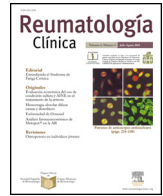




Reumatología Clínica

www.reumatologiainclinica.org



Editorial

¿Es la reumatología una especialidad sostenible?



Is the rheumatology a sustainable specialty?

Santos Castañeda^{a,*} y Juan C. López Robledillo^b

^a Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de la Princesa, IIS-Princesa, Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid, España

^b Servicio de Reumatología, Hospital Universitario del Niño Jesús, IIS-Princesa, Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid, España

En los últimos años estamos asistiendo a un proceso de cambio de paradigmas en la sanidad con el objetivo de optimizar los recursos económicos y humanos, y transformar las instituciones sanitarias en modelos de gestión «rentables, sostenibles y eficientes».

Ahora bien, ¿qué se entiende por sostenibilidad? Pues bien, sostenibilidad procede del vocablo latino «sustinere», que significa «sustentar o mantener firme una cosa». Aunque este término ha estado ligado fundamentalmente a procesos medioambientales, se aplica también para temas industriales, empresariales y económicos. Desde una perspectiva de la prosperidad humana y según el informe Brundtland, la sostenibilidad consiste en satisfacer las necesidades de la generación actual sin sacrificar la capacidad de futuras generaciones de satisfacer sus propias necesidades¹. La sostenibilidad va enlazada a conceptos como autonomía de gestión, equilibrio del sistema, uso eficaz de recursos e indicadores de calidad y eficiencia.

La sostenibilidad se ha convertido en el eje central del modelo de bienestar social, cuya traducción al ámbito sanitario la tenemos en el real decreto-ley de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud de 2012 (BOE de 24 de abril)², mandato que obliga a todos los responsables, gestores y profesionales sanitarios a actuar conforme a dichas directrices.

Nuestra especialidad no puede estar ajena a esta realidad, a pesar de que adolecemos de importantes limitaciones para su aplicación. La primera, determinada por el colectivo diana de nuestra especialidad: el enfermo crónico, muchas veces de edad media elevada e inmerso en procesos pluripatológicos. En segundo lugar, por el elevado gasto farmacéutico asociado, así como el exagerado coste de los fármacos; y en tercer lugar, por el elevado componente meramente paliativo de las prestaciones asistenciales y farmacológicas que precisan. No obstante, las limitaciones mencionadas, lejos de ser vistas como factores contrarios, deben servir de «argumentario» para poner en valor la sostenibilidad en el ámbito de nuestra especialidad, teniendo en cuenta el progresivo crecimiento de este segmento poblacional, el incremento de su supervivencia y de los gastos farmacéuticos y sanitarios asociados.

Llegados a este punto, surge una pregunta inevitable: ¿es la reumatología una especialidad sostenible? Para responder a esta pregunta enfocaremos el problema desde distintos puntos de vista: asistencial (diagnóstico, terapéutico y de gestión), planificación sanitaria y formación de profesionales, aspectos que están íntimamente relacionados entre sí³.

Desde un punto de vista diagnóstico, valga recordar el protocolo de indicaciones para el uso racional de la densitometría desarrollado por algunos miembros de nuestra sociedad en colaboración con atención primaria, cuya aplicación estricta canalizaría muchas indicaciones injustificadas, sobre todo las realizadas por especialistas alejados del campo de la patología osteoarticular⁴.

Otro claro ejemplo está relacionado con la ausencia de utilización de la ecografía musculoesquelética (ME) por el reumatólogo, hoy nadie duda de que esta es una prueba de primera elección que evita el uso de otras técnicas más sofisticadas y costosas. La implementación de una técnica como la ecografía es obviamente una apuesta segura de ahorro, eficiencia y sostenibilidad. Recientemente, se está utilizando la ecografía ME incluso para el diagnóstico de remisión de algunas enfermedades, lo que conlleva un mejor control de las mismas y la retirada en ocasiones de tratamientos injustificados e innecesarios^{5,6}.

Otro aspecto que ha supuesto un gran avance en la reumatología está relacionado con el nacimiento y expansión de las consultas monográficas y/o multidisciplinares para el diagnóstico/tratamiento precoz de ciertas enfermedades, más concretamente de las artritis de reciente comienzo, espondiloartritis de inicio, reumatología infantil, uveítis o consultas compartidas con dermatólogos/neumólogos. Asimismo, el desarrollo de consultas virtuales con atención primaria y otras especialidades ha supuesto una apuesta muy prometedora en este sentido. La mayoría de estas consultas monográficas están aportando unos claros beneficios en el diagnóstico temprano, con la consiguiente mejora en la calidad de vida, productividad, reducción de complicaciones y supervivencia del paciente⁷. En esta resolución línea se encucen las consultas de alta resolución, en las que la valoración del reumatólogo viene reforzada con frecuencia por pruebas como la densitometría, la ecografía, la microscopía óptica y la capilaroscopia, iniciativa de gran utilidad y rentabilidad a corto y largo plazo.

Desde el punto de vista terapéutico, la reumatología se ha convertido en una especialidad «económicamente onerosa». La

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: scastas@gmail.com, scastanedas.hlpr@salud.madrid.org (S. Castañeda).

administración de ciertos tratamientos es una inversión cara a corto plazo, aunque sin duda rentable y efectiva a largo plazo. En este sentido, hemos avanzado considerablemente desde que se utilizan estrategias terapéuticas como el «*treat to target*», basadas en un control estrecho y un tratamiento intensivo y ajustado a objetivos concretos^{8,9}, lo que indudablemente permite obtener importantes mejoras funcionales y menos complicaciones a medio y largo plazo¹⁰.

Más recientemente, se han puesto en marcha estudios para un mejor manejo de riesgos y ajuste y racionalización de las terapias biológicas¹¹, mediante programas de intensificación de los fármacos, utilizados fuera de ficha técnica, con la consecuente reducción progresiva de las dosis y/o el espaciado de los intervalos, en un claro ejemplo de cómo el clínico interviene con su experiencia en la rentabilidad y sostenibilidad del sistema.

También en gestión clínica se han producido avances considerables. Uno de los primeros pasos se materializó con la aparición de los hospitales de día de reumatología. Esto ha transformado el panorama de la especialidad de tal modo que los pacientes ingresados en la actualidad suponen menos del 15-20% del total de pacientes atendidos actualmente en régimen de hospitalización. Evidentemente, esto ha dinamizado la gestión con una reducción secundaria de costes.

Un ejemplo más avanzado de gestión eficiente y sostenible son las llamadas «unidades de terapias biológicas». Es otra iniciativa del profesional donde la interacción entre los profesionales implicados (reumatólogo, farmacéutico hospitalario, gestores e industria farmacéutica) es fundamental. Un paso más en este sentido lo constituye el llamado «riesgo compartido» entre hospitales e industria farmacéutica, un nuevo concepto muy innovador que indudablemente ayudará a la sostenibilidad del sistema.

Uno de aspectos de interés en cuanto a sostenibilidad es el desarrollo de unidades de enfermería especializada. En los últimos años se está comprobando que la colaboración y apoyo de los diplomados de enfermería especialmente entrenados en la atención al paciente reumático crónico están teniendo importantes ventajas, tanto asistenciales como de gestión. Esto es especialmente notorio en aquellas patologías más relevantes o prevalentes, como la artritis reumatoide, espondiloartritis, conectivopatías y osteoporosis.

Otro apartado muy relevante es el relacionado con la discapacidad y disminución de la productividad laboral. En este sentido, en la Comunidad de Madrid se puso en marcha hace unos años un programa de gestión para el estudio y control de las incapacidades temporales en las enfermedades ME. En este estudio quedó demostrado que la implementación de medidas elementales en el diagnóstico precoz y control eficiente de las enfermedades del aparato locomotor por el reumatólogo era claramente beneficiosa^{12,13}. Estos resultados muestran otro ejemplo de contribución al «desarrollo sostenible» desde una iniciativa del reumatólogo.

Llegados a este punto, es interesante resaltar la implicación del reumatólogo en la planificación sanitaria de la patología del aparato locomotor, más concretamente en el denominado Plan Estratégico de Reumatología de la Comunidad de Madrid¹⁴ y en la Estrategia Nacional de Enfermedades Reumáticas, desarrollada conjuntamente desde el Ministerio de Sanidad y la SER. Aunque todavía nos encontramos en una fase inicial, estamos convencidos de que ambos planes van a originar sustanciales beneficios asistenciales y de gestión a todos los niveles. En un marco más general se encuentran también los denominados procesos asistenciales integrados que se han puesto en marcha en varias autonomías, cuyos resultados están aún por definir.

En cuanto a recientemente humanos, el desarrollo de programas madurados ha promovido recientemente el desarrollo de un programa sobre la planificación y adecuación de los recursos humanos a través de una herramienta electrónica basada en un modelo predictivo validado¹⁵. Este instrumento es otro ejemplo de gestión clínica

que debería considerarse para racionalizar y adecuar el gasto con respecto al capítulo 1.

A nivel formativo es importante considerar la significativa contribución para la formación continuada de reumatólogos y especialistas en formación que los propios profesionales llevamos a cabo a través de nuestras sociedades científicas mediante la organización de cursos, talleres, simposios y otras actividades científicas acreditadas, que aportan un valor añadido y suponen un importante ahorro económico al sistema sanitario.

Finalmente, creemos que el reumatólogo es una figura esencial en la coordinación de la patología del aparato locomotor con atención primaria y otras especialidades afines (unidades del aparato locomotor) y, desde nuestro punto de vista, debería de ser el verdadero impulsor y dinamizador que vehiculizase la asistencia e investigación de una gran parte de la patología del aparato locomotor. De este modo se ayudaría también a la sostenibilidad de la atención y planificación sanitaria de nuestra patología.

En resumen, la reumatología es una especialidad que se ha transformado en las últimas décadas y se ha convertido en una especialidad consolidada y madura. Actualmente, tenemos ante nosotros la oportunidad y el reto de rediseñar una especialidad renovada y moderna, adaptada a los requerimientos socioeconómicos actuales de sostenibilidad, a pesar de las limitaciones propias de la especialidad, mediante la aplicación de «planes y programas razonablemente sostenibles», muchos de los cuales han sido o están siendo ya utilizados en muchos de nuestros hospitales.

Bibliografía

- Informe GH Brundtland, 1987. Disponible en: <http://ringofpeace.org/environment/brundtland.html>; <http://www.un-documents.net/wced-ocf.htm>
- Real decreto-ley 16/2012 para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud de 20 de abril de 2012. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
- Castañeda S. Sostenibilidad y reumatología. *AN Rev Reumatol*. 2014;10:4-5.
- Vázquez Díaz M, López García Franco A, Isasi Zaragoza C, Aguado Acín P. Osteoporotic fractures: Risk assessment in clinical practice. *Med Clin (Barc)*. 2007;129:418-23.
- Colebatch AN, Edwards CJ, Østergaard M, van der Heijde D, Balint PV, D'Agostino MA, et al. EULAR recommendations for the use of imaging of the joints in the clinical management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2013;72:804-14.
- Ten Cate DF, Luijckx JJ, Swen N, Gerards AH, de Jager MH, Basoski NM, et al. Role of ultrasonography in diagnosing early rheumatoid arthritis and remission of rheumatoid arthritis—a systematic review of the literature. *Arthritis Res Ther*. 2013;15:R4.
- Descalzo MA, Carbonell J, González-Álvarez I, Sanmartín R, Balsa A, Hernández-Barrera V, et al. SERAP and PROAR Study Groups. Effectiveness of a clinical practice intervention in early rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64:321-30.
- Vermeer M, Kuper HH, Moens HJ, Drossaers-Bakker KW, van der Bijl AE, van Riel PL, et al. Sustained beneficial effects of a protocolized treat-to-target strategy in very early rheumatoid arthritis: Three-year results of the Dutch Rheumatoid Arthritis Monitoring remission induction cohort. *Arthritis Res Ther* (Hoboken). 2013;65:1219-26.
- 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.
- Leon L, Abasolo L, Carmona L, Rodríguez-Rodríguez L, Lamas JR, Hernández-García C, et al. emAR Study Group. Orthopedic surgery in rheumatoid arthritis in the era of biologic therapy. *J Rheumatol*. 2013;40:1850-5.
- Gómez Reino J, Loza E, Andreu JL, Balsa A, Batlle E, Cañete JD, et al. Sociedad Española de Reumatología. Consensus statement of the Spanish Society of Rheumatology on risk management of biologic therapy in rheumatic patients. *Reumatol Clin*. 2011;7:284-98.
- Abasolo L, Blanco M, Bachiller J, Candelas G, Collado P, Lajas C, et al. A health system program to reduce work disability related to musculoskeletal disorders. *Ann Intern Med*. 2005;143:404-14.
- Abasolo L, Carmona L, Hernández-García C, Lajas C, Loza E, Blanco M, et al. Musculoskeletal work disability for clinicians: Time course and effectiveness of a specialized intervention program by diagnosis. *Arthritis Rheum*. 2007;57:335-42.
- Plan Estratégico de Reumatología de la CAM. Disponible en: http://www.sorcom.info/images/PDF/plan_estrategico_reumatologiadm.pdf
- Lázaro y de Mercado P, Blasco Bravo AJ, Lázaro y de Mercado I, Castañeda S, López Robledillo JC. Rheumatology in the community of Madrid: Current availability of rheumatologists and future needs using a predictive model. *Reumatol Clin*. 2013;9:353-8.