prevalencia de la AR en la población española mayor de 20 años ha sido cifrada en el 0,5%^[4] aunque datos más recientes la elevan al 0,8%^[5], siendo más frecuente en mujeres que en hombres, en una proporción aproximada entre 3-4:1^[1,4].

La incidencia de la AR en España se estableció en 8,3 casos por 100.000 habitantes en pacientes mayores de 16 años en 2004. La incidencia en mujeres y hombres fue de 11,3 casos y 5,2 casos por 100.000 habitantes, respectivamente^[6].

Según datos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, en 2016 se registraron 262 muertes por AR en nuestro país^[7], que representan una tasa de mortalidad ajustada por edad de 0,28 casos por cada 100.000 habitantes^[8].

4.3 Síntomas y comorbilidades

La inflamación crónica de la membrana sinovial de múltiples articulaciones (de forma preferentemente simétrica) y vainas tendinosas es la característica principal de la AR. Los síntomas habituales de la enfermedad son dolor de ritmo inflamatorio que persiste en reposo, inflamación articular por derrame sinovial o por hipertrofia sinovial, rigidez articular matutina que se relaciona con el grado de actividad de la enfermedad, junto a debilidad muscular. La AR sin tratamiento causa deformidad articular e incapacidad^[1].

El daño articular y la pérdida de función se producen desde una fase temprana de la enfermedad. En las formas típicas de la AR suelen inflamarse precozmente las articulaciones de los dedos de las manos y los pies, así como las muñecas de forma simétrica. También se aprecia tumefacción y rigidez articular al levantarse y tras periodos prolongados de inactividad. Posteriormente, en fases más avanzadas de la enfermedad, la AR afecta a otras articulaciones mayores como hombros, codos, tobillos, rodillas y caderas. Asimismo, aparecen deformidades articulares que limitan la movilidad de la articulación y que aparecen a causa de la destrucción ósea, las luxaciones y las subluxaciones articulares típicas^[1].

Aunque la AR afecta principalmente a las articulaciones, existen otras manifestaciones extraarticulares y comorbilidades que se relacionan con la afectación severa de la AR. Se denominan manifestaciones extraarticulares a las complicaciones que pueden estar directamente relacionadas con la afectación sistémica de la AR como son los nódulos reumatoides, la anemia, la afectación pulmonar intersticial, la afectación ocular en forma de escleritis o la pleuritis. Por otro lado, las comorbilidades hacen referencia a las complicaciones que no tienen una relación directa, aunque podrían estar relacionadas con el trastorno inflamatorio, como episodios cardiovasculares, infecciones, cáncer, osteoporosis o depresión. Tanto las manifestaciones extraarticulares, como las comorbilidades influyen de manera

importante la calidad de vida (CV), tasa de hospitalizaciones y discapacidad de los pacientes con AR, y mortalidad^[1].

4.4 Clasificación de la AR

Los criterios de clasificación de la AR formulados por el *American College of Rheumatology* (ACR)^[9] en 1987 permitían clasificar la AR establecida, pero presentaban limitaciones a la hora de identificar la AR de reciente aparición (Tabla 1). Un paciente será clasificado como AR si satisface al menos 4 de los 7 criterios. Los criterios 1 a 4 deben estar presentes durante al menos 6 semanas.

Tabla 1: Criterios del ACR para la clasificación de la AR (1987)

1. Rigidez matutina	Rigidez matutina articular de 1 hora o más
2. Artritis de 3 o más áreas articulares	Al menos 3 grupos articulares deben estar inflamados simultáneamente y ser objetivados por un médico. Los 14 grupos articulares son: interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñecas, codos, rodillas, tobillos y metatarsofalángicas.
3. Artritis de articulaciones de las manos	Al menos una articulación de las manos debe estar inflamada (carpo, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales).
4. Artritis simétrica	Afectación simultánea del mismo grupo articular (definido en el criterio 2) en ambos lados del cuerpo.
5. Nódulos reumatoides	Nódulos subcutáneos en prominencias óseas, superficies de extensión o en zonas yuxta-articulares observados por un médico.
6. Factor reumatoide de suero	Presencia de valores elevados de factor reumatoide por cualquier método con un resultado en controles inferior al 5%.
7. Alteraciones radiológicas	Alteraciones radiográficas típicas de artritis reumatoide en radiografías posteroanteriores de las manos. Debe existir erosión u osteoporosis yuxta-articular clara y definida en articulaciones afectadas.

Fuente: Arnett et al., 1988^[9]

En 2010, el ACR junto a la *European League Against Rheumatism* (EULAR) publicaron los nuevos criterios para la clasificación de la AR^[10], que presentan una mayor utilidad diagnóstica y pronóstica en la AR de reciente comienzo (Tabla 2). Estos criterios se definieron con el objetivo de asegurar el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz con fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs) para prevenir o minimizar la aparición de secuelas. Asimismo, permiten clasificar como AR a un grupo de artritis hasta ahora clasificadas como indiferenciadas.

Tabla 2: Criterios de la ACR/EULAR para la clasificación de la AR (2010)

Los nuevos criterios sólo se aplicarán sobre los pacientes que cumplan las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> • Presentar al menos una articulación con sinovitis clínica (al menos una articulación inflamada). • Dicha sinovitis no se puede explicar por el padecimiento de otra enfermedad. 	
Un paciente será clasificado como AR si la suma total de las siguientes variables es ≥ 6 :	Puntuación
Afectación articular	
1 articulación grande afectada	0
2-10 articulaciones grandes afectadas	1
1-3 articulaciones pequeñas afectadas	2

4-10 articulaciones pequeñas afectadas	3
>10 articulaciones pequeñas afectadas	5
Serología	
FR y ACPA negativos	0
FR y/o ACPA positivos bajos	2
FR y/o ACPA positivos altos	3
Reactantes de fase aguda	
VSG y PCR normales	0
VSG y/o PCR elevadas	1
Duración	
<6 semanas	0
≥6 semanas	1

ACPA: anticuerpos contra péptidos citrulinados; FR: factor reumatoide; PCR: proteína C reactiva; VN: valor normal; VSG: velocidad de sedimentación globular.

Fuente: Aletaha et al., 2010^[10]

La actividad inflamatoria de la AR se puede medir mediante índices compuestos como el *Disease Activity Score* (DAS^[11]/DAS28^[12–14]) o el *Simplified Disease Activity Index* (SDAI)^[15], que indican remisión, baja, moderada o alta actividad inflamatoria (Tabla 3). Los índices DAS/DAS28^[16] también se utilizan para evaluar la eficacia de los tratamientos farmacológicos, cuyo objetivo es inducir la remisión completa de la enfermedad o conseguir la mínima actividad inflamatoria posible.

Tabla 3: Grados de actividad inflamatoria basados en los índices compuestos DAS, DAS28 y SDAI

Índice	Actividad inflamatoria			
	Remisión	Baja	Moderada	Alta
DAS (1-10)	<1,6	<2,4	>2,4 – 3,7	≥3,7
DAS28 (1-10)*	<2,4	<3,6	>3,6 – 5,5	≥5,5
SDAI (0-90)	<3,3	<11	>11-26	≥26

DAS: Disease Activity Score; SDAI: Simplified Disease Activity Index.

Fuentes: Prevoo et al., 1996; van Riel y van Gestel, 2000; Fransen et al., 2004; Aletaha et al., 2005; Smolen et al., 2003^[11–15].

Nota: la actividad de la AR se estableció inicialmente en base al DAS28: remisión (DAS28<2,6), baja (DAS28≤3,2), moderada (DAS28 3,2-5,1) y alta (DAS28≥5,1)^[12]. Posteriormente, se modificaron estos puntos de corte con criterios más estrictos: remisión (DAS28<2,4), baja (DAS28≤3,6), moderada (DAS28 3,6-5,5) y alta (DAS28≥5,5)^[14].

La AR también puede clasificarse en función de los siguientes criterios^[17]:

- Velocidad de instauración de los síntomas: AR de inicio lento (semanas o meses), agudo (días) o intermedio.
- Número de articulaciones afectadas: AR de comienzo poliarticular, monoarticular o extraarticular.
- Tipo de articulaciones afectadas: AR que afecta a pequeñas articulaciones, grandes articulaciones o que presenta un patrón mixto, respectivamente.

Finalmente, la AR puede clasificarse atendiendo al tiempo de evolución desde los primeros síntomas, en AR precoz o AR establecida. Por razones pragmáticas y para facilitar los objetivos del

presente estudio, se consensuó que los pacientes que debutaron hace menos de 2 años se englobarían en el grupo de AR precoz y el resto se clasificarían dentro de la AR establecida. De hecho, el punto de corte para establecer la AR precoz ha evolucionado a lo largo del tiempo, pasando de 5 años a 12 semanas en los últimos años, al haberse observado un daño significativo en los pacientes tratados de manera convencional durante ese tiempo. Sin embargo, existe la hipótesis de que la “ventana terapéutica” para obtener la mejor respuesta clínica pudiese ser más corto, alrededor de 8 semanas y que, por tanto, el diagnóstico de AR debería confirmarse o excluirse en los dos primeros meses después del inicio de los síntomas^[1].

4.5 Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud

La AR afecta significativamente a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes, siendo el dolor, la discapacidad física y el estado funcional los principales problemas relacionados^[18]. Este impacto de la AR en la CVRS se ha comprobado mediante diferentes indicadores y cuestionarios^[19].

Un estudio indica que los pacientes con AR experimentaron un deterioro significativo de la CVRS respecto a la población general, con disminución de todas las subescalas del *Short Form* (SF)-36. Las mayores diferencias se encontraron en las subescalas de dolor y función física^[20]. Otro estudio realizado en 2008 afirma que en AR los principales determinantes de la CVRS son el dolor y los síntomas depresivos^[21].

Los valores de utilidad obtenidos en el *EuroQol-5 Dimensions* (EQ-5D) muestran un peor estado de salud cuanto mayor es la discapacidad que presenta el paciente. La utilidad varió de 0,87 en pacientes con *Health Assessment Questionnaire* (HAQ)-*Disability Index* <0,5 a 0,17 en los pacientes con HAQ-*Disability Index* ≥2,1. La utilidad media para los pacientes con AR fue 0,65^[22].

En relación al género, un estudio mostró una peor CVRS entre las mujeres con AR respecto a los hombres al presentar menor puntuación en el cuestionario *Modified HAQ* (M-HAQ) [0,89±2,6 vs 0,22±0,9] y en determinadas subescalas del SF-36: salud mental [63,7±22,0 vs. 71,8±21,1], percepción general de salud [41,3±21,7 vs. 50,0 ± 24,3], funcionamiento físico [57,7±22,1 vs. 67,3±22,7] y puntuación sumaria del componente físico [39,3±8,9 vs. 42,4±9,3]^[23].

Por último, un estudio evaluó la CVRS a largo plazo de los pacientes españoles con AR tratados con terapias biológicas, mostrando una reducción no significativa en la CVRS durante 6 años, siendo la dimensión física (habilidad física, dolor artrítico y artritis) la peor valorada entre los pacientes. Probablemente, la CVRS se mantuvo prácticamente estable durante el estudio gracias a las mejoras obtenidas en el tratamiento farmacológico en los últimos años^[24].

Por otro lado, en la encuesta *RA Matters*, los pacientes con AR españoles manifestaban que la patología ha afectado negativamente sus relaciones personales y que sienten incompreensión respecto al impacto físico y emocional que tiene la AR en su vida diaria. Estos datos contrastan con lo declarado por los profesionales sanitarios relacionados con la AR, entrevistados en esa misma encuesta, que perciben dicha afectación en menor medida^[25].

Los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas, como la AR, presentan dificultades para ir a trabajar o desempeñar su puesto de trabajo, lo que les obliga a ausentarse del trabajo, a generar días de baja por su enfermedad y jubilarse anticipadamente en comparación con la población general. Incluso se ha llegado a describir como, ya en el trabajo, estas personas son generalmente menos productivas debido a las pausas frecuentes y al ritmo de trabajo más lento con el que desarrollan su actividad a consecuencia del dolor que sufren y a sus problemas de movilidad^[26]. Del total de pacientes con AR que trabajan en España, casi la mitad llega tarde al trabajo o incurre en presentismo, y casi el 10% tiene alguna baja laboral^[27].

En España en el año 2017 se concedieron 3.244 incapacidades temporales (IT) debidas a la AR, que suponen el 0,06% de todas las IT producidas en el territorio nacional. Por regiones, Cataluña, Comunidad de Madrid, Andalucía y Comunidad Valenciana registraron los mayores porcentajes de IT debidos a la AR con 17,9%, 15,5%, 15,2% y 10,6% del total respectivamente. Las comunidades autónomas (CC.AA.) que presentaron una mayor tasa de IT debidas a la AR respecto a su total regional fueron Galicia (0,1%), Extremadura (0,1%) y Comunidad Valenciana (0,09%)^[28].

Respecto a la incapacidad permanente (IP), en 2017 se produjeron un total de 512 casos debidos a la AR^[29], que suponen el 0,6% de todas las IP producidas^[30]. Según género, el mayor porcentaje corresponde a mujeres (69,9%). Respecto a los grupos etarios, el 80,5% de los pacientes se encuentran entre los 46 y 65 años^[29].

En la encuesta mencionada con anterioridad, en relación al desarrollo de la carrera profesional, el 32% de los pacientes declararon haber abandonado el trabajo por causa de la AR. Frente a esto, contrasta la opinión de los profesionales sanitarios que consideraron que en torno a un 10% de pacientes abandonó su trabajo por la AR^[25].

4.6 Necesidades no cubiertas en AR

En los últimos años se ha modificado el manejo de la AR, priorizando el diagnóstico y el tratamiento precoz con FAMEs capaces de modificar la progresión de la AR, retrasar el daño estructural y mejorar la CV del paciente^[31]. Sin embargo, a pesar de que los avances obtenidos en

el tratamiento farmacológico han ayudado a mejorar el estado de salud de los pacientes con AR, la remisión completa no se consigue en todos los casos^[32].

Muchos pacientes siguen presentando síntomas como dolor, cansancio, depresión, deformidad o pérdida de la movilidad articular^[33], que disminuyen su capacidad para realizar actividades de la vida diaria o laboral, alterando su estado de ánimo y mermando su CVRS^[24].

Los pacientes que no están controlados adecuadamente, a pesar de estar recibiendo tratamiento, presentan una peor CVRS que aquellos que sí alcanzan un control adecuado de la enfermedad con el tratamiento. Un estudio llevado a cabo entre pacientes españoles mostró que la utilidad, medida a través del EQ-5D, es inferior en los pacientes no controlados, frente a los que sí lo están (0,53 vs. 0,77). Además, los pacientes no controlados presentan con mayor frecuencia dolor (4,6 vs. 2,3, siendo 0 ausencia de dolor y 10 dolor máximo), depresión (16% vs. 5%) y brotes (67% vs. 41%). Los pacientes no controlados también muestran mayor incapacidad, medida a través de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario *Work Productivity and Activity Impairment* (WPAI), para desempeñar su trabajo (33,5 vs. 18,4) y sus actividades diarias (48,1 vs. 26,7), respecto a los pacientes que sí están controlados adecuadamente^[34].

4.7 Carga económica de la AR

La AR presenta una importante carga económica para los pacientes, sus familias y la sociedad. En Europa, los costes económicos totales de la AR se establecieron en 45,3 billones de euros en 2008^[35]. En España, se ha evaluado esta carga económica en varios estudios, no solo la relativa a los costes directos (sanitarios y no sanitarios), sino también a la carga social que producen las pérdidas de productividad laboral asociadas a la patología^[20,36–38].

En 2003, el coste total de la AR en España se estableció en 2,07 millones de \$ y el coste medio anual por paciente en España se estableció en 10.419\$, siendo los costes directos el 70% aproximadamente del coste total^[36]. En 2004 y 2005 se estableció el coste anual mediano por paciente en 3.600€^[20] y 3.845€^[37], representando los costes directos el 83% y el 74% de los costes totales, respectivamente.

El dato más actual, relativo a 2018, apunta a un coste directo sanitario medio por paciente de 24.291€ para un periodo de dos años. Excluyendo el coste de los fármacos biológicos, dicho coste ascendía a 3.742€. Los factores predictores de mayores costes sanitarios en este estudio fueron los fármacos biológicos, la comorbilidad y la edad del paciente^[38]. Aunque este estudio no midió los costes indirectos relativos a las pérdidas de productividad laboral, un reciente estudio español de 2015 los estima en 4.965€ por paciente con AR y año^[27].

5 Justificación

La **medición del valor social** cada vez está cobrando más importancia e interés en distintos ámbitos, incluido el de la salud pública^[39,40]. De hecho, la salud es una de las áreas que genera alto valor social intrínseco como, por ejemplo, el bienestar (vs. el malestar) emocional de un paciente o la satisfacción (vs. la insatisfacción) con el sistema de salud.

La AR afecta negativamente a la CVRS de estos pacientes^[19], principalmente en la discapacidad física y en el estado funcional^[18]. Debido a esta discapacidad y merma de CVRS, los pacientes con AR presentan dificultades para ir a trabajar o desempeñar su puesto de trabajo, lo que les obliga a ausentarse del trabajo, a generar más días de baja o a jubilarse anticipadamente en comparación con la población general. Consecuencia de esto, se produce un mayor uso de los recursos sanitarios y, en consecuencia, una mayor carga económica. Por tanto, el freno de la progresión de la AR y sus síntomas incapacitantes se convierte en uno de los objetivos principales tanto desde el punto de vista de los pacientes y sus cuidadores informales como del Sistema Nacional de Salud (SNS).

En este contexto nació la propuesta de **consensuar un conjunto de propuestas** que den respuesta a las necesidades no cubiertas de los pacientes con AR, a la vez que cubra las expectativas de los profesionales sanitarios vinculados, desde el punto de vista de la disponibilidad de recursos sanitarios y la mejora de la organización del trabajo diario, y que a su vez tuviera un efecto positivo en el SNS en términos de eficiencia. Estas propuestas se circunscriben al ámbito del SNS y son producto del consenso de los grupos de interés para la mejora de la situación del abordaje de la AR en el SNS de España.

Una vez consensuado este abordaje, surge la necesidad de **demostrar su impacto**, es decir, todos los cambios positivos (y negativos) que podrían generarse a partir de su implementación. Para ello, se necesita una herramienta con la que poder medir dicho valor social y evidenciarlo.

Aunque existen diversos métodos de medición del valor social (como, por ejemplo, la teoría del cambio^a o los indicadores IRIS^b), se ha elegido el **Retorno Social de la Inversión (SROI, del inglés *Social Return on Investment*)** como el más adecuado por varias razones. En primer lugar, es una

^a Teoría del cambio: representa una situación que requiere modificarse a fin de alcanzar un cambio positivo, a través de un profundo análisis sobre los pasos que hay que realizar para conseguir el cambio deseado^[41,42].

^b IRIS (*Impact Reporting Investment Standards*): informe estandarizado de impacto de una inversión de la Red de Impacto Global de Inversiones desarrollado para proporcionar un lenguaje común en términos de definiciones, conceptos y métricas de impacto^[43,44].

de las metodologías más completas para calcular el retorno social, dado que combina enfoques cualitativos, cuantitativos y financieros. En segundo lugar, demuestra la importancia de crear un diálogo formal entre los grupos de interés para involucrarlos de esta manera en todo el proceso de cambio, maximizando el valor social obtenido. Este punto es especialmente relevante para los pacientes, ya que los empodera. Como consecuencia, se reduce la desigualdad entre los grupos de interés, y participan de forma activa en todo el proceso del estudio.

Por último, el coste de oportunidad de una inversión en el SNS es muy alto, por lo que un análisis SROI facilitaría la toma de decisiones al respecto, creando el máximo valor social para todos los grupos de interés. Hay posiblemente buenas oportunidades de inversión en salud pública que tan sólo necesitan decisores que, en virtud de los datos obtenidos, apuesten por implementarlas.

En España, este estudio SROI es el primero que se hace con el objetivo de mejorar el abordaje actual de la AR desde la perspectiva del SNS.

6 Objetivos

Los objetivos principales de este estudio son:

- 1) **Consensuar un conjunto de propuestas para un mejor abordaje de la AR** desde la perspectiva del SNS de España.
- 2) **Estimar el impacto** que generarían en su primer año de implantación, a través de la **metodología SROI**, desde diferentes puntos de vista:
 - i) Clínico
 - ii) Asistencial
 - iii) Económico
 - iv) Social

7 Metodología

7.1 Reuniones de trabajo con expertos

Para alcanzar el primer objetivo del proyecto, se contó con la colaboración de un Comité Asesor y de un Grupo de Expertos. Se llevaron a cabo dos reuniones de trabajo presenciales: a la primera reunión asistió el Comité Asesor y a la segunda tanto el Comité Asesor como el Grupo de Expertos.

7.1.1 Participantes y funciones

7.1.1.1 *Comité Asesor*

El Comité Asesor estuvo constituido por tres personas de especial relevancia en la AR en España:

- Dr. Federico Díaz González. Médico Adjunto del Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Director de la Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología (SER).
- Dra. Rosario García de Vicuña. Jefa de Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa. Presidenta de la SER en el periodo 2008-2010.
- D^a. Laly Alcaide. Directora de ConArtritis, Coordinadora Nacional de Artritis, que representa a las personas afectadas por Artritis Reumatoide, Artritis Psoriásica, Artritis Idiopática Juvenil y Espondiloartritis, y que tiene por objetivo integrar a las diversas asociaciones que la constituyen en todo el territorio nacional.

El Comité Asesor asistió a dos reuniones de trabajo. Sus funciones en la primera de ellas fueron:

- Consensuar los datos de epidemiología usados en el análisis (prevalencia e incidencia).
- Consensuar el circuito asistencial actual en el SNS de los pacientes con AR, así como las especialidades médicas de mayor relevancia en contacto con los pacientes, con el objetivo de esbozar una situación de partida.
- Consensuar las áreas en que organizar el análisis SROI. Esto determinó la forma en que se planteó la segunda reunión, en torno a tres áreas: 1) diagnóstico; 2) AR precoz (hasta 2 años de evolución); 3) AR establecida (con más de 2 años de evolución).

Por otro lado, sus funciones en la segunda reunión de trabajo fueron:

- Consensuar, junto con el Grupo de Expertos, un conjunto de propuestas para la mejora del abordaje actual de la AR dentro del SNS.

7.1.1.2 Grupo de Expertos

El Grupo de Expertos estuvo constituido por una selección multidisciplinar de perfiles vinculados a la AR:

- Un médico de atención primaria (AP), coordinador del grupo de trabajo nacional de enfermedades reumatológicas en la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) .
- Una jefa de servicio de farmacia hospitalaria.
- Una enfermera especialista en AR.
- Una psicóloga especialista en AR.
- Tres profesionales dedicados a la gestión sanitaria.
- Una paciente con AR.
- Una cuidadora informal de paciente con AR.

Sus funciones en la segunda reunión de trabajo fueron:

- Consensuar, junto con el Comité Asesor, un conjunto de propuestas para la mejora del abordaje actual de la AR dentro del SNS.

7.1.1.3 Grupo Multidisciplinar de Trabajo

Se denomina así a la suma del Comité Asesor y del Grupo de Expertos mencionados más arriba, y que participaron conjuntamente en la segunda reunión de trabajo.

7.1.1.4 Comités Consultores

Se conformaron tres Comités Consultores en Galicia, Comunidad Valenciana y Comunidad de Madrid, constituidos cada uno por profesionales de la reumatología y la gestión sanitaria.

7.1.2 Dinámica de trabajo

Las dinámicas de trabajo de las reuniones se plantearon de forma diferente, debido al objetivo de cada reunión y al número de asistentes en cada una de ellas.

7.1.2.1 Primera reunión con Comité Asesor

Se les presentó un conjunto de diapositivas que contenían una revisión de literatura sobre la prevalencia y la incidencia de la AR en España, características básicas de los pacientes con AR, mortalidad asociada, datos oficiales sobre hospitalizaciones vinculadas a la AR, y el circuito asistencial actual que realizan dentro del SNS.

Tras invitar a los asistentes a la discusión de los datos presentados, consensuaron entre ellos las principales referencias bibliográficas a utilizar en el proyecto y ayudaron a confirmar los perfiles de los asistentes que participarían en la segunda reunión de trabajo.

7.1.2.2 Segunda reunión con Grupo Multidisciplinar de Trabajo

La segunda reunión de trabajo giró en torno a las tres áreas de análisis propuestas en la primera reunión por el Comité Asesor: 1) diagnóstico; 2) AR precoz; 3) AR establecida.

La dinámica de trabajo se desarrolló de la siguiente manera:

1. El equipo técnico del proyecto dividió al Grupo Multidisciplinar de Trabajo en tres grupos pequeños, en virtud de la perspectiva asociada a cada perfil:
 - Grupo A. Perspectiva médica: conformado por dos reumatólogos, un médico de AP y un gestor sanitario.
 - Grupo B. Perspectiva de otros profesionales sanitarios: conformado por una enfermera especialista, una farmacéutica hospitalaria, una psicóloga y un gestor sanitario.
 - Grupo C. Perspectiva de pacientes: conformado por una representante de asociación de pacientes, una paciente con AR, una cuidadora informal y un gestor sanitario.
2. Cada uno de los grupos identificó y recogió propuestas para un mejor abordaje de la AR, en cada una de las áreas de análisis establecidas.
3. A continuación, un portavoz de cada grupo puso en común las propuestas recogidas, y entre todos los asistentes se unificaron aquellas que pudieran ser iguales o similares.
4. Al plantear que, por una cuestión de limitación de recursos, todas las propuestas no se podrían llevar a cabo, los asistentes valoraron de forma individual la importancia de todas las propuestas destinadas a mejorar el abordaje actual de la AR, en una escala de 0 (ninguna importancia) a 10 (máxima importancia) (Figura 1).

Figura 1. Modelo del documento para la valoración individual de las propuestas realizadas

Área DIAGNÓSTICO.

Visualice en la pantalla la numeración de cada propuesta.

Propuestas	Nada importante = 0 Importancia máxima = 10										
DX-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DX-2	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DX-3	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DX-4	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Una vez planteadas las propuestas de las tres áreas, su puesta en común y su valoración individual, se procedió a presentar las puntuaciones medias de todas las propuestas para proceder a la selección de las propuestas finales (aquellas con mayor puntuación media).
- En base a su experiencia previa, el equipo técnico del proyecto estableció que 15 sería un número equilibrado de propuestas para el análisis. Por tanto, se seleccionaron las 5 propuestas más votadas de cada una de las tres áreas.
- Finalmente, se dio la oportunidad a los asistentes de defender alguna de las propuestas que quedaron descartadas del listado final, alegando las razones que consideraran pertinentes. Se rescataron varias propuestas tras el consenso de todo el Grupo Multidisciplinar de Trabajo.
- Al finalizar la segunda reunión de trabajo, se pidió a los asistentes que realizaran una valoración del impacto de cada una de las propuestas finales en diferentes esferas de la vida del paciente en una escala de 0 (ningún impacto positivo) a 10 (gran impacto positivo), con el objetivo de obtener información adicional sobre dichas propuestas finales (Figura 2). Esta valoración se recogió vía *online* en las semanas posteriores a la reunión.

Figura 2. Modelo del documento para la valoración del impacto de las propuestas finales

ÁREA AR ESTABLECIDA		
Propuesta AR Establecida-1. Uso de estrategias T2T (Treat to target) y control estrecho para alcanzar o mantener remisión/baja actividad.		
Áreas de la vida del paciente	0 = ningún impacto positivo 10 = gran impacto positivo	Detalle el impacto: ¿de qué manera cree que afectaría esta propuesta en la vida del paciente?
Movilidad		
Autocuidado		
Actividades de la vida diaria		
Dolor o malestar		
Ansiedad o depresión		
Ámbito laboral		
Ámbito del ocio		
Relaciones de pareja		
Relaciones familiares		
Necesidad de cuidados		
Comentarios (si tiene alguno):

7.1.2.3 Reuniones con Comités Consultores

El principal objetivo de estas reuniones fue validar las propuestas de abordaje ideal consensuadas por el Grupo Multidisciplinar de Expertos. La dinámica de las reuniones se desarrolló de la siguiente manera:

1. El equipo técnico del proyecto presentó a los asistentes el trabajo realizado hasta el momento, así como las propuestas para el abordaje ideal de la AR consensuadas en la fase previa.
2. Posteriormente, se fueron analizando las propuestas una a una, valorando los siguientes aspectos: situación actual; factibilidad de implementación; dificultades y retos en la implementación; otras observaciones, comentarios o sugerencias.

7.2 SROI: Retorno Social de la Inversión

7.2.1 Inicios del método SROI

El método SROI lo desarrolló por primera vez la fundación filantrópica americana *Roberts Enterprise Development Fund* (REDF) en 1996, con la principal motivación de medir todo aquello que no tiene un valor de mercado, pero sí un valor intrínseco^[45]. La aplicación del método SROI permitió ir un paso adelante en la medición del valor social, dado que es un método utilizado para analizar, contextualizar y cuantificar el impacto social de las entidades u organizaciones en la sociedad, ya que éstas no generan únicamente valor económico-financiero, sino que con sus actividades también pueden crear (y destruir) valor social y medioambiental^[46].

En revisiones posteriores al método original se han ido integrando los principios y procesos utilizados normalmente en las evaluaciones económicas y de rentabilidad financiera de la inversión, para construir un marco capaz de capturar el impacto total (económico, social y medioambiental) de las intervenciones^[47].

De este modo, en los últimos años, el método SROI ha comenzado a utilizarse de forma creciente por parte de distintas organizaciones. La salud pública es uno de los ámbitos donde se aplica ya que se considera muy útil. Gracias a estudios previos realizados tanto en España (en dermatología, cardiología y cáncer^[48–51]), como en otros países (en enfermedades víricas [VIH], asma infantil, lesiones de médula espinal^[39], hipertensión u obesidad^[40]), se pueden obtener varias conclusiones en torno a esta metodología:

- Los grupos de interés de cada intervención asumen los cambios que de ella se derivan, por lo que son los que mejor y de forma más realista pueden valorar los resultados.

- El uso de múltiples fuentes de datos, así como un análisis de sensibilidad robusto, mejoran la confiabilidad del análisis.
- La búsqueda constante de la objetividad y la perspectiva conservadora en términos monetarios permite no sobrestimar el retorno potencial.

7.2.2 Introducción al método SROI

Para calcular el retorno social vinculado a una intervención, se compara el impacto o beneficio total que genera, respecto a la inversión requerida para ello, durante un período de tiempo determinado. El resultado de este cálculo indica cuánto retorno social se obtiene por cada euro invertido^[52].

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

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.

Existen dos tipos de análisis SROI^[52]:

- *Retrospectivo o evaluativo*: utiliza datos históricos y resultados que ya han sido obtenidos; es útil para evaluar el impacto de actividades realizadas en el pasado.
- *Prospectivo o de pronóstico*: es la predicción del valor futuro que se creará si las actividades propuestas se llevan a cabo, y si se alcanzan los resultados deseados.

La elaboración de un análisis del retorno social requiere basarse en una serie de principios que le confieran rigor al proceso y que se detallan a continuación^[46,52]:

- 1) **Involucrar a los grupos de interés o stakeholders**, es decir, a las personas, las organizaciones o las entidades que influyen o que se ven influidas por el objeto de análisis. Es esencial realizar un “mapa de impacto” que recoja las necesidades y los objetivos de cada grupo.
- 2) **Comprender cuál es el cambio** que se produce y el proceso mediante el cual se llega a dicho cambio. Se tienen en cuenta tanto los cambios positivos como los negativos, los previstos y los imprevistos.
- 3) **Valorar lo que importa**. Implica usar aproximaciones financieras (en inglés, *proxies*) para dar visibilidad y medir el valor de las cosas que no tienen un precio de mercado.
- 4) **Incluir sólo la información esencial** que sea útil para poder obtener conclusiones sobre el impacto, lo que implica, a su vez, no obviar información relevante sobre dicho impacto.
- 5) **Contemplar solamente el valor creado** por la actividad objeto de estudio. Para ello, el método dispone de cuatro mecanismos de ajuste (desplazamiento, peso muerto, atribución y decremento) que se explican más adelante.
- 6) **Ser transparente**, es decir, explicar y documentar cada decisión tomada en el análisis.
- 7) **Verificación independiente** del resultado obtenido, para asegurarse de que las decisiones tomadas en el análisis son razonables.

Antes de proceder a explicar las etapas del análisis SROI, conviene definir una serie de términos que normalmente se utilizan en inglés^[52]:

**Stakeholders =
Grupos de interés**

Son los grupos de interés que experimentan un cambio, ya sea positivo o negativo, como resultado de la actividad que se está analizando.

Por ejemplo, los pacientes, los profesionales médicos, los cuidadores informales, etc.

Inputs = Inversión

Son los recursos o contribuciones aportadas por cada stakeholder y que son necesarias para que la actividad ocurra. Pueden ser de naturaleza financiera o no financiera.

Por ejemplo, el tiempo de trabajo, el tiempo personal, los recursos económicos o materiales, etc.

Outputs = Actividades

Son las actividades concretas que se ponen en marcha, en relación a los inputs necesarios para que ocurran y los stakeholders implicados en ellas.

Por ejemplo, una visita a enfermería para la educación en la adherencia. Este output necesita de inputs (trabajo de enfermería, tiempo del paciente, recursos sanitarios...) y stakeholders (pacientes, personal de enfermería...) para ponerse en marcha.

Outcomes = Retornos

Son los retornos o cambios que se producen como consecuencia de la actividad. Pueden ser esperados o inesperados, positivos o negativos.

Por ejemplo, un retorno positivo es la disminución del riesgo de brote gracias a una mayor adherencia. Sin embargo, un retorno negativo es la pérdida de productividad laboral en pacientes trabajadores, generada por el tiempo empleado en acudir a una visita de enfermería para mejorar su adherencia.

La realización de un análisis SROI supone seguir una serie de etapas (Figura 3):

Figura 3. Etapas en un análisis SROI

Fuente: elaboración propia a partir de Nicholls et al., 2012^[52].

Etapa 1. Establecer el alcance e identificar a los grupos de interés clave. Para determinar la magnitud del análisis hay que definir claramente el objetivo, quiénes están involucrados y de qué manera, con qué recursos se cuenta y el período de tiempo disponible para recoger la información necesaria.

Etapa 2. Diseñar el mapa de impacto. Esta etapa establece la relación que existe entre los *inputs* (inversión), los *outputs* (actividades concretas) y los *outcomes* (retornos). Aporta una visión global de la intervención.

Etapa 3. Evidenciar y dar valor a los retornos. Una vez comprobados los retornos y el indicador a través del cual se medirá el cambio, hay que cuantificarlos aplicando el *proxy* más adecuado.

Etapa 4. Establecer el impacto. Definir qué parte del retorno puede atribuirse a la actividad, dado que en ocasiones se ve afectado por otros elementos externos. Para este propósito, es necesario tener en cuenta los siguientes cuatro conceptos:

- **Peso muerto:** porcentaje del retorno que hubiese ocurrido igualmente sin la intervención.
- **Desplazamiento:** porcentaje del retorno que desplaza a otro retorno.
- **Atribución:** porcentaje del retorno que no se debe a la intervención, sino a la contribución de otros agentes o factores.
- **Decremento:** en retornos que duran más de un año, porcentaje de deterioro del retorno a lo largo del tiempo.

Una vez definidos estos porcentajes, se procede a calcular el retorno que generaría cada una de las actividades propuestas, multiplicando el indicador del retorno por el *proxy* (valor del retorno), descontando los porcentajes del peso muerto, la atribución, el desplazamiento y el decremento (solamente en cálculos del retorno social a partir del segundo año) (Figura 4).

Figura 4. Cálculo del impacto en un análisis SROI

$$\begin{aligned}\text{PRIMER AÑO} &= (\text{indicador del retorno}) * (\text{proxy financiero}) * (1 - \text{peso muerto}) * (1 - \text{atribución}) * (1 - \text{desplazamiento}) \\ \text{AÑOS SUCEIVOS} &= \text{Impacto del primer año} * (1 - \text{decremento})\end{aligned}$$

Etapas 5. Cálculo del SROI. Consiste en comparar 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. En el caso del SROI prospectivo, para un período de tiempo superior a un año, el impacto se actualiza mediante el método del Valor Actual Neto, para lo que hay que tener en cuenta dos indicadores:

- La tasa de crecimiento o decremento de los impactos: prevé si el impacto cambiará a lo largo del tiempo en función de la inflación u otros parámetros.
- La tasa de descuento: hace referencia al riesgo y al coste de oportunidad del capital empleado en la intervención. En España, en el ámbito de la salud se recomienda aplicar una tasa de descuento del 3%^[53].

Un **análisis de sensibilidad** posterior permite ver cómo cambian los retornos al modificar los supuestos de partida o las asunciones realizadas en etapas anteriores.

Etapas 6. Comunicación. Difusión del informe de resultados a todos los grupos de interés, para su puesta en práctica y obtención de los objetivos perseguidos.

7.3 Otros aspectos metodológicos

Para realizar el análisis SROI, se utilizaron diversas fuentes de información en las que sustentar 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. Las principales fuentes de información utilizadas son:

- 1) Fuentes primarias: tanto datos cuantitativos, a partir de los datos recogidos en la encuesta *RA Matters*^[25], como cualitativos, a partir de las reuniones de trabajo con el Comité Asesor, el Grupo de Expertos y los Comités Consultores.
- 2) Fuentes secundarias:
 - a. Artículos científicos y publicaciones vinculados a la AR.
 - b. Estadísticas oficiales, principalmente del Instituto Nacional de Estadística, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (actual Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social), y el Instituto Nacional de la Seguridad Social.
 - c. Tarifas oficiales de los servicios sanitarios. Se ha utilizado la mediana de las tarifas oficiales de los boletines oficiales de las CC.AA.
 - d. Otro tipo de referencias bibliográficas.
- 3) Asunciones. En caso de desconocimiento o inexistencia de datos, se han incluido asunciones que, posteriormente, han pasado a formar parte del análisis de sensibilidad.

Se ha optado por una **posición conservadora** en el cálculo tanto de la inversión como 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.

Todos los precios utilizados correspondientes a 2016 o años anteriores se han actualizado, utilizando el Índice de Precios de Consumo (IPC) general o IPC de medicina, según aplicase, a euros de 2017 (último año disponible para medias anuales)^[54].

La presentación de los resultados se realiza en función del área de análisis (Diagnóstico, AR precoz, AR establecida). Los resultados de los retornos y de la ratio SROI se desglosan también según la tipología del retorno (tangible e intangible).

Finalmente, se realizó un análisis de sensibilidad, a partir de la variación en determinadas variables para las que se hicieron asunciones (apartado 9.7 Análisis de sensibilidad).

8 Propuestas para la mejora del abordaje de la AR

El conjunto de propuestas para la mejora del abordaje de la AR dentro del SNS, consensado por el Grupo Multidisciplinar de Trabajo, se concreta en las siguientes **22 propuestas**^c:

Tabla 4. Propuestas para la mejora del abordaje de la AR en el área de Diagnóstico.

1	Programas de educación y sensibilización social.
2	Formación sobre el diagnóstico dirigida a medicina de atención primaria, urgencias y medicina del trabajo.
3	Ruta rápida de acceso desde atención primaria a reumatología.
4	Ruta rápida de acceso desde atención especializada a reumatología.
5	Atención psicológica tras diagnóstico.

Tabla 5. 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.
7	Consensuar el plan terapéutico (farmacológico y no farmacológico) con el paciente.
8	Accesibilidad sin cita al especialista ante brotes o descompensaciones.
9	Consultas propias de enfermería en reumatología en AR precoz.
10	Formación en adherencia y uso de medicamentos en AR precoz.
11	Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR precoz.
12	Abordaje asistencial integral de otros aspectos intangibles.

Tabla 6. Propuestas para la mejora del abordaje de la AR en el área de AR establecida.

13	Estrategias Treat to Target y control estrecho.
14	Coordinación entre atención primaria y atención especializada para el tratamiento y seguimiento del paciente.
15	Equidad en acceso a todos los fármacos disponibles comercializados.
16	Consultas propias de enfermería en reumatología en AR establecida.
17	Formación en adherencia y uso de los medicamentos en AR establecida.
18	Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad en AR establecida.
19	Ampliación del horario de atención especializada.
20	Abordaje integral multidisciplinar e individualizado, asegurando el contacto con otros profesionales sanitarios.
21	Fomentar el papel de las asociaciones como elemento complementario a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.
22	Atención a la discapacidad: coordinación socio-sanitaria y soporte social general.

^c El 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.

9 Retorno Social de la Inversión de las propuestas para la mejora del abordaje de la AR

9.1 Grupos de interés

En este proyecto se han contemplado tanto los grupos de interés directamente involucrados en el proyecto, como otros adicionales surgidos a partir de la revisión de literatura (Figura 5).

Figura 5. Grupos de interés contemplados en el conjunto de propuestas para un mejor abordaje de la AR.

Los principales grupos de interés contemplados fueron:

- Pacientes con AR incidentes en España, que suponen el 8,3 por 100.000 habitantes mayores de 16 años, lo que asciende a 3.212 pacientes en 2017^[6,55].
- Pacientes con AR prevalentes en España, que suponen el 0,5% de la población mayor de 20 años, lo que asciende a 184.766 pacientes en 2017^[4,55].
- Pacientes con AR precoz, que representan el 3,5% de los pacientes con AR^[6,56], lo que asciende a 6.425 pacientes.
- Pacientes con AR establecida, que representan el 96,5% de los pacientes con AR^[56], lo que asciende a 178.341 pacientes.

- Cuidadores informales de pacientes con AR (persona/s que presta/n cuidados al paciente sin recibir ningún tipo de remuneración a cambio). El 43,84% de los pacientes con AR tienen un cuidador informal^[57], lo que asciende a 81.002 cuidadores informales.

A continuación se expone el resto de grupos de interés identificados en el conjunto de propuestas para un mejor abordaje de la AR, así como las principales funciones dentro del conjunto de propuestas de este informe.

- SNS: es el ente que se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las CC.AA. que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.
- Profesionales de reumatología: estarían involucrados en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con AR. El número asciende aproximadamente a 1.105^[58-60].
- Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología: estarían involucrados en el seguimiento y formación de los pacientes con AR, tanto a nivel de la propia enfermedad como de sus hábitos de vida, y en la atención psicológica.
- Farmacia hospitalaria: se ocuparía de servir, preparar, adquirir, controlar, dispensar e informar sobre medicamentos de alto coste y dispensación hospitalaria a los pacientes con AR.
- Profesionales de psicología: participarían en la educación y el apoyo emocional de los pacientes con AR.
- Profesionales del trabajo social: evaluarían la evolución de las necesidades bio-psico-sociales de los pacientes con AR, facilitarían recursos sociales y contribuirían a agilizar los trámites de discapacidad.
- Profesionales de rehabilitación: estarían involucrados en mejorar la función física de los pacientes con AR establecida.
- Profesionales de fisioterapia: estarían involucrados en mejorar la función física de los pacientes con AR establecida.
- Profesionales de terapia ocupacional: estarían involucrados en mejorar la habilidad funcional de los pacientes con AR establecida.
- Profesionales de dietética y nutrición: estarían involucrados en mantener un índice de masa corporal adecuado en los pacientes con AR establecida.
- Profesionales de medicina de urgencias: estarían involucrados en la presunción diagnóstica y derivación de los pacientes con AR.

- Profesionales de medicina de AP: estarían involucrados en la presunción diagnóstica y derivación de los pacientes con AR. El número asciende a 28.506^[61].
- Centros de salud de AP: estarían involucrados en la difusión de información acerca de la enfermedad.
- Oficinas de farmacia comunitaria: estarían involucradas en la difusión de información acerca de la enfermedad, mediante la colocación de carteles informativos en las oficinas.
- Asociaciones de pacientes vinculadas a la AR: estarían involucradas en consensuar el contenido de la campaña de educación y sensibilización, y contribuirían a empoderar a los pacientes con AR establecida para un mejor manejo de su enfermedad.
- Otros pacientes incidentes reumatológicos: se podrían beneficiar de algunas de las propuestas incluidas como, por ejemplo, ser derivados a reumatología de una forma más eficiente.
- Otros pacientes reumatológicos: se podrían beneficiar de algunas de las propuestas incluidas como, por ejemplo, el acceso al especialista sin cita previa ante un brote o descompensación.

9.2 Marco general de la inversión y el retorno

El tipo de análisis SROI elegido es **prospectivo** en consonancia con el objetivo principal del estudio: 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. La intervención objeto de análisis es, por tanto, este conjunto de propuestas.

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. Haber elegido un horizonte temporal mayor implicaría incrementar tanto la cantidad de asunciones como la incertidumbre.

En las siguientes páginas se expone el alcance de cada una de las propuestas incluidas en este abordaje de la AR en el SNS, el cálculo de la inversión (junto con su desglose detallado), el alcance del retorno y el cálculo del retorno (junto con su desglose detallado) y su impacto.

En relación a la inversión, cabe indicar que, tratándose de un análisis prospectivo a un año, algunas intervenciones propuestas no requieren una inversión anual. Por esta razón, para cada propuesta se incluyen una serie de consideraciones a tener en cuenta respecto a las inversiones necesarias en años sucesivos. Dichas consideraciones son una aproximación, ya que estarían sujetas a posibles cambios en la situación de partida analizada.

Respecto al retorno, una parte de la inversión que se realizaría para mejorar el abordaje de la AR planteado en este proyecto podría generar retornos sociales (positivos o negativos, previstos o imprevistos) en otros grupos de interés, aparte de los ya incluidos en este análisis. Debido a la magnitud del conjunto del análisis, no se ha realizado la estimación de dichos retornos. Por este motivo, en cada propuesta se detallan los principales retornos no cuantificados en el presente análisis SROI, bien por la imposibilidad de cuantificarlo o bien por no ser el objeto principal del análisis.

El desglose detallado de la inversión y del retorno se pueden consultar en el Anexo II.

9.3 Propuestas del área de Diagnóstico

9.3.1 Propuesta 1. Programas de educación y sensibilización social

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 1, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 7 a Tabla 9).

Tabla 7. 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).
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none">• Sistema Nacional de Salud• Profesionales de reumatología• Profesionales de medicina de AP• Centros de salud de AP• Asociaciones de pacientes vinculadas a la AR• Oficinas de farmacia comunitaria• Pacientes con AR prevalentes• Pacientes con AR incidentes• Población general
CONTENIDO:	<p>Esta propuesta incluye:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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:	<p>Situación actual</p> <p>La sociedad tiene desconocimiento acerca de la AR y sus síntomas^[62], entendiendo el “reuma” como una enfermedad en concreto y no como una especialidad médica^[63]. El 78% de la población española reconoce que sabe poco o nada acerca de la AR^[64]. 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 enfermedad^[62]. Entre el 12% y el 59% de los pacientes con AR desearían mayor comprensión acerca de determinados ámbitos de la enfermedad^[25].</p> <p>Situación ideal</p> <p>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 síntomas^[65]. Dotando a la sociedad del conocimiento de la AR y sus síntomas, los pacientes latentes podrían reconocer dichos síntomas y acudir a consulta en un menor espacio de tiempo. Del mismo modo, los pacientes con AR sentirían mayor comprensión de la sociedad con respecto a la enfermedad.</p> <p>Alternativa propuesta</p>

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 síntomas^[66]. 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].

La inversión necesaria para realizar las campañas publicitarias y difundirlas implicaría la organización de una reunión de expertos para el consenso del contenido, la creación de un anuncio en medios de comunicación, así como el diseño y la elaboración de carteles informativos sobre la AR para su difusión entre centros de AP y farmacias comunitarias. El total de la inversión ascendería a 768.538 € (Tabla 8).

Tabla 8. Inversión de la Propuesta 1: Programas de educación y sensibilización social.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	563.846 €
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	25.237 €
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	179.454 €
Profesionales de reumatología	Tiempo de trabajo.	0 €
Profesionales de medicina de AP	Tiempo de trabajo.	0 €
Centros de salud de AP	Tiempo de trabajo.	0 €
Asociaciones de pacientes vinculadas a la AR	Tiempo de trabajo.	0 €
Oficinas de farmacia comunitaria	Tiempo de trabajo.	0 €
Pacientes con AR prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	0 €
Pacientes con AR incidentes	No realizarían ninguna inversión.	0 €
Población general	No realizarían ninguna inversión.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		768.538 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 9).

Tabla 9. Inversión futura de la Propuesta 1: Programas de educación y sensibilización social.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la inversión en los siguientes ítems:
	<ul style="list-style-type: none"> El coste vinculado a la difusión del anuncio en medios de comunicación. El coste de difusión de carteles informativos en centros de AP y farmacias comunitarias (impresión y envío), en caso de necesitar volver a hacerlo.

De la Tabla 10 a la Tabla 13 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

Tabla 10. Alcance del retorno de la Propuesta 1: Programas de educación y sensibilización social..

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Profesionales de medicina de AP	Tiempo de trabajo.	–	<ul style="list-style-type: none"> Se podría producir un "efecto llamada" en la sociedad, incrementando las consultas a medicina de AP^[63].
Asociaciones de pacientes vinculadas a la AR	Tiempo de trabajo.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se incrementaría la presencia y relevancia social de las asociaciones de pacientes vinculadas a la AR gracias a la difusión de información sobre la enfermedad^[63,66].
Pacientes con AR prevalentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con AR prevalentes gracias a sentirse más comprendidos por la sociedad.
Pacientes con AR incidentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se frenaría la evolución funcional discapacitante de la AR en los pacientes incidentes gracias a una derivación correcta y su consecuente diagnóstico precoz^[63,68].

La creación y difusión de la campaña publicitaria informaría a la sociedad acerca de la AR. Los pacientes se sentirían más comprendidos en general y estarían mejor formados. Como consecuencia se mejoraría su estado emocional y se frenaría la evolución funcional discapacitante de la AR. El retorno total ascendería a 15.551.676 € (Tabla 11).

Tabla 11. Retorno de la Propuesta 1: Programas de educación y sensibilización social.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Pacientes con AR prevalentes	Retorno 1.1 Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con AR prevalentes gracias a sentirse más comprendidos por la sociedad.	14.744.352 €
Pacientes con AR incidentes	Retorno 1.2 Se frenaría la evolución funcional discapacitante de la AR en los pacientes incidentes gracias a una derivación correcta y su consecuente diagnóstico precoz.	807.325 €
RETORNO TOTAL		15.551.676 €

Respecto al retorno 1.1, se establece un peso muerto (81%) que equivale al porcentaje de pacientes con AR que no sienten incompreensión por parte de su entorno. Respecto al retorno 1.2, se establece un peso muerto basado en una asunción propia (50%) que equivale al porcentaje de pacientes que ya se diagnostican de forma precoz. Además, se indica una atribución (75%) que es el porcentaje del impacto debido a otros retornos (2.4; 3.3; y 4.3) (Tabla 12).

Tabla 12. Impacto de la Propuesta 1: Programas de educación y sensibilización social.

Retornos	Peso muerto	Desplazamiento	Atribución
Retorno 1.1 Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con AR prevalentes gracias a sentirse más comprendidos por la sociedad.	81,0%	0,0%	0,0%
Retorno 1.2 Se frenaría la evolución funcional discapacitante de la AR en los pacientes incidentes gracias a una derivación correcta y su consecuente diagnóstico precoz.	50,0%	0,0%	75,0%

A continuación, se exponen los potenciales retornos ligados a esta propuesta, no incluidos en el análisis (Tabla 13).

Tabla 13. Retorno no cuantificado de la Propuesta 1: Programas de educación y sensibilización social.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Profesionales de medicina de AP	–	Se podría producir un "efecto llamada" en la sociedad, incrementando las consultas a medicina de AP.
Asociaciones de pacientes vinculadas a la AR	+	Se incrementaría la presencia y relevancia social de las asociaciones de pacientes vinculadas a la AR gracias a la difusión de información sobre la enfermedad.

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

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 2, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 14 a Tabla 16).

Tabla 14. Alcance de la propuesta 2: Formación sobre el diagnóstico dirigida a medicina de atención primaria y urgencias.

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).
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none">• Sistema Nacional de Salud• Profesionales de reumatología• Profesionales de medicina de AP• Profesionales de medicina de urgencias• Pacientes con AR incidentes• Otros pacientes reumatológicos• Cuidadores informales de pacientes con AR
CONTENIDO:	<p>Esta propuesta incluye:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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:	<p>Situación actual</p> <p>Al inicio de la AR se produce daño articular en el paciente y una consecuente pérdida de la función articular^[65]. 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 aprovechando^[59], debido a la dificultad en el diagnóstico de las enfermedades reumáticas en AP, derivando en ocasiones a traumatología en vez de a reumatología^[63], lo que implica un retraso en llegar a reumatología, así como en iniciar el tratamiento^[65].</p> <p>Situación ideal</p> <p>Un paciente con AR debería ser atendido en las seis primeras semanas desde los primeros síntomas, evitando que la morbilidad de la enfermedad se eleve^[65]. El trato frecuente de reumatología con otras especialidades es clave para llegar a una correcta derivación del paciente reumatológico^[31], ya que el 71% de los pacientes derivados proceden de AP y el 8,7% de urgencias^[69]. Así, medicina de AP juega un papel primordial en el diagnóstico precoz^[65]. Dicho contacto se puede realizar a través de interconsultas virtuales o consultas conjuntas sobre casos de origen reumatológico surgidos en AP^[5,66].</p>

^d Aunque 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.

Alternativa propuesta

Se plantean sesiones cuatrimestrales en cada centro de salud, entre medicina de AP y el profesional de reumatología, para la atención de pacientes con sospecha de patología reumatológica, que podrían dotarles de habilidades diagnósticas^[67]. Por otro lado, también se plantea la formación presencial de los profesionales de urgencias, ya que son candidatos a recibir pacientes con sintomatología de AR^[66].

La inversión necesaria para realizar la formación sobre el diagnóstico de la AR, tanto a medicina de AP como a profesionales de urgencias, implicaría por un lado el coste de una sesión de discusión de casos cada cuatro meses en cada centro de salud, y por otro lado el coste de la formación acreditada presencial. El total de la inversión ascendería a 7.444.973 € (Tabla 15).

Tabla 15. Inversión de la Propuesta 2: Formación sobre el diagnóstico dirigida a medicina de atención primaria y urgencias.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos estructurales.	0 €
	Recursos económicos.	121.206 €
Profesionales de reumatología	Tiempo de trabajo.	0 €
	Recursos humanos docentes.	465.767 €
Profesionales de medicina de AP	Tiempo de trabajo.	6.858.000 €
Profesionales de medicina de urgencias	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	0 €
Pacientes con AR incidentes	Tiempo personal ^e .	0 €
Otros pacientes reumatológicos	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		7.444.973 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 16).

Tabla 16. Inversión futura de la Propuesta 2: Formación sobre el diagnóstico dirigida a medicina de atención primaria y urgencias.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la inversión en los siguientes ítems:
	<ul style="list-style-type: none"> El coste de la sesión de discusión de casos cuatrimestral en cada centro de salud, entre los profesionales de reumatología y AP. El coste de un curso acreditado presencial al año en cada hospital del SNS, a modo de reciclaje para los profesionales de urgencias.

^e El consenso actual dentro de la red SROI es no otorgar un valor financiero al tiempo empleado por los principales beneficiados: en este caso, los pacientes y los cuidadores informales. No obstante, este consenso sigue siendo objeto de discusión.

De la Tabla 17 a la Tabla 20 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

Tabla 17. Alcance del retorno de la Propuesta 2: Formación sobre el diagnóstico dirigida a medicina de atención primaria y urgencias.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos estructurales y económicos.	–	<ul style="list-style-type: none"> Se incrementarían las visitas a urgencias como consecuencia del incremento de la lista de espera en reumatología, por reducir el horario de atención a los pacientes por las sesiones de formación.
Profesionales de reumatología	Recursos humanos docentes.	–	<ul style="list-style-type: none"> Se incrementaría la lista de espera de medicina de AP por las sesiones de formación.
Profesionales de medicina de AP	Tiempo de trabajo.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían los costes asociados al retraso diagnóstico de los pacientes con AR incidentes gracias a la mejor formación de sus profesionales^[63].
Profesionales de urgencias	Tiempo de trabajo.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se incrementaría la formación de los profesionales de urgencias, posibilitando un diagnóstico precoz de los pacientes con AR incidentes^[63].
Pacientes con AR incidentes	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con AR incidentes gracias a una derivación correcta.
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se frenaría la evolución funcional discapacitante de la AR en los pacientes incidentes gracias a una derivación correcta y su consecuente diagnóstico precoz^[63,68].
Otros pacientes reumatológicos	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían los errores de derivación de otros pacientes reumatológicos desde AP gracias a la mejor formación de sus profesionales^[63].

La formación sobre el diagnóstico de la AR podría reducir los costes asociados al retraso diagnóstico de los pacientes con AR incidentes, así como mejorar el estado emocional de los pacientes ante una situación desconocida y evitar la evolución funcional discapacitante de la patología. Del lado contrario, esta propuesta podría incrementar las visitas a urgencias como consecuencia del incremento en la lista de espera de reumatología. El retorno total ascendería a -2.629.413 € (Tabla 18).

Tabla 18. Retorno de la Propuesta 2: Formación sobre el diagnóstico dirigida a medicina de atención primaria y urgencias.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 2.1 Se incrementarían las visitas a urgencias como consecuencia del incremento de la lista de espera en reumatología, por reducir el horario de atención a los pacientes por las sesiones de formación.	-3.742.373 €
Profesionales de medicina de AP	Retorno 2.2 Se reducirían los costes asociados al retraso diagnóstico de los pacientes con AR incidentes gracias a la mejor formación de sus profesionales.	178.856 €
Pacientes con AR incidentes	Retorno 2.3 Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con AR incidentes gracias a una derivación correcta.	126.779 €
	Retorno 2.4 Se frenaría la evolución funcional discapacitante de la AR en los pacientes incidentes gracias a una derivación correcta y su consecuente diagnóstico precoz.	807.325 €
RETORNO TOTAL		-2.629.413 €

Respecto a los retornos 2.2 y 2.3, se establece un peso muerto (31,66%) que equivale al porcentaje de pacientes bien diagnosticados en AP. En el retorno 2.4, el peso muerto (50%) corresponde al porcentaje de pacientes diagnosticados de forma precoz. Este último dato se basa en una asunción propia (Tabla 19).

Por otro lado, el retorno 2.2 incluye una atribución del 50% ya que comparte impacto con el retorno 3.1; el retorno 2.3 incluye una atribución del 75%, porcentaje del impacto debido a otros retornos (3.2; 4.2; y 5.1); y el retorno 2.4 incluye una atribución del 75%, porcentaje del impacto debido a otros retornos (1.2; 3.3; y 4.3) (Tabla 19).

Tabla 19. Impacto de la Propuesta 2: Formación sobre el diagnóstico dirigida a medicina de atención primaria y urgencias.

Retornos	Peso muerto	Desplazamiento	Atribución
Retorno 2.2 Se reducirían los costes asociados al retraso diagnóstico de los pacientes con AR incidentes gracias a la mejor formación de sus profesionales.	31,66%	0,00%	50,00%
Retorno 2.3 Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con AR incidentes gracias a una derivación correcta.	31,66%	0,00%	75,00%
Retorno 2.4 Se frenaría la evolución funcional discapacitante de la AR en los pacientes incidentes gracias a una derivación correcta y su consecuente diagnóstico precoz.	50,00%	0,00%	75,00%

A continuación, se exponen los potenciales retornos ligados a esta propuesta, no incluidos en el análisis (Tabla 20).

Tabla 20. Retorno no cuantificado de la Propuesta 2: Formación sobre el diagnóstico dirigida a medicina de atención primaria y urgencias.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Profesionales de reumatología	–	Se incrementaría la lista de espera de medicina de AP por las sesiones de formación.
Profesionales de urgencias	+	Se incrementaría la formación de los profesionales de urgencias, posibilitando un diagnóstico precoz de los pacientes con AR incidentes.
Otros pacientes reumatológicos	+	Se reducirían los errores de derivación de otros pacientes reumatológicos desde AP gracias a la mejor formación de sus profesionales.

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

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 3, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 21 a Tabla 23).

Tabla 21. 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.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none">• Sistema Nacional de Salud• Profesionales de reumatología• Profesionales de medicina de AP• Pacientes con AR incidentes• Otros pacientes reumatológicos• Cuidadores informales de los pacientes con AR incidentes
CONTENIDO:	<p>Esta propuesta incluye^f:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>El tiempo medio que transcurre entre que el paciente visita AP y la primera visita a reumatología es de 3,6 meses^[69]. Tanto la demora en derivar al paciente a reumatología como el retraso en la búsqueda de asistencia médica por parte del paciente son los determinantes del retraso diagnóstico^[31]. 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].</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>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 semanas^[31]. 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]. 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].</p>

^f Esta propuesta comparte inversión con la propuesta 4 (Ruta rápida de acceso desde atención especializada a reumatología).

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 derivación^[67] y mejora de la capacidad diagnóstica^[31].

La inversión necesaria para implantar una ruta rápida de acceso desde AP a reumatología implicaría varias acciones: difundir los protocolos ya existentes para asegurar su cumplimiento, incrementar el número de profesionales de reumatología que puedan atender las consultas necesarias y modificar el sistema de gestión de cita para hacerlo más eficiente, mediante un sistema de valoración de la prioridad de las interconsultas. El total de la inversión ascendería a 4.491.421 € (Tabla 22). **La inversión incluida aquí contempla abordar tanto la propuesta 3 como la propuesta 4 (ruta rápida de acceso desde atención especializada a reumatología), por lo que debiera entenderse que solamente el 50% de la inversión indicada corresponde a esta propuesta.**

Tabla 22. Inversión de la Propuesta 3: Ruta rápida de acceso desde atención primaria a reumatología.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	0 €
	Recursos económicos.	4.472.698 €
	Gestión de recursos.	9.361 €
	Gestión de recursos.	9.361 €
Profesionales de reumatología	Tiempo de trabajo.	0 €
Profesionales de medicina de AP	Tiempo de trabajo.	0 €
Pacientes con AR incidentes	No realizarían ninguna inversión.	0 €
Otros pacientes reumatológicos	No realizarían ninguna inversión.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR	No realizarían ninguna inversión.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		4.491.421 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 23).

Tabla 23. Inversión futura de la Propuesta 3: Ruta rápida de acceso desde atención primaria a reumatología.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la inversión en la difusión de los protocolos existentes, para asegurar su cumplimiento, así como el mantenimiento del sistema de gestión de pacientes.
------------------------------------	---

De la Tabla 24 a la Tabla 27 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

Tabla 24. Alcance del retorno de la Propuesta 3: Ruta rápida de acceso desde atención primaria a reumatología.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos y gestión de recursos.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían los costes asociados al retraso diagnóstico de los pacientes con AR incidentes desde AP gracias a la ruta rápida de acceso de AP a reumatología^[77].
Pacientes con AR incidentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con AR incidentes gracias a un diagnóstico precoz.
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se frenaría la evolución funcional discapacitante de la AR en los pacientes incidentes gracias a una derivación correcta y su consecuente diagnóstico precoz^[63,68].
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con AR incidentes con el SNS gracias a la ruta rápida de acceso de AP a reumatología.
Otros pacientes incidentes reumatológicos	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el estado emocional y la satisfacción con el SNS de otros pacientes reumatológicos.
Cuidadores informales de los pacientes con AR incidentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la satisfacción de los cuidadores informales de los pacientes con AR incidentes con el SNS.

Una ruta rápida de acceso desde AP a reumatología reduciría los costes asociados al retraso diagnóstico y retrasaría la evolución funcional discapacitante, a la vez que mejoraría el estado emocional y la satisfacción de los pacientes con AR incidentes. El retorno total ascendería a 1.265.693 € (Tabla 25).

Tabla 25. Retorno de la Propuesta 3: Ruta rápida de acceso desde atención primaria a reumatología.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 3.1 Se reducirían los costes asociados al retraso diagnóstico de los pacientes con AR incidentes desde AP gracias a la ruta rápida de acceso de AP a reumatología.	178.856 €
Pacientes con AR incidentes	Retorno 3.2 Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con AR incidentes gracias a un diagnóstico precoz.	217.062 €
	Retorno 3.3 Se frenaría la evolución funcional discapacitante de la AR en los pacientes incidentes gracias a una derivación correcta y su consecuente diagnóstico precoz.	807.325 €
	Retorno 3.4 Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con AR incidentes con el SNS gracias a la ruta rápida de acceso de AP a reumatología.	62.451 €
RETORNO TOTAL		1.265.693 €

Respecto a los retornos 3.1 y 3.2, se establece un peso muerto (31,66%) que equivale al porcentaje de pacientes bien diagnosticados en AP. En el retorno 3.3, el peso muerto (50%) corresponde al porcentaje de pacientes diagnosticados de forma precoz. Este último dato se basa en una asunción propia. El peso muerto del retorno 3.4 (67,6%) es el porcentaje de españoles que cree que el sistema sanitario funciona bien o bastante bien (Tabla 26).

Por otro lado, el retorno 3.1 incluye una atribución del 50% ya que comparte impacto con el retorno 2.2, al igual que el retorno 3.4 comparte impacto con el retorno 4.4; el retorno 3.2 incluye una atribución del 75%, porcentaje del impacto debido a otros retornos (2.3; 4.2; y 5.1); y el retorno 3.3 incluye una atribución del 75%, porcentaje del impacto debido a otros retornos (1.2; 2.4; y 4.3) (Tabla 26).

Tabla 26. Impacto de la Propuesta 3: Ruta rápida de acceso desde atención primaria a reumatología.

Retornos	Peso muerto	Desplazamiento	Atribución
Retorno 3.1 Se reducirían los costes asociados al retraso diagnóstico de los pacientes con AR incidentes desde AP gracias a la ruta rápida de acceso de AP a reumatología.	31,66%	0,00%	50,00%
Retorno 3.2 Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con AR incidentes gracias a un diagnóstico precoz.	31,66%	0,00%	75,00%
Retorno 3.3 Se frenaría la evolución funcional discapacitante de la AR en los pacientes incidentes gracias a una derivación correcta y su consecuente diagnóstico precoz.	50,00%	0,00%	75,00%

Retornos	Peso muerto	Desplazamiento	Atribución
Retorno 3.4 Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con AR incidentes con el SNS gracias a la ruta rápida de acceso de AP a reumatología.	67,60%	0,00%	50,00%

A continuación, se exponen los potenciales retornos ligados a esta propuesta, no incluidos en el análisis (Tabla 27).

Tabla 27. Retorno no cuantificado de la Propuesta 3: Ruta rápida de acceso desde atención primaria a reumatología.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Otros pacientes incidentes reumatológicos	+	Se mejoraría el estado emocional y la satisfacción con el SNS de otros pacientes reumatológicos.
Cuidadores informales de los pacientes con AR incidentes	+	Se mejoraría la satisfacción de los cuidadores informales de los pacientes con AR incidentes con el SNS.

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

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 4, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 28 a Tabla 30).

Tabla 28. 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.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none">• Sistema Nacional de Salud• Profesionales de reumatología• Profesionales de AE• Pacientes con AR incidentes• Otros pacientes reumatológicos• Cuidadores informales de los pacientes con AR incidentes
CONTENIDO:	<p>Esta propuesta incluye^g:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>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 aprovechando^[59], debido a la dificultad en el diagnóstico de las enfermedades reumáticas en AP, que en ocasiones deriva erróneamente a traumatología^[63]. Esto implica un retraso en llegar a reumatología e iniciar el tratamiento^[65]. 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].</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>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 calidad^[73]. 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].</p>

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

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 derivación^[74], 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 derivación^[67] y mejora de la capacidad diagnóstica^[31].

La inversión necesaria para implantar una ruta rápida de acceso desde AE a reumatología implicaría varias acciones: difundir los protocolos ya existentes para asegurar su cumplimiento, incrementar el número de profesionales de reumatología que puedan atender las consultas necesarias y modificar el sistema de gestión de cita para hacerlo más eficiente, mediante un sistema de valoración de la prioridad de las interconsultas (Tabla 29). Aunque la inversión indicada es de 0 euros, hay que tener en cuenta que la inversión contemplada en la propuesta 3 (ruta rápida de acceso desde AP a reumatología) ya incluía el abordaje de la propuesta 4, por lo que debiera entenderse que el 50% de la inversión indicada en la propuesta 4 corresponde a esta propuesta.

Tabla 29. Inversión de la Propuesta 4: Ruta rápida de acceso desde atención especializada a reumatología.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	0 €
Sistema Nacional de Salud	Gestión de recursos.	0 €
Profesionales de reumatología	Tiempo de trabajo.	0 €
Profesionales de AE	Tiempo de trabajo.	0 €
Pacientes con AR incidentes	No realizarían ninguna inversión.	0 €
Otros pacientes incidentes reumatológicos	No realizarían ninguna inversión.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR incidentes	No realizarían ninguna inversión.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		0 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 30).

Tabla 30. Inversión futura de la Propuesta 4: Ruta rápida de acceso desde atención especializada a reumatología.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la inversión en la difusión de los protocolos existentes, para asegurar su cumplimiento, así como el mantenimiento del sistema de gestión de pacientes.
------------------------------------	---

De la Tabla 31 a la Tabla 34 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

Tabla 31. Alcance del retorno de la Propuesta 4: Ruta rápida de acceso desde atención especializada a reumatología.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos y gestión de recursos.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían los costes asociados al retraso diagnóstico de los pacientes con AR incidentes gracias a una derivación precoz a reumatología gracias a la ruta rápida de acceso de AE a reumatología^[77].
Pacientes con AR incidentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con AR incidentes gracias a un diagnóstico precoz.
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se frenaría la evolución funcional discapacitante de la AR en los pacientes incidentes gracias a una derivación correcta y su consecuente diagnóstico precoz^[63,68].
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con AR incidentes con el SNS gracias a la ruta rápida de acceso desde AE a reumatología.
Otros pacientes incidentes reumatológicos	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el estado emocional y la satisfacción con el SNS de otros pacientes reumatológicos.
Cuidadores informales de los pacientes con AR incidentes	No realizarían ninguna inversión.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la satisfacción de los cuidadores informales de los pacientes con AR incidentes con el SNS.

Una ruta rápida de acceso desde AE a reumatología reduciría los costes asociados al retraso diagnóstico y retrasaría la evolución funcional discapacitante, a la vez que mejoraría el estado emocional y la satisfacción de los pacientes con AR incidentes. El retorno total ascendería a 1.164.432 € (Tabla 32).

Tabla 32. Retorno de la Propuesta 4: Ruta rápida de acceso desde atención especializada a reumatología.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 4.1 Se reducirían los costes asociados al retraso diagnóstico de los pacientes con AR incidentes gracias a una derivación precoz a reumatología gracias a la ruta rápida de acceso de AE a reumatología.	135.840 €
Pacientes con AR incidentes	Retorno 4.2 Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con AR incidentes gracias a un diagnóstico precoz.	158.817 €
	Retorno 4.3 Se frenaría la evolución funcional discapacitante de la AR en los pacientes incidentes gracias a una derivación correcta y su consecuente diagnóstico precoz.	807.325 €
	Retorno 4.4 Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con AR incidentes con el SNS gracias a la ruta rápida de acceso desde AE a reumatología.	62.451 €
RETORNO TOTAL		1.164.432 €

Respecto a los retornos 4.1, 4.2 y 4.3, se establece un peso muerto (50%) que equivale al porcentaje de pacientes diagnosticados de forma precoz. Este dato se basa en una asunción propia. El peso muerto del retorno 4.4 (67,6%) es el porcentaje de españoles que cree que el sistema sanitario funciona bien o bastante bien (Tabla 33).

Por otro lado, el retorno 4.2 incluye una atribución del 75%, porcentaje del impacto debido a otros retornos (2.3; 3.2; y 5.1); y el retorno 4.3 incluye una atribución del 75%, porcentaje del impacto debido a otros retornos (1.2; 2.4; y 3.3). Finalmente, el retorno 4.4 incluye una atribución del 50% ya que comparte impacto con el retorno 3.4 (Tabla 33).

Tabla 33. Impacto de la Propuesta 4: Ruta rápida de acceso desde atención especializada a reumatología.

Retornos	Peso muerto	Desplazamiento	Atribución
Retorno 4.1 Se reducirían los costes asociados al retraso diagnóstico de los pacientes con AR incidentes gracias a una derivación precoz a reumatología gracias a la ruta rápida de acceso de AE a reumatología.	50,00%	0,00%	0,00%
Retorno 4.2 Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con AR incidentes gracias a un diagnóstico precoz.	50,00%	0,00%	75,00%
Retorno 4.3 Se frenaría la evolución funcional discapacitante de la AR en los pacientes incidentes gracias a una derivación correcta y su consecuente diagnóstico precoz.	50,00%	0,00%	75,00%

Retornos	Peso muerto	Desplazamiento	Atribución
Retorno 4.4 Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con AR incidentes con el SNS gracias a la ruta rápida de acceso desde AE a reumatología.	67,60%	0,00%	50,00%

A continuación, se exponen los potenciales retornos ligados a esta propuesta, no incluidos en el análisis (Tabla 13).

Tabla 34. Retorno no cuantificado de la Propuesta 4: Ruta rápida de acceso desde atención especializada a reumatología.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Otros pacientes incidentes reumatológicos	+	Se mejoraría el estado emocional y la satisfacción con el SNS de otros pacientes reumatológicos.
Cuidadores informales de los pacientes con AR incidentes	+	Se mejoraría la satisfacción de los cuidadores informales de los pacientes con AR incidentes con el SNS.

9.3.5 Propuesta 5. Atención psicológica tras diagnóstico

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 5, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 35 a Tabla 37).

Tabla 35. Alcance de la Propuesta 5: Atención psicológica tras diagnóstico.

OBJETIVO:	Lograr una mejor aceptación del diagnóstico de AR por parte del paciente.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none">• Profesionales de reumatología• Enfermería con competencias avanzadas en reumatología• Pacientes con AR incidentes• Cuidadores informales de los pacientes con AR incidentes
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><i>Situación actual</i></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 vidas^[62]. Así, los trastornos psicológicos son frecuentes en las primeras etapas de la AR tras el diagnóstico, destacando entre ellos la depresión y la ansiedad^[78]. Por otro lado, la depresión genera por sí misma costes directos sanitarios y costes indirectos (pérdidas de productividad laboral) en los pacientes^[79]. 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><i>Situación ideal</i></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><i>Alternativa propuesta</i></p> <p>Esta propuesta incluye una intervención educativa 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>

La atención psicológica de los pacientes con AR que debutan implicaría una inversión de doce sesiones grupales para conseguir una mejor asimilación del diagnóstico y comprensión de la enfermedad. Se plantea que, en ausencia de profesionales de psicología suficientes en el SNS, estas sesiones las dirija un profesional de enfermería con competencias avanzadas en reumatología, que en la literatura han demostrado un impacto positivo en este sentido^[81]. El total de la inversión ascendería a 967.489 € (Tabla 36).

Tabla 36. Inversión de la Propuesta 5: Atención psicológica tras diagnóstico.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Profesionales de reumatología	Tiempo de trabajo.	0 €
Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología	Tiempo de trabajo.	967.489 €
Pacientes con AR incidentes	Tiempo personal.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR incidentes	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		967.489 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 37).

Tabla 37. Inversión futura de la Propuesta 5: Atención psicológica tras diagnóstico.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la misma inversión para los pacientes con AR incidentes nuevos que debuten cada año.
------------------------------------	--

De la Tabla 38 a la Tabla 40 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

Tabla 38. Alcance del retorno de la Propuesta 5: Atención psicológica tras diagnóstico.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Pacientes con AR incidentes	Tiempo personal.	+	• Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con AR incidentes gracias a la atención psicológica ^[66] .
		-	• Se producirían pérdidas de productividad laboral, consecuencia de acudir a las sesiones grupales de atención psicológica.
Cuidadores informales de los pacientes con AR incidentes	Tiempo personal.	-	• Se incrementaría la carga de cuidado para los cuidadores informales por acompañar a los pacientes a las sesiones grupales de atención psicológica.

La atención psicológica mejoraría el impacto emocional derivado del diagnóstico y la incertidumbre ante el futuro. Adicionalmente, se producirían pérdidas de productividad laboral y un incremento en la carga de cuidado derivados de la asistencia a dichas sesiones grupales. El retorno total ascendería a -1.065.281 € (Tabla 39).

Tabla 39. Retorno de la Propuesta 5: Atención psicológica tras diagnóstico.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Pacientes con AR incidentes	Retorno 5.1 Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con AR incidentes gracias a la atención psicológica.	239.859 €
	Retorno 5.2 Se producirían pérdidas de productividad laboral, consecuencia de acudir a las sesiones grupales de atención psicológica.	-1.024.259 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR incidentes	Retorno 5.3 Se incrementaría la carga de cuidado para los cuidadores informales por acompañar a los pacientes a las sesiones grupales de atención psicológica.	-280.881 €
RETORNO TOTAL		-1.065.281 €

Respecto al retorno 5.1, se establece un peso muerto (53,1%) que equivale al porcentaje de pacientes con AR que no presentan afectación psicológica en el momento del diagnóstico. Por otro lado, se incluye una atribución del 75%, porcentaje del impacto debido a otros retornos (2.3; 3.2; y 4.2) (Tabla 40).

Tabla 40. Impacto de la Propuesta 5: Atención psicológica tras diagnóstico.

Retornos	Peso muerto	Desplazamiento	Atribución
Retorno 5.1 Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con AR incidentes gracias a la atención psicológica.	53,10%	0,00%	75,00%

La propuesta 5 no tiene ningún retorno no cuantificado.

9.3.6 Resumen de la inversión y del retorno en el área de Diagnóstico

La inversión total en el área de Diagnóstico ascendería a 13.672.421 €. La mayor partida correspondería a la inversión en formación sobre el diagnóstico dirigida a medicina de AP, urgencias y medicina del trabajo^h (54,5%). A continuación, las propuestas relativas a crear una ruta rápida de acceso desde AP y AP a reumatología asumirían el 32,9% de la inversión. Por último, la atención psicológica tendría un 7,1% y los programas de educación y sensibilización social un 5,6% (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribución de la inversión total en el área de Diagnóstico según propuestas

^h Aunque 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.

ⁱ La mitad de esta inversión corresponde a la propuesta 4.

^j La inversión de esta propuesta está contemplada en la propuesta 3.

El retorno social en el área de Diagnóstico ascendería a 14.287.107 €. Los programas de educación y sensibilización social son los que mayor retorno relativo tendrían en el conjunto de propuestas (15,6 M€), que compensaría los retornos negativos de las propuestas relativas a la formación sobre diagnóstico (-2,6 y -1,1 M€ respectivamente). El retorno que generarían las propuestas sobre las rutas rápidas de acceso superarían el millón de euros (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribución del retorno social total en el área de Diagnóstico según propuestas (M€).

9.4 Propuestas del área de AR precoz

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

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 6, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 41 a Tabla 43).

Tabla 41. Alcance de la Propuesta 6: Estrategias Treat to Target y control estrecho. Tratamiento precoz con FAME tras diagnóstico.

OBJETIVO:	Aplicar estrategias <i>Treat to Target</i> 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.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none">• Sistema Nacional de Salud• Profesionales de reumatología• Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología• Pacientes con AR precoz• Cuidadores informales de los pacientes con AR precoz
CONTENIDO:	Esta propuesta incluye el coste de las visitas adicionales al profesional de reumatología necesarias para aplicar la estrategia T2T y control estrecho, para aquellos pacientes con AR precoz donde actualmente no se cumple.
JUSTIFICACIÓN:	<p>Situación actual</p> <p>En el año 2010 se publicaron recomendaciones internacionales, llamadas <i>Treat to Target</i> (T2T) y estrategia de <i>tight control</i> (control estrecho), destinadas a conseguir resultados terapéuticos óptimos^[82]. Posteriormente se han ido actualizando con el avance de la evidencia científica en torno a la AR^[83]. 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].</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 y 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 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 tres 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>

La inversión necesaria para utilizar las estrategias *Treat to Target* y control estrecho, implicaría el coste de tres visitas adicionales a reumatología así como tres visitas adicionales a enfermería hospitalaria (dos presenciales y una telefónica) hasta alcanzar baja actividad, puesto que con seis visitas anuales sería suficiente^[5] y actualmente se dan tres de media^[88]. El total de la inversión ascendería a 1.393.455 € (Tabla 42).

Tabla 42. Inversión de la Propuesta 6: Estrategias *Treat to Target* y control estrecho. Tratamiento precoz con FAME tras diagnóstico.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	0 €
Profesionales de reumatología	Tiempo de trabajo.	1.027.371 €
Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología	Tiempo de trabajo.	366.083 €
Pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		1.393.455 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 43).

Tabla 43. Inversión futura de la Propuesta 6: Estrategias *Treat to Target* y control estrecho. Tratamiento precoz con FAME tras diagnóstico.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la inversión en las visitas adicionales a los profesionales de reumatología como consecuencia de la aplicación de la estrategia T2T y control estrecho.
------------------------------------	---

De la Tabla 44 a la Tabla 46 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

Tabla 44. Alcance del retorno de la Propuesta 6: Estrategias *Treat to Target* y control estrecho. Tratamiento precoz con FAME tras diagnóstico.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	+	• Se reducirían los costes sanitarios gracias a que los pacientes con AR precoz alcanzarían remisión según criterios DAS28 ^[87] .
Profesionales de reumatología	Tiempo de trabajo.	-	• Se incrementaría la carga de trabajo para los profesionales de reumatología ^[63] .
Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología	Tiempo de trabajo.	-	• Se incrementaría la carga de trabajo para los profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología ^[5] .

Pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el control de los pacientes con AR precoz, gracias a que se minimizaría el daño que sufren y a que se mantendría su funcionalidad física^[66].
		-	<ul style="list-style-type: none"> Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR precoz trabajadores como consecuencia de acudir a las visitas adicionales.
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR precoz trabajadores gracias a la remisión según los criterios DAS28.
Cuidadores informales de los pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	-	<ul style="list-style-type: none"> Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR precoz por acompañarles a las visitas adicionales.
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR precoz, gracias a que los pacientes estarían en remisión antes y mejor físicamente, pudiendo realizar sus actividades diarias con más facilidad.

La aplicación de la estrategia T2T ayudaría a mejorar el control de los pacientes, reduciendo los costes sanitarios dado que los pacientes alcanzarían antes remisión según criterios DAS 28. El retorno total ascendería a 10.717.377 € (Tabla 45).

Tabla 45. Retorno de la Propuesta 6: Estrategias Treat to Target y control estrecho. Tratamiento precoz con FAME tras diagnóstico.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 6.1 Se reducirían los costes sanitarios gracias a que los pacientes con AR precoz alcanzarían remisión según criterios DAS28.	719.270 €
Pacientes con AR precoz	Retorno 6.2 Se mejoraría el control de los pacientes con AR precoz, gracias a que se minimizaría el daño que sufren y a que se mantendría su funcionalidad física.	10.474.586 €
	Retorno 6.3 Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR precoz trabajadores como consecuencia de acudir a las visitas adicionales.	-373.936 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR precoz	Retorno 6.4 Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR precoz por acompañarles a las visitas adicionales.	-102.544 €
RETORNO TOTAL		10.717.377 €

Esta propuesta no incluye ningún ajuste de peso muerto, desplazamiento o atribución para el retorno.

A continuación, se exponen los potenciales retornos ligados a esta propuesta, no incluidos en el análisis (Tabla 46).

Tabla 46. Retorno no cuantificado de la Propuesta 6: Estrategias Treat to Target y control estrecho. Tratamiento precoz con FAME tras diagnóstico.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Profesionales de reumatología	–	Se incrementaría la carga de trabajo para los profesionales de reumatología.
Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología	–	Se incrementaría la carga de trabajo para los profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología.
Pacientes con AR precoz	+	Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR precoz trabajadores gracias a la remisión según los criterios DAS28.
Cuidadores informales de los pacientes con AR precoz	+	Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR precoz, gracias a que los pacientes estarían en remisión antes y mejor físicamente, pudiendo realizar sus actividades diarias con más facilidad.

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

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 7, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 47 a Tabla 49).

Tabla 47. Alcance de la Propuesta 7: Consensuar el plan terapéutico (farmacológico y no farmacológico) con el paciente.

OBJETIVO:	<p>Esta propuesta abarca varios objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none">• Sistema Nacional de Salud• Reumatología: medicina y enfermería• Pacientes con AR precoz• Pacientes mujeres con AR precoz
CONTENIDO:	<p>Esta propuesta incluye el uso de los siguientes recursos humanos y económicos:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>A nivel internacional ya existen iniciativas para promover el diálogo entre profesionales sanitarios y pacientes^[90]. 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].</p> <p>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 enfermedad^[94]. Este punto es especialmente relevante ya que la AR afecta en su mayoría a las mujeres^[95], aunque los hombres también podrían verse afectados.</p> <p>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].</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>La participación de los pacientes en la toma de decisiones respecto a su plan terapéutico es fundamental, dado que afecta a su satisfacción y al cumplimiento</p>

del mismo^[99,100]. Los profesionales sanitarios deberían estar concienciados de ello y trabajar en la misma dirección, buscando un diálogo más fluido con los pacientes.

En aras del consenso del plan terapéutico, hay que contemplar las posibles incertidumbres de los pacientes respecto a la planificación familiar.

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

Alternativa propuesta

En primer lugar, se contempla la organización de una mesa de ponencias, dentro de un congreso nacional de reumatología^[101], 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 tiempo^[95]. 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.

La inversión necesaria para implementar esta propuesta engloba los siguientes costes: el de organizar una mesa de ponencias en un congreso nacional, el de la difusión de una campaña relacionada con la planificación familiar de las mujeres con AR y por último el de la organización de talleres a nivel nacional para formar a los pacientes en la AR. El total de la inversión ascendería a 741.999 € (Tabla 48).

Tabla 48. Inversión de la Propuesta 7: Consensuar el plan terapéutico (farmacológico y no farmacológico) con el paciente.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos humanos y económicos.	7.200 €
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	59.080 €
Reumatología: medicina y enfermería	Recursos humanos y económicos.	675.719 €
Profesionales de reumatología	Tiempo de trabajo.	0 €
Pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	0 €
Pacientes mujeres con AR precoz	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		741.999 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 49).

Tabla 49. Inversión futura de la Propuesta 7: Consensuar el plan terapéutico (farmacológico y no farmacológico) con el paciente.

INVERSIÓN en años sucesivos	<p>Con carácter anual, sería necesaria la inversión en 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, así como en crear y difundir campañas actualizadas en relación a la planificación familiar de los pacientes con AR.</p> <p>Por otro lado, sería conveniente realizar en años sucesivos alguna otra ponencia sobre la importancia del consenso en el plan terapéutico, dirigido a profesionales sanitarios.</p>
------------------------------------	--

De la Tabla 50 a la Tabla 53 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

Tabla 50. Alcance del retorno de la Propuesta 7: Consensuar el plan terapéutico (farmacológico y no farmacológico) con el paciente.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos humanos y económicos.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la adherencia de los pacientes con AR precoz, gracias a que estarían más formados y participarían en la toma de decisiones sobre su plan terapéutico^[103].
Reumatología: medicina y enfermería	Recursos humanos y económicos.	-	<ul style="list-style-type: none"> Se incrementaría la carga de trabajo para reumatología, dado que los pacientes con AR precoz harían más preguntas en relación a su plan terapéutico.
Profesionales de reumatología	Tiempo de trabajo.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se concienciaría a los profesionales de reumatología de la importancia de hacer participe a los pacientes con AR precoz en la toma de decisiones en relación a su plan terapéutico.
Pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con AR precoz con su medicación, gracias a que estarían mejor formados y participarían en el proceso de toma de decisiones junto a su médico^[104].
Pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el estrés y la ansiedad de los pacientes con AR precoz, gracias a que entenderían mejor su enfermedad y a la mejor comprensión por parte de los médicos.
Pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	-	<ul style="list-style-type: none"> Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR precoz trabajadores como consecuencia de acudir a los talleres y charlas.
Pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la relación de pareja de los pacientes con AR precoz gracias a la campaña de planificación familiar^[66].

Pacientes mujeres con AR precoz	Tiempo personal.		<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el estado emocional de las mujeres con AR precoz, gracias al conocimiento de la posibilidad de compatibilizar su enfermedad con su vida familiar.
---------------------------------	------------------	---	--

Tener en cuenta las necesidades de los pacientes por parte del médico a la hora de tomar decisiones sobre su plan terapéutico (propuesta 7) mejoraría en primer lugar la adherencia de los pacientes con AR precoz, aumentando su satisfacción respecto a la medicación que toman. Se reduciría el estrés y la ansiedad que sufren los pacientes con AR precoz, dado que conocerían mejor su enfermedad gracias a la formación recibida. En relación al estado emocional, el paciente mejoraría sus relaciones de pareja y en especial las mujeres estarían mejor emocionalmente. El retorno total ascendería a 9.925.668 € (Tabla 51).

Tabla 51. Retorno de la Propuesta 7: Consensuar el plan terapéutico (farmacológico y no farmacológico) con el paciente.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 7.1 Se mejoraría la adherencia de los pacientes con AR precoz, gracias a que estarían más formados y participarían en la toma de decisiones sobre su plan terapéutico.	1.337.564 €
Pacientes con AR precoz	Retorno 7.2 Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con AR precoz con su medicación, gracias a que estarían mejor formados y participarían en el proceso de toma de decisiones junto a su médico.	562.858 €
	Retorno 7.3 Se reduciría el estrés y la ansiedad de los pacientes con AR precoz, gracias a que entenderían mejor su enfermedad y a la mejor comprensión por parte de los médicos.	42.501 €
	Retorno 7.4 Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR precoz trabajadores como consecuencia de acudir a los talleres y charlas.	-159.329 €
	Retorno 7.5 Se mejoraría la relación de pareja de los pacientes con AR precoz gracias a la campaña de planificación familiar.	7.555.747 €
Pacientes mujeres con AR precoz	Retorno 7.6 Se mejoraría el estado emocional de las mujeres con AR precoz, gracias al conocimiento de la posibilidad de compatibilizar su enfermedad con su vida familiar.	586.326 €
RETORNO TOTAL		9.925.668 €

El retorno 7.1 incluye un peso muerto, que son los pacientes que ya comparten dudas con su médico (29%) (Tabla 52).

Los retornos 7.2 y 7.3 tienen el mismo peso muerto (65%), que es el porcentaje de pacientes que ya está satisfecho con el interés que muestra el médico en lo que realmente les importa del tratamiento (Tabla 52).

Respecto al retorno negativo 7.4 contempla un peso muerto del 30%, que corresponde al porcentaje de pacientes que ya acude a los talleres de formación (Tabla 52).

Por último, el retorno 7.5 tiene un peso muerto del 30%, correspondiente al porcentaje de mujeres con enfermedades reumáticas a las que el diagnóstico no afectó a su planificación familiar (Tabla 52).

Tabla 52. Impacto de la Propuesta 7: Consensuar el plan terapéutico (farmacológico y no farmacológico) con el paciente.

Retornos	Peso muerto	Desplazamiento	Atribución
Retorno 7.1 Se mejoraría la adherencia de los pacientes con AR precoz, gracias a que estarían más formados y participarían en la toma de decisiones sobre su plan terapéutico.	29,00%	0,00%	0,00%
Retorno 7.2 Se mejoraría la satisfacción de los pacientes con AR precoz con su medicación, gracias a que estarían mejor formados y participarían en el proceso de toma de decisiones junto a su médico.	65,00%	0,00%	0,00%
Retorno 7.3 Se reduciría el estrés y la ansiedad de los pacientes con AR precoz, gracias a que entenderían mejor su enfermedad y a la mejor comprensión por parte de los médicos.	65,00%	0,00%	0,00%
Retorno 7.4 Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR precoz trabajadores como consecuencia de acudir a los talleres y charlas.	30,00%	0,00%	0,00%
Retorno 7.6 Se mejoraría el estado emocional de las mujeres con AR precoz, gracias al conocimiento de la posibilidad de compatibilizar su enfermedad con su vida familiar.	30,00%	0,00%	0,00%

A continuación, se exponen los potenciales retornos ligados a esta propuesta, no incluidos en el análisis (Tabla 53).

Tabla 53. Retorno no cuantificado de la Propuesta 7: Consensuar el plan terapéutico (farmacológico y no farmacológico) con el paciente.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Reumatología: medicina y enfermería	–	Se incrementaría la carga de trabajo para reumatología, dado que los pacientes con AR precoz harían más preguntas en relación a su plan terapéutico.
Profesionales de reumatología	+	Se concienciaría a los profesionales de reumatología de la importancia de hacer partícipe a los pacientes con AR precoz en la toma de decisiones en relación a su plan terapéutico.

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

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 8, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 54 a Tabla 56).

Tabla 54. 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.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none">• Sistema Nacional de Salud• Profesionales de reumatología• Pacientes con AR precoz• Otros pacientes reumatológicos
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><i>Situación actual</i></p> <p>De los pacientes con AR, un 1,6% acuden a la visita con el profesional de reumatología por complicaciones de la AR^[95]. En muchas ocasiones y dado el tiempo de espera para acudir a la cita con el profesional de reumatología, dichos pacientes acudirían a urgencias o no harían nada en caso de un brote o descompensación^[66].</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>El uso inapropiado de los servicios de urgencias en España se ha reflejado en la literatura^[105], y se ha vinculado a la falta de accesibilidad a otros servicios sanitarios. Dentro de algunas propuestas para mejorar la calidad asistencial para las consultas externas se incluyen las visitas sin cita al profesional de reumatología^[72,106].</p> <p><i>Alternativa propuesta</i></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>

La inversión necesaria para atender sin cita a los pacientes implica establecer un horario específico (entre 30 y 45 minutos diarios) donde pasar consulta a los pacientes con AR precoz en caso de que presenten una posible urgencia (brote o descompensación). El total de la inversión ascendería a 8.338 € (Tabla 55).

Tabla 55. Inversión de la Propuesta 8: Accesibilidad sin cita al especialista ante brotes o descompensaciones.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos humanos y técnicos.	0 €
Profesionales de reumatología	Tiempo de trabajo.	8.338 €
Pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	0 €
Otros pacientes reumatológicos	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		8.338 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 56).

Tabla 56. Inversión futura de la Propuesta 8: Accesibilidad sin cita al especialista ante brotes o descompensaciones.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la misma inversión incluida en esta propuesta, ya que los pacientes con AR precoz nuevos seguirán presentando brotes o descompensaciones que deban ser atendidos con urgencia.
------------------------------------	--

De la Tabla 57 a la Tabla 60 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

Tabla 57. Alcance del retorno de la Propuesta 8: Accesibilidad sin cita al especialista ante brotes o descompensaciones.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos humanos y técnicos.	+	• Se evitarían visitas a urgencias hospitalarias por complicaciones de la AR ^[66] .
Profesionales de reumatología	Tiempo de trabajo.	-	• Se podría incrementar la carga de trabajo de los profesionales de reumatología, como consecuencia de un "efecto llamada" de pacientes que acudirían al especialista de reumatología sin cita, sin ser realmente necesario ^[63] .
Pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	+	• Se mejoraría el estado físico de los pacientes con AR precoz, gracias a la posibilidad de acudir sin cita al especialista, dado que si no reciben atención tras un brote podrían tener secuelas ^[66] .
Otros pacientes reumatológicos	Tiempo personal.	+	• Se mejoraría el estado físico de los pacientes que presentasen brotes, gracias a la posibilidad de acudir sin cita al especialista.

La posibilidad de acceder al profesional de reumatología sin cita implicaría evitar visitas a urgencias hospitalarias, así como a mejorar el estado físico de los pacientes con AR precoz, al prevenir posibles secuelas del brote. El retorno total ascendería a 314.749 € (Tabla 58).

Tabla 58. Retorno de la Propuesta 8: Accesibilidad sin cita al especialista ante brotes o descompensaciones.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 8.1 Se evitarían visitas a urgencias hospitalarias por complicaciones de la AR.	7.480 €
Pacientes con AR precoz	Retorno 8.2 Se mejoraría el estado físico de los pacientes con AR precoz, gracias a la posibilidad de acudir sin cita al especialista, dado que si no reciben atención tras un brote podrían tener secuelas.	307.269 €
RETORNO TOTAL		314.749 €

El retorno 8.1 incluye un peso muerto (20%) que corresponde al porcentaje de pacientes que acudirían igualmente a urgencias, aunque tuvieran la posibilidad del acceso al especialista sin cita. Este dato se basa en una asunción propia. Por otro lado, la atribución del 50% indica que comparte impacto con el retorno 10.1, vinculado a la formación en adherencia farmacológica (Tabla 59).

El retorno 8.2 incluye un peso muerto (30%) que corresponde al porcentaje de pacientes que habrían mejorado su estado físico gracias a otro tipo de actividades, basado en una asunción (Tabla 59).

Tabla 59. Impacto de la Propuesta 8: Accesibilidad sin cita al especialista ante brotes o descompensaciones.

Retornos	Peso muerto	Desplazamiento	Atribución
Retorno 8.1 Se evitarían visitas a urgencias hospitalarias por complicaciones de la AR.	20,00%	0,00%	50,00%
Retorno 8.2 Se mejoraría el estado físico de los pacientes con AR precoz, gracias a la posibilidad de acudir sin cita al especialista, dado que si no reciben atención tras un brote podrían tener secuelas.	30,00%	0,00%	0,00%

A continuación, se exponen los potenciales retornos ligados a esta propuesta, no incluidos en el análisis (Tabla 60).

Tabla 60. Retorno no cuantificado de la Propuesta 8: Accesibilidad sin cita al especialista ante brotes o descompensaciones.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Profesionales de reumatología	➖	Se podría incrementar la carga de trabajo de los profesionales de reumatología, como consecuencia de un "efecto llamada" de pacientes que acudirían al especialista de reumatología sin cita, sin ser realmente necesario.
Otros pacientes reumatológicos	➕	Se mejoraría el estado físico de los pacientes que presentasen brotes, gracias a la posibilidad de acudir sin cita al especialista.

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

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 9, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 61 a Tabla 62).

Tabla 61. 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.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none">• Sistema Nacional de Salud• Profesionales de reumatología• Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología• Pacientes con AR precoz
CONTENIDO:	La inversión de esta propuesta está contemplada en las propuestas 10 (formación en aspectos farmacológicos), 11 (formación y adherencia en otros aspectos no farmacológicos) y 12 (aspectos intangibles de la patología).
JUSTIFICACIÓN:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>En España, tan solo el 42,2% de los hospitales con servicio de reumatología dispone de consulta de enfermería^[107]. 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><i>Situación ideal</i></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 enfermería^[73]. 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><i>Alternativa propuesta</i></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 reumatólogos^[112] y en España cada servicio de reumatología tiene 5 reumatólogos en mediana^[59].</p> <p>Se establecerían 5 visitas anuales al servicio de enfermería reumatológica: 2 para formación en aspectos farmacológicos (propuesta 10), 2 para formación y adherencia 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>

La Tabla 62 contempla los grupos de interés y el tipo de inversión que realiza cada uno, pero se contabiliza, en términos monetarios, como 0 euros ya que esta propuesta es la introducción a las propuestas 10 y 11.

Tabla 62. Inversión de la Propuesta 9: Consultas propias de enfermería en reumatología en AR precoz.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos estructurales.	0 €
Profesionales de reumatología	Tiempo de trabajo.	0 €
Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología	Tiempo de trabajo.	0 €
Pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		0 €

La inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte temporal también se contempla en las propuestas 10 y 11.

De la Tabla 63 a la Tabla 65 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

Tabla 63. Alcance del retorno de la Propuesta 9: Consultas propias de enfermería en reumatología en AR precoz.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el consumo de recursos sanitarios en los pacientes con AR precoz^[113].
Profesionales de reumatología	Tiempo de trabajo.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían las consultas a reumatología de los pacientes con AR precoz^[114].
Pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se permitiría la detección, de forma sistemática y con mayor sensibilidad, de la discapacidad a través de la aplicación de cuestionarios específicos^[66].
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se permitiría la detección precoz de brotes de la enfermedad^[66]
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejorarían los parámetros clínicos y la percepción del paciente sobre la actividad de la enfermedad^[113].
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la productividad laboral de los pacientes^[113].
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se permitiría la detección de problemas en el área psicológica^[66].

La creación de consultas de enfermería en reumatología tendría el retorno principal de disminuir el número de consultas con el profesional de reumatología, liberándolo de carga de trabajo, disminuir la frecuentación a consultas de AP y mejorar la productividad laboral de los pacientes, así como la disminución en el consumo de medicación, según literatura previa^[113]. El retorno total ascendería a 592.834 € (Tabla 64).

Tabla 64. Retorno de la Propuesta 9: Consultas propias de enfermería en reumatología en AR precoz.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 9.1 Se reduciría el consumo de recursos sanitarios en los pacientes con AR precoz.	231.378 €
Profesionales de reumatología	Retorno 9.2 Se reducirían las consultas a reumatología de los pacientes con AR precoz.	361.456 €
RETORNO TOTAL		592.834 €

Esta propuesta no incluye ningún ajuste de peso muerto, desplazamiento o atribución para el retorno.

A continuación, se exponen los potenciales retornos ligados a esta propuesta, no incluidos en el análisis (Tabla 65).

Tabla 65. Retorno no cuantificado de la Propuesta 9: Consultas propias de enfermería en reumatología en AR precoz.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Pacientes con AR precoz		Retorno no cuantificado. Se permitiría la detección, de forma sistemática y con mayor sensibilidad, de la discapacidad a través de la aplicación de cuestionarios específicos.
	Retorno no cuantificado. Se permitiría la detección precoz de brotes de la enfermedad.
	Retorno no cuantificado. Se mejorarían parámetros clínicos y la percepción del paciente sobre la actividad de la enfermedad ^[113] .
	Retorno no cuantificado. Se mejoraría la productividad laboral de los pacientes ^[113] .
	Retorno no cuantificado. Se permitiría la detección de problemas en el área psicológica.

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

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 10, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 66 a Tabla 68).

Tabla 66. 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.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none">• Sistema Nacional de Salud• Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología• Pacientes con AR precoz• Cuidadores informales 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><i>Situación actual</i></p> <p>Actualmente existen programas de adherencia terapéutica a nivel nacional y por CC.AA., pero están centrados principalmente en los pacientes mayores polimedcados^[115]. Por otro lado, no todos los servicios de reumatología disponen de una enfermera especializada^[107].</p> <p><i>Situación ideal</i></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><i>Alternativa propuesta</i></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 precoz 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 9).</p>

La inversión necesaria para ofrecer formación sobre adherencia y uso de medicamentos implicaría el coste de dos visitas individuales al año al profesional de enfermería especializada para todos los pacientes con AR precoz. El total de la inversión ascendería a 266.290 € (Tabla 67).

Tabla 67. Inversión de la Propuesta 10: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR precoz.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
-------------------	-----------------------------	-------------------

Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	0 €
Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología	Tiempo de trabajo.	266.290 €
Pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		266.290 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 68).

Tabla 68. Inversión futura de la Propuesta 10: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR precoz.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la misma inversión incluida en esta propuesta, ya que sería necesario el recordatorio periódico para los pacientes.
------------------------------------	---

De la Tabla 69 a la Tabla 72 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

Tabla 69. Alcance del retorno de la Propuesta 10: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR precoz.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se evitarían visitas a urgencias, gracias a la mejora de la adherencia de los pacientes con AR precoz^[115,119].
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se evitarían visitas a reumatología, especialmente las no programadas^[119].
Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología	Tiempo de trabajo.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la relación entre los profesionales de enfermería y los pacientes con AR precoz^[116].
Pacientes con AR precoz	Tiempo de trabajo.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el dolor y malestar de los pacientes con AR precoz, gracias a una mayor adherencia al tratamiento farmacológico^[31].
		-	<ul style="list-style-type: none"> Se producirían pérdidas de productividad laboral de los pacientes con AR precoz trabajadores como consecuencia de acudir a las visitas de enfermería.
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR precoz trabajadores como consecuencia de la reducción del dolor y del malestar.

Cuidadores informales de los pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	–	• Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR precoz por acompañarles a las visitas de enfermería.
		+	• Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR precoz, porque tendrían que estar menos pendientes de la medicación de los pacientes.
		+	• Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales gracias a que se evitaría el tiempo para acompañarles a visitas a urgencias y reumatología.

La formación sobre adherencia y uso de medicamentos contribuye a disminuir las visitas a urgencias y a reumatología (especialmente las no programadas), ya que aumenta el control de la enfermedad y reduce brotes de la enfermedad. La asistencia a estas visitas implicaría pérdidas de productividad laboral y carga de cuidado informal por el tiempo dedicado a ello. El retorno total ascendería a 741.686 € (Tabla 70).

Tabla 70. Retorno de la Propuesta 10: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR precoz.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 10.1 Se evitarían visitas a urgencias, gracias a la mejora de la adherencia de los pacientes con AR precoz.	334.373 €
	Retorno 10.2 Se evitarían visitas a reumatología, especialmente las no programadas.	60.243 €
Pacientes con AR precoz	Retorno 10.3 Se reduciría el dolor y malestar de los pacientes con AR precoz, gracias a una mayor adherencia al tratamiento farmacológico.	514.708 €
	Retorno 10.4 Se producirían pérdidas de productividad laboral de los pacientes con AR precoz trabajadores como consecuencia de acudir a las visitas de enfermería.	-131.560 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR precoz	Retorno 10.5 Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR precoz por acompañarles a las visitas de enfermería.	-36.078 €
RETORNO TOTAL		741.686 €

Los retornos 10.1, 10.2 y 10.3 incluyen un peso muerto (50%) que corresponde al porcentaje de pacientes que ya son adherentes. Por otro lado, el retorno 10.1 incluye una atribución del 1%, ya

que comparte parte de su impacto con el retorno 8.1, relativo al fomento de pacientes activos (Tabla 71).

Tabla 71. Impacto de la Propuesta 10: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR precoz.

Retornos	Peso muerto	Desplazamiento	Atribución
Retorno 10.1 Se evitarían visitas a urgencias, gracias a la mejora de la adherencia de los pacientes con AR precoz.	50,00%	0,00%	1,00%
Retorno 10.2 Se evitarían visitas a reumatología, especialmente las no programadas.	50,00%	0,00%	0,00%
Retorno 10.3 Se reduciría el dolor y malestar de los pacientes con AR precoz, gracias a una mayor adherencia al tratamiento farmacológico.	50,00%	0,00%	0,00%

A continuación, se exponen los potenciales retornos ligados a esta propuesta, no incluidos en el análisis (Tabla 72).

Tabla 72. Retorno no cuantificado de la Propuesta 10: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR precoz.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología	+	Retorno no cuantificado. Se mejoraría la relación entre los profesionales de enfermería y los pacientes con AR precoz.
Pacientes con AR precoz	+	Retorno no cuantificado: Se produciría aumento de la productividad laboral en los pacientes con AR precoz trabajadores como consecuencia de la reducción del dolor y del malestar.
Cuidadores informales de los pacientes con AR precoz	+	Retorno no cuantificado: Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR precoz, porque tendrían que estar menos pendientes de la medicación de los pacientes.

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

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 11, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 73 a Tabla 75).

Tabla 73. Alcance de la Propuesta 11: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad 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.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none">• Sistema Nacional de Salud• Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología• Pacientes con AR precoz• Cuidadores informales 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><i>Situación actual</i></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 enfermedad^[117]. Actualmente no existen consultas de enfermería propias en todos los hospitales con unidad de reumatología^[107].</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>La mejora del autocuidado de los pacientes con AR se puede conseguir a través de programas específicos, principalmente educacionales^[120]. Los profesionales de enfermería con competencias avanzadas 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 una buena higiene dental, abandono del hábito tabáquico, el ejercicio o la dieta^[5,111,116,117,121].</p> <p><i>Alternativa propuesta</i></p> <p>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 precoz con el profesional de enfermería para la formación y adherencia 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>

La inversión necesaria para ofrecer formación y adherencia sobre otros aspectos no farmacológicos vinculados a la AR, más allá de la adherencia farmacológica, implicaría el coste de dos visitas grupales al año con el profesional de enfermería especializada para todos los pacientes con AR precoz. El total de la inversión ascendería a 480.523 € (Tabla 74).

Tabla 74. Inversión de la Propuesta 11: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR precoz.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	0 €
Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología	Tiempo de trabajo.	480.523 €
Pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		480.523 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 75).

Tabla 75. Inversión futura de la Propuesta 11: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR precoz.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la misma inversión incluida en esta propuesta, ya que sería necesario el recordatorio periódico para los pacientes.
------------------------------------	---

De la Tabla 76 a la Tabla 79 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

Tabla 76. Alcance del retorno de la Propuesta 11: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR precoz.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	+	• Se evitarían visitas a medicina de AP de los pacientes con AR precoz ^[81,113] .
Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología	Tiempo de trabajo.	+	• Se mejoraría la relación entre los profesionales de enfermería y los pacientes con AR precoz.
Pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	+	• Se mejorarían las relaciones sociales de los pacientes con AR precoz y sus amistades, gracias a la mejora del autocuidado.
		+	• Se mejoraría el autocuidado de los pacientes con AR precoz.
		-	• Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR precoz trabajadores como consecuencia de acudir a las visitas de enfermería para formación y adherencia en aspectos no farmacológicos.
		+	• Se reduciría el riesgo cardiovascular de los pacientes con AR precoz, gracias a la educación sobre hábitos saludables, dieta y ejercicio ^[122] .

Cuidadores informales de los pacientes con AR precoz	Tiempo personal.		<ul style="list-style-type: none"> Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR precoz por acompañarles a los talleres grupales de enfermería.
		<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR precoz ya que éstos serían capaces de cuidarse mejor.

La formación y adherencia sobre otros aspectos no farmacológicos ligados a la AR contribuiría a disminuir las visitas a medicina de AP, y a mejorar su autocuidado y sus relaciones sociales. La asistencia a estas visitas implicaría pérdidas de productividad laboral y carga de cuidado informal por el tiempo dedicado a ello. El retorno total ascendería a 1.446.748 € (Tabla 77).

Tabla 77. Retorno de la Propuesta 11: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR precoz.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 11.1 Se evitarían visitas a medicina de AP de los pacientes con AR precoz.	662.696 €
Pacientes con AR precoz	Retorno 11.2 Se mejorarían las relaciones sociales de los pacientes con AR precoz y sus amistades, gracias a la mejora del autocuidado.	159.836 €
	Retorno 11.3 Se mejoraría el autocuidado de los pacientes con AR precoz.	875.673 €
	Retorno 11.4 Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR precoz trabajadores como consecuencia de acudir a las visitas de enfermería para formación y adherencia en aspectos no farmacológicos.	-197.341 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR precoz	Retorno 11.5 Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR precoz por acompañarles a los talleres grupales de enfermería.	-54.116 €
RETORNO TOTAL		1.446.748 €

Solamente el retorno 11.3 incluye un peso muerto (50%) que corresponde al porcentaje de pacientes que ya tienen un buen autocuidado, basado en una asunción propia (Tabla 78).

Tabla 78. Impacto de la Propuesta 11: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR precoz.

Retornos	Peso muerto	Desplazamiento	Atribución
Retorno 11.3 Se mejoraría el autocuidado de los pacientes con AR precoz.	50,00%	0,00%	0,00%

A continuación, se exponen los potenciales retornos ligados a esta propuesta, no incluidos en el análisis (Tabla 79).

Tabla 79. Retorno no cuantificado de la Propuesta 11: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR precoz.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología	+	Se mejoraría la relación entre los profesionales de enfermería y los pacientes con AR precoz.
Pacientes con AR precoz	+	Retorno no cuantificado. Se reduciría el riesgo cardiovascular de los pacientes con AR precoz, gracias a la educación sobre hábitos saludables, dieta y ejercicio.
Cuidadores informales de los pacientes con AR precoz	+	Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR precoz ya que éstos serían capaces de cuidarse mejor.

9.4.7 Propuesta 12. Abordaje asistencial integral de otros aspectos intangibles

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 12, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 80 a Tabla 82).

Tabla 80. Alcance de la Propuesta 12: Abordaje asistencial integral de otros aspectos intangibles.

OBJETIVO:	Mejorar la CVRS de los pacientes con AR precoz.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none">• Sistema Nacional de Salud• Profesionales de reumatología• Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología• Profesionales de psicología• Profesionales de trabajo social• Pacientes con AR precoz• Cuidadores informales de los pacientes con AR precoz
CONTENIDO:	<p>Esta propuesta incluye:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 con necesidad de cuidados, los ámbitos de discapacidad, laboral, económico y social para todos los pacientes con AR precoz.
JUSTIFICACIÓN:	<p>Situación actual</p> <p>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 significativa^[36]. Esta pérdida se relaciona con aspectos tales como el dolor, la fatiga, el estado emocional, la sexualidad...^[62]</p> <p>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].</p> <p>Situación ideal</p> <p>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, entendida como 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 sociales^[31]. La valoración integral del paciente contribuye a complementar la atención médica y mejorar la calidad asistencial^[108].</p>

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 necesidad de cuidados, y los ámbitos de discapacidad, laboral, económico, etc. consecuencia de la patología.

El abordaje de otros aspectos intangibles ligados a la AR implicaría la asistencia periódica a enfermería, psicología y trabajo social de los pacientes con AR precoz. El total de la inversión ascendería a 1.909.836 € (Tabla 81).

Tabla 81. Inversión de la Propuesta 12: Abordaje asistencial integral de otros aspectos intangibles.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos sanitarios.	0 €
Profesionales de reumatología	Tiempo de trabajo.	0 €
Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología	Tiempo de trabajo.	230.354 €
Profesionales de psicología	Tiempo de trabajo.	1.140.581 €
Profesionales de trabajo social	Tiempo de trabajo.	538.901 €
Pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		1.909.836 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 82).

Tabla 82. Inversión futura de la Propuesta 12: Abordaje asistencial integral de otros aspectos intangibles.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la misma inversión incluida en esta propuesta, ya que sería necesario el recordatorio periódico para los pacientes.
------------------------------------	---

De la Tabla 83 a la Tabla 86 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

Tabla 83. Alcance del retorno de la Propuesta 12: Abordaje asistencial integral de otros aspectos intangibles.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos sanitarios.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían los costes sanitarios asociados a la depresión^[78].
Pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se evitarían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR precoz trabajadoras asociadas a la depresión^[78].
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con AR precoz gracias al apoyo psicológico^[123].
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejorarían las relaciones sexuales de los pacientes con AR precoz gracias a las visitas con el profesional de psicología^[124].
		-	<ul style="list-style-type: none"> Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR precoz trabajadores como consecuencia de acudir a las visitas de psicología.
		-	<ul style="list-style-type: none"> Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR precoz trabajadores como consecuencia de acudir a la visita de enfermería.
		-	<ul style="list-style-type: none"> Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR precoz trabajadores como consecuencia de acudir a la visita de trabajo social.
Cuidadores informales de los pacientes con AR precoz	Tiempo personal.	-	<ul style="list-style-type: none"> Se incrementaría la carga de cuidado para los cuidadores informales de los pacientes con AR precoz por acompañarles a las visitas de psicología.
		-	<ul style="list-style-type: none"> Se incrementaría la carga de cuidado para los cuidadores informales de los pacientes con AR precoz por acompañarles a la visita de enfermería.
		-	<ul style="list-style-type: none"> Se incrementaría la carga de cuidado para los cuidadores informales de los pacientes con AR precoz por acompañarles a la visita de trabajo social.
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR precoz ya que éstos se sentirían mejor.

El abordaje de los aspectos intangibles contribuiría a reducir los costes asociados a la depresión, con su consecuente reducción de pérdidas de productividad asociadas, se mejoraría su estado emocional general y sus relaciones sexuales. La asistencia a estas visitas implicaría pérdidas de

productividad laboral y carga de cuidado informal por el tiempo dedicado a ello. El retorno total ascendería a 6.042.553 € (Tabla 84).

Tabla 84. Retorno de la Propuesta 12: Abordaje asistencial integral de otros aspectos intangibles.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 12.1 Se reducirían los costes sanitarios asociados a la depresión.	1.135.466 €
Pacientes con AR precoz	Retorno 12.2 Se evitarían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR precoz trabajadores asociadas a la depresión.	2.647.620 €
	Retorno 12.3 Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con AR precoz gracias al apoyo psicológico.	1.781.719 €
	Retorno 12.4 Se mejorarían las relaciones sexuales de los pacientes con AR precoz gracias a las visitas con el profesional de psicología.	994.583 €
	Retorno 12.5 Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR precoz trabajadores como consecuencia de acudir a las visitas de psicología.	-213.501 €
	Retorno 12.6 Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR precoz trabajadores como consecuencia de acudir a la visita de enfermería.	-113.807 €
	Retorno 12.7 Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR precoz trabajadores como consecuencia de acudir a la visita de trabajo social.	-78.299 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR precoz	Retorno 12.8 Se incrementaría la carga de cuidado para los cuidadores informales de los pacientes con AR precoz por acompañarles a las visitas de psicología.	-58.548 €
	Retorno 12.9 Se incrementaría la carga de cuidado para los cuidadores informales de los pacientes con AR precoz por acompañarles a la visita de enfermería.	-31.209 €
	Retorno 12.10 Se incrementaría la carga de cuidado para los cuidadores informales de los pacientes con AR precoz por acompañarles a la visita de trabajo social.	-21.472 €
RETORNO TOTAL		6.042.553 €

Solamente los retornos 12.1, 12.2 y 12.3 incluyen un peso muerto (7,15%) que corresponde al porcentaje de pacientes que habrían superado igualmente su afectación psicológica consecuencia de la enfermedad en un periodo de un año (Tabla 85).

Tabla 85. Impacto de la Propuesta 12: Abordaje asistencial integral de otros aspectos intangibles.

Retornos	Peso muerto	Desplazamiento	Atribución
Retorno 12.1 Se reducirían los costes sanitarios asociados a la depresión.	7,15%	0,00%	0,00%
Retorno 12.2 Se evitarían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR precoz trabajadoras asociadas a la depresión.	7,15%	0,00%	0,00%
Retorno 12.3 Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con AR precoz gracias al apoyo psicológico.	7,15%	0,00%	0,00%

A continuación, se exponen los potenciales retornos ligados a esta propuesta, no incluidos en el análisis (Tabla 86).

Tabla 86. Retorno no cuantificado de la Propuesta 12: Abordaje asistencial integral de otros aspectos intangibles.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Cuidadores informales de los pacientes con AR precoz	+	Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR precoz ya que éstos se sentirían mejor.

9.4.8 Resumen de la inversión y del retorno en el área de AR precoz

La inversión total en el área de AR precoz ascendería a 4.800.441 €. La mayor inversión correspondería al abordaje integral de otros aspectos intangibles (39,8%) y a las estrategias T2T y control estrecho (29,0%). A continuación, el 15,5% correspondería a consensuar el plan terapéutico, el 10,0% a la formación y adherencia en aspectos no farmacológicos y el 5,5% a la formación en adherencia terapéutica (Gráfico 3).

Gráfico 3. Distribución de la inversión total en el área de AR precoz según propuestas

El retorno social en el área de AR precoz ascendería a 29.781.615 €. Las propuestas que tendrían mayor retorno serían las estrategias T2T y control estrecho con 10,7 M€ (36%) y consensuar el plan terapéutico con 9,9 M€ (33,3%), seguidas del abordaje integral de otros aspectos intangibles que supone 6 M€ (20,3%) (Gráfico 4).

Gráfico 4. Distribución del retorno social total en el área de AR precoz según propuestas (M€).

9.5 Propuestas del área de AR establecida

9.5.1 Propuesta 13. Estrategias Treat to Target y control estrecho

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 13, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 87 a Tabla 89).

Tabla 87. Alcance de la Propuesta 13: Estrategias Treat to Target y control estrecho.

OBJETIVO:	Aplicar estrategias <i>Treat to Target</i> 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.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none">• Sistema Nacional de Salud• Profesionales de reumatología• Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología• Pacientes con AR establecida• Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida
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:	<p>Situación actual</p> <p>En el año 2010 se publicaron recomendaciones internacionales, llamadas <i>Treat to Target</i> (T2T) y estrategia de <i>tight control</i> (control estrecho), destinadas a conseguir resultados terapéuticos óptimos^[82]. Posteriormente se han ido actualizando con el avance de la evidencia científica en torno a la AR^[83]. 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].</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^[85,125]. El objetivo es alcanzar la remisión o la baja actividad de la inflamación, con un tratamiento hacia el objetivo y 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].</p> <p>Alternativa propuesta</p> <p>Para alcanzar el control adecuado de los pacientes con AR establecida siguiendo los criterios de la estrategia T2T se plantean cuatro 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>

La inversión necesaria para utilizar las estrategias T2T y control estrecho implicaría el coste de cuatro visitas adicionales a reumatología así como tres visitas adicionales a enfermería

hospitalaria (dos presenciales y una telefónica) hasta alcanzar baja actividad, puesto que con siete visitas anuales sería suficiente^[5] y actualmente se dan tres de media^[88]. El total de la inversión ascendería a 48.184.745 € (Tabla 88).

Tabla 88. Inversión de la Propuesta 13: Estrategias Treat to Target y control estrecho.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	0 €
Profesionales de reumatología	Tiempo de trabajo.	38.023.150 €
Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología	Tiempo de trabajo.	10.161.595 €
Pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		48.184.745 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 89).

Tabla 89. Inversión futura de la Propuesta 13: Estrategias Treat to Target y control estrecho.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la inversión en las visitas adicionales a los profesionales de reumatología como consecuencia de la aplicación de la estrategia T2T y control estrecho.
-----------------------------	---

De la Tabla 90 a la Tabla 93 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

Tabla 90. Alcance del retorno de la Propuesta 13: Estrategias Treat to Target y control estrecho.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	<div>+</div> <ul style="list-style-type: none"> Se reducirían los costes sanitarios, gracias a que los pacientes con AR establecida alcanzarían remisión según criterios DAS28^[125].
Profesionales de reumatología	Tiempo de trabajo.	<div>-</div> <ul style="list-style-type: none"> Se incrementaría la carga de trabajo para los profesionales de reumatología^[63].
Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología	Tiempo de trabajo.	<div>-</div> <ul style="list-style-type: none"> Se incrementaría la carga de trabajo para los profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología^[5].
Pacientes con AR establecida	Tiempo de trabajo.	<div>+</div> <ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el control de los pacientes con AR establecida, gracias que se minimizaría el daño que sufren y a que se mantendría su funcionalidad física^[66].
	Tiempo personal.	<div>-</div> <ul style="list-style-type: none"> Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida

			trabajadores como consecuencia de acudir a las visitas adicionales.
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida gracias a la remisión según los criterios DAS28.
Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	-	<ul style="list-style-type: none"> Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales por acompañar a los pacientes con AR establecida a las visitas adicionales.
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR establecida, gracias a que los pacientes estarían en remisión antes y mejor físicamente, pudiendo realizar sus actividades diarias con más facilidad.

La aplicación de la estrategia T2T (Propuesta 13) ayudaría a mejorar el control de los pacientes, reduciendo los costes sanitarios dado que los pacientes alcanzarían remisión según criterios DAS28 en un menor periodo de tiempo. El retorno total ascendería a 235.759.917 € (Tabla 91).

Tabla 91. Retorno de la Propuesta 13: Estrategias Treat to Target y control estrecho.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 13.1 Se reducirían los costes sanitarios, gracias a que los pacientes con AR establecida alcanzarían remisión según criterios DAS28.	70.475.644 €
Pacientes con AR establecida	Retorno 13.2 Se mejoraría el control de los pacientes con AR establecida, gracias que se minimizaría el daño que sufren y a que se mantendría su funcionalidad física.	181.155.394 €
	Retorno 13.3 Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores como consecuencia de acudir a las visitas adicionales.	-12.455.471 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida	Retorno 13.4 Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales por acompañar a los pacientes con AR establecida a las visitas adicionales.	-3.415.650 €
RETORNO TOTAL		235.759.917 €

Se incluye una atribución del 50% en el retorno 13.1, ya que comparte impacto con el retorno 15.1 (Tabla 92).

Tabla 92. Impacto de la Propuesta 13: Estrategias Treat to Target y control estrecho.

Retornos	Peso muerto	Desplazamiento	Atribución
Retorno 13.1 Se reducirían los costes sanitarios, gracias a que los pacientes con AR establecida alcanzarían remisión según criterios DAS28.	0,00%	0,00%	50,00%

A continuación, se exponen los potenciales retornos ligados a esta propuesta, no incluidos en el análisis (Tabla 93).

Tabla 93. Retorno no cuantificado de la Propuesta 13: Estrategias Treat to Target y control estrecho.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Profesionales de reumatología	–	Se incrementaría la carga de trabajo para los profesionales de reumatología y enfermería.
Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología	–	Se incrementaría la carga de trabajo para los profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología.
Pacientes con AR establecida	+	Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores gracias a la remisión según los criterios DAS28.
Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida	+	Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR establecida, gracias a que los pacientes estarían en remisión antes y mejor físicamente, pudiendo realizar sus actividades diarias con más facilidad.

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

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 14, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 94 a Tabla 96).

Tabla 94. 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.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none">• Sistema Nacional de Salud• Grupo de trabajo de “vías clínicas”• Grupos de difusión de “vías clínicas”• Reumatología: medicina y enfermería• AP: medicina y enfermería• Pacientes con AR establecida• Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida
CONTENIDO:	<p>Esta propuesta incluye:</p> <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 en cada hospital con servicio de reumatología, 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 asistencial^[126]. 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 últimos datos disponibles indican que todavía existe una CC.AA. sin activar su perfil emisor en ninguno de los tipos de informes clínicos (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</p>

supone una apuesta muy prometedora para el tratamiento y seguimiento de los pacientes^[129] y pueden ahorrar el 50% de las visitas al especialista^[129].

Alternativa propuesta

Aunque la Historia Clínica Digital y algunos protocolos de interconsulta virtual 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.

La coordinación entre AP y AE implicaría no sólo la optimización del uso de la Historia Clínica Digital mediante su completa implementación, mantenimiento y formación/reciclaje a los profesionales sanitarios, sino también mediante la implantación efectiva de vías clínicas específicas en cada hospital y su difusión en las distintas zonas básicas de salud. El total de la inversión ascendería a 2.611.029 € (Tabla 95).

Tabla 95. Inversión de la Propuesta 14: Coordinación entre atención primaria y atención especializada para el tratamiento y seguimiento del paciente.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos no sanitarios.	519.705 €
Sistema Nacional de Salud	Recursos no sanitarios.	12.952 €
Grupo de trabajo de "vías clínicas"	Tiempo de trabajo.	0 €
Grupos de difusión de "vías clínicas"	Tiempo de trabajo fuera de la jornada laboral.	2.078.372 €
Reumatología: medicina y enfermería	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	0 €
AP: medicina y enfermería	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	0 €
Pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		2.611.029 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 96).

Tabla 96. Inversión futura de la Propuesta 14: Coordinación entre atención primaria y atención especializada para el tratamiento y seguimiento del paciente.

INVERSIÓN en años sucesivos

Con carácter anual, sería necesaria la inversión en los siguientes ítems:

- El coste vinculado a la implementación de la HCD hasta su completa ejecución dentro del SNS, y de la formación en su uso para los nuevos profesionales.
- El coste vinculado a la difusión de las vías clínicas, a modo de recordatorio para los que ya lo conocían, o bien como formación para los nuevos profesionales.

De la Tabla 97 a la Tabla 100 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

Tabla 97. Alcance del retorno de la Propuesta 14: Coordinación entre atención primaria y atención especializada para el tratamiento y seguimiento del paciente.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?
Sistema Nacional de Salud	Recursos no sanitarios.	<div>+</div> <ul style="list-style-type: none"> • Se reduciría el número de visitas a reumatología gracias a la coordinación entre AP y AE^[59].
Reumatología: medicina y enfermería	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	<div>-</div> <ul style="list-style-type: none"> • Tendrían una mayor carga de trabajo a la vez que trabajarían de forma más eficiente, por lo que dicha carga inicial se vería compensada con el tiempo^[63].
AP: medicina y enfermería	Tiempo de trabajo dedicado a formación.	<div>-</div> <ul style="list-style-type: none"> • Tendrían una mayor carga de trabajo a la vez que trabajarían de forma más eficiente, por lo que dicha carga inicial se vería compensada con el tiempo^[63].
Pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	<div>+</div> <ul style="list-style-type: none"> • Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores gracias a disminuir las consultas a reumatología.
Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	<div>+</div> <ul style="list-style-type: none"> • Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR establecida al no tener que acompañarles a visitas innecesarias.

La coordinación entre AP y AE reduciría las visitas innecesarias a reumatología, con la consecuente reducción de las pérdidas de productividad y carga de cuidado asociadas a la asistencia a dichas visitas. El retorno total ascendería a 5.785.982 € (Tabla 98).

Tabla 98. Retorno de la Propuesta 14: Coordinación entre atención primaria y atención especializada para el tratamiento y seguimiento del paciente.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 14.1 Se reduciría el número de visitas a reumatología gracias a la coordinación entre AP y AE.	557.137 €
Pacientes con AR establecida	Retorno 14.2 Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores gracias a disminuir las consultas a reumatología.	4.103.536 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida	Retorno 14.3 Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR establecida al no tener que acompañarles a visitas innecesarias.	1.125.308 €
RETORNO TOTAL		5.785.982 €

El retorno 14.1 incluye un peso muerto (40,70%) que corresponde al porcentaje de centros con sistema de monitorización farmacológica realizada en colaboración con AP y/u otras especialidades (Tabla 99).

Tabla 99. Impacto de la Propuesta 14: Coordinación entre atención primaria y atención especializada para el tratamiento y seguimiento del paciente.

Retornos	Peso muerto	Desplazamiento	Atribución
Retorno 14.1 Se reduciría el número de visitas a reumatología gracias a la coordinación entre AP y AE.	40,70%	0,00%	0,00%

A continuación, se exponen los potenciales retornos ligados a esta propuesta, no incluidos en el análisis (Tabla 100).

Tabla 100. Retorno no cuantificado de la Propuesta 14: Coordinación entre atención primaria y atención especializada para el tratamiento y seguimiento del paciente.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Reumatología: medicina y enfermería	—	Tendrían una mayor carga de trabajo a la vez que trabajarían de forma más eficiente, por lo que dicha carga inicial se vería compensada con el tiempo.
AP: medicina y enfermería	—	Tendrían una mayor carga de trabajo a la vez que trabajarían de forma más eficiente, por lo que dicha carga inicial se vería compensada con el tiempo.

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

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 15, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 101 a Tabla 103).

Tabla 101. 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.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none">• Sistema Nacional de Salud• Profesionales de reumatología• Farmacia hospitalaria• Pacientes con AR establecida de moderada a grave
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 quinasas ^[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 remisión^[133]. 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</p>

pacientes con AR activa de moderada a grave que no han respondido adecuadamente, o que son intolerantes a uno o más FAMES.

Observaciones

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.

Tratar a los pacientes objetivo de esta propuesta con la siguiente línea de tratamiento^[130–132], implica una inversión correspondiente a la diferencia entre el coste medio anual del tratamiento alternativo menos el coste medio anual del tratamiento con anti-TNF^[134–136]. De esta manera se ofrecería un tratamiento más adecuado a cada paciente por parte de los profesionales de reumatología y farmacia hospitalaria. El total de la inversión ascendería a 104.181.454 € (Tabla 102).

Tabla 102. Inversión de la Propuesta 15: Equidad en el acceso a todos los fármacos disponibles comercializados.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	104.181.454 €
Profesionales de reumatología	No realizarían ninguna inversión.	0 €
Farmacia hospitalaria	No realizarían ninguna inversión.	0 €
Pacientes con AR establecida	No realizarían ninguna inversión.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		104.181.454 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 103).

Tabla 103. Inversión futura de la Propuesta 15: Equidad en el acceso a todos los fármacos disponibles comercializados.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la misma inversión dirigida a aquellos pacientes con AR de moderada a grave que no hayan respondido adecuadamente o que son intolerantes a uno o más FAMES.
------------------------------------	---

De la Tabla 104 a la Tabla 106 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

Tabla 104. Alcance del retorno de la Propuesta 15: Equidad en el acceso a todos los fármacos disponibles comercializados.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mantendría una baja actividad de la enfermedad en los pacientes con AR establecida^[38].
Pacientes con AR establecida	No realizarían ninguna inversión	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores gracias a mantener una baja actividad de la enfermedad^[137].

Tratar a estos pacientes posibilitaría que mantuviesen una baja actividad de la enfermedad, con la consecuente reducción de pérdidas de productividad asociadas a la patología. El retorno total ascendería a 85.427.660 € (Tabla 105).

Tabla 105. Retorno de la Propuesta 15: Equidad en el acceso a todos los fármacos disponibles comercializados.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 15.1 Se mantendría una baja actividad de la enfermedad en los pacientes con AR establecida.	68.036.497 €
Pacientes con AR establecida	Retorno 15.2 Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores gracias a mantener una baja actividad de la enfermedad.	17.391.163 €
RETORNO TOTAL		85.427.660 €

El retorno 15.1 incluye un peso muerto (23%) que corresponde al porcentaje de pacientes que presentarían igualmente baja actividad al cabo de un año, habiendo tomado un segundo anti-TNF. Este mismo retorno comparte impacto (mantener baja actividad) con el retorno 13.1, vinculado a la propuesta de la estrategia T2T (Tabla 106).

Tabla 106. Impacto de la Propuesta 15: Equidad en el acceso a todos los fármacos disponibles comercializados.

Retornos	Peso muerto	Desplazamiento	Atribución
Retorno 15.1 Se mantendría una baja actividad de la enfermedad en los pacientes con AR establecida.	23,00%	0,00%	50,00%

La propuesta 15 no tiene ningún retorno no cuantificado.

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

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 16, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 107 a Tabla 108).

Tabla 107. 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.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none">• Sistema Nacional de Salud• Profesionales de reumatología• Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología• Pacientes con AR establecida
CONTENIDO:	La inversión de esta propuesta está contemplada en las propuestas 17 (formación en aspectos farmacológicos) y 18 (formación y adherencia en otros aspectos no farmacológicos).
JUSTIFICACIÓN:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>En España, tan solo el 42,2% de los hospitales con servicio de reumatología dispone de consulta de enfermería^[107]. 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><i>Situación ideal</i></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 enfermería^[73]. 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, administrar 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><i>Alternativa propuesta</i></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 reumatólogos^[112] 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 y adherencia en aspectos no farmacológicos vinculados a la patología (propuesta 18).</p>

La Tabla 108 contempla los grupos de interés y el tipo de inversión que realiza cada uno, pero se contabiliza, en términos monetarios, como 0 euros ya que esta propuesta es la introducción a las propuestas 17 y 18.

Tabla 108. Inversión de la Propuesta 16: Consultas propias de enfermería en reumatología en AR establecida.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos estructurales.	0 €
Profesionales de reumatología	Tiempo de trabajo.	0 €
Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología	Tiempo de trabajo.	0 €
Pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		0 €

La inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte temporal también se contempla en las propuestas 17 y 18.

De la Tabla 109 a la Tabla 111 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

Tabla 109. Alcance del retorno de la Propuesta 16: Consultas propias de enfermería en reumatología en AR establecida.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el consumo de recursos sanitarios en los pacientes con AR establecida^[113].
Profesionales de reumatología	Tiempo de trabajo.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían las consultas a reumatología de los pacientes con AR establecida^[114].
Pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se permitiría la detección, de forma sistemática y con mayor sensibilidad, de la discapacidad a través de la aplicación de cuestionarios específicos^[66].
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejorarían los parámetros clínicos y la percepción del paciente sobre la actividad de la enfermedad^[113].
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la productividad laboral de los pacientes^[113].
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se permitiría la detección precoz de brotes de la enfermedad^[66].
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se permitiría la detección de problemas en el área psicológica^[66].

La creación de consultas de enfermería en reumatología tendría el retorno principal de disminuir el número de consultas con el profesional de reumatología, liberándolo de carga de trabajo, disminuir la frecuentación a consultas de AP y mejorar la productividad laboral de los pacientes,

así como la disminución en el consumo de medicación, según literatura previa^[113]. El retorno total ascendería a 16.455.660 € (Tabla 110).

Tabla 110. Retorno de la Propuesta 16: Consultas propias de enfermería en reumatología en AR establecida.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 16.1 Se reduciría el consumo de recursos sanitarios en los pacientes con AR establecida.	6.422.508 €
Profesionales de reumatología	Retorno 16.2 Se reducirían las consultas a reumatología de los pacientes con AR establecida.	10.033.152 €
RETORNO TOTAL		16.455.660 €

Esta propuesta no incluye ningún ajuste de peso muerto, desplazamiento o atribución para el retorno.

A continuación, se exponen los potenciales retornos ligados a esta propuesta, no incluidos en el análisis (Tabla 111).

Tabla 111. Retorno no cuantificado de la Propuesta 16: Consultas propias de enfermería en reumatología en AR establecida.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Pacientes con AR establecida		Retorno no cuantificado. Se permitiría la detección, de forma sistemática y con mayor sensibilidad, de la discapacidad a través de la aplicación de cuestionarios específicos.
	Retorno no cuantificado. Se permitiría la detección precoz de brotes de la enfermedad.
	Retorno no cuantificado. Se mejorarían parámetros clínicos y la percepción del paciente sobre la actividad de la enfermedad ^[113] .
	Retorno no cuantificado. Se mejoraría la productividad laboral de los pacientes ^[113] .
	Retorno no cuantificado. Se permitiría la detección de problemas en el área psicológica.

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

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 17, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 112 a Tabla 114).

Tabla 112. 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.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none">• Sistema Nacional de Salud• Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología• Pacientes con AR establecida• Cuidadores informales 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><i>Situación actual</i></p> <p>Actualmente existen programas de adherencia terapéutica a nivel nacional y por CC.AA., pero están centrados principalmente en los pacientes mayores polimedificados^[115]. Por otro lado, no todos los servicios de reumatología disponen de una enfermera especializada^[107].</p> <p><i>Situación ideal</i></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><i>Alternativa propuesta</i></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>

La inversión necesaria para ofrecer formación sobre adherencia y uso de medicamentos implicaría el coste de dos visitas individuales al año al profesional de enfermería especializada para todos los pacientes con AR establecida. El total de la inversión ascendería a 7.391.565 € (Tabla 113).

Tabla 113. Inversión de la Propuesta 17: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR establecida.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	0 €
Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología	Tiempo de trabajo.	7.391.565 €
Pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		7.391.565 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 114).

Tabla 114. Inversión futura de la Propuesta 17: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR establecida.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la misma inversión incluida en esta propuesta, ya que sería necesario el recordatorio periódico para los pacientes.
------------------------------------	---

De la Tabla 115 a la Tabla 118 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

Tabla 115. Alcance del retorno de la Propuesta 17: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR establecida.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se evitarían visitas a urgencias, gracias a la mejora de la adherencia de los pacientes con AR establecida^[115,119].
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se evitarían visitas a reumatología, especialmente las no programadas^[119].
Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología	Tiempo de trabajo.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la relación entre los profesionales de enfermería y los pacientes con AR establecida^[116].
Pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el dolor y malestar de los pacientes con AR establecida, gracias a una mayor adherencia al tratamiento farmacológico^[31].
		-	<ul style="list-style-type: none"> Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores como consecuencia de acudir a las visitas de enfermería para formación en aspectos farmacológicos.
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida

Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida	Tiempo personal.		trabajadores como consecuencia de la reducción del dolor y del malestar.
		⊖	<ul style="list-style-type: none"> Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR establecida por acompañarles a las visitas de enfermería.
		⊕	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR establecida, gracias a que tendrían que estar menos pendientes de la medicación de los pacientes.
		⊕	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales gracias a que se evitaría el tiempo para acompañarles a visitas a urgencias y reumatología.

La formación sobre adherencia y uso de medicamentos contribuiría a disminuir las visitas a urgencias y reumatología (especialmente las no programadas), ya que aumenta el control de la enfermedad y reduce brotes de la enfermedad. La asistencia a estas visitas implicaría pérdidas de productividad laboral y carga de cuidado informal por el tiempo dedicado a ello. El retorno total ascendería a 20.306.176 € (Tabla 116).

Tabla 116. Retorno de la Propuesta 17: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR establecida.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 17.1 Se evitarían visitas a urgencias, gracias a la mejora de la adherencia de los pacientes con AR establecida.	9.000.143 €
	Retorno 17.2 Se evitarían visitas a reumatología, especialmente las no programadas.	1.672.192 €
Pacientes con AR establecida	Retorno 17.3 Se reduciría el dolor y malestar de los pacientes con AR establecida, gracias a una mayor adherencia al tratamiento farmacológico.	14.287.069 €
	Retorno 17.4 Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores como consecuencia de acudir a las visitas de enfermería para formación en aspectos farmacológicos.	-3.651.800 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida	Retorno 17.5 Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR establecida por acompañarles a las visitas de enfermería.	-1.001.429 €
RETORNO TOTAL		20.306.176 €

Los retornos 17.1, 17.2 y 17.3 incluyen un peso muerto (50%) que corresponde al porcentaje de pacientes que ya son adherentes. Por otro lado, el retorno 17.1 incluye una atribución del 4%, ya que comparte parte de su impacto con el retorno 21.1, relativo al fomento de pacientes activos (Tabla 117).

Tabla 117. Impacto de la Propuesta 17: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR establecida.

Retornos	Peso muerto	Desplazamiento	Atribución
Retorno 17.1 Se evitarían visitas a urgencias, gracias a la mejora de la adherencia de los pacientes con AR establecida.	50,00%	0,00%	4,00%
Retorno 17.2 Se evitarían visitas a reumatología, especialmente las no programadas.	50,00%	0,00%	0,00%
Retorno 17.3 Se reduciría el dolor y malestar de los pacientes con AR establecida, gracias a una mayor adherencia al tratamiento farmacológico.	50,00%	0,00%	0,00%

A continuación, se exponen los potenciales retornos ligados a esta propuesta, no incluidos en el análisis (Tabla 118).

Tabla 118. Retorno no cuantificado de la Propuesta 17: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR establecida.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología	+	Se mejoraría la relación entre los profesionales de enfermería y los pacientes con AR establecida.
Pacientes con AR establecida	+	Se produciría aumento de la productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores como consecuencia de la reducción del dolor y del malestar.
Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida	+	Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR establecida, gracias a que tendrían que estar menos pendientes de la medicación de los pacientes.

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

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 18, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 119 a Tabla 121).

Tabla 119. 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.
------------------	---

GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema Nacional de Salud • Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología • Pacientes con AR establecida • Cuidadores informales 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:	<p>Situación actual</p> <p>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 enfermedad^[117]. 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 educativos^[120]. Los profesionales de enfermería con competencias avanzadas 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].</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 establecida con el profesional de enfermería para la formación y adherencia 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 16).</p>

La inversión necesaria para ofrecer formación y adherencia sobre otros aspectos no farmacológicos vinculados a la AR, más allá de la adherencia terapéutica, implicaría el coste de dos visitas grupales al año con el profesional de enfermería especializada para todos los pacientes con AR establecida. El total de la inversión ascendería a 13.338.163 € (Tabla 120).

Tabla 120. Inversión de la Propuesta 18: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR establecida.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	0 €
Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología	Tiempo de trabajo.	13.338.163 €
Pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		13.338.163 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 121).

Tabla 121. Inversión futura de la Propuesta 18: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR establecida.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la misma inversión incluida en esta propuesta, ya que sería necesario el recordatorio periódico para los pacientes.
------------------------------------	---

De la Tabla 122 a la Tabla 125 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

Tabla 122. Alcance del retorno de la Propuesta 18: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR establecida.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se evitarían visitas a medicina de AP de los pacientes con AR establecida^[81,113].
Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología	Tiempo de trabajo.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría la relación entre los profesionales de enfermería y los pacientes con AR establecida.
Pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejorarían las relaciones sociales de los pacientes con AR establecida y sus amistades, gracias a la mejora del autocuidado.
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se mejoraría el autocuidado de los pacientes con AR establecida.
		-	<ul style="list-style-type: none"> Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes trabajadores con AR establecida como consecuencia de acudir a las visitas de enfermería para formación y adherencia en aspectos no farmacológicos.
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría el riesgo cardiovascular de los pacientes con AR establecida, gracias a la educación sobre hábitos saludables, dieta y ejercicio^[122].
Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	-	<ul style="list-style-type: none"> Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR establecida por acompañarles a los talleres grupales de enfermería.
		+	<ul style="list-style-type: none"> Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR establecida ya que éstos se sentirían mejor.

La formación y adherencia sobre otros aspectos no farmacológicos ligados a la AR contribuiría a disminuir las visitas a medicina de AP, y a mejorar su autocuidado y sus relaciones sociales. La asistencia a estas visitas implicaría pérdidas de productividad laboral y carga de cuidado informal por el tiempo dedicado a ello. El retorno total ascendería a 40.158.262 € (Tabla 123).

Tabla 123. Retorno de la Propuesta 18: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR establecida.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 18.1 Se evitarían visitas a medicina de AP de los pacientes con AR establecida.	18.394.859 €
Pacientes con AR establecida	Retorno 18.2 Se mejorarían las relaciones sociales de los pacientes con AR establecida y sus amistades, gracias a la mejora del autocuidado.	4.436.674 €
	Retorno 18.3 Se mejoraría el autocuidado de los pacientes con AR establecida.	24.306.572 €
	Retorno 18.4 Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes trabajadores con AR establecida como consecuencia de acudir a las visitas de enfermería para formación y adherencia en aspectos no farmacológicos.	-5.477.699 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida	Retorno 18.5 Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR establecida por acompañarles a los talleres grupales de enfermería.	-1.502.144 €
RETORNO TOTAL		40.158.262 €

Solamente el retorno 18.3 incluye un peso muerto (50%) que corresponde al porcentaje de pacientes que ya tienen un buen autocuidado, basado en una asunción propia (Tabla 124).

Tabla 124. Impacto de la Propuesta 18: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR establecida.

Retornos	Peso muerto	Desplazamiento	Atribución
Retorno 18.3 Se mejoraría el autocuidado de los pacientes con AR establecida.	50,00%	0,00%	0,00%

A continuación, se exponen los potenciales retornos ligados a esta propuesta, no incluidos en el análisis (Tabla 125).

Tabla 125. Retorno no cuantificado de la Propuesta 18: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR establecida.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Profesionales de enfermería con competencias avanzadas en reumatología	+	Se mejoraría la relación entre los profesionales de enfermería y los pacientes con AR establecida.
Pacientes con AR establecida	+	Se reduciría el riesgo cardiovascular de los pacientes con AR establecida, gracias a la educación sobre hábitos saludables, dieta y ejercicio.
Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida	+	Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR establecida ya que éstos se sentirían mejor.

9.5.7 Propuesta 19. Ampliación del horario de atención especializada

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 19, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 126 a Tabla 128).

Tabla 126. 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.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none">• Profesionales de reumatología• Pacientes con AR establecida
CONTENIDO:	Esta propuesta incluye la implantación de un horario deslizando en una parte de los profesionales de reumatología, mediante un incentivo salarial.
JUSTIFICACIÓN:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>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].</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>La implantación de un turno deslizando debe realizarse de forma equitativa, organizada y consensuada por la mayoría de los profesionales del centro^[139]. Además, dicha ampliación debe conllevar algún tipo de incentivo (salarial, por ejemplo) que pueda mantenerse en el tiempo^[140].</p> <p>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 centro^[139].</p> <p>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].</p> <p><i>Alternativa propuesta</i></p> <p>El caso base de esta propuesta plantea que un 10% de los profesionales de reumatología pasen a realizar horario de consulta deslizando.</p>

La ampliación de horario de atención de la consulta de reumatología implicaría que parte de sus profesionales hiciesen un horario deslizando, que tendría que estar recompensado, por ejemplo, con un incentivo salarial. El total de la inversión ascendería a 265.200 € (Tabla 127).

Tabla 127. Inversión de la Propuesta 19: Ampliación del horario de atención especializada.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Profesionales de reumatología	Tiempo de trabajo.	265.200 €
Pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		265.200 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 128).

Tabla 128. Inversión futura de la Propuesta 19: Ampliación del horario de atención especializada.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la misma inversión en incentivos salariales.
------------------------------------	--

De la Tabla 129 a la Tabla 130 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

Tabla 129. Alcance del retorno de la Propuesta 19: Ampliación del horario de atención especializada.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores gracias al horario deslizante^[63,66].
Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	+	<ul style="list-style-type: none"> Se reducirían las pérdidas de productividad laboral de los cuidadores informales.

La ampliación del horario de AE tendría un retorno fundamental basado en la disminución de las pérdidas de productividad de los pacientes trabajadores y de sus cuidadores informales, como consecuencia de acudir a las visitas médicas. El retorno total ascendería a 631.799 € (Tabla 130).

Tabla 130. Retorno de la Propuesta 19: Ampliación del horario de atención especializada.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Pacientes con AR establecida	Retorno 19.1 Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores gracias al horario deslizante.	631.799 €
RETORNO TOTAL		631.799 €

Esta propuesta no incluye ningún ajuste de peso muerto, desplazamiento o atribución para el retorno.

La propuesta 19 no tiene ningún retorno no cuantificado.

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

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 20, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 131 a Tabla 133).

Tabla 131. 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.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none">• Profesionales de reumatología• Profesionales de rehabilitación• Profesionales de fisioterapia• Profesionales de terapia ocupacional• Profesionales de dietética y nutrición• Pacientes con AR establecida• Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida
CONTENIDO:	<p>Esta propuesta incluye el acceso anual de los pacientes a los siguientes recursos:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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^k.
JUSTIFICACIÓN:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>Los tratamientos farmacológicos no han eliminado la necesidad de estrategias rehabilitadoras en el manejo de la AR. Sin embargo, el acceso a la rehabilitación en la actualidad 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 social^[144]. Esto implica una pérdida tanto de CV como de independencia potencialmente evitables para muchos de ellos.</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>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, psicología^l y trabajo social^[31].</p>

^k La visita a trabajo social está desglosada en la Propuesta 22.

^l 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.

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, cardiología o cualquier otra especialidad requerida, por lo que estas visitas no se contemplan dentro de 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 de la enfermedad 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.

El abordaje integral de los pacientes con AR establecida implica la asistencia a otros profesionales que son menos frecuentados, y que se relacionan fundamentalmente con la rehabilitación integral del paciente: fisioterapia, terapia ocupacional y dietética y nutrición. El total de la inversión ascendería a 79.126.279 € (Tabla 132).

Tabla 132. Inversión de la Propuesta 20: Abordaje integral multidisciplinar e individualizado, asegurando el contacto con otros profesionales sanitarios.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Profesionales de reumatología	Tiempo de trabajo.	0 €
Profesionales de rehabilitación	Tiempo de trabajo.	25.506.263 €
Profesionales de fisioterapia	Tiempo de trabajo.	33.546.010 €
Profesionales de terapia ocupacional	Tiempo de trabajo.	10.800.597 €
Profesionales de dietética y nutrición	Tiempo de trabajo.	9.273.409 €
Pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		79.126.279 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 133).

Tabla 133. Inversión futura de la Propuesta 20: Abordaje integral multidisciplinar e individualizado, asegurando el contacto con otros profesionales sanitarios.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la misma inversión en todas las visitas contempladas.
------------------------------------	---

De la Tabla 134 a la Tabla 135 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

Tabla 134. Alcance del retorno de la Propuesta 20: Abordaje integral multidisciplinar e individualizado, asegurando el contacto con otros profesionales sanitarios.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	+	• Se mejoraría la función física de los pacientes con AR establecida como consecuencia de acudir a fisioterapia ^[31,62] .
		+	• Se mejoraría la habilidad funcional de los pacientes con AR establecida como consecuencia de acudir a terapia ocupacional ^[31,62] .
		+	• Se mantendría un IMC adecuado en los pacientes con AR establecida como consecuencia de acudir a sesiones de dietética y nutrición ^[122] .
		-	• Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores como consecuencia de asistir a rehabilitación.
		-	• Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores como consecuencia de asistir a fisioterapia.
		-	• Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores como consecuencia de asistir a terapia ocupacional.
		-	• Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores como consecuencia de asistir a dietética y nutrición.
Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	-	• Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales por acompañar a estas visitas adicionales.
		+	• Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales gracias al abordaje integral multidisciplinar.

El abordaje integral contemplado permitiría mejorar tanto la función física como la habilidad funcional de los pacientes con AR, a la vez que se podría mantener un índice de masa corporal adecuado que les beneficiase en el manejo de la patología. Del lado contrario, el acceso a estas visitas implicaría pérdidas de productividad laboral en los pacientes trabajadores, así como carga de cuidado para los cuidadores informales, consecuencia del tiempo empleado en ellas. El retorno total ascendería a 407.046.914 € (Tabla 135).

Tabla 135. Retorno de la Propuesta 20: Abordaje integral multidisciplinar e individualizado, asegurando el contacto con otros profesionales sanitarios.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Pacientes con AR establecida	Retorno 20.1 Se mejoraría la función física de los pacientes con AR establecida como consecuencia de acudir a fisioterapia.	342.685.258 €
	Retorno 20.2 Se mejoraría la habilidad funcional de los pacientes con AR establecida como consecuencia de acudir a terapia ocupacional.	88.450.779 €
	Retorno 20.3 Se mantendría un IMC adecuado en los pacientes con AR establecida como consecuencia de acudir a sesiones de dietética y nutrición.	11.395.325 €
	Retorno 20.4 Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores como consecuencia de asistir a rehabilitación.	-3.158.996 €
	Retorno 20.5 Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores como consecuencia de asistir a fisioterapia.	-31.274.062 €
	Retorno 20.6 Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores como consecuencia de asistir a terapia ocupacional.	-10.847.361 €
	Retorno 20.7 Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores como consecuencia de asistir a dietética y nutrición.	-1.465.774 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida	Retorno 20.8 Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales por acompañar a estas visitas adicionales.	-33.785.238 €
	Retorno 20.9 Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales gracias al abordaje integral multidisciplinar.	45.046.984 €
RETORNO TOTAL		407.046.914 €

Esta propuesta no incluye ningún ajuste de peso muerto, desplazamiento o atribución para el retorno.

La propuesta 20 no tiene ningún retorno no cuantificado.

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

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 21, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 136 a Tabla 138).

Tabla 136. 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.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none">• Sistema Nacional de Salud• Profesionales sanitarios vinculados a la AR• Asociaciones de pacientes vinculadas a la AR• Pacientes con AR establecida
CONTENIDO:	<p>Esta propuesta incluye:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dos charlas formativas al año en cada asociación de pacientes vinculada a la AR, dirigidas a los trabajadores y/o representantes 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:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>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 salud^[146]. 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].</p> <p>En España, la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis), ha impulsado recientemente el programa “paciente activo”, cuyo objetivo es que las personas que padecen AR sean capaces de entenderla y manejarla mejor, mientras que contribuyen a fomentar su visibilidad en la sociedad^[148].</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>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 activos^[149]. 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 enfermedad^[147]. En este sentido, las asociaciones de pacientes tienen mucho que decir.</p> <p>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].</p> <p><i>Alternativa propuesta</i></p>

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.

El fomento del papel de las asociaciones de pacientes como elemento complementario al SNS se plantea como una formación de doble sentido: por un lado, los profesionales formarían al personal de las asociaciones, para que éstos tengan una información actualizada que poder ofrecer a sus socios; y por otro, las asociaciones se desplazarían a los hospitales para ofrecer su punto de vista respecto a la patología, siempre con el objetivo de conseguir pacientes activos, formados e informados sobre su enfermedad. El total de la inversión ascendería a 386.800 € (Tabla 137).

Tabla 137. Inversión de la Propuesta 21: Fomentar el papel de las asociaciones como elemento complementario a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos y sanitarios.	0 €
Profesionales vinculados a la AR	Tiempo de trabajo.	72.000 €
Asociaciones de pacientes vinculadas a la AR	Tiempo de trabajo.	314.800 €
Pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		386.800 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 138).

Tabla 138. Inversión futura de la Propuesta 21: Fomentar el papel de las asociaciones como elemento complementario a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la misma inversión que se contempla en esta propuesta.
------------------------------------	--

De la Tabla 139 a la Tabla 142 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

Tabla 139. Alcance del retorno de la Propuesta 21: Fomentar el papel de las asociaciones como elemento complementario a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?	
Sistema Nacional de Salud	Recursos económicos y sanitarios.	+	• Se evitarían visitas a urgencias, gracias a la actitud activa de los pacientes con AR establecida ^[149] .
		+	• Se evitarían visitas a AP y a reumatología, gracias a la actitud activa de los pacientes con AR establecida ^[5] .
Profesionales vinculados a la AR	Tiempo de trabajo.	+	• Se mejoraría la relación entre los profesionales vinculados a la AR y las asociaciones de pacientes, estableciendo una comunicación más fluida ^[63,66] .
Asociaciones de pacientes vinculadas a la AR	Tiempo de trabajo.	+	• Se mejoraría la capacidad formativa e informativa de las asociaciones de pacientes sobre la AR ^[63,66] .
Pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	+	• Se mejorarían los resultados en salud de los pacientes con AR establecida ^[149] .

La involucración de las asociaciones de pacientes conlleva a tener pacientes con una actitud activa ante la enfermedad y el SNS, gracias a una mayor y mejor formación e información que, en último término, redundará en un ahorro en las visitas a urgencias. El retorno total ascendería a 799.969 € (Tabla 140).

Tabla 140. Retorno de la Propuesta 21: Fomentar el papel de las asociaciones como elemento complementario a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Sistema Nacional de Salud	Retorno 21.1 Se evitarían visitas a urgencias, gracias a la actitud activa de los pacientes con AR establecida.	799.969 €
RETORNO TOTAL		799.969 €

El retorno 21.1 contempla una atribución del 50% ya que el ahorro de costes al evitar visitas a urgencias también se deriva del retorno 17.1, vinculado a la adherencia farmacológica (Tabla 141).

Tabla 141. Impacto de la Propuesta 21: Fomentar el papel de las asociaciones como elemento complementario a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Retornos	Peso muerto	Desplazamiento	Atribución
Retorno 21.1 Se evitarían visitas a urgencias, gracias a la actitud activa de los pacientes con AR establecida.	0,00%	0,00%	50,0%

A continuación, se exponen los potenciales retornos ligados a esta propuesta, no incluidos en el análisis (Tabla 142).

Tabla 142. Retorno no cuantificado de la Propuesta 21: Fomentar el papel de las asociaciones como elemento complementario a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Grupos de interés	Impacto	Retorno no cuantificado
Sistema Nacional de Salud	+	Se evitarían visitas a AP y a reumatología, gracias a la actitud activa de los pacientes con AR establecida.
Profesionales vinculados a la AR	+	Se mejoraría la relación entre los profesionales vinculados a la AR y las asociaciones de pacientes, estableciendo una comunicación más fluida.
Asociaciones de pacientes vinculadas a la AR	+	Se mejoraría la capacidad formativa e informativa de las asociaciones de pacientes sobre la AR.
Pacientes con AR establecida	+	Se mejorarían los resultados en salud de los pacientes con AR establecida.

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

A continuación, se detalla el alcance de la propuesta 22, así como la estimación de la inversión que sería necesaria para implementarla (Tabla 143 a Tabla 145).

Tabla 143. 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.
GRUPOS DE INTERÉS:	<ul style="list-style-type: none">• Profesionales de trabajo social• Pacientes con AR establecida• Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida
CONTENIDO:	Esta propuesta incluye una visita anual al servicio de trabajo social para todos los pacientes con AR establecida.
JUSTIFICACIÓN:	<p><i>Situación actual</i></p> <p>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 patología^[151]. 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 solicitasen^[26]. 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.</p> <p><i>Situación ideal</i></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 AR^[25], en torno a otro tercio están desempleados y, de estos, el 64% lleva más de dos años en dicha situación^[26].</p> <p>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^[26].</p> <p>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].</p>

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.

La atención a la potencial discapacidad de los pacientes con AR implica necesariamente la revisión periódica de sus necesidades sociolaborales a través de la figura del profesional de trabajo social. El total de la inversión ascendería a 14.958.608 € (Tabla 144).

Tabla 144. Inversión de la Propuesta 22: Atención a la discapacidad: coordinación socio-sanitaria y soporte social general.

Grupos de interés	Descripción de la inversión	Inversión (euros)
Profesionales de trabajo social	Tiempo de trabajo.	14.958.608 €
Pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	0 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	0 €
INVERSIÓN TOTAL		14.958.608 €

Dado que el análisis es a un año, a continuación se indica cuál sería la inversión futura para esta propuesta en caso de ampliar el horizonte del análisis (Tabla 145).

Tabla 145. Inversión futura de la Propuesta 22: Atención a la discapacidad: coordinación socio-sanitaria y soporte social general.

INVERSIÓN en años sucesivos	Con carácter anual, sería necesaria la misma inversión que se contempla en esta propuesta.
------------------------------------	--

De la Tabla 146 a la Tabla 148 se muestra el alcance del retorno y el cálculo e impacto para esta propuesta.

Tabla 146. Alcance del retorno de la Propuesta 22: Atención a la discapacidad: coordinación socio-sanitaria y soporte social general.

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?
Pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	<div>+</div> <ul style="list-style-type: none"> Si se les reconociese una discapacidad de al menos el 33%, se mejoraría la productividad laboral de los pacientes con AR establecida desempleados, ya que podrían acceder a un puesto de trabajo reservado para personas con discapacidad^[152].

Grupos de interés	¿Qué recursos invertirían?	RETORNOS: ¿Cuál sería el impacto?
		<div>+</div> <ul style="list-style-type: none"> Si se les reconociese una discapacidad de al menos el 33%, se mantendría la productividad laboral de los pacientes con AR establecida trabajadores, ya fuera manteniendo su puesto o accediendo a otro reservado^[152].
		<div>-</div> <ul style="list-style-type: none"> Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores como consecuencia de acudir a trabajo social.
Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida	Tiempo personal.	<div>+</div> <ul style="list-style-type: none"> Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR establecida en relación a sus necesidades sociales.
		<div>-</div> <ul style="list-style-type: none"> Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR establecida por acompañarles a la visita de trabajo social.

La atención a la discapacidad podría implicar tanto acceder como mantener un puesto de trabajo reservado, no teniendo que abandonar el mercado laboral. Asimismo, se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales, ya que los pacientes con AR podrían dar respuesta a sus necesidades sociolaborales. El retorno total ascendería a 57.238.960 € (Tabla 147).

Tabla 147. Retorno de la Propuesta 22: Atención a la discapacidad: coordinación socio-sanitaria y soporte social general.

Grupos de interés	Descripción del retorno	Retorno (euros)
Pacientes con AR establecida	Retorno 22.1 Si se les reconociese una discapacidad de al menos el 33%, se mejoraría la productividad laboral de los pacientes con AR establecida desempleados, ya que podrían acceder a un puesto de trabajo reservado para personas con discapacidad.	55.872.914 €
	Retorno 22.2 Si se les reconociese una discapacidad de al menos el 33%, se mantendría la productividad laboral de los pacientes con AR establecida trabajadores, ya fuera manteniendo su puesto o accediendo a otro reservado.	0 €
	Retorno 22.3 Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores como consecuencia de acudir a trabajo social.	-1.375.755 €
Cuidadores informales de los pacientes con AR establecida	Retorno 22.4 Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes	3.290.162 €

con AR establecida en relación a sus necesidades sociales.	
Retorno 22.5 Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR establecida por acompañarles a la visita de trabajo social.	-548.360 €
RETORNO TOTAL	57.238.960 €

Todos los retornos incluyen un peso muerto (36,7%) que corresponde al porcentaje de pacientes que ya han tenido contacto con trabajo social y que, por tanto, pueden haber dado respuesta a sus necesidades. Por otro lado, el retorno 22.2 incluye un desplazamiento del 100% ya que implica bien mantener el puesto o bien acceder a otro por lo que el impacto (tener un puesto de trabajo) se mantendría constante (Tabla 148).

Tabla 148. Impacto de la Propuesta 22: Atención a la discapacidad: coordinación socio-sanitaria y soporte social general.

Retornos	Peso muerto	Desplazamiento	Atribución
Retorno 22.1 Si se les reconociese una discapacidad de al menos el 33%, se mejoraría la productividad laboral de los pacientes con AR establecida desempleados, ya que podrían acceder a un puesto de trabajo reservado para personas con discapacidad.	36,70%	0,00%	0,00%
Retorno 22.2 Si se les reconociese una discapacidad de al menos el 33%, se mantendría la productividad laboral de los pacientes con AR establecida trabajadores, ya fuera manteniendo su puesto o accediendo a otro reservado.	36,70%	100,00%	0,00%
Retorno 22.3 Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores como consecuencia de acudir a trabajo social.	36,70%	0,00%	0,00%
Retorno 22.4 Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR establecida en relación a sus necesidades sociales.	36,70%	0,00%	0,00%
Retorno 22.5 Se incrementaría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR establecida por acompañarles a la visita de trabajo social.	36,70%	0,00%	0,00%

La propuesta 22 no tiene ningún retorno no cuantificado.

9.5.11 Resumen de la inversión y del retorno en el área de AR establecida

La inversión total en el área de AR establecida ascendería a 270.433.844 €. El 38,5% de la inversión correspondería a la equidad en el acceso a la medicación^m, el 29,3% al abordaje integral multidisciplinar e individualizado y el 17,8% a las estrategias T2T y control estrecho (Gráfico 5).

Gráfico 5. Distribución de la inversión total en el área AR establecida según propuestas.

El retorno social en el área de AR establecida ascendería a 869.209.829 €. Casi la mitad del retorno se derivaría del abordaje integral multidisciplinar e individualizado (407 M€), el 27,1% de las

^m 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. 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.

estrategias T2T y control estrecho (236 M€), el 9,8% de la equidad en el acceso a la medicación (85 M€) y el 6,6% de la atención a la discapacidad (57 M€) (Gráfico 6).

Gráfico 6. Distribución del retorno social total en el área de AR establecida según propuestas (M€).

9.6 Ratio SROI

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 que se necesitaría 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** (Figura 6).

Figura 6. Inversión versus Retorno en el conjunto de propuestas para un mejor abordaje de la AR.

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 (Gráfico 7).

Gráfico 7. Distribución de la inversión y del retorno del conjunto de propuestas para un mejor abordaje de la AR.

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 en los pacientes, por lo que se recomienda ponerlas en contexto de la ratio global de 3,16 € (Gráfico 8).

Gráfico 8. 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 9. 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.

Gráfico 9. Distribución del retorno del conjunto de propuestas para un mejor abordaje de la AR según áreas de análisis y tipología del retorno (M€).

El Gráfico 10 muestra la ratio SROI según la tipología del retorno, en cada una de las áreas de análisis y respecto al análisis global. De la ratio total, 2,49 € sería retorno intangible, mientras que 0,68 € sería tangible.

Gráfico 10. Ratio SROI del del conjunto de propuestas para un mejor abordaje de la AR. Total y según áreas de análisis.

9.7 Análisis de sensibilidad

9.7.1 Metodología

El análisis de sensibilidad se ha llevado a cabo variando los porcentajes asignados a las asunciones realizadas en el análisis SROI, que se detallan a continuación (Tabla 149 a Tabla 161).

Tabla 149. Análisis de escenarios. Asunción 1 en área Diagnóstico.

Asunción incluida en el cálculo	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de pacientes que no son diagnosticados de forma precoz.	50%	75%	25%
Propuestas y retornos que incluyen esta asunción			
Propuesta 1. Programas de educación y sensibilización social.			
<ul style="list-style-type: none"> Retorno 1.2 Se frenaría la evolución funcional discapacitante de la AR en los pacientes incidentes gracias a una derivación correcta y su consecuente diagnóstico precoz. 			
Propuesta 2. Formación sobre el diagnóstico dirigida a medicina de atención primaria, urgencias y medicina del trabajo.			
<ul style="list-style-type: none"> Retorno 2.4 Se frenaría la evolución funcional discapacitante de la AR en los pacientes incidentes gracias a una derivación correcta y su consecuente diagnóstico precoz. 			
Propuesta 3. Ruta rápida de acceso desde atención primaria a reumatología.			
<ul style="list-style-type: none"> Retorno 3.3 Se frenaría la evolución funcional discapacitante de la AR en los pacientes incidentes gracias a una derivación correcta y su consecuente diagnóstico precoz. 			
Propuesta 4. Ruta rápida de acceso desde atención especializada a reumatología.			
<ul style="list-style-type: none"> Retorno 4.1 Se reducirían los costes asociados al retraso diagnóstico de los pacientes con AR incidentes gracias a una derivación precoz a reumatología gracias a la ruta rápida de acceso de AE a reumatología. Retorno 4.2 Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con AR incidentes gracias a un diagnóstico precoz. Retorno 4.3 Se frenaría la evolución funcional discapacitante de la AR en los pacientes incidentes gracias a una derivación correcta y su consecuente diagnóstico precoz. 			

Tabla 150. Análisis de escenarios. Asunción 2 en área Diagnóstico.

Asunción incluida en el cálculo	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de visitas en lista de espera que acabarían en urgencias.	15%	25%	5%
Propuestas y retornos que incluyen esta asunción			
Propuesta 2. Formación sobre el diagnóstico dirigida a medicina de atención primaria, urgencias y medicina del trabajo.			
<ul style="list-style-type: none"> Retorno 2.1 Se incrementarían las visitas a urgencias como consecuencia del incremento de la lista de espera en reumatología, por reducir el horario de atención a los pacientes por las sesiones de formación.

Tabla 151. Análisis de escenarios. Asunción 1 en área AR precoz.

Asunción incluida en el cálculo	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de pacientes con AR precoz que ya acuden a los talleres de formación en relación a la AR.	30%	40%	20%
Propuestas y retornos que incluyen esta asunción			
Propuesta 7. Consensuar el plan terapéutico (farmacológico y no farmacológico) con el paciente.			
<ul style="list-style-type: none"> Retorno 7.4 Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR precoz trabajadores como consecuencia de acudir a los talleres y charlas. 			

Tabla 152. Análisis de escenarios. Asunción 2 en área AR precoz.

Asunción incluida en el cálculo	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de pacientes con AR precoz que acudirían a urgencias igualmente, a pesar de tener la posibilidad de acudir sin cita al profesional de reumatología.	20%	30%	10%
Propuestas y retornos que incluyen esta asunción			
Propuesta 8. Accesibilidad sin cita al especialista ante brotes o descompensaciones.			
<ul style="list-style-type: none"> Retorno 8.1 Se evitarían visitas a urgencias hospitalarias por complicaciones de la AR. 			

Tabla 153. Análisis de escenarios. Asunción 3 en área AR precoz.

Asunción incluida en el cálculo	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de pacientes con AR precoz que mejorarían su estado físico gracias a otro tipo de actividades.	30%	40%	20%
Propuestas y retornos que incluyen esta asunción			
Propuesta 8. Accesibilidad sin cita al especialista ante brotes o descompensaciones.			
<ul style="list-style-type: none"> Retorno 8.2 Se mejoraría el estado físico de los pacientes con AR precoz, gracias a la posibilidad de acudir sin cita al especialista, dado que si no reciben atención tras un brote podrían tener secuelas. 			

Tabla 154. Análisis de escenarios. Asunción 1 en área AR establecida.

Asunción incluida en el cálculo	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Incremento porcentual de la cobertura de la HCD.	5%	1%	10%
Propuestas y retornos que incluyen esta asunción			
Propuesta 14. Coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada para el tratamiento y seguimiento del paciente.			
<ul style="list-style-type: none"> Retorno 14.1 Se reduciría el número de visitas a reumatología gracias a la coordinación entre AP y AE. 			

Tabla 155. Análisis de escenarios. Asunción 2 en área AR establecida.

Asunción incluida en el cálculo	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
---------------------------------	-----------	----------------	-----------------

Porcentaje de reducción de pérdidas de productividad laboral de los pacientes trabajadores con AR establecida, asociadas a la mejora de la actividad de la enfermedad.	25%	10%	40%
--	-----	-----	-----

Propuestas y retornos que incluyen esta asunción

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

- Retorno 15.2 Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores gracias a mantener una baja actividad de la enfermedad.

Tabla 156. Análisis de escenarios. Asunción 3 en área AR establecida.

Asunción incluida en el cálculo	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de profesionales de reumatología que podrían acogerse al horario deslizando.	10%	15%	5%

Propuestas e inversión que incluye esta asunción

Propuesta 19. Ampliación del horario de atención especializada.

- Inversión. Profesionales de reumatología, tiempo de trabajo.

Tabla 157. Análisis de escenarios. Asunción 4 en área AR establecida.

Asunción incluida en el cálculo	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de pacientes con AR establecida trabajadores que se beneficiarían del horario deslizando.	10%	5%	15%

Propuestas y retornos que incluyen esta asunción

Propuesta 19. Ampliación del horario de atención especializada.

- Retorno 19.1 Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores gracias al horario deslizando.

Tabla 158. Análisis de escenarios. Asunción 5 en área AR establecida.

Asunción incluida en el cálculo	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de pacientes con AR establecida que podrían pasar de ser pasivos a ser activos.	20%	5%	35%

Propuestas y retornos que incluyen esta asunción

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

- Retorno 21.1 Se evitarían visitas a urgencias, gracias a la actitud activa de los pacientes con AR establecida.

Tabla 159. Análisis de escenarios. Asunción 6 en área AR establecida.

Asunción incluida en el cálculo	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de pacientes con AR establecida desempleados que, tras obtener el certificado de discapacidad, accederían a un puesto de trabajo reservado para personas con discapacidad.	10%	0%	20%

Propuestas y retornos que incluyen esta asunción

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

- Retorno 22.1 Si se les reconociese una discapacidad de al menos el 33%, se mejoraría la productividad laboral de los pacientes con AR establecida desempleados, ya que podrían acceder a un puesto de trabajo reservado para personas con discapacidad.

Tabla 160. Análisis de escenarios. Asunción 7 en AR establecida.

Asunción incluida en el cálculo	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Porcentaje de pacientes con AR establecida trabajadores que, tras obtener la discapacidad, mantendrían un puesto de trabajo (actual u otro reservado para personas con discapacidad).	20%	0%	40%

Propuestas y retornos que incluyen esta asunción

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

- Retorno 22.2 Si se les reconociese una discapacidad de al menos el 33%, se mantendría la productividad laboral de los pacientes con AR establecida trabajadores, ya fuera manteniendo su puesto o accediendo a otro reservado.

Tabla 161. Análisis de escenarios. Asunción 8 en AR establecida.

Asunción incluida en el cálculo	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Horas de cuidado informal menos, gracias a las gestiones por parte de trabajo social.	12	6	18

Propuestas y retornos que incluyen esta asunción

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

- Retorno 22.4 Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR establecida en relación a sus necesidades sociales.

9.7.2 Resultados

A partir de la metodología explicada anteriormente, se calcularon la inversión y el retorno social correspondientes a cada escenario. En primer lugar se exponen las variaciones relativas a cada área (Tabla 162 a Tabla 165) y finalmente la variación para la ratio SROI total (Tabla 166).

Tabla 162. Análisis de sensibilidad. Variación del retorno social según escenario (área de Diagnóstico).

Retornos	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Retorno 1.2 Se frenaría la evolución funcional discapacitante de la AR en los pacientes incidentes gracias a una derivación correcta y su consecuente diagnóstico precoz.	807.325 €	1.210.987 €	403.662 €
Retorno 2.1 Se incrementarían las visitas a urgencias como consecuencia del incremento de la lista de espera en reumatología, por reducir el horario de atención a los pacientes por las sesiones de formación.	-3.742.373 €	-6.237.288 €	-1.247.458 €
Retorno 2.4 Se frenaría la evolución funcional discapacitante de la AR en los pacientes incidentes gracias a una derivación correcta y su consecuente diagnóstico precoz.	807.325 €	1.210.987 €	403.662 €
Retorno 3.3 Se frenaría la evolución funcional discapacitante de la AR en los pacientes incidentes gracias a una derivación correcta y su consecuente diagnóstico precoz.	807.325 €	1.210.987 €	403.662 €
Retorno 4.1 Se reducirían los costes asociados al retraso diagnóstico de los pacientes con AR incidentes gracias a una derivación precoz a reumatología gracias a la ruta rápida de acceso de AE a reumatología.	135.840 €	203.759 €	67.920 €
Retorno 4.2 Se mejoraría el estado emocional de los pacientes con AR incidentes gracias a un diagnóstico precoz.	158.817 €	238.225 €	79.408 €
Retorno 4.3 Se frenaría la evolución funcional discapacitante de la AR en los pacientes incidentes gracias a una derivación correcta y su consecuente diagnóstico precoz.	807.325 €	1.210.987 €	403.662 €

Tabla 163. Análisis de sensibilidad. Variación del retorno social según escenario (área AR precoz).

Retornos	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Retorno 7.4 Se producirían pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR precoz trabajadores como consecuencia de acudir a los talleres y charlas.	-159.329 €	-136.568 €	-182.090 €
Retorno 8.1 Se evitarían visitas a urgencias hospitalarias por complicaciones de la AR.	7.480 €	6.545 €	8.415 €

Retornos	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Retorno 8.2 Se mejoraría el estado físico de los pacientes con AR precoz, gracias a la posibilidad de acudir sin cita al especialista, dado que si no reciben atención tras un brote podrían tener secuelas.	307.269 €	263.374 €	351.165 €

Tabla 164. Análisis de sensibilidad. Variación de la inversión según escenario (área AR establecida).

Propuesta	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Propuesta 19: Ampliación del horario de atención especializada.	265.200 €	397.800 €	132.600 €

Tabla 165. Análisis de sensibilidad. Variación del retorno social según escenario (área AR establecida).

Retornos	Caso base	Peor escenario	Mejor escenario
Retorno 14.1 Se reduciría el número de visitas a reumatología gracias a la coordinación entre AP y AE.	155.666 €	155.666 €	155.666 €
Retorno 15.2 Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores gracias a mantener una baja actividad de la enfermedad.	17.391.163 €	6.956.465 €	27.825.861 €
Retorno 19.1 Se reducirían las pérdidas de productividad laboral en los pacientes con AR establecida trabajadores gracias al horario deslizando.	631.799 €	315.900 €	947.699 €
Retorno 21.1 Se evitarían visitas a urgencias, gracias a la actitud activa de los pacientes con AR establecida.	799.969 €	199.992 €	1.399.947 €
Retorno 22.1 Si se les reconociese una discapacidad de al menos el 33%, se mejoraría la productividad laboral de los pacientes con AR establecida desempleados, ya que podrían acceder a un puesto de trabajo reservado para personas con discapacidad.	55.872.914 €	0 €	111.745.827 €
Retorno 22.2 Si se les reconociese una discapacidad de al menos el 33%, se mantendría la productividad laboral de los pacientes con AR establecida trabajadores, ya fuera manteniendo su puesto o accediendo a otro reservado.	0 €	0 €	0 €
Retorno 22.4 Se reduciría la carga de cuidado de los cuidadores informales de los pacientes con AR establecida en relación a sus necesidades sociales.	3.290.162 €	1.645.081 €	4.935.244 €

Tras la variación de estos valores en el cálculo del conjunto de propuestas para un mejor abordaje de la AR, la ratio SROI podría oscilar entre 2,92 € (peor escenario) y 3,40 € (mejor escenario) por cada euro a invertir.

Las ratios por áreas variarían como sigue (Tabla 166):

- Diagnóstico, entre 0,99 € y 1,10 €.
- AR precoz, entre 6,20 y 6,21 €.
- AR establecida, entre 2,96 y 3,47 €.

El análisis de escenarios demuestra la robustez del resultado obtenido a partir del caso base, cuya ratio podría llegar a incrementarse en un 7,6% y alcanzar un retorno social de 3,40 €.

Tabla 166. Análisis de sensibilidad. Variación en la ratio SROI según escenario.

Área de análisis	Peor escenario	Caso base	Mejor escenario
Diagnóstico	0,99 €	1,04 €	1,10 €
AR precoz	6,20 €	6,20 €	6,21 €
AR establecida	2,96 €	3,21 €	3,47 €
Total	2,92 €	3,16 €	3,40 €

10 Conclusiones

Necesidades no cubiertas en torno a la AR

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que entró en vigor en 1948, afirma en su Capítulo I que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Además, añade: “los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”.

Siguiendo estos principios fundamentales, la asistencia sanitaria dirigida a la población debiera tener una visión amplia e integradora de todas aquellas circunstancias que pudieran afectar no sólo al bienestar físico y mental de una persona, sino también a su bienestar social.

Este aspecto es especialmente relevante cuando se trata de pacientes con enfermedades crónicas e incapacitantes, como es la AR, que ejerce un gran impacto en la vida de los que la padecen. Aspectos de la vida cotidiana, personales, familiares, laborales, económicos y sociales configuran un entramado que se ve afectado por esta patología y que desemboca en un deterioro progresivo de la CVRS.

Las propuestas recogidas en este informe, consensuadas por un Grupo Multidisciplinar de Trabajo, ponen de manifiesto la existencia de carencias respecto a la atención integral de la AR dentro del SNS, así como de las diferencias regionales en la atención sanitaria que generan inequidad en el acceso a los recursos sociosanitarios. En este contexto, partiendo del abordaje actual de la patología, estas 22 propuestas buscan contribuir a una mejora sustancial en el abordaje de la AR dentro del SNS.

Propuestas que contribuyen a la mejora del abordaje de la AR

La mejora del abordaje actual de la AR pasa por tres puntos fundamentales: una mejor coordinación, un diagnóstico precoz y un acceso con equidad a los recursos sanitarios. Las propuestas contempladas plantean la oportunidad de mejorar las vías de comunicación entre todas las especialidades vinculadas a la AR, mediante la demanda de cauces estructurados y coordinados de atención que mejoren la ruta asistencial actual y el seguimiento de los pacientes. Se trata, en definitiva, de un abordaje coordinado, integral y holístico. Por otro lado, el diagnóstico precoz es uno de los mayores retos de los sistemas sanitarios actuales. La detección temprana de la enfermedad conlleva tanto un menor impacto sobre el uso de recursos sanitarios como un retraso de la discapacidad acompañado de una mejora de la CV de los pacientes y sus cuidadores informales. Finalmente, el estudio pone de manifiesto las diferencias regionales en el acceso con

equidad a los recursos sanitarios como, por ejemplo, a los tratamientos farmacológicos disponibles.

Rentabilidad social

La hipotética implantación de estas propuestas generaría valor social en tres sentidos: 1) racionalizar el consumo de recursos sanitarios dentro del sistema, 2) mejorar el estado de salud y la CV de los pacientes con AR y de sus cuidadores informales, y 3) mejorar la productividad laboral de los pacientes.

El método utilizado (SROI) combina enfoques cualitativos, cuantitativos y financieros, lo que permite conocer no sólo los potenciales retornos tangibles (como, por ejemplo, una disminución de los costes asociados al consumo racional de los recursos sanitarios), sino también los retornos intangibles (la carga subjetiva del paciente respecto a la enfermedad, expresada en términos de bienestar emocional, dolor, etc.), medidos a través de indicadores *proxy*.

Los resultados presentados apuntan a un retorno social de 3,16 € por cada euro invertido en el conjunto de propuestas encaminadas a la mejora del abordaje de la AR. El análisis de sensibilidad muestra además que en el peor escenario contemplado la ratio SROI seguiría siendo positiva, ya que oscilaría entre los 2,92 € (peor escenario) y los 3,40 € (mejor escenario). El 21% de la ratio SROI estaría compuesta por retornos tangibles (0,68 €), mientras que el 79% restante lo conformarían retornos intangibles (2,49 €).

Los retornos tangibles se materializan en un ahorro de costes vinculado al diagnóstico precoz y a una pronta remisión o baja actividad; un ahorro en visitas a urgencias hospitalarias innecesarias derivadas de la falta de accesibilidad a reumatología; un ahorro en visitas a reumatología y a AP gracias a estrategias terapéuticas contrastadas, el abordaje holístico y la mejor coordinación con otras especialidades y al apoyo de enfermería especializada; finalmente, el empoderamiento del paciente, a través del fomento del autocuidado, contribuye a un uso responsable de todos los recursos.

Los retornos intangibles incluyen aspectos tales como la mejora del estado emocional del paciente al recibir un diagnóstico temprano, dejando de lado la ansiedad ante la incertidumbre de lo que le está pasando; la mejora de la autonomía, y la CV relacionada con este aspecto; la mejora de la sintomatología asociada a la AR, que en muchas ocasiones incluye síntomas no visibles (fatiga, dolor...), o tabú (relaciones sexuales...); la carga de cuidado para los cuidadores informales; etc.

Sin olvidar que el análisis expuesto debiera interpretarse como un todo, las ratios SROI en cada una de áreas de análisis indican mayor retorno social en la primera fase de la enfermedad (AR precoz), que se estabiliza en un periodo posterior (AR establecida). Estos resultados podrían indicar que cuanto mayor es la discapacidad asociada a la AR, mayor afectación perciben los pacientes y sus cuidadores informales sobre su propia CV. Por otro lado, aunque la ratio para el Diagnóstico apenas supone un retorno social positivo, debiera entenderse como parte necesaria del proceso posterior de la patología.

Por último, no podemos obviar que la inversión en algunas de las propuestas planteadas (como la mejora de la coordinación entre AP y AE o la creación de rutas rápidas de acceso, por ejemplo) podrían beneficiar a otros pacientes reumatológicos. Esto podría, a su vez, incrementar aún más la rentabilidad social de la inversión.

Limitaciones del estudio

Primera, el análisis SROI es de tipo prospectivo con un horizonte temporal de un año, lo que permite estimar solamente el impacto a corto plazo.

Segunda, una configuración distinta del Grupo Multidisciplinar de Trabajo habría llevado seguramente a un conjunto final de propuestas diferentes y, por tanto, a un resultado distinto. Por esta razón, se procuró que dicho grupo estuviera configurado por la mayor heterogeneidad de profesionales posible.

Tercera, a pesar de que se han explicado y fundamentado las decisiones tomadas, esto implica una cierta subjetividad (inherente al SROI) a la hora de transformar la inversión de las propuestas en términos económicos.

Cuarta, el carácter prospectivo del estudio implica estimar un retorno social potencial futuro. Para disminuir el margen de incertidumbre, estos potenciales retornos se basan en literatura científica publicada.

Quinta, la imputación de indicadores *proxies* a los retornos intangibles implica una inevitable subjetividad.

Finalmente, la utilización de asunciones ante la falta de disponibilidad o inexistencia de información y/o referencias bibliográficas. El análisis de sensibilidad tiene en cuenta la variación, tanto en positivo como en negativo, de todos aquellos datos asumidos por el equipo técnico.

Aportación del estudio

A pesar de estas limitaciones, consideramos que el resultado obtenido posee robustez suficiente, avalada por el análisis de sensibilidad. Así, podemos concluir que el conjunto de propuestas planteadas, encaminadas a contribuir a la mejora del abordaje de la AR en el SNS, podrían dar respuesta a una parte de las necesidades actuales no cubiertas, las relativas tanto a los pacientes como a los profesionales sanitarios en contacto con la enfermedad y al sistema sanitario en conjunto. Además, su implantación conllevaría un retorno social positivo.

A su vez, reconocemos el esfuerzo que tendría que realizar el Sistema Nacional de Salud y, en última instancia, la sociedad, para la implantación de este abordaje. En términos relativos, la inversión total planteada ascendería a 289 millones de euros, lo que representaría aproximadamente el 0,4% del gasto sanitario público en España.

Finalmente, el coste de oportunidad de una inversión en el SNS es muy alto, por lo que un análisis SROI podría facilitar la toma de decisiones al respecto, con el fin de realizar una correcta asignación de recursos y crear el máximo valor social para todos los grupos de interés. Hay posiblemente buenas oportunidades de inversión en salud pública que tan sólo necesitan decisores que, en virtud de los datos obtenidos, apuesten por implementarlas.

11 Referencias

1. Alperi López M. Manual SER de enfermedades reumáticas [Internet]. 6ª. Elsevier; 2014. Available from: <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/10/Manual-SER.pdf>
2. Firestein G, McInnes IB. Immunopathogenesis of rheumatoid arthritis. *Immunity* 2017;46(2):183-96.
3. Lozano JA. Artritis reumatoide (I). Etiopatogenia, sintomatología, diagnóstico y pronóstico. *Offarm Farm Soc* 2001;20(8):94-101.
4. Carmona L, Villaverde V, Hernández-García C, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatology* 2002;41(1):88-95.
5. Proyecto SROI-AR. Comité Asesor. 2018.
6. Carbonell J, Cobo T, Balsa A, Descalzo MA, Carmona L, SERAP Study Group. The incidence of rheumatoid arthritis in Spain: results from a nationwide primary care registry. *Rheumatology* 2008;47(7):1088-92.
7. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Portal Estadístico. Área de Inteligencia de Gestión. Mortalidad por causa de muerte. Defunciones a partir de 1999 (CIE10): CIE M05, M06. 2016 [Internet]. Available from: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/DefaultPublico.aspx>
8. Portal Estadístico. Área de Inteligencia de Gestión. Tasas de mortalidad ajustadas por edad. A partir de 1999 (CIE-10): CIE M05, M06. 2016.
9. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988;31(3):315-24.
10. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 2010;69(9):1580-8.
11. Prevoo MLL, Van Gestel AM, Van Thof MA, Van Rijswijk MH, Van De Putte LBA, Van Riel PLCM. Remission in a prospective study of patients with Rheumatoid Arthritis. American Rheumatism Association preliminary remission criteria in relation to the disease activity score. *Rheumatology* 1996;35(11):1101-5.
12. van Riel PLCM, van Gestel AM. Clinical outcome measures in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2000;59(Suppl 1):i28-31.
13. Fransen J, Creemers MCW, Riel V, M PLC. Remission in rheumatoid arthritis: agreement of the disease activity score (DAS28) with the ARA preliminary remission criteria. *Rheumatology* 2004;43(10):1252-5.

14. Aletaha D, Ward MM, Machold KP, Nell VPK, Stamm T, Smolen JS. Remission and active disease in rheumatoid arthritis: Defining criteria for disease activity states. *Arthritis Rheum* 2005;52(9):2625-36.
15. Smolen JS, Breedveld FC, Schiff MH, Kalden JR, Emery P, Eberl G, et al. A simplified disease activity index for rheumatoid arthritis for use in clinical practice. *Rheumatol Oxf Engl* 2003;42(2):244-57.
16. van Gestel AM, Haagsma CJ, van Riel PL. Validation of rheumatoid arthritis improvement criteria that include simplified joint counts. *Arthritis Rheum* 1998;41(10):1845-50.
17. Sociedad Valenciana de Reumatología, Castellano, Román, Rosas. Enfermedades Reumáticas. Actualización SVR [Internet]. 2013 [citado 2018 jun 12]. Available from: <http://www.svreumatologia.com/wp-content/uploads/2015/06/Actualizacion-Enfermedades-Reumaticas-Actualizacion-SVR-II-Edicion.pdf>
18. Núñez M, Sanchez A, Nuñez E, Casals T, Alegre C, Muñoz-Gomez J. Patients' Perceptions of Health Related Quality of Life in Rheumatoid Arthritis and Chronic Low Back Pain. *Qual Life Res* 2006;15(1):93-102.
19. Strand V, Khanna D. The impact of rheumatoid arthritis and treatment on patients' lives. *Clin Exp Rheumatol* 2010;28(3 Suppl 59):S32-40.
20. Navarro Sarabia F, Ballina García FJ, Hernández Cruz B, Hernández Mejía R, Ruiz Montesinos MD, Fernández López JA, et al. Costes calidad de vida-artritis reumatoide. Estudio económico y de la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide en España. Resultados preliminares. *Rev Esp Reumatol* 2004;184-9.
21. Fernández Lisón LC, Vázquez Domínguez B, Luis Fernández J, Moreno Álvarez P, Fruns Giménez I, Liso Rubio J. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento ambulatorio con anti-TNF. *Farm Hosp* 2008;32(3):178-81.
22. Carreño A, Fernández I, Badia X, Varela C, Roset M. Using HAQ-DI to estimate HUI-3 and EQ-5D utility values for patients with rheumatoid arthritis in Spain. *Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res* 2011;14(1):192-200.
23. Aurrecoechea E, Llorca Díaz J, Diez Lizuain ML, McGwin G, Calvo-Alen J. Gender-associated comorbidities in rheumatoid arthritis and their impact on outcome: data from GENIRA. *Rheumatol Int* 2017;37(4):479-85.
24. Ortega-Valín L, Mayorga-Bajo I, Prieto-Fernández C, del Pozo-Ruiz J, Gutiérrez-Gutiérrez E, Pérez-Sandoval T. Evolución a largo plazo de la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide tratados con terapias biológicas. *Reumatol Clínica* 2018;14(4):191-5.
25. Eli Lilly and Company. #RAMatters | Página de inicio [Internet]. 2017 [citado 2018 ago 17];Available from: http://www.ramatters.eu/es_ES
26. ConArtritis y ACCU España. Enfermedades Inflammatorias Inmunomediadas (IMID) e impacto laboral en Extremadura [Internet]. 2017 [citado 2018 jun 14]. Available from: http://www.conartritis.org/wp-content/uploads/2017/12/Estudio_IMID.pdf

27. Mattila K, Buttgereit F, Tuominen R. Influence of rheumatoid arthritis-related morning stiffness on productivity at work: results from a survey in 11 European countries. *Rheumatol Int* 2015;35(11):1791-7.
28. INSS. Gestión de prestaciones. Subdirección General de Gestión de Prestaciones. Incidencia incapacidad temporal (IT) de Artritis Reumatoide (CIE-9 714). 2017;
29. INSS. Gestión de prestaciones. Subdirección General de Gestión de Prestaciones. Incidencia incapacidad permanente (IP) de Artritis Reumatoide (CIE-9 714). 2017;
30. Seguridad Social. Estadísticas, Presupuestos y Estudios. Estadísticas Pensiones y pensionistas. Altas y bajas de pensiones contributivas. Evolución de altas iniciales y bajas definitivas. [Internet]. 2017 [citado 2018 ago 20];Available from: <http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/EstadisticasPresupuestosEstudios/Estadisticas/EST23/EST44/2095>
31. Sociedad Española de Reumatología. Actualización de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España [Internet]. 2011 [citado 2017 nov 16];Available from: https://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/GUIPCAR_2011_V7_definitiva.pdf
32. Ábalos Medina GM, Ruiz Villaverde G, Sánchez Cano D, Ruiz Villaverde R, Ramírez Rodrigo J, Raya Álvarez E, et al. Calidad de vida relacionada con la salud tras terapia anti-factor de necrosis tumoral alfa en pacientes con artritis reumatoide. Un estudio piloto. *Reumatol Clínica* 2011;7(3):167-71.
33. Taylor PC, Moore A, Vasilescu R, Alvir J, Tarallo M. A structured literature review of the burden of illness and unmet needs in patients with rheumatoid arthritis: a current perspective. *Rheumatol Int* 2016;36:685-95.
34. Taylor PC, Alten R, Gomez-Reino JJ, Caporali R, Bertin P, Sullivan E, et al. Clinical characteristics and patient-reported outcomes in patients with inadequately controlled rheumatoid arthritis despite ongoing treatment. *RMD Open* [Internet] 2018 [citado 2018 jun 14];4(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5869220/>
35. Lundkvist J, Kastäng F, Kobelt G. The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment: health burden and costs. *Eur J Health Econ HEPAC Health Econ Prev Care* 2008;8 Suppl 2:S49-60.
36. Lajas C, Abasolo L, Bellajdel B, Hernández-García C, Carmona L, Vargas E, et al. Costs and predictors of costs in rheumatoid arthritis: a prevalence-based study. *Arthritis Rheum* 2003;49(1):64-70.
37. Ruiz-Montesinos MD, Hernández-Cruz B, Ariza-Ariza R, Carmona L, Ballina J, Navarro-Sarabia F, et al. Análisis de costes en una cohorte de enfermos con artritis reumatoide atendidos en área especializada de reumatología en España. *Reumatol Clin* 2005;1(4):193-9.
38. Leon L, Abasolo L, Fernandez-Gutierrez B, Jover JA, Hernandez-Garcia C. Costes médicos directos y sus predictores en la cohorte “Variabilidad en el manejo de la artritis reumatoide y las espondiloartritis en España”. *Reumatol Clínica* 2018;14(1):4-8.

39. Banke-Thomas AO, Madaj B, Charles A, van den Broek N. Social Return on Investment (SROI) methodology to account for value for money of public health interventions: a systematic review. BMC Public Health 2015;15(1):582.
40. Masters R, Anwar E, Collins B, Cookson R, Capewell S. Return on investment of public health interventions: a systematic review. J Epidemiol Community Health 2017;71(8):827-34.
41. Ortiz A, Rivero G. Desmitificando la Teoría del Cambio [Internet]. 2007 [citado 2016 dic 19];Available from: http://www.rootchange.org/about_us/resources/publications/DemistificandolaTeoriadeCambio.pdf
42. Retolazo Eguren Í. Teoría de cambio. Un enfoque de pensamiento-acción para navegar en la complejidad de los procesos de cambio social. [Internet]. 2010 [citado 2016 dic 19]. Available from: <http://preval.org/files/TEORIAL%20DEL%20CAMBIO%20PNUD%20e%20HIVOS.pdf>
43. IRIS Metrics | IRIS [Internet]. [citado 2016 abr 18];Available from: <https://iris.thegiin.org/metrics>
44. Hehenberger L, Harling A-M, Scholten P. Asociación Española de Fundaciones European Venture Philanthropy Association. Guía práctica para la medición y la gestión del impacto [Internet]. EVPA; 2015 [citado 2016 abr 18]. Available from: http://www.fundaciones.org/EPORTAL_DOCS/GENERAL/AEF/DOC-cw5537916e2a002/Gula_impacto-EVPA-AEF-2015.pdf
45. Emerson J, Cabaj M. Social return on investment. Mak Waves 2000;11(2):10-4.
46. Narrillos H. Economía Social. Valoración y medición de la inversión social (método SROI). Madrid: Ecobook; 2012.
47. Tuan MT. Measuring and/or estimating social value creation: Insights into eight integrated cost approaches [Internet]. 2008 [citado 2016 feb 8];Available from: <http://cmapspublic.ihmc.us/rid=1LHK87JH8-F72NLO-2R6P/WWL-report-measuring-estimating-social-value-creation%5B1%5D.pdf>
48. González A, Ivanova Y, Jiménez M, Merino M, Hidalgo Á, Alfonso S, et al. Retorno Social de la Inversión de un abordaje ideal de la psoriasis. Madrid: Instituto Max Weber; 2016.
49. Merino M, Jiménez M, Ivanova Y, González A, Villoro R, Hidalgo Á, et al. Valor social de un abordaje ideal de la insuficiencia cardíaca. Madrid: Instituto Max Weber; 2017.
50. Durán Piñeiro G, Sánchez Carreira MC, Peña Gil C, Paredes-Galán E, Gómez Ruíz R, Lado Sestayo R, et al. El retorno económico y social de la e-interconsulta de cardiología en el área de Vigo. ICEDE Work Pap Ser ISSN 2254-7487 2015;11:1-28.
51. de Castro Carpeño J, Fírvida Pérez JL, Lianes Barragán P, Cobo Dols MÁ, Gil Gil JM, Carrato Mena A, et al. Cuantificando el beneficio de la sustitución por vinorelbina oral en los pacientes susceptibles de tratamiento con vinorelbina. Estudio del retorno social de la inversión. Rev Esp Econ Salud 2018;13(2):336-53.

52. Nicholls J, Lawlor E, Neitzert E, Goodspeed T. A guide to Social Return on Investment [Internet]. London: New Economics Foundation; 2012 [citado 2017 mar 30]. Available from: <https://www.excellencegateway.org.uk/content/import-pdf1006>
53. Bastida JL, Oliva J, Antoñanzas F, García-Altés A, Gisbert R, Mar J, et al. Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias. Gac Sanit 2010;24(2):154–170.
54. Instituto Nacional de Estadística. Índice de Precios de Consumo. Base 2016. Medias anuales. Índices nacionales: general y de grupos ECOICOP [Internet]. 2018 [citado 2018 feb 27];Available from: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=22553&L=0>
55. Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón Continuo. Principales series de población desde 1998. [Internet]. 2017 [citado 2018 abr 26];Available from: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t20/e245/p08/&file=pcaxis&dh=0&capsel=0>
56. Asunción a partir de Carbonell et al, 2008.
57. Oliva J, Osuna R. Los costes de los cuidados informales en España. Presup Gasto Público 2009;56:163-81.
58. Asunción a partir de Lopez-Gonzalez et al., 2016 y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015.
59. Lopez-Gonzalez R, Seoane-Mato D, Perez-Vicente S, Martin-Martinez MA, Sanchez-Alonso F, Silva-Fernandez L, et al. Variability in the frequency of rheumatology consultations in patients with rheumatoid arthritis in Spain. Rheumatol Int 2016;36(11):1525-34.
60. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadísticas de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. Año 2015 [Internet]. 2015. Available from: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2015/SIAE_2015_nacionales.1.pdf
61. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Recursos. Profesionales. [Internet]. 2016 [citado 2018 ene 18];Available from: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/Cubo.aspx?IdNodo=6407>
62. ConArtritis. Vivir con Artritis Reumatoide. Estudio Psicosocial [Internet]. 2009 [citado 2018 ago 21];Available from: http://conartritis.org/wp-content/uploads/2014/06/vivir_con_AR_estudio_psicosocial.pdf
63. Proyecto SROI-AR. Comités Consultores. 2018.
64. Lázaro P, Alfaro N, Méndez JI, Garcia-Vicuña R, Jover JÁ, Sevilla J, et al. Conocimiento de la población española de las enfermedades músculo-esqueléticas. Reumatol Clínica 2013;9(5):274-80.

65. Muñoz Jiménez A, Rubio Romero E. Rotación del residente de Medicina Familiar y Comunitaria por Reumatología [Internet]. 2016 [citado 2018 ago 23]. Available from: <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2018/03/Manual-de-Rotaci%C3%B3n-del-residente-en-Reumatologia.pdf>
66. Proyecto SROI-AR. Grupo Multidisciplinar de Trabajo. 2018.
67. Klareskog L, Nordmark B, Lindblad S. On the organization of an early arthritis clinic. Best Pract Res Clin Rheumatol 2001;15(1):1-15.
68. Pan American League of Associations for Rheumatology. Todo lo que debe saber de la Artritis Reumatoide [Internet]. [citado 2018 ago 30];Available from: <http://www.panlar.org/pacientes/todo-lo-que-debe-saber-de-la-artritis-reumatoide>
69. Corominas H, Narváez J, Díaz-Torné C, Salvador G, Gomez-Caballero ME, de la Fuente D, et al. Retraso diagnóstico y terapéutico de la artritis reumatoide y su relación con dispositivos asistenciales en Catalunya. Estudio AUDIT. Reumatol Clínica 2016;12(3):146-50.
70. Sanchez-Piedra C, Yoldi B, Valero M, Andreu JL, Díaz-González F, Gómez-Reino JJ. Estado de la reumatología en España en 2017: 2,0 reumatólogos por 100.000 habitantes. Reumatol Clínica [Internet] 2017 [citado 2018 ago 13];Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X17302541>
71. Aguado Acín MP, Martín Mola E. Gestión clínica y calidad en reumatología. Rev Esp Reumatol 2003;30(8):448-55.
72. Nolla JM, Martínez C, García-Vicuña R, Seoane-Mato D, Lozano R, Piedad M, et al. Estándares de calidad asistencial para las consultas externas de reumatología. El proyecto EXTRELLA. Reumatol Clínica 2016;12(5):248-55.
73. Alonso Ruiz A. Estándares de calidad asistencial en reumatología. Reumatol Clínica 2007;3:20.
74. Villegas García M, Martínez J, Pascual Saura H, González Ortega JJ, Ballesta Cabrero A, Moreno Rodríguez JM, et al. Mejora de la gestión de las consultas externas hospitalarias mediante la cita automática directa de interconsultas. Rev Esp Salud Pública 2018;10.
75. Tejera Segura B, Bustabad S. Una nueva forma de comunicación entre reumatología y atención primaria: la consulta virtual. Reumatol Clínica 2016;12(1):11-4.
76. Lázaro y De Mercado P, Bravo B, Javier A, Lázaro y De Mercado I, Castañeda S, Robledillo L, et al. La Reumatología en la Comunidad de Madrid: disponibilidad actual de reumatólogos y necesidades futuras aplicando un modelo predictivo. Reumatol Clínica 2013;9(6):353-8.
77. Puchner R, Hochreiter R, Pieringer H, Vavrovsky A. Improving patient flow of people with rheumatoid arthritis has the potential to simultaneously improve health outcomes and reduce direct costs. BMC Musculoskelet Disord [Internet] 2017 [citado 2018 ago 23];18(7). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5219813/>

78. Bacconnier L, Rincheval N, Flipo R-M, Goupille P, Daures J-P, Boulenger J-P, et al. Psychological distress over time in early rheumatoid arthritis: results from a longitudinal study in an early arthritis cohort. *Rheumatology* 2015;54(3):520-7.
79. Salvador-Carulla L, Bendeck M, Fernández A, Alberti C, Sabes-Figuera R, Molina C, et al. Costs of depression in Catalonia (Spain). *J Affect Disord* 2011;132(1-2):130-8.
80. Leon L, Redondo M, Fernández-Nebro A, Gómez S, Loza E, Montoro M, et al. Expert recommendations on the psychological needs of patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int* [Internet] 2018 [citado 2018 jun 8];Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00296-018-4057-6>
81. Casañas Sánchez R, Raya Tena A, Ibáñez Pérez L, Valls Colomer MM. Intervención grupal psicoeducativa en pacientes con ansiedad y depresión en atención primaria de Barcelona. *Aten Primaria* 2009;41(4):227-8.
82. Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JWW, Breedveld FC, Boumpas D, Burmester G, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis* 2010;69(4):631-7.
83. Smolen JS, Breedveld FC, Burmester GR, Bykerk V, Dougados M, Emery P, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis* 2016;75(1):3-15.
84. Sociedad Española de Reumatología. Proyecto AR Excellence [Internet]. 2014 [citado 2018 ago 23];Available from: <https://www.immedicohospitalario.es/noticia/3053/ar-excellence-para-garantizar-una-actuacion-clinica-de-excelencia->
85. Martín-Martínez MA, Andreu-Sanchez JL, Sanchez-Alonso F, Corominas H, Perez-Venegas JJ, Roman-Ivorra JA, et al. Indicador compuesto para evaluar la calidad asistencial en el manejo de los pacientes con artritis reumatoide en las consultas externas de Reumatología. *Reumatol Clínica* [Internet] 2017 [citado 2018 jun 19];In press. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X17301778>
86. Vermeer M, Kievit W, Kuper HH, Braakman-Jansen LM, Bernelot Moens HJ, Zijlstra TR, et al. Treating to the target of remission in early rheumatoid arthritis is cost-effective: results of the DREAM registry. *BMC Musculoskelet Disord* 2013;14:350.
87. Cardiel MH. Estrategia «treat to target» en la artritis reumatoide: beneficios reales. *Reumatol Clínica* 2013;9(2):101-5.
88. Naranjo A, Cáceres L, Hernández-Beriaín JÁ, Francisco F, Ojeda S, Talaverano S, et al. Ajuste en la práctica clínica de las directrices treat-to-target para la artritis reumatoide: resultados del estudio ToARCan. *Reumatol Clínica* 2016;12(1):34-8.
89. Schipper LG, van Hulst LTC, Grol R, van Riel PLCM, Hulscher MEJL, Fransen J. Meta-analysis of tight control strategies in rheumatoid arthritis: protocolized treatment has additional value with respect to the clinical outcome. *Rheumatol Oxf Engl* 2010;49(11):2154-64.

90. Pfizer. Changing the narRAtive. Enhancing dialogue between healthcare providers and patients. [Internet]. 2016 [citado 2018 jun 29];Available from: <https://www.pfizer.com/files/RA-NarRAtive-Statement-Of-Need-JUN2018.pdf>
91. XXXVIII Jornadas de Economía de la Salud [Internet]. 2018 [citado 2018 oct 9];Available from: <http://www.aes.es/jornadas/es/>
92. Sociedad Española de Reumatología. I Congreso de pacientes con enfermedades reumáticas [Internet]. 2014 [citado 2018 dic 4];Available from: <https://www.ser.es/evento/i-congreso-de-pacientes-con-enfermedades-reumaticas-2/>
93. Sociedad Española de Reumatología. II Congreso de pacientes con enfermedades reumáticas [Internet]. 2015 [citado 2018 dic 4];Available from: <https://www.ser.es/participa-en-el-ii-congreso-de-pacientes-con-enfermedades-reumaticas/>
94. Fundación Española de Reumatología. Campaña hoy sí puedo | Artritis hoy [Internet]. 2018 [citado 2018 oct 9];Available from: <http://www.hoysipuedosermadre.com/es/campana-hoy-si-puedo>
95. Castañeda S, Navarro F, Fernández-Carballido C, Tornero C, Marced E, Corteguera M. Diferencias en el manejo de la artritis reumatoide precoz y establecida. Reumatol Clínica 2011;7(3):172-8.
96. Talleres para pacientes con Artritis Reumatoide. Hospital General Universitario de Elda. [Internet]. Portadainfo - Periód. Digit. Villena Comarca2018 [citado 2018 oct 9];Available from: <http://www.portada.info/talleres-pacientes-artritis-reumatoide/>
97. II Taller para pacientes con artritis reumatoide | Asociación ConArtritis / Coordinadora Nacional de Artritis [Internet]. 2016 [citado 2018 oct 9];Available from: <http://www.conartritis.org/area-de-pacientes/actividades/ii-taller-para-pacientes-con-artritis-reumatoide/>
98. Coordinadora Nacional de Artritis, ConArtritis. Curso on-line Paciente Activo con Artritis Reumatoide. [Internet]. Curso -Line MAPA2018 [citado 2018 oct 9];Available from: <http://www.formacionmapaonline.com/>
99. Mora A. La participación de los pacientes en la decisión del tratamiento biológico de la AR mejora el cumplimiento y aumenta la satisfacción [Internet]. -Pacientes2017 [citado 2018 oct 9];Available from: <https://www.in-patient.es/noticia/la-participacion-de-los-pacientes-en-la-decision-del-tratamiento-biologico-mejora-el-cumplimiento-y-aumenta-la-satisfaccion/>
100. Coordinadora Nacional de Artritis, ConArtritis, HM Hospitales. El manejo conjunto entre especialista y paciente, clave para el abordaje de la artritis reumatoide [Internet]. 2015 [citado 2018 oct 9];Available from: http://www.conartritis.org/wp-content/uploads/2015/09/Np_Manejo_entre_especialista_paciente_AR.pdf
101. Sociedad Española de Reumatología. XLV Congreso Nacional Valencia [Internet]. SER [citado 2018 oct 9];Available from: <https://www.ser.es/evento/congreso-nacional/>

102. Mora A. Fertilidad, Embarazo y Lactancia en Artritis Reumatoide [Internet]. - Pacientes2017 [citado 2018 oct 9];Available from: <https://www.in-pacient.es/noticia/fertilidad-embarazo-y-lactancia-en-artritis-reumatoide/>
103. Juan Mas A, Castañeda S, Cantero Santamaría JI, Baquero JL, Del Toro Santos FJ, en representación del grupo de trabajo OBSERVAR. Adherencia al tratamiento con fármacos moduladores de la enfermedad sintéticos en la artritis reumatoide. Resultados del estudio OBSERVAR. Reumatol Clin 2017;In press.
104. Lofland JH, Johnson PT, Ingham MP, Rosemas SC, White JC, Ellis L. Shared decision-making for biologic treatment of autoimmune disease: influence on adherence, persistence, satisfaction, and health care costs. Patient Prefer Adherence 2017;11:947-58.
105. Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martínez-Espín C, López-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: Magnitude, associated factors, and reasons—An approach with explicit criteria. Ann Emerg Med 2001;37(6):568-79.
106. Sociedad Española de Reumatología. Estándares e Indicadores de Calidad de las Unidades de Hospital de Día en Reumatología. [Internet]. 2010;Available from: https://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/Informe_estandares-HdD_def.pdf
107. López-Longo FJ, Seoane-Mato D, Martín-Martínez MA, Sánchez-Alonso F. Variability in the prescription of biological drugs in rheumatoid arthritis in Spain: a multilevel analysis. Rheumatol Int 2018;38(4):589-98.
108. Trull IB, Miñana RM de la L, Fernández CC, Cid AR, Barrio I de la M, Cubillo MDP, et al. Actividad de la consulta de enfermería en un Servicio de Reumatología. Rev SVR Soc Valencia Reumatol 2017;7(2):5-8.
109. Servicio Andaluz de Salud. Consulta de Enfermería de Reumatología. Complejo Hospitalario de Jaén. 2011;
110. Carbonell Abelló J. Utilidad del servicio de enfermería especializada en reumatología. Reumatol Clínica 2010;6(3):119–120.
111. de la Torre Aboki J. Aportación de la consulta de enfermería en el manejo del paciente con artritis reumatoide. Reumatol Clínica 2011;6:16-9.
112. García Díaz S. Desarrollo Consulta de Enfermería Clínica en el manejo de las enfermedades reumáticas. Acta Reumatol [Internet] 2014 [citado 2018 sep 14];1(2). Available from: <http://imed.pub/ojs/index.php/ar/article/view/913>
113. Muñoz-Fernández S, Aguilar MD, Rodríguez A, Almodóvar R, Cano-García L, Gracia LA, et al. Evaluation of the impact of nursing clinics in the rheumatology services. Rheumatol Int 2016;36(9):1309-17.
114. Agència Valenciana de Salut. Criterios de interconsulta Atención Primaria - Especializada. [Internet]. 2007 [citado 2018 mar 15];Available from: <http://www2.san.gva.es/cas/prof/dac/pdf/CriterioInterconsultaAtencionPrimariaEspecializada.pdf>

115. Farmaindustria. Plan de adherencia al tratamiento. Uso responsable del medicamento. [Internet]. 2016;Available from: <http://www.farmaindustria.es/adherencia/wp-content/uploads/sites/6/2016/11/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf?v=2017>
116. van Eijk-Hustings Y, van Tubergen A, Boström C, Braychenko E, Buss B, Felix J, et al. EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis: Table 1. Ann Rheum Dis 2012;71(1):13-9.
117. Sociedad Española de Reumatología. La enfermería en reumatología [Internet]. 2016 [citado 2018 jun 8];Available from: <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2016/08/Enfermeria.pdf>
118. El rol de la enfermería en el manejo del paciente con artritis reumatoide [Internet]. Med. Salud Pública 2016 [citado 2018 jul 30];Available from: <http://www.medicinaysaludpublica.com/el-rol-de-la-enfermeria-en-el-manejo-del-paciente-con-artritis-reumatoide/>
119. Lathia U, Ewara EM, Nantel F. Impact of adherence to biological agents on health care resource utilization for patients over the age of 65 years with rheumatoid arthritis. Patient Prefer Adherence 2017;11:1133-42.
120. Cano García L. Efectividad de un programa educacional multidisciplinar estandarizado en enfermos con artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante [Internet]. 2014 [citado 2018 jul 2];Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=53250>
121. Hospital Príncipe de Asturias. Taller sobre autocuidado para pacientes con enfermedad reumática. [Internet]. 2012 [citado 2018 oct 11];Available from: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142688244700&language=es&pageid=1354401810076&pagename=HospitalPrincipeAsturias%2FCM_Actualidad_FA%2FHPPPE_pintarActualidad
122. Garcia-Díaz S, Corominas H. Nurse management of cardiovascular risk factors in rheumatoid arthritis. Br J Nurs 2013;22(14):813-7.
123. Artritis hoy. Cómo puede ayudarte un psicólogo | Artritis hoy [Internet]. 2017 [citado 2018 oct 12];Available from: <http://www.artritishoy.es/es/blog/como-puede-ayudarte-un-psicologo>
124. Arthritis Foundation. Guía de intimidad para personas con artritis [Internet]. 2018 [citado 2018 oct 12];Available from: <http://espanol.arthritis.org/espanol/salud-y-vida/relaciones/guia-de-intimidad-para-personas-con-artritis/>
125. Cárdenas M, de la Fuente S, Castro-Villegas MC, Romero-Gómez M, Ruiz-Vílchez D, Calvo-Gutiérrez J, et al. Cost-effectiveness of clinical remission by treat to target strategy in established rheumatoid arthritis: results of the CREATE registry. Rheumatol Int 2016;36(12):1627-32.
126. Garrido-Elustondo S, Molino-González AM, López-Gómez C, Arrojo-Arias E, Martín-Bun M, Moreno-Bueno MA. Coordinación asistencial entre atención primaria y especializada. Satisfacción con el proyecto especialista consultor. Rev Calid Asist 2009;24 (6):263-71.

127. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS). Informe de situación Julio 2018 [Internet]. 2018 [citado 2018 ago 23];Available from: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/hcdsns/contenidoDoc/WEB_Informe_de_Situacion_HCDSNS_Julio_2018.pdf
128. Loza E, Lajas C, Andreu JL, Balsa A, González-Álvaro I, Illera O, et al. Consensus statement on a framework for the management of comorbidity and extra-articular manifestations in rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int* 2015;35(3):445-58.
129. Castañeda S, López Robledillo JC. ¿Es la reumatología una especialidad sostenible? *Reumatol Clínica* 2014;10(2):66-7.
130. National Institute for Health and Care Excellence. Drug treatment for rheumatoid arthritis [Internet]. 2018 [citado 2018 sep 5];Available from: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/rheumatoid-arthritis/drug-treatment-for-rheumatoid-arthritis>
131. Sanmartí R, García-Rodríguez S, Álvaro-Gracia JM, Andreu JL, Balsa A, Cáliz R, et al. Actualización 2014 del Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de terapias biológicas en la artritis reumatoide. *Reumatol Clin* 2015;11(5):279-94.
132. Smolen JS, Landewé R, Bijlsma J, Burmester G, Chatzidionysiou K, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. *Ann Rheum Dis* 2017;76(6):960-77.
133. Gottenberg J-E, Brocq O, Perdriger A, Lassoued S, Berthelot J-M, Wendling D, et al. Non-TNF-Targeted Biologic vs a Second Anti-TNF Drug to Treat Rheumatoid Arthritis in Patients With Insufficient Response to a First Anti-TNF Drug: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2016;316(11):1172-80.
134. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Botplusweb.portalfarma.com. BOT Plus 2. Base de Datos de Medicamentos [Internet]. 2018 [citado 2018 sep 18];Available from: <https://botplusweb.portalfarma.com/botplus.aspx>
135. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios - AEMPS [Internet]. 2018 [citado 2018 sep 18];Available from: <https://www.aemps.gob.es/home.htm>
136. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sanidad - Profesionales - Farmacia - Notas informativas [Internet]. 2018 [citado 2018 sep 18];Available from: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacia/notasInfor.htm>
137. Tratar la artritis cuanto antes | elmundo.es salud [Internet]. [citado 2018 jun 12];Available from: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2005/04/26/dolordossiers/1114499964.html>
138. Ivorra R, A J, Rosas Gómez-Salazar J, Calvo Catalá J. Implantación de un modelo de hospital de día: propuesta de medidas que garantizan las necesidades específicas de los

- servicios de reumatología de la Comunidad Valenciana (España). *Reumatol Clínica* 2011;7(6):421-2.
139. Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid. Diseño de Programa de Turnos Deslizantes [Internet]. 2011 [citado 2018 ago 28];Available from: <https://docplayer.es/54287159-Diseno-de-programa-de-turnos-deslizantes-ptd.html>
140. Molina M. Los medicos consideran inútil la jornada de tarde. *Gac Médica* 2009;
141. Berg VD, J M, van Loenen T, Westert GP. Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. *Fam Pract* 2016;33(1):42-50.
142. Lippi Bruni M, Mammi I, Ugolini C. Does the extension of primary care practice opening hours reduce the use of emergency services? *J Health Econ* 2016;50:144-55.
143. Whittaker W, Anselmi L, Kristensen SR, Lau Y-S, Bailey S, Bower P, et al. Associations between Extending Access to Primary Care and Emergency Department Visits: A Difference-In-Differences Analysis. *PLoS Med* [Internet] 2016 [citado 2018 ago 28];13(9). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5012704/>
144. Sociedad Española de Reumatología. Proyecto EMAR II. Variabilidad en el manejo de la artritis reumatoide y las espondiloartritis en España. Informe de resultados [Internet]. 2011 [citado 2018 ene 11];Available from: https://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/EMAR_Informe.pdf
145. Tonga E, Düger T, Karataş M. Effectiveness of Client-Centered Occupational Therapy in Patients With Rheumatoid Arthritis: Exploratory Randomized Controlled Trial. *Arch Rheumatol* 2015;31(1):6-13.
146. Nuño-Solinis R, Rodríguez-Pereira C, Piñera-Elorriaga K, Zaballa-González I, Bikandi-Irazabal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gac Sanit* 2013;27(4):332-7.
147. Pruitt S, Epping-Jordan J, Organization WH, Team WHOHC for CC. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action: Global Report. World Health Organization; 2002.
148. Coordinadora Nacional de Artritis, ConArtritis. ConArtritis imparte el programa Paciente Activo en artritis reumatoide [Internet]. 2018 [citado 2018 ago 24];Available from: <http://www.conartritis.org/actualidad/conartritis-imparte-el-programa-paciente-activo-en-artritis-reumatoide/>
149. Greene J, Hibbard JH, Sacks R, Overton V, Parrotta CD. When Patient Activation Levels Change, Health Outcomes And Costs Change, Too. *Health Aff (Millwood)* 2015;34(3):431-7.
150. Martinez-Calderon J, Meeus M, Struyf F, Luque-Suarez A. The role of self-efficacy in pain intensity, function, psychological factors, health behaviors, and quality of life in people with rheumatoid arthritis: A systematic review. *Physiother Theory Pract* 2018;0(0):1-17.

151. Alfaro N, Lázaro P, Gabriele G, Garcia-Vicuña R, Jover JÁ, Sevilla J. Percepciones, actitudes y vivencias de los familiares de pacientes con enfermedades músculo-esqueléticas: una aproximación cualitativa. Reumatol Clínica 2013;9(6):334-9.
152. ESPAÑA. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. BOE núm. 289, 3 de diciembre de 2013 [Internet]. 2013 [citado 2018 ago 21]. Available from: <http://www.boe.es/boe/dias/2013/12/03/pdfs/BOE-A-2013-12632.pdf>

12 Índice de tablas

Tabla 1: Criterios del ACR para la clasificación de la AR (1987)	16
Tabla 2: Criterios de la ACR/EULAR para la clasificación de la AR (2010)	16
Tabla 3: Grados de actividad inflamatoria basados en los índices compuestos DAS, DAS28 y SDAI	17
Tabla 4. Propuestas para la mejora del abordaje de la AR en el área de Diagnóstico.....	34
Tabla 5. Propuestas para la mejora del abordaje de la AR en el área de AR precoz.	34
Tabla 6. Propuestas para la mejora del abordaje de la AR en el área de AR establecida.....	34
Tabla 7. Alcance de la Propuesta 1: Programas de educación y sensibilización social.....	39
Tabla 8. Inversión de la Propuesta 1: Programas de educación y sensibilización social.	40
Tabla 9. Inversión futura de la Propuesta 1: Programas de educación y sensibilización social..	40
Tabla 10. Alcance del retorno de la Propuesta 1: Programas de educación y sensibilización social..	41
Tabla 11. Retorno de la Propuesta 1: Programas de educación y sensibilización social.	41
Tabla 12. Impacto de la Propuesta 1: Programas de educación y sensibilización social.	42
Tabla 13. Retorno no cuantificado de la Propuesta 1: Programas de educación y sensibilización social.....	42
Tabla 14. Alcance de la propuesta 2: Formación sobre el diagnóstico dirigida a medicina de atención primaria y urgencias.....	43
Tabla 15. Inversión de la Propuesta 2: Formación sobre el diagnóstico dirigida a medicina de atención primaria y urgencias.....	44
Tabla 16. Inversión futura de la Propuesta 2: Formación sobre el diagnóstico dirigida a medicina de atención primaria y urgencias.....	44
Tabla 17. Alcance del retorno de la Propuesta 2: Formación sobre el diagnóstico dirigida a medicina de atención primaria y urgencias.....	45
Tabla 18. Retorno de la Propuesta 2: Formación sobre el diagnóstico dirigida a medicina de atención primaria y urgencias.....	46
Tabla 19. Impacto de la Propuesta 2: Formación sobre el diagnóstico dirigida a medicina de atención primaria y urgencias.....	47
Tabla 20. Retorno no cuantificado de la Propuesta 2: Formación sobre el diagnóstico dirigida a medicina de atención primaria y urgencias.....	47
Tabla 21. Alcance de la Propuesta 3: Ruta rápida de acceso desde atención primaria a reumatología.....	48
Tabla 22. Inversión de la Propuesta 3: Ruta rápida de acceso desde atención primaria a reumatología.....	49
Tabla 23. Inversión futura de la Propuesta 3: Ruta rápida de acceso desde atención primaria a reumatología.....	50
Tabla 24. Alcance del retorno de la Propuesta 3: Ruta rápida de acceso desde atención primaria a reumatología.....	50

Tabla 25. Retorno de la Propuesta 3: Ruta rápida de acceso desde atención primaria a reumatología.....	51
Tabla 26. Impacto de la Propuesta 3: Ruta rápida de acceso desde atención primaria a reumatología.....	51
Tabla 27. Retorno no cuantificado de la Propuesta 3: Ruta rápida de acceso desde atención primaria a reumatología.....	52
Tabla 28. Alcance de la Propuesta 4: Ruta rápida de acceso desde atención especializada a reumatología.....	53
Tabla 29. Inversión de la Propuesta 4: Ruta rápida de acceso desde atención especializada a reumatología.....	54
Tabla 30. Inversión futura de la Propuesta 4: Ruta rápida de acceso desde atención especializada a reumatología.....	55
Tabla 31. Alcance del retorno de la Propuesta 4: Ruta rápida de acceso desde atención especializada a reumatología.....	55
Tabla 32. Retorno de la Propuesta 4: Ruta rápida de acceso desde atención especializada a reumatología.....	56
Tabla 33. Impacto de la Propuesta 4: Ruta rápida de acceso desde atención especializada a reumatología.....	56
Tabla 34. Retorno no cuantificado de la Propuesta 4: Ruta rápida de acceso desde atención especializada a reumatología.....	57
Tabla 35. Alcance de la Propuesta 5: Atención psicológica tras diagnóstico.....	58
Tabla 36. Inversión de la Propuesta 5: Atención psicológica tras diagnóstico.....	59
Tabla 37. Inversión futura de la Propuesta 5: Atención psicológica tras diagnóstico.....	59
Tabla 38. Alcance del retorno de la Propuesta 5: Atención psicológica tras diagnóstico.....	59
Tabla 39. Retorno de la Propuesta 5: Atención psicológica tras diagnóstico.....	60
Tabla 40. Impacto de la Propuesta 5: Atención psicológica tras diagnóstico.....	60
Tabla 41. Alcance de la Propuesta 6: Estrategias Treat to Target y control estrecho. Tratamiento precoz con FAME tras diagnóstico.....	63
Tabla 42. Inversión de la Propuesta 6: Estrategias Treat to Target y control estrecho. Tratamiento precoz con FAME tras diagnóstico.....	64
Tabla 43. Inversión futura de la Propuesta 6: Estrategias Treat to Target y control estrecho. Tratamiento precoz con FAME tras diagnóstico.....	64
Tabla 44. Alcance del retorno de la Propuesta 6: Estrategias Treat to Target y control estrecho. Tratamiento precoz con FAME tras diagnóstico.....	64
Tabla 45. Retorno de la Propuesta 6: Estrategias Treat to Target y control estrecho. Tratamiento precoz con FAME tras diagnóstico.....	65
Tabla 46. Retorno no cuantificado de la Propuesta 6: Estrategias Treat to Target y control estrecho. Tratamiento precoz con FAME tras diagnóstico.....	66
Tabla 47. Alcance de la Propuesta 7: Consensuar el plan terapéutico (farmacológico y no farmacológico) con el paciente.....	67

Tabla 48. Inversión de la Propuesta 7: Consensuar el plan terapéutico (farmacológico y no farmacológico) con el paciente.	68
Tabla 49. Inversión futura de la Propuesta 7: Consensuar el plan terapéutico (farmacológico y no farmacológico) con el paciente.	69
Tabla 50. Alcance del retorno de la Propuesta 7: Consensuar el plan terapéutico (farmacológico y no farmacológico) con el paciente.	69
Tabla 51. Retorno de la Propuesta 7: Consensuar el plan terapéutico (farmacológico y no farmacológico) con el paciente.	70
Tabla 52. Impacto de la Propuesta 7: Consensuar el plan terapéutico (farmacológico y no farmacológico) con el paciente.	71
Tabla 53. Retorno no cuantificado de la Propuesta 7: Consensuar el plan terapéutico (farmacológico y no farmacológico) con el paciente.	72
Tabla 54. Alcance de la Propuesta 8: Accesibilidad sin cita al especialista ante brotes o descompensaciones.	73
Tabla 55. Inversión de la Propuesta 8: Accesibilidad sin cita al especialista ante brotes o descompensaciones.	74
Tabla 56. Inversión futura de la Propuesta 8: Accesibilidad sin cita al especialista ante brotes o descompensaciones.	74
Tabla 57. Alcance del retorno de la Propuesta 8: Accesibilidad sin cita al especialista ante brotes o descompensaciones.	74
Tabla 58. Retorno de la Propuesta 8: Accesibilidad sin cita al especialista ante brotes o descompensaciones.	75
Tabla 59. Impacto de la Propuesta 8: Accesibilidad sin cita al especialista ante brotes o descompensaciones.	75
Tabla 60. Retorno no cuantificado de la Propuesta 8: Accesibilidad sin cita al especialista ante brotes o descompensaciones.	75
Tabla 61. Alcance de la Propuesta 9: Consultas propias de enfermería en reumatología en AR precoz.	77
Tabla 62. Inversión de la Propuesta 9: Consultas propias de enfermería en reumatología en AR precoz.	78
Tabla 63. Alcance del retorno de la Propuesta 9: Consultas propias de enfermería en reumatología en AR precoz.	78
Tabla 64. Retorno de la Propuesta 9: Consultas propias de enfermería en reumatología en AR precoz.	79
Tabla 65. Retorno no cuantificado de la Propuesta 9: Consultas propias de enfermería en reumatología en AR precoz.	79
Tabla 66. Alcance de la Propuesta 10: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR precoz.	80
Tabla 67. Inversión de la Propuesta 10: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR precoz.	80
Tabla 68. Inversión futura de la Propuesta 10: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR precoz.	81

Tabla 69. Alcance del retorno de la Propuesta 10: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR precoz.....	81
Tabla 70. Retorno de la Propuesta 10: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR precoz.....	82
Tabla 71. Impacto de la Propuesta 10: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR precoz.....	83
Tabla 72. Retorno no cuantificado de la Propuesta 10: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR precoz.....	83
Tabla 73. Alcance de la Propuesta 11: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR precoz.	84
Tabla 74. Inversión de la Propuesta 11: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR precoz.	85
Tabla 75. Inversión futura de la Propuesta 11: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR precoz.	85
Tabla 76. Alcance del retorno de la Propuesta 11: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR precoz.	85
Tabla 77. Retorno de la Propuesta 11: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR precoz.	86
Tabla 78. Impacto de la Propuesta 11: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR precoz.	86
Tabla 79. Retorno no cuantificado de la Propuesta 11: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR precoz.	87
Tabla 80. Alcance de la Propuesta 12: Abordaje asistencial integral de otros aspectos intangibles.	88
Tabla 81. Inversión de la Propuesta 12: Abordaje asistencial integral de otros aspectos intangibles.	89
Tabla 82. Inversión futura de la Propuesta 12: Abordaje asistencial integral de otros aspectos intangibles.	89
Tabla 83. Alcance del retorno de la Propuesta 12: Abordaje asistencial integral de otros aspectos intangibles.	90
Tabla 84. Retorno de la Propuesta 12: Abordaje asistencial integral de otros aspectos intangibles.	91
Tabla 85. Impacto de la Propuesta 12: Abordaje asistencial integral de otros aspectos intangibles.	92
Tabla 86. Retorno no cuantificado de la Propuesta 12: Abordaje asistencial integral de otros aspectos intangibles.	92
Tabla 87. Alcance de la Propuesta 13: Estrategias Treat to Target y control estrecho.	95
Tabla 88. Inversión de la Propuesta 13: Estrategias Treat to Target y control estrecho.	96
Tabla 89. Inversión futura de la Propuesta 13: Estrategias Treat to Target y control estrecho.	96
Tabla 90. Alcance del retorno de la Propuesta 13: Estrategias Treat to Target y control estrecho.	96

Tabla 91. Retorno de la Propuesta 13: Estrategias Treat to Target y control estrecho.....	97
Tabla 92. Impacto de la Propuesta 13: Estrategias Treat to Target y control estrecho.....	98
Tabla 93. Retorno no cuantificado de la Propuesta 13: Estrategias Treat to Target y control estrecho.....	98
Tabla 94. Alcance de la Propuesta 14: Coordinación entre atención primaria y atención especializada para el tratamiento y seguimiento del paciente.	99
Tabla 95. Inversión de la Propuesta 14: Coordinación entre atención primaria y atención especializada para el tratamiento y seguimiento del paciente.	100
Tabla 96. Inversión futura de la Propuesta 14: Coordinación entre atención primaria y atención especializada para el tratamiento y seguimiento del paciente.	101
Tabla 97. Alcance del retorno de la Propuesta 14: Coordinación entre atención primaria y atención especializada para el tratamiento y seguimiento del paciente.	101
Tabla 98. Retorno de la Propuesta 14: Coordinación entre atención primaria y atención especializada para el tratamiento y seguimiento del paciente.	102
Tabla 99. Impacto de la Propuesta 14: Coordinación entre atención primaria y atención especializada para el tratamiento y seguimiento del paciente.	102
Tabla 100. Retorno no cuantificado de la Propuesta 14: Coordinación entre atención primaria y atención especializada para el tratamiento y seguimiento del paciente.	102
Tabla 101. Alcance de la Propuesta 15: Equidad en el acceso a todos los fármacos disponibles comercializados.....	103
Tabla 102. Inversión de la Propuesta 15: Equidad en el acceso a todos los fármacos disponibles comercializados.....	104
Tabla 103. Inversión futura de la Propuesta 15: Equidad en el acceso a todos los fármacos disponibles comercializados.....	104
Tabla 104. Alcance del retorno de la Propuesta 15: Equidad en el acceso a todos los fármacos disponibles comercializados.....	105
Tabla 105. Retorno de la Propuesta 15: Equidad en el acceso a todos los fármacos disponibles comercializados.....	105
Tabla 106. Impacto de la Propuesta 15: Equidad en el acceso a todos los fármacos disponibles comercializados.....	105
Tabla 107. Alcance de la Propuesta 16: Consultas propias de enfermería en reumatología en AR establecida.	106
Tabla 108. Inversión de la Propuesta 16: Consultas propias de enfermería en reumatología en AR establecida.	107
Tabla 109. Alcance del retorno de la Propuesta 16: Consultas propias de enfermería en reumatología en AR establecida.	107
Tabla 110. Retorno de la Propuesta 16: Consultas propias de enfermería en reumatología en AR establecida.	108
Tabla 111. Retorno no cuantificado de la Propuesta 16: Consultas propias de enfermería en reumatología en AR establecida.	108

Tabla 112. Alcance de la Propuesta 17: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR establecida.	109
Tabla 113. Inversión de la Propuesta 17: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR establecida.	110
Tabla 114. Inversión futura de la Propuesta 17: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR establecida.	110
Tabla 115. Alcance del retorno de la Propuesta 17: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR establecida.	110
Tabla 116. Retorno de la Propuesta 17: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR establecida.	111
Tabla 117. Impacto de la Propuesta 17: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR establecida.	112
Tabla 118. Retorno no cuantificado de la Propuesta 17: Formación sobre adherencia y uso de los medicamentos para los pacientes con AR establecida.	112
Tabla 119. Alcance de la Propuesta 18: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR establecida.	112
Tabla 120. Inversión de la Propuesta 18: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR establecida.	113
Tabla 121. Inversión futura de la Propuesta 18: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR establecida.	114
Tabla 122. Alcance del retorno de la Propuesta 18: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR establecida.	114
Tabla 123. Retorno de la Propuesta 18: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR establecida.	115
Tabla 124. Impacto de la Propuesta 18: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR establecida.	115
Tabla 125. Retorno no cuantificado de la Propuesta 18: Formación y adherencia en aspectos no farmacológicos ligados a la enfermedad para los pacientes con AR establecida.	116
Tabla 126. Alcance de la Propuesta 19: Ampliación del horario de atención especializada. ...	117
Tabla 127. Inversión de la Propuesta 19: Ampliación del horario de atención especializada. .	118
Tabla 128. Inversión futura de la Propuesta 19: Ampliación del horario de atención especializada.	118
Tabla 129. Alcance del retorno de la Propuesta 19: Ampliación del horario de atención especializada.	118
Tabla 130. Retorno de la Propuesta 19: Ampliación del horario de atención especializada....	118
Tabla 131. Alcance de la Propuesta 20: Abordaje integral multidisciplinar e individualizado, asegurando el contacto con otros profesionales sanitarios.	119
Tabla 132. Inversión de la Propuesta 20: Abordaje integral multidisciplinar e individualizado, asegurando el contacto con otros profesionales sanitarios.	120
Tabla 133. Inversión futura de la Propuesta 20: Abordaje integral multidisciplinar e individualizado, asegurando el contacto con otros profesionales sanitarios.	120

Tabla 134. Alcance del retorno de la Propuesta 20: Abordaje integral multidisciplinar e individualizado, asegurando el contacto con otros profesionales sanitarios.	121
Tabla 135. Retorno de la Propuesta 20: Abordaje integral multidisciplinar e individualizado, asegurando el contacto con otros profesionales sanitarios.	122
Tabla 136. Alcance de la Propuesta 21: Fomentar el papel de las asociaciones como elemento complementario a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.	123
Tabla 137. Inversión de la Propuesta 21: Fomentar el papel de las asociaciones como elemento complementario a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.	124
Tabla 138. Inversión futura de la Propuesta 21: Fomentar el papel de las asociaciones como elemento complementario a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.	124
Tabla 139. Alcance del retorno de la Propuesta 21: Fomentar el papel de las asociaciones como elemento complementario a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.	125
Tabla 140. Retorno de la Propuesta 21: Fomentar el papel de las asociaciones como elemento complementario a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.	125
Tabla 141. Impacto de la Propuesta 21: Fomentar el papel de las asociaciones como elemento complementario a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.	125
Tabla 142. Retorno no cuantificado de la Propuesta 21: Fomentar el papel de las asociaciones como elemento complementario a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.	126
Tabla 143. Alcance de la Propuesta 22: Atención a la discapacidad: coordinación socio-sanitaria y soporte social general.	127
Tabla 144. Inversión de la Propuesta 22: Atención a la discapacidad: coordinación socio-sanitaria y soporte social general.	128
Tabla 145. Inversión futura de la Propuesta 22: Atención a la discapacidad: coordinación socio-sanitaria y soporte social general.	128
Tabla 146. Alcance del retorno de la Propuesta 22: Atención a la discapacidad: coordinación socio-sanitaria y soporte social general.	128
Tabla 147. Retorno de la Propuesta 22: Atención a la discapacidad: coordinación socio-sanitaria y soporte social general.	129
Tabla 148. Impacto de la Propuesta 22: Atención a la discapacidad: coordinación socio-sanitaria y soporte social general.	130
Tabla 149. Análisis de escenarios. Asunción 1 en área Diagnóstico.	136
Tabla 150. Análisis de escenarios. Asunción 2 en área Diagnóstico.	136
Tabla 151. Análisis de escenarios. Asunción 1 en área AR precoz.	137
Tabla 152. Análisis de escenarios. Asunción 2 en área AR precoz.	137
Tabla 153. Análisis de escenarios. Asunción 3 en área AR precoz.	137
Tabla 154. Análisis de escenarios. Asunción 1 en área AR establecida.	137
Tabla 155. Análisis de escenarios. Asunción 2 en área AR establecida.	137
Tabla 156. Análisis de escenarios. Asunción 3 en área AR establecida.	138
Tabla 157. Análisis de escenarios. Asunción 4 en área AR establecida.	138
Tabla 158. Análisis de escenarios. Asunción 5 en área AR establecida.	138

Tabla 159. Análisis de escenarios. Asunción 6 en área AR establecida.	139
Tabla 160. Análisis de escenarios. Asunción 7 en AR establecida.	139
Tabla 161. Análisis de escenarios. Asunción 8 en AR establecida.	139
Tabla 162. Análisis de sensibilidad. Variación del retorno social según escenario (área de Diagnóstico).....	140
Tabla 163. Análisis de sensibilidad. Variación del retorno social según escenario (área AR precoz).	140
Tabla 164. Análisis de sensibilidad. Variación de la inversión según escenario (área AR establecida).	141
Tabla 165. Análisis de sensibilidad. Variación del retorno social según escenario (área AR establecida).	141
Tabla 166. Análisis de sensibilidad. Variación en la ratio SROI según escenario.	142

13 Índice de gráficos

Gráfico 1. Distribución de la inversión total en el área de Diagnóstico según propuestas	61
Gráfico 2. Distribución del retorno social total en el área de Diagnóstico según propuestas (M€).	62
Gráfico 3. Distribución de la inversión total en el área de AR precoz según propuestas	93
Gráfico 4. Distribución del retorno social total en el área de AR precoz según propuestas (M€).	94
Gráfico 5. Distribución de la inversión total en el área AR establecida según propuestas.....	131
Gráfico 6. Distribución del retorno social total en el área de AR establecida según propuestas (M€).....	132
Gráfico 7. Distribución de la inversión y del retorno del conjunto de propuestas para un mejor abordaje de la AR.	133
Gráfico 8. Ratio SROI del conjunto de propuestas para un mejor abordaje de la AR según áreas de análisis.	134
Gráfico 9. Distribución del retorno del conjunto de propuestas para un mejor abordaje de la AR según áreas de análisis y tipología del retorno (M€).	134
Gráfico 10. Ratio SROI del del conjunto de propuestas para un mejor abordaje de la AR. Total y según áreas de análisis.....	135

14 Índice de figuras

Figura 1. Modelo del documento para la valoración individual de las propuestas realizadas.....	26
Figura 2. Modelo del documento para la valoración del impacto de las propuestas finales	26
Figura 3. Etapas en un análisis SROI.....	31
Figura 4. Cálculo del impacto en un análisis SROI.....	32
Figura 5. Grupos de interés contemplados en el conjunto de propuestas para un mejor abordaje de la AR.....	35
Figura 6. Inversión versus Retorno en el conjunto de propuestas para un mejor abordaje de la AR.	133