

Estudio sobre el Manejo de la Artritis Reumatoide en España (emAR) (I). Características de los centros participantes

César Hernández-García^a, Isidoro González-Álvaro^b, Virginia Villaverde^c, Emilio Vargas^d, Inmaculada C. Morado^a, Antonio A. Bañares^a, Pilar Macarrón^a, Benjamín Fernández-Gutiérrez^a y el Grupo de Estudio emAR^e

^aServicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ^bServicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. ^cServicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ^dServicio de Farmacología Clínica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ^eSociedad Española de Reumatología.

Fundamento: El Estudio sobre el manejo de la artritis reumatoide (AR) en España ha permitido analizar las características de los médicos, los servicios clínicos y los hospitalares en los que se atiende a pacientes con AR.

Material y método: Revisión de 1.379 historias clínicas de pacientes con AR seleccionadas de forma aleatoria y atendidos en 48 servicios de atención especializada de 16 comunidades autónomas. Se analizaron las características generales de los médicos, servicios clínicos y hospitalares participantes.

Resultados: La tasa de participación fue de 46/78 hospitalares contactados (59%). Existía un médico responsable en el 87% de los pacientes (en 5 hospitales este porcentaje no superó el 40%). La mitad de los pacientes eran atendidos por médicos entre 41 y 50 años y en un 75% eran varones. El 91% de los médicos eran reumatólogos. En el 86,5% de los casos todas las visitas fueron realizadas en el hospital. El número de médicos por servicio varió entre menos de tres (37%), entre tres y seis (41%) y más de seis (22%). La mediana de habitantes por reumatólogo fue de 86.250. El 20% de los servicios disponía de consulta monográfica de AR, y sólo el 26% de consulta de enfermería. En el 54% de los servicios, la monitorización de los fármacos se realizaba conjuntamente con atención primaria. Ninguna de estas características se relacionó con la dotación

de recursos humanos ni en cifras absolutas ni ajustando en función del área atendida.

Conclusiones: Los recursos personales y organizativos disponibles para la atención de pacientes con AR son muy variables entre centros sanitarios de la red pública.

Palabras clave: Artritis reumatoide. Manejo. Recursos asistenciales.

Study of the management of rheumatoid arthritis in Spain (emAR) (I). Characteristics of participating centers

Background: The study on the management of rheumatoid arthritis (RA) in Spain has allowed analyzing the characteristics of physicians, clinical services and hospitals in which patients with RA are attended.

Material and methods: Review of 1,379 clinical charts of randomly selected individuals diagnosed with RA attended in 48 specialized care units from 16 autonomic communities. The characteristics of physicians, clinical services and hospitals were analyzed.

Results: Participation rate was 46 out of 78 hospitals contacted (59%). There was a responsible physician in 87% of patients (in 5 hospitals this figure was less than 40%). Half of patients were attended by physicians aged 41-50 years, and 75% by males. Rheumatologists attended 91% of patients. All visits were performed at the hospital in 86.5% of cases. The number of staff physicians ranged from less than 3 in 37% of services, 3-6 in 41% and more than 6 in 22%. The median number of habitants per rheumatologists was 86,250. Twenty percent of services had a monographic clinic for RA patients, but only 26% had a nurse clinic. Drug monitoring was shared with primary care physicians in 54% of services. None of these characteristics correlated

Este trabajo ha sido financiado por Novartis Farmacéutica España, S.A.

Correspondencia: Dr. C. Hernández-García.
Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos.
Profesor Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid.
Correo electrónico: cehernandezg@airtel.net

Manuscrito recibido el 18-7-2001 y aceptado el 24-10-2001.

Rev Esp Reumatol 2001; 28: 413-419

with personal resources neither in absolute number nor after adjusting by attended population.

Conclusions: Personal and organizing resources for attending RA patients are highly variable among public health care centers.

Key words: Rheumatoid arthritis. Physicians. Clinical Services.

Introducción

La revisión de la bibliografía médica demuestra que existe una enorme variabilidad en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) a lo largo de todo el mundo¹⁻⁵. Era probable que sucediera lo mismo en España en relación con la disponibilidad, acceso y utilización de recursos sanitarios, medios diagnósticos y terapéuticos. Sin embargo, ningún estudio había abordado esta cuestión en nuestro país. El estudio emAR constituye un amplio estudio epidemiológico que debe permitirnos conocer algunas características de los pacientes con AR atendidos en servicios de atención especializada de España, así como la posibilidad de describir y cuantificar los recursos dedicados a ello. En este artículo se describen las características de los centros participantes y los recursos sanitarios existentes a su disposición, temas muy importantes para poder evaluar con precisión la calidad de la asistencia reumatológica ofrecida a los pacientes con AR y que raramente es objeto de estudio.

Material y método

Unidad de estudio

La unidad de estudio fueron las historias clínicas (HC) de individuos mayores de 16 años diagnosticados de AR atendidos en servicios de atención especializada de toda España. Se excluyeron las HC imposibles de localizar y las que no incluían la información necesaria.

Selección y tamaño de la muestra

Se realizó un muestreo estratificado por comunidades autónomas y bietápico por centro hospitalario y paciente. Se asignó un número de HC a cada comunidad autónoma proporcional a su población. Con el fin de que la muestra representase de forma suficiente a todo el territorio nacional, en aquellas comunidades en las que el número de HC asignado fue inferior a 25 en razón de su población, se les asignó este número mínimo de HC para revisar. A continuación, se obtuvo un listado de los centros hospitalarios existentes en cada comunidad a partir del Catálogo Nacional de Hospitales de 1996. Se

excluyeron aquellos hospitales en los que no existían las especialidades de reumatología y medicina interna, por considerar poco probable que existiera un volumen suficiente de pacientes con AR. Se realizó una selección aleatoria de los centros dentro de cada comunidad autónoma, de forma que su probabilidad de elección fuera proporcional al número de camas de cada centro (que se utilizó como variable subrogada de la población atendida). Se seleccionaron en cada comunidad autónoma tantos centros hospitalarios como para asegurar una población de AR atendida cinco veces superior al tamaño muestral asignado a cada comunidad. A continuación, se contactó con los potenciales centros participantes mediante un modelo de carta estandarizado solicitando su participación en el estudio. En los centros en los que no se obtuvo respuesta o en ella no se indicaban los motivos por los que rechazaban participar en el estudio, se contactó telefónicamente con el responsable del servicio con el fin de recabar su participación o aclarar los motivos de la negativa a hacerlo. Los centros no participantes en el estudio fueron sustituidos por el centro inmediatamente posterior en la muestra aleatoria.

Se solicitó a los centros un listado de todos los pacientes diagnosticados de AR que hubieran sido atendidos durante los años 1997 y 1998, con independencia del número de contactos o si éstos correspondieron a ingresos, consultas externas o interconsultas de otros servicios. Una vez recibidos todos los listados de una misma comunidad autónoma, se realizó un muestreo sistemático con el que se obtuvo la población a estudio para cada comunidad. El último centro elegido únicamente aportó los pacientes necesarios para completar el tamaño muestral de la comunidad autónoma, es decir, la diferencia entre el número de pacientes previstos y el conseguido con el hospital anteriormente seleccionado. Aquellas HC que, una vez revisadas, no correspondían a pacientes diagnosticados de AR fueron sustituidas dentro de cada centro por la siguiente HC dentro de la muestra aleatoria. Las HC no localizables o incompletas no fueron sustituidas (se consideró que hasta un 30% de las HC no podrían ser resumidas, por lo que dichas pérdidas ya estaban contempladas en el tamaño muestral).

El número total de pacientes con AR aportado por los centros en sus listados y sobre los que se realizó el muestreo fue de 9.299. Considerando una precisión del 5%, un error alfa del 5% y un efecto diseño de 3, se consideró una muestra mínima de 1.085 HC que, asumiendo un 15% de HC no localizables y un 15% de HC incompletas, implicó la aleatorización de 1.550 en todo el territorio nacional. De éstas, 53 no fueron resumidas por corresponder a comunidades autónomas que finalmente no participaron en el estudio por diferentes moti-

vos (Murcia, Ceuta y Melilla) y 118 HC no fueron localizadas o estaban incompletas, por lo que el tamaño muestral final fue de 1.379 HC resumidas.

Adquisición de datos

Revisión de la historia clínica. Se recabó la información objetiva sobre los pacientes incluidos en el estudio a través de la revisión de la HC, recogiendo los datos producidos en los 2 años previos a la fecha de revisión. En aquellos casos en los que la HC fue imposible de localizar y/o los datos contenidos eran incompletos, se recabó la fecha de nacimiento y el sexo, lo que permitió comprobar que no existían diferencias significativas con la población sujeta a estudio en estos parámetros. Las HC ilocalizables y/o incompletas se distribuyeron homogéneamente en todos los centros participantes, sin que hubiera una sobrerepresentación de ninguno de ellos.

Los datos fueron recogidos en cuestionarios estandarizados e iguales para todos los casos. En cada uno de los centros participantes se seleccionó a uno o varios médicos responsables de extraer la información contenida en la HC y llenar los cuestionarios. Uno de los miembros del equipo investigador (V.V.G.) se desplazó a aquellos centros que accedieron a participar, pero no pudieron seleccionar a un médico responsable. La persona designada en cada centro recibió un extenso cuaderno con las instrucciones y definiciones necesarias para asegurar la homogeneidad en la recogida de datos. Los investigadores de cada centro conservaron una copia de la hoja de recogida de datos estandarizada de cada sujeto para su eventual utilización.

Mediciones. El estudio analizó diferentes variables sociodemográficas, clínicas y administrativas de cada uno de los pacientes. Como parte del protocolo de estudio se recogieron también las siguientes variables, analizadas en este artículo: *a)* características del médico responsable: cuando en una HC más del 50% de los cursos clínicos evolutivos estaban firmados por un mismo médico, se consideró que este era el facultativo responsable y del mismo se recogieron los siguientes datos: edad y sexo, especialidad y tipo de formación (vía MIR u otras), cargo asistencial (residente, facultativo especialista de área, jefe de sección o jefe de servicio) y actividad profesional (sólo pública o pública y privada); *b)* características generales del centro: localización (comunidad autónoma y localidad), nivel del centro (según grado de especialización y dotación de cada centro que incluye número de camas, total de especialidades, especialidades complejas y equipos de alta tecnología y trasplantes), tamaño (población atendida, distribución de la población entre rural y urbana, y número de camas), existencia de facilidades o barreras arquitectónicas para los pa-

cientes, y *c)* características generales del servicio: que incluían especialidad (medicina interna o reumatología), lugar de asistencia a los pacientes (sólo en el hospital, sólo en centros de especialidades o en ambos), número de médicos de plantilla y formación de residentes (incluyendo el número de residentes por año), número de camas de hospitalización, número de ingresos anuales, número de primeras consultas y sucesivas, o demora de consultas; otras características como el sistema de monitorización de fármacos (en el hospital en atención primaria o compartido), existencia de consultas específicas (consultas monográficas de AR, consultas multidisciplinarias, consulta de enfermería, consulta telefónica), y la realización de ensayos clínicos o investigación clínica en AR u otras afecciones.

Introducción de los datos en soporte magnético

Los cuestionarios originales fueron remitidos al equipo investigador principal para su introducción en la base de datos del estudio. Todos los datos fueron introducidos por un investigador (V.V.G.) o un administrativo especialmente entrenado en una base de datos relacional creada a tal efecto. Los datos fueron exportados a un programa de análisis estadístico (JMP®, SAS Institute Inc., Cary, NC, EE.UU.) para su análisis.

Control de calidad

La calidad de los datos contenidos en el estudio fue controlada mediante diversas estrategias. En primer lugar, se elaboró un cuaderno de instrucciones que contenía todas las definiciones para cada una de las preguntas del cuestionario que pudieran resultar confusas. En segundo lugar, se realizó un estudio piloto en dos centros con la participación de 6 revisores de HC y un total de 185 HC revisadas. Los resultados de este estudio piloto evidenciaron un tiempo aceptable para la cumplimentación de los cuestionarios sin la detección de errores importantes en las preguntas realizadas, por lo que básicamente no fue necesario modificar el cuestionario inicial. Todos los cuestionario fueron revisados por un miembro del equipo investigador (V.V.G.) antes de ser incluidos en la base de datos, contactando con la persona responsable en cada uno de los centros para solucionar las cuestiones dudosas. La base de datos fue depurada mediante un protocolo de seguimiento para la detección de inconsistencias o campos con valores perdidos que no habían sido cumplimentados de forma correcta. En cualquier caso, no se detectaron errores sistemáticos en la introducción de datos y sólo se detectaron menos de un 2,5% de errores aleatorios que fueron corregidos.

Análisis estadístico

Para el análisis descriptivo se utilizó la media ± desviación estándar o mediana (desviación intercuartil: percentiles 25-75) para las variables continuas según se ajustaran a una distribución normal o no, y el porcentaje para las variables cualitativas. Las diferencias por subgrupos de pacientes se analizaron mediante la prueba de la χ^2 , la prueba de la t de Student o la de la U de Mann-Whitney. Se analizaron las asociaciones univariantes mediante los coeficientes de correlación de Pearson y de Spearman para las variables continuas, y regresión logística cuando la variable de respuesta era discontinua.

Resultados

Centros participantes

En la tabla 1 se expone la distribución por comunidades autónomas de los centros participantes y el número de historias clínicas revisadas. En total se contactó con 78 hospitales, de los cuales 46 (59%) participaron en el estudio y 32 (41%) no lo hicieron. Sólo en la Comunidad Autónoma de Murcia no hubo ningún hospital participante. El motivo más frecuente de no participación en el estudio fue la imposibilidad para facilitar un listado de pacientes con AR (53,3%), seguido de la negativa a participar sin otros motivos (16,6%), la remisión de los enfermos a otros centros de referencia (13,3%), la elevada demanda asistencial (10%) y el bajo volumen de pacientes con AR (6,6%). No existieron diferencias significativas entre los hospitales participantes y no participantes, salvo en función de la especialidad, y fue más frecuente la participación

en el estudio de servicios de reumatología que de medicina interna (40/60 [66,6%] frente a 6/18 [30%], respectivamente; $p < 0,001$).

Características de los médicos

Se consideró que existía un médico responsable de la atención del paciente cuando correspondían a un mismo médico el 50% o más de los cursos clínicos evolutivos de la HC. Según esta definición, el 87% de los pacientes tuvo a lo largo del estudio a un médico responsable de su seguimiento. El porcentaje de pacientes con un médico responsable de su seguimiento fue superior al 80% en la mayoría de los hospitales analizados; sin embargo, en cinco hospitales el porcentaje de pacientes con un médico responsable no superó el 40%. La mediana de médicos que habían participado en el seguimiento de los pacientes debido a su AR fue de 1 (1-2), pero en el 10% de los pacientes este número fue igual o superior a tres médicos.

En cuanto a las características de los médicos responsables, la mitad de los pacientes eran atendidos por médicos entre 41 y 50 años de edad (tabla 2) y en un 75% de los casos varones. El 91% de los médicos eran reumatólogos, correspondiendo el porcentaje restante a especialistas en medicina interna. La vía de obtención de la especialidad fue a través del sistema MIR en el 84% de los casos. El 72% tenía un cargo asistencial de facultativo especialista de área, el 21% eran jefes de sección, el 4% eran residentes y el 3% eran jefes de servicio. Por último, un 64% de los médicos trabajaban exclusivamente en la sanidad pública, mientras que el resto compatibilizaban la actividad pública con la privada.

TABLA 1. Centros participantes e historias revisadas por comunidades autónomas

Comunidades autónomas	Número de centros	Historias revisadas (%)*	Porcentaje sobre la población total**
Andalucía	7	260 (18,8)	18,69
Aragón	1	40 (2,9)	4,00
Asturias	1	12 (0,8)	3,73
Baleares	2	25 (1,8)	1,68
Canarias	2	62 (4,4)	3,88
Cantabria	1	24 (1,7)	1,93
Castilla y León	2	88 (6,3)	4,38
Castilla-La Mancha	3	63 (4,5)	8,05
Cataluña	7	232 (16,8)	13,26
Comunidad Valenciana	8	141 (10,2)	9,30
Extremadura	2	37 (2,6)	2,98
Galicia	2	105 (7,6)	7,57
Madrid	2	184 (13,3)	13,47
Navarra	1	13 (0,9)	1,72
País Vasco	3	72 (5,2)	4,60
La Rioja	2	21 (1,5)	0,76
Total	46	1.379	

*Porcentaje sobre el total de historias revisadas.

**Se utilizó como criterio de población atendida el número de camas hospitalarias. El porcentaje sobre la población total representa la proporción de historias clínicas que deberían haber sido revisadas en cada comunidad autónoma.

TABLA 2. Características de los médicos responsables

	N (%)*
Médico responsable	
Sí	1.205 (87)
No	174 (13)
Edad (años)	
< 30 años	31 (3)
31-40 años	398 (33)
41-50 años	605 (50)
> 50 años	169 (14)
No consta	2 (0,16)
Sexo	
Mujer	304 (25)
Varón	901 (75)
Especialidad	
Medicina interna	110 (10)
Reumatología	1.095 (90)
Vía de formación	
Vía MIR	1.015 (84)
Otras	190 (16)
Cargo asistencial	
Adjunto/FEA	872 (72)
Jefe de sección	253 (21)
Jefe de servicio	31 (3)
Residente	49 (4)
Actividad profesional	
Pública y privada	427 (36)
Sólo pública	772 (64)
No consta	6 (0,5)

*Porcentaje respecto al total de datos analizados en cada apartado.

Características de los servicios y hospitales

Como se ha indicado anteriormente, el tamaño muestral global se distribuyó proporcionalmente a la población de cada comunidad autónoma. En total, fue necesario reclutar a pacientes de 46 servicios clínicos, de los cuales 40 (87,2%) eran servicios de reumatología y seis (12,8%) servicios de medicina interna. Los servicios de reumatología aportaron al estudio un total de 1.222 HC (89%) y los de medicina interna, 157 (11%).

Características de los servicios. Globalmente, en el 86,5% de los pacientes todas las visitas médicas fueron realizadas en el hospital, mientras que en el resto todas o parte de las visitas se realizaron en un centro de especialidades. En 28 de los 46 hospitales (59,5%), no hubo ningún paciente entre los seleccionados que realizada todas o parte de las visitas en un centro de especialidades. Sólo en 8 centros algunos pacientes realizaron todas sus visitas en el centro de especialidades. La dotación de personal de los servicios fue muy variable. El 41% de los servicios participantes contaban con entre 3 y 6 médicos de plantilla, pero el 37% tenía menos de tres y tan sólo el 22% más de seis. Considerando el área sanitaria atendida y excluyendo los servicios de medicina interna, cuya dotación de personal médico era mucho más amplia, hubo una mediana de 86.250 habitantes por reumatólogo. En la mayo-

TABLA 3. Grupos hospitalarios según los criterios generales establecidos por el INSALUD

Grupo 1	Menos de 200 camas
Grupo 2	Más de 200 camas
	Tener ≤ 5 especialidades complejas
	Tener ≤ 2 equipos de alta tecnología
Grupo 3	Tener más de 5 y menos de 9 especialidades complejas
	En caso de disponer de menos de 6 especialidades complejas, debe tener una dotación de más de 29 especialidades
	Tener más de 2 y menos de 7 equipos de alta tecnología
Grupo 4	Disponer de más de 8 especialidades complejas
	En caso de contar con entre 6 y 8 especialidades complejas, debe tener al menos 7 equipos o más de alta tecnología
	Realizar trasplante de ≥ 2 órganos
Grupo 5	Grupo heterogéneo integrado por hospitales con características especiales

ría de los centros (61%) no había, además, formación de residentes.

En cuanto a las características organizativas y otro tipo de dotaciones dentro de cada servicio, la cuarta parte de ellos no contaba con camas propias para hospitalización; sólo el 20% de los servicios disponía de una consulta monográfica para pacientes con AR, y sólo el 26% de consulta de enfermería. En algo más de la mitad de los servicios (54%), la monitorización de los fármacos se realizaba conjuntamente con atención primaria (parte de los controles en el hospital y parte en primeria, aunque no necesariamente de forma coordinada), mientras que en el resto se realizaba siempre en el servicio de atención especializada. Es notable que –frente a la escasa orientación asistencial específica de esta afección– el 62% de los servicios participaba o había participado en ensayos clínicos en pacientes con AR promovidos por la industria, mientras que el 43% desarrollaba algún tipo de investigación clínica o básica sobre AR sin financiación de la industria. Ninguna de estas características de los servicios se relacionó directamente con la dotación de recursos humanos ni en cifras absolutas ni ajustando en función del área atendida.

Características de los hospitales. Los criterios generales que establece el INSALUD para la adscripción de hospitales en distintos grupos dependen de factores relacionados con el nivel de especialización y dotación de cada centro: número de camas, número total de especialidades, especialidades complejas y equipos de alta tecnología y trasplantes (tabla 3). Según esta clasificación, el grupo más frecuente de hospitales involucrados en el estudio pertenecían al grupo 3 (35,5%), seguido del grupo 4 (28,8%), el grupo 2 (26,6%), el grupo 1 (6,6%) y el grupo 5 (2,2%). La mediana de la población atendida por los diversos centros fue de 231.477 habitantes (des-

viación intercuartil [DIC], 141.842-450.241), siendo el porcentaje de población urbana superior al de población rural en la mayoría de las áreas (media-nía 60 [DIC, 39-80]).

En todos los hospitales participantes existían servicios de medicina interna, cirugía ortopédica y traumatología y rehabilitación, pero sólo el 70% contaba con servicios de reumatología. En el 35% de los centros existían barreras arquitectónicas que dificultaban el acceso de pacientes discapacitados a los servicios.

Discusión

El estudio emAR ha permitido conocer de una manera amplia las características generales de los médicos, los servicios y los hospitales que atienden a pacientes con AR dentro del ámbito de la sanidad pública. La selección aleatoria de centros y pacientes, así como el número de centros participantes e historias clínicas revisadas, hacen que los resultados obtenidos reflejen con fiabilidad la realidad de la atención a este tipo de enfermedad en España. Aunque los hospitales privados no fueron excluidos del muestreo, sólo dos de los hospitales seleccionados inicialmente correspondieron a centros privados y ninguno de ellos accedió a participar en el estudio. Globalmente, el motivo más frecuente aducido para no participar fue la imposibilidad de obtener un listado de pacientes con AR atendidos en los años 1997/1998, lo que pone de manifiesto la ausencia de sistemas administrativos de información fiables y accesibles que permitan conocer, por ejemplo, la patología atendida en un determinado servicio⁶. Por lo demás, sólo existieron diferencias significativas entre centros participantes y no participantes en los motivos aducidos por servicios de diferentes especialidades. Mientras que en servicios de medicina interna era frecuente la derivación de los pacientes a servicios de reumatología y/o el bajo número de pacientes con AR atendidos, los argumentos más frecuentes en los servicios de reumatología fueron la "elevada demanda asistencial" y la simple negativa a participar en el estudio. En todo caso, la atención de los pacientes con AR en el ámbito de la sanidad pública de nuestro país recae mayoritariamente en los servicios de reumatología aunque siguen existiendo áreas sanitarias en las que la ausencia de reumatólogos convierte los servicios de medicina interna en referentes para la atención de esta enfermedad.

La organización asistencial fue muy variable de un centro a otro. En primer lugar, porque los recursos de personal son extremadamente variables. Nuestra cifra de 86.250 habitantes por reumatólogo es esencialmente concordante con el análisis de Batlle et al sobre los recursos humanos especializados en patología reumática⁷. Lo que es lo

mismo, atendiendo a una prevalencia de la AR en España del 0,5%⁸, en la sanidad pública existe un reumatólogo por cada 431 pacientes con AR aproximadamente, pero con un rango que varía entre 200 y casi 1.000 pacientes con AR dependiendo del centro hospitalario. Este número de especialistas está aún muy alejado del recomendado y de la realidad en otros países desarrollados⁹. Lo que es más notable, no existió ninguna relación aparente entre la dotación de personal médico y el volumen del área atendida, el tamaño del hospital, la disponibilidad de camas propias o cualquier otro factor analizado.

Además, la organización de los recursos asistenciales es independiente de la dotación de personal y parece depender más de las peculiaridades de cada servicio que de un ordenamiento claro de cuáles son las necesidades asistenciales de este grupo de pacientes. Por ejemplo, hasta en un 10% de los centros participantes la atención de los pacientes no recaía sobre un médico responsable, asumiéndose de forma rotatoria e incluso aleatoria por la totalidad de los miembros del servicio. La quinta parte de los servicios disponía de una consulta monográfica para pacientes con AR y algo más de la cuarta parte de consulta de enfermería y, sin embargo, más del 60% participaba, o lo había hecho, en ensayos clínicos en pacientes con AR promovidos por la industria. El seguimiento de los fármacos fue igualmente variable, realizándose en algunos centros de forma conjunta con atención primaria y en otros en el hospital. El único aspecto organizativo en el que coincidió la mayoría de centros fue en el espacio físico en el que se atiende a los pacientes con AR. La atención sigue desarrollándose de una manera abrumadora en los hospitales, con una presencia muy escasa de la reumatología fuera de las consultas hospitalarias¹⁰. Todos estos datos apuntan la necesidad de establecer directrices para la atención de los pacientes con AR en particular y con enfermedades reumáticas en general. Algunas sociedades científicas han establecido recomendaciones sobre los requisitos mínimos que debe cubrir toda asistencia reumatólogica y las medidas de calidad a las que debe ajustarse. El Plan Estratégico de la Sociedad Española de Reumatología¹¹ debería servir como directriz para unificar algunos aspectos organizativos dentro de la especialidad en nuestro país y para identificar aquellos aspectos que son susceptibles de estudio y/o mejora.

Agradecimiento

Los autores desean agradecer a la Sociedad Española de Reumatología su ayuda en el desarrollo del proyecto.

Apéndice

Grupo de Estudio emAR (por orden alfabético)

Dr. Aragón (Talavera de la Reina), Dr. Arboleya (Gijón), Dra. Aznar (Tudela), Dr. Baixaulli Rubio (Valencia), Dr. Barbeito (Alcoy), Dr. Belmonte (Castelló), Dr. Beltrán (Zaragoza), Dr. Cabezas (Logroño), Dr. Carreño (Madrid), Dr. Casado (Badalona), Dr. Ciria (Barcelona), Dr. Corral (Salamanca), Dr. de Agustín (Barcelona), Dr. de Paco (Mataró), Dr. del Rincón (Cáceres), Dr. Doña (Huelva), Dr. Espadaler (Palma de Mallorca), Dr. Fernández Campillo (Orihuela), Dr. Fernández Domínguez (Orense), Dr. Fiter (Barcelona), Dr. Fraiz (Baracaldo), Dr. García Aparicio (Salamanca), Dr. García Mejide (Santiago de Compostela), Dr. Giménez Ubeda (Zaragoza), Dr. Giralt (Barcelona), Dr. González (Madrid), Dr. Gracia (Logroño), Dra. Grandal (Sevilla), Dra. Ibero (Elda), Dr. Inxausti (San Sebastián), Dra. Iovani (Elda), Dra. Jiménez Alfaro (Burgos), Dr. Jiménez Zorzo (Zaragoza), Dra. Larrosa (Sabadell), Dr. López Longo (Madrid), Dr. Macías (Cádiz), Dr. Manero (Zaragoza), Dr. Martín (Huelva), Dr. Mayol (Castellón), Dr. Monteagudo (Madrid), Dr. Navarro (Elche), Dra. Navío (Madrid), Dr. Ordás (Oviedo), Dr. Pascual (Málaga), Dr. Pecondón (Zaragoza), Dr. Peiró (Cuenca), Dr. Rodríguez de Castro (Mahón), Dr. Rodríguez Lozano (Las Palmas), Dr. Romero (Córdoba), Dr. Rosas (Las Palmas), Dr. Rosas (Villajoyosa), Dr. Saiz (Torrelavega), Dr. Salazar (Badajoz), Dra. Sampedro (Toledo), Dra. Sandoval (Tudela), Dr. Santos (Toledo), Dr. Senén (Gijón), Dr. Tamarit (Valencia), Dr. Tovar (Elche), Dra. Ureña (Málaga), Dr. Vargas (Huelva), Dr. Zubeita (Toledo).

Bibliografía

1. Ward MM. Trends in the use of disease modifying antirheumatic medications in rheumatoid arthritis, 1980-1995: results from the National Ambulatory Medical Care Surveys. *J Rheumatol* 1999; 26: 546-550.
2. Wolfe F, Albert DA, Pincus T. A survey of United States rheumatologists concerning effectiveness of disease-modifying antirheumatic drugs and prednisone in the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 1998; 11: 375-381.
3. Ward MM, Leigh JP, Fries JF. Progression of functional disability in patients with rheumatoid arthritis. Associations with rheumatology subspecialty care. *Arch Intern Med* 1993; 153: 2229-2237.
4. Waltz M. The disease process and utilization of health services in rheumatoid arthritis: the relative contributions of various markers of disease severity in explaining consumption patterns. *Arthritis Care Res* 2000; 13: 74-88.
5. Young A, Dixey J, Cox N, Davis P, Derlin J, Emery P et al. How does functional disability in early rheumatoid arthritis (RA) affect patients and their lives? Results of 5 years of follow-up in 732 patients from the Early RA Study (ERAS). *Rheumatology* 2000; 39: 603-611.
6. Belmonte Serrano MA, Cánovas JL. Uso de recursos informáticos en la Sociedad Española de Reumatología. Resultados de una encuesta nacional. *Rev Esp Reumatol* 1995; 22: 261-267.
7. Batlle-Gualda E, Jovani Casano V, Ivorra Cortés J, Pascual Gómez E. Las enfermedades del aparato locomotor en España. Magnitud y recursos humanos especializados. *Rev Esp Reumatol* 1998; 25: 91-105.
8. Carmona L, Villaverde V, Hernández-García C, Ballina J, Gabriel R, Laffón A, and the EPISER study Group. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatology (Oxford)* 2001. En prensa.
9. Marder WD, Meenan RF, Felson DHT, Reichlin M, Birnbaum NS, Croft JD et al. The present and future adequacy of rheumatology manpower. A study of health care needs and physician supply. *Arthritis Rheum* 1991; 34: 1209-1217.
10. Roig Escofet D. La consulta reumatólogica extrahospitalaria. *Rev Esp Reumatol* 2001; 28: 1-3.
11. Alonso A, Andreu JL, Bañares A, Carbonell F, Galdo C, Isasi JA et al. Plan estratégico de la Sociedad Española de Reumatología. *Rev Esp Reumatol* 1999; 26: 347-354.