

**EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES
CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA IPS DE SERVICIO AMBULATORIO EN
SANTIAGO DE CALI, ENTRE EL AÑO 2009 – 2013**

RUBY EDITH RAMÍREZ CHAGÜENDO

MERCEDES TOBAR TRUJILLO

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
SANTIAGO DE CALI
2015**

**EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES
CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA IPS DE SERVICIO AMBULATORIO EN
SANTIAGO DE CALI, ENTRE EL AÑO 2009 – 2013**

**RUBY EDITH RAMÍREZ CHAGÜENDO
MERCEDES TOBAR TRUJILLO**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD**

**Director
MD. CARLOS AUGUSTO HERNÁNDEZ
Magíster en Salud Pública**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
SANTIAGO DE CALI
2015**

ACEPTACIÓN

JURADO 1. _____

JURADO 2. _____

JURADO 3. _____

SANTIAGO DE CALI (COLOMBIA), _____ DE 2015

AGRADECIMIENTOS

A Dios, a nuestras familias, a los pacientes del programa, a COMFANDI, a la SOS, Martha R. Molina, a Deisy Agudelo, la Dra. Constanza Collazos, al equipo extramural de COMFANDI, al personal de las IPS, a Carolina Tovar, a nuestro tutor Dr. Carlos Augusto Hernández, a la Dra. Mérida Rodríguez y al Dr. Luis Fernando Rendón.

CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	10
2.	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	18
3.	JUSTIFICACIÓN.....	23
4.	HIPÓTESIS	25
5.	MARCO REFERENCIA	26
5.1.	GLOSARIO	26
5.2.	MARCO TEÓRICO	30
6.	ESTADO DEL ARTE	49
7.	OBJETIVOS	52
7.1	GENERAL.....	52
7.2	ESPECÍFICO.....	52
8	METODOLOGÍA	53
8.1	TIPOS DE ESTUDIO	53
8.2	ÁREA DE ESTUDIO.....	54
8.3	POBLACIÓN Y MUESTRA	54
8.4	PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	55
8.5	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	56
8.6	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	59
9	RESULTADOS	61
9.1	ANÁLISIS DE LOS COSTOS	63
9.2	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS CLÍNICOS E HISTORIAS CLÍNICAS	68
9.3	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS	80
10	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	83
10.1	RESULTADO DEL ANÁLISIS DE LOS COSTOS	83
10.2	RESULTADO DEL ANÁLISIS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS Y LOS RESULTADOS CLÍNICOS	84
10.3	HALLAZGOS Y LIMITACIONES.....	86
11	CONCLUSIONES	89
12	RECOMENDACIONES	91

13	BIBLIOGRAFÍA	93
14	ANEXOS	99

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. VARIABLES ANALIZADAS.....	57
TABLA 2. CRITERIOS DEL COLEGIO AMERICANO DE REUMATOLOGÍA DE REMISIÓN	62
TABLA 3. CRITERIOS DE REMISIÓN DE LA LIGA EUROPEA CONTRA LA ARTRITIS Y REUMATISMO	62
TABLA 4. VARIACIÓN PORCENTUAL DEL COSTO TOTAL AÑOS 2010 AL 2013	63
TABLA 5. FRECUENCIA POR GÉNERO	69
TABLA 6. DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE EDAD	69
TABLA 7. DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE TIEMPO DE TRATAMIENTO EN MESES	74
TABLA 8. DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE NÚMERO DE CITAS CON EL REUMATÓLOGO	75
TABLA 9. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES NÚMERO DE CITAS CON ESPECIALISTAS	76
TABLA 10. DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE NÚMERO DE DÍAS DE SUSPENSIÓN DEL MEDICAMENTO	79
TABLA 11. FRECUENCIA DE LAS VARIABLES FUMADOR Y ALCOHOL	80
TABLA 12. PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA REALIZADA A LOS PACIENTES DE AR DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA.....	81
TABLA 13. ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE LAS RESPUESTAS A LA ENTREVISTA	81

LISTA DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1. PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN ARTRITIS REUMATOIDE.....	21
GRÁFICA 2. EL PLANO COSTO-EFECTIVIDAD.....	43
GRÁFICA 3. COSTOS TOTALES VS COSTOS DE MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON AR.....	64
GRÁFICA 4. PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EN EL COSTO TOTAL	65
GRÁFICA 5. PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE LOS COSTOS DE HOSPITALIZACIÓN, CONSULTA CON EL REUMATÓLOGO Y CONSULTA CON EL MÉDICO FAMILIAR EN LOS COSTOS TOTALES	66
GRÁFICA 6. PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE LOS COSTOS DE LAS AYUDAS DIAGNOSTICAS EN LOS COSTOS TOTALES	67
GRÁFICA 7. COSTO PERCÁPITA PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE	68
GRÁFICA 8. ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD SEGÚN ÍNDICE DAS 28 - PACIENTES TRATADOS CON BIOLÓGICOS	70
GRÁFICA 9. DAS 28 – PORCENTAJE Y NÚMERO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON DMARS, SEGÚN LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD	71
GRÁFICA 10. PORCENTAJE DE PACIENTES TRATADOS SEGÚN TIPO DE MEDICAMENTO Y CAPACIDAD FUNCIONAL (ÍNDICE HAQ)	72
GRÁFICA 11. PORCENTAJE Y NÚMERO DE PACIENTES SEGÚN CAPACIDAD FUNCIONAL (ÍNDICE HAQ) DE LOS PACIENTES CON AR TRATADOS CON DMARS	73
GRÁFICA 12. ADHERENCIA AL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA	77
GRÁFICA 13. PORCENTAJE DE COMORBILIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE.....	78
GRÁFICA 14. PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE DIAGNÓSTICOS EN LOS PACIENTES DE ARTRITIS REUMATOIDE QUE PRESENTAN COMORBILIDADES	78
GRÁFICA 15. RESPUESTAS A LA ENTREVISTA REALIZADA A 23 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO ARTRITIS REUMATOIDE DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA	82

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. OPERATIVIZACIÓN DE VARIABLES	99
ANEXO B. PROCESO DE ATENCIÓN PACIENTES DE REUMATOLOGÍA REUMASOS (ANTES)	103
ANEXO C. PROCESO DE ATENCIÓN PACIENTES DE REUMATOLOGÍA – COMFANDI (DESPUÉS)	104
ANEXO D. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	107
ANEXO E. PROTOCOLO DE ENTREVISTA	109
ANEXO F. FORMATO DE ENTREVISTA	111
ANEXO G. TABULACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA ENTREVISTA.....	112
ANEXO H. FORMATO DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON AR - PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA.....	117
ANEXO I. FORMATO ÍNDICE DAS 28	118
ANEXO J. FORMATO CLINIMETRÍA	119
ANEXO K. FORMATO ÍNDICE HAQ.....	120
ANEXO L. ENCUESTA PRIME TEST	121
ANEXO M. ENCUESTA APGAR.....	122

1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación está dirigida a evaluar el modelo de atención de los pacientes de artritis reumatoide (AR) del programa de reumatología de la IPS COMFANDI, entre los años 2009 hasta el 2013, con énfasis en la efectividad de las intervenciones relacionadas con el estado de salud de los pacientes y la eficiencia del programa para la institución. Corresponde a un estudio descriptivo longitudinal, teniendo en cuenta que no es posible contar con el control de las variables mediante un grupo control, el estudio tiene un diseño cuasi experimental. Se registró la información obtenida a través de reportes estadísticos previos de la IPS, revisión de historias clínicas, entrevista a 23 usuarios del total de la muestra e información de los costos obtenidos por la IPS y el asegurador.

La enfermedad reumatológica como parte de las enfermedades crónicas generan alta demanda de servicios de salud y teniendo en cuenta que la AR requiere de un manejo especializado, no es fácil para los pacientes, tener facilidad de acceso debido a que el servicio se presta generalmente en instituciones de mediana y alta complejidad.

La enfermedad reumatológica está considerada como una de las enfermedades crónicas y degenerativas que producen incapacidades de manera frecuente en quien la padece, de igual forma presenta discapacidad con afectación de la autoestima, problemas familiares, sociales y laborales por su elevado ausentismo y compromiso orgánico, según análisis e interpretaciones de los estudios clínicos y paraclínicos realizados para la elaboración del Manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional del Ministerio de la protección social. (1)

“La mayoría de pacientes sufren una considerable discapacidad; así mismo, la pérdida de ingresos económicos genera una importante repercusión en la vida del paciente y de su familia....Se calcula que los pacientes con AR tienen un 50% menos de ingresos económicos en los primeros 9 años de la enfermedad” (2)

Con relación a las incapacidades generadas por la enfermedad en España, encontramos que:

“Las enfermedades reumáticas son la principal causa de incapacidad laboral a corto y largo plazo, y son las responsables de más del 50% de las causas de invalidez permanente. Estas patologías provocan un gran impacto social y económico entre los afectados, y suponen un gasto considerable para el sistema sanitario. Además, estos pacientes sufren también un importante retraso en el diagnóstico.” (3). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades reumáticas ocupan la primera causa de incapacidad en el mundo occidental.

La AR es una enfermedad que se presenta especialmente entre los 30 y 50 años, con mayor frecuencia en mujeres con una relación de 5 a 1. Teniendo una prevalencia del 1%. (4) (5). Con relación a la incidencia: “Debido a las dificultades logísticas y de los estudios prospectivos a largo plazo son pocos los datos de tasas de incidencia. En la consulta externa de la Fundación Santa Fe de Bogotá, la AR constituyó el 17,5% de todas las enfermedades reumáticas y el 58% de las enfermedades difusas del tejido conectivo. En la sección de reumatología del Hospital San Juan de Dios de Bogotá representó el 24,8% de los pacientes ambulatorios”. (4)

La AR, es una patología muy compleja de evolución crónica; para su manejo se requiere de un equipo multidisciplinario (6) (7). Además, si se considera su compromiso orgánico general y discapacidad producida por la enfermedad de base o por las comorbilidades, el paciente no se beneficia de los modelos tradicionales de atención, donde es atendido de forma fragmentada y en muchos casos su tratamiento se enfoca en una sola condición y no como un ser integral; así mismo, quienes presentan AR incurren en mayores gastos debido a los desplazamientos hacia los servicios, el pago de las cuotas de recuperación, el costo de oportunidad por las incapacidades laborales, de igual forma, su entorno familiar se ve afectado porque en muchos casos algún miembro de su familia debe dedicarse al acompañamiento y al cuidado del paciente para lo cual, debe suspender su actividad laboral con la consecuente disminución de los ingresos para el hogar.

El costo de los medicamentos utilizados en la atención de este tipo de pacientes es mayor, especialmente por el uso de los medicamentos biológicos, en comparación con otros programas en los cuales se atiende usuarios con patologías crónicas.

De acuerdo con la estructura de prestación de los servicios en las instituciones de salud, todo el manejo especializado se concentra en los niveles de mayor complejidad; cuando el usuario es diagnosticado, su tratamiento debe ser establecido por un especialista debido a lo complejo de su enfermedad, por lo tanto históricamente, los usuarios son remitidos a centros especializados. Es ampliamente conocido el desbalance entre la oferta y la demanda del número de especialistas con relación al número de pacientes que requieren atención por lo tanto es evidente la necesidad revisar los modelos de atención actuales, y para este tipo de enfermedades, pensar en actividades que se pueden estandarizar, para ofrecer servicios oportunos y de buena calidad para los pacientes con enfermedad reumatológica, mediante diseño de modelo de atención en salud que responda a las necesidades de los usuarios.

El programa en estudio, inició como respuesta ante la necesidad de ampliar la cobertura para la atención de las personas con enfermedad reumatológica y concentrar su atención en una institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad; debido a que el servicio se ofrecía de manera dispersa, con atenciones en diferentes instituciones de mayor complejidad donde el usuario debía desplazarse mensualmente, entre ellas y el asegurador para acceder a los diferentes servicios necesarios para el tratamiento y control de su enfermedad (8).

Con relación al tipo de contratación que se tenía para el período 2009 al 2011, los servicios eran reconocidos por actividad a los diferentes prestadores, incluyendo la consulta especializada. Los especialistas y las instituciones eran contratados por prestación de servicios. Para dar continuidad a la atención de los usuarios inscritos en el programa, la EPS hizo entrega a la IPS, del programa, de esta manera, la prestación del servicio a los usuarios no fue suspendida; cambio que se realizó desde Marzo de 2011. A partir de este momento los usuarios

comenzaron a ser atendidos de manera concentrada en una misma IPS y los profesionales fueron contratados por contrato laboral.

En este nuevo modelo, la contratación entre el asegurador y el prestador se realizó bajo la modalidad de pagos prospectivos. El programa inició con 154 pacientes y el equipo de trabajo se conformó de la siguiente manera:

- Médico Familiar
- Reumatólogo
- Enfermera
- Nutricionista
- Ortopedista
- Psicóloga
- Terapeuta Ocupacional
- Oficinista
- Auxiliar de enfermería.

El servicio creció progresivamente y de manera constante alcanzando una población cercana a los 1039 pacientes mayores de 16 años, de la ciudad de Cali afiliada al régimen contributivo de la ciudad a Abril del 2013.

Con el programa se pretende: “moderar el riesgo clínico y económico de los pacientes con o en riesgo de presentar enfermedades reumáticas”.

Como objetivos se encuentran:

1. Identificar precozmente los pacientes con o en riesgo de presentar enfermedades reumatológicas.
2. Garantizar una atención médica integral y protocolizada a pacientes con diagnóstico.
3. Retardar la progresión de la enfermedad y disminuir los riesgos familiares.

Los usuarios inscritos en el programa, son previamente estudiados por el Médico General en conjunto con un Médico Familiar de la IPS primaria del paciente, para establecer el diagnóstico. Cuando el paciente ha sido estudiado, se remite con el diagnóstico presuntivo de la enfermedad reumatológica al programa; en este proceso inicial, el usuario no se desplaza hasta la IPS donde se encuentra el programa sino que el caso es enviado por medio magnético al Médico Familiar responsable del programa de donde posteriormente es citado el usuario.

Las evaluaciones por el Médico Reumatólogo, se realizan al ingreso y 3 veces al año, en los usuarios controlados, los pacientes con medicamentos biológicos son evaluados cada dos meses por el riesgo y seguridad del paciente, cuando el usuario se encuentra descompensado; si requiere hospitalización, es remitido al segundo o tercer nivel de complejidad, de acuerdo con su condición clínica, posteriormente sigue sus controles en el programa.

Algunos de los pacientes son formulados con medicamentos biológicos, los cuales “Comprenden una amplia variedad de medicamentos. Se obtienen a partir de organismos vivos o de sus tejidos. Las fuentes y métodos de producción incluyen cultivos de células o de microorganismos o la extracción a partir de tejidos o de fluidos biológicos como la sangre” (9). Otros pacientes están formulados con medicamentos de síntesis química o DMAR “medicamentos de molécula pequeña producidos a través de reacciones relativamente sencillas que dependen de variables más fácilmente controlables” (10) y otro grupo de pacientes presenta tratamiento simultaneo con los dos tipos de medicamentos.

La atención es individual y grupal para los talleres de terapia ocupacional e individual para la consulta psicológica, de igual manera tienen seguimiento telefónico por parte de la Enfermera o la Auxiliar de Enfermería para aquellos casos especiales como pacientes no adherentes a quienes se les reasigna la cita médica con la llamada de seguimiento. Además los exámenes de laboratorio son tomados en la misma IPS, al igual que las ayudas diagnósticas de Rayos X.

En el servicio se cuenta con un sistema de información robusto que permite la trazabilidad de la información de cada usuario por lo que facilita el manejo de bases de datos para la

construcción de los indicadores, la historia clínica fue diseñada especialmente para el programa y se encuentra en red, lo que permite la continuidad en la atención puesto que se pueden revisar todas las atenciones del usuario en las otras IPS cuando demanda diferentes servicios.

Al cumplirse el primer año, el servicio llegó a tener 823 pacientes inscritos, a Marzo de 2013 el programa contaba con 1039 usuarios, en una IPS de consulta externa pero con servicio de urgencias para garantizar la seguridad en la atención en aquellos usuarios que pueden presentar reacciones adversas a la aplicación del medicamento endovenoso.

Debido al crecimiento progresivo en el número de usuarios para ser incluidos en el programa, se amplió la capacidad instalada para mantener la oportunidad en la prestación del servicio, con el incremento de los recursos físicos, de personal y económicos entre otros.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y OTRAS ESPECIFICACIONES DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA

a. Los criterios de inclusión de pacientes al programa son: (11)

1. Paciente con edad mayor o igual a 16 años.
2. Con diagnóstico confirmado de enfermedad reumatológica.
3. Con IPS Primaria COMFANDI.

b. Criterios de Exclusión:

1. Pacientes menores de 16 años.
2. Diagnósticos de enfermedades osteomusculares o somatoformes.
3. Pacientes con uso de biológicos para otras especialidades no reumatológicas (Ejemplo: dermatológicas, neurológicas).
4. Que presente comorbilidad para la cual también se prescriban medicamentos biológicos, DMARS u otro medicamento inmunomodulador.

5. Pacientes con comorbilidades que requieran o puedan requerir atenciones del nivel IV, cáncer, falla cardiaca, falla renal, entre otras.
6. Pacientes con plan complementario
7. Pacientes que residan en municipios donde no haya IPS primaria
8. Pacientes para valoración de medicina del trabajo.
9. Selección adversa (pacientes recién afiliados)
10. Retiro o mora en el pago.

c. Proceso de atención del paciente antes de ser inscrito en el programa:

1. A Los usuarios con sospecha de enfermedad reumatológica, se les realiza los exámenes definidos en la guía clínica antes de ser presentados en interconsulta con el médico familiar de la IPS primaria.
2. A Los pacientes diagnosticados por médicos externos, se les realiza filtro por el Médico Familiar de la IPS primaria.
3. Los casos especiales son comentados y discutidos entre el Médico Familiar del programa y el Reumatólogo antes de citar al paciente por primera vez al programa.
4. Los pacientes que incumplen una cita médica, son llamados para seguimiento por parte de la Enfermera del programa, con el objetivo de identificar posibles complicaciones, asignar la nueva cita, continuar con el tratamiento y fortalecer la adherencia del paciente al programa.
5. La administración de los medicamentos, se realiza en el programa por parte de la Enfermera con la supervisión en caso necesario del médico de turno en urgencias o en su defecto el Médico Familiar.
6. La aplicación del Metrotexate, se realiza en la clínica debido a las condiciones especiales que se requieren para la administración del mismo.
7. Se realizan talleres con los pacientes y su familia dirigidos por el Terapeuta Ocupacional y en algunos casos con el Psicólogo. De igual manera se realiza psicoterapia individual.

d. Otras especificaciones del programa:

1. Se incluyen todos los medicamentos requeridos para el manejo de dolor y de la inmunidad en todos los pacientes y que son indicados por reumatología.
2. Se incluyen las Ayudas diagnósticas para el diagnóstico, control y seguimiento de la patología Reumatológica (por costos prospectivos). Las ayudas diagnósticas POS para las comorbilidades son asumidas dependiendo del estado de capitación y/o actividad del paciente.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La AR es una enfermedad crónica que acorta la esperanza de vida en 5 a 10 años, la tasa de mortalidad estandarizada para los pacientes que presentan AR es del doble de mortalidad de lo esperado en las personas sanas. La calidad de vida de las personas con AR se ve más afectada comparada con otras personas que padecen enfermedades crónicas; la discapacidad que produce la enfermedad hace que aparezcan también trastornos como la depresión y la ansiedad que adicionalmente afectan su entorno familiar. Se calcula que en los primeros diez años de la enfermedad el 50% de los pacientes puede llegar a perder el empleo por la discapacidad generada por la AR (12). La enfermedad genera un gran consumo de recursos, debido a que afecta no solo a las articulaciones sino a órganos importantes como el corazón, riñones, los pulmones, tiroides; está asociada con otras enfermedades como el lupus eritematoso sistémico, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la depresión al igual que con problemas infecciosos. El uso de medicamentos biológicos empleados en algunos tratamientos genera altos costos, al igual que las incapacidades laborales y otros aspectos relacionados con los problemas derivados de la enfermedad.

En Colombia, para los aseguradores el tratamiento de las enfermedades crónicas como lo es la AR, representó \$1.99 millones en costos directos según estudio del tratamiento de pacientes con AR en Medellín en el 2009. (13)

En otro estudio realizado en un hospital universitario de tercer nivel en Bogotá - Colombia y publicado en el año 2009, se evidencio que el 86% de los costos directos de la AR temprana se deriva del costo de los medicamentos, 10% de los exámenes de laboratorio y 4% de la atención médica. Concluyéndose en este estudio que “el principal elemento de los costos médicos directos en la AR temprana son los costos por medicamentos y se incrementa 40 veces con el uso de la terapia biológica”. (14)

Según lo publicado en el artículo “Repercusión socioeconómica de la Artritis Reumatoide”, “el costo total acumulado a lo largo de la vida de un paciente con AR en los Estados Unidos se ha

estimado entre 61.000 y 122.000 dólares, similar al de los pacientes con cardiopatía isquémica y cáncer.

En el mismo estudio, se señala que la información disponible en España respecto al costo global de la enfermedad es muy limitada, pero podría situarse entre los 3.000 y los 7.000 euros anuales por cada paciente”. (15)

Los costos directos del tratamiento de los pacientes con AR, incluyen todos los servicios asistenciales que utiliza el paciente para su tratamiento. “La AR con mayor actividad y mayor discapacidad, comportan mayor costo directo” (15)

Los estudios realizados sobre la atención de los pacientes con AR, se enfocan especialmente en el tratamiento farmacológico. Estos usuarios son atendidos en la consulta especializada de grandes centros médicos, son polimedicados y en muchos casos, reciben tratamientos con medicamentos biológicos que generan grandes efectos secundarios.

El usuario debe cancelar cuotas de recuperación en mayor medida comparado con otros pacientes con enfermedades crónicas debido a la demanda de servicios que involucra un tratamiento agresivo de su enfermedad de base, al igual que los tratamientos derivados de sus comorbilidades.

Ahora si hablamos de los costos directos e indirectos, debemos tener presente que al ser una enfermedad crónica y degenerativa, genera discapacidad por lo tanto perdida de la capacidad laboral; aumento en gastos relacionados con transportes por desplazamientos, costos por el deterioro de la calidad de vida y el entorno familiar y social; estos últimos considerados como costos intangibles, llamados de esta forma por la gran dificultad para detectarlos y valorarlos.

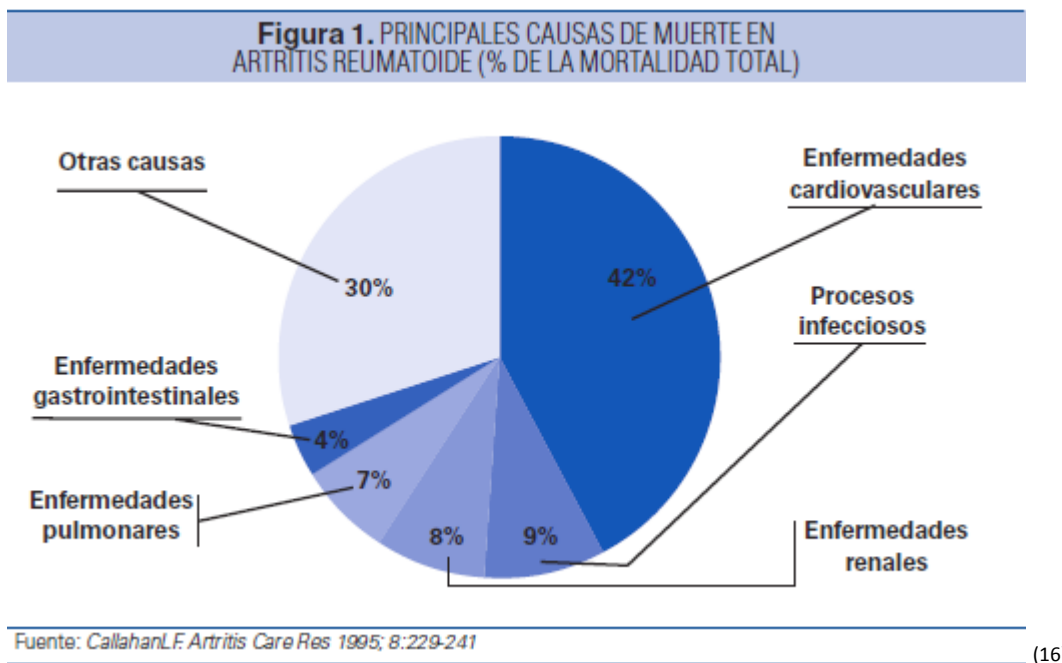
Frente a la incapacidad laboral: “La pérdida de la capacidad laboral en la AR tiene una especial trascendencia, ya que cerca de la mitad de los casos se inician durante la edad laboral y transcurridos 10 años, entre el 26 y el 60% de los enfermos se ven obligados a abandonar su trabajo”. (16)

En cuanto al tema relacionado con programas de atención reumatológica en el cuidado primario, poca literatura se ha encontrado. La competencia del cuidado primario se limita al diagnóstico de la enfermedad y a la transcripción de la fórmula médica del especialista; frente a lo anterior, existe una brecha en la investigación acerca de la evaluación de la efectividad y del comportamiento de los costos en estos programas, sin embargo, en la revisión bibliográfica, se han encontrado estudios de eficacia en el tratamiento medicamentoso o de algunas intervenciones aisladas.

Frente a los resultados de los ensayos clínicos, suelen ser diferentes en el contexto de los servicios porque los ensayos clínicos se utilizan en pacientes recién diagnosticados; el paciente es seguido más de cerca para asegurar la adherencia, lo que no se observa en los servicios. En los ensayos clínicos al paciente le llevan el medicamento a la casa. El paciente tiene que desplazarse a sus controles y puede volverse inasistente. Las intervenciones psicológicas también difieren en los ensayos clínicos porque generalmente utilizan pacientes jóvenes sin comorbilidades.

Además si se tienen en cuenta las principales causas de mortalidad, como se muestra en la siguiente gráfica, la mortalidad por problemas cardiovasculares en los pacientes con AR es muy alta, lejos de la participación que representa la mortalidad por procesos infecciosos, enfermedades renales, pulmonares, intestinales y las demás causas de las cuales, cada una tiene una participación menor.

Gráfica 1. Principales causas de muerte en artritis reumatoide



Por lo tanto es evidente que la AR como enfermedad es un problema de salud pública; sin embargo la evaluación de la eficacia se ha desarrollado en el contexto de ensayos clínicos y la competencia del cuidado primario se ha limitado básicamente al diagnóstico y a la remisión de los pacientes, para intervenciones en la mediana y alta complejidad.

Por lo tanto al contar con escasa información de modelos similares de atención integral del paciente con AR en el nivel primario liderada por el médico reumatólogo y concentrando los servicios con un manejo de medicamentos especialmente no biológicos, la brecha de conocimiento en la evaluación de este tipo de programas es amplia. Más aun teniendo en cuenta que la AR es una enfermedad crónica degenerativa incapacitante y hasta letal que ha aumentado su incidencia en los últimos tiempos, se puede observar la importancia de lograr el mayor cubrimiento de los pacientes que la padecen, siendo relevante el estudio de la eficiencia y efectividad del servicio de reumatología de una IPS de baja complejidad, que permita evaluar su proyección en respuesta a la cobertura de una mayor cantidad de casos, sin ver afectada la rentabilidad de la inversión inicial al servicio de reumatología, además si se tiene

en cuenta que ninguna otra IPS de baja complejidad en la región, presenta este tipo de programa. Dentro de los artículos que pueden aportar información a la investigación, se han encontrado estudios de seguimiento de la AR en paciente ambulatorios, los cuales permiten identificar y describir los tratamientos actuales frente a esta enfermedad.

Se requiere entonces, la integralidad y el hilo conductor que lleve a un tratamiento con equipos multidisciplinarios que involucren no solo a los pacientes sino también a la familia. Los modelos de atención para las personas que padecen AR son rígidos con esquemas que no facilitan una atención enfocada no solo al manejo medicamentoso sino al considerar a los pacientes como seres integrales a quienes por su situación de salud que es bastante compleja, requieren de otro enfoque, el psicosocial que se consigue en el nivel primario.

Finalmente, dado que se está frente a la implementación de un modelo de atención que pasó de atender a los pacientes con AR de manera fragmentada y en las condiciones tradicionales con el especialista ubicado en grandes centros médicos con actividades independientes, aisladas, con poca o ninguna intervención psicosocial integral, en su mayoría con medicamentos biológicos; a un modelo de atención donde se concentra la atención para los usuarios en el nivel primario, con un plan de manejo articulado no solo farmacológico sino psicosocial que involucra al grupo familiar y donde su tratamiento medicamentoso se enfoca en determinar la pertinencia del uso de los medicamentos biológicos.

Realizada la revisión de la literatura se considera que siendo este un programa único en la región, es primordial identificar ¿cuál es la eficiencia y efectividad del programa en los pacientes de AR, antes y después de la implementación del nuevo programa?, considerando por lo tanto como elemento a investigar la efectividad de los modelos de atención para los pacientes de AR dentro del programa de una IPS de servicio ambulatorio, implementado a partir del año 2009 hasta el 2013.

3. JUSTIFICACIÓN

Cada día se observa como las enfermedades crónicas y degenerativas van en aumento debido a la transición epidemiológica; como consecuencia, los costos para el sector salud se incrementan, los recursos son limitados y es importante que la población tenga calidad de vida, por lo tanto es imperativo el desarrollo de programas enfocados en este tipo de enfermedades.

Los modelos de atención en los servicios de salud deben ser equivalentes al cambio en el comportamiento epidemiológico de la morbilidad y mortalidad de la población; así mismo el sistema y el estado, deben orientarse a generar políticas públicas que ayuden a que los recursos puedan ser reorientados de manera que el impacto sea positivo en la salud de la población. Como un aspecto importante a tener en cuenta son las evaluaciones de los programas enfocados en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas como lo es la AR, enfermedad que al no pertenecer al grupo de las enfermedades prevenibles requiere especial atención.

Es importante evaluar el programa porque al ser un programa innovador en la baja complejidad, se hace necesario ampliar el conocimiento sobre sus resultados en términos de optimización de los recursos sin detrimento de la calidad de vida de los pacientes.

Con esta investigación se pretende que los resultados sirvan de base para la toma de decisiones en el mejoramiento continuo del programa; para que el programa pueda ser modelo a otras instituciones del sector beneficiando a la organización con el aporte en el conocimiento de qué tan eficiente y efectivo es el programa, cómo es percibido por los pacientes y que tan adherentes al programa son los pacientes diagnosticados con AR que estuvieron desde el inicio del programa y durante el periodo de estudio.

Existen otros beneficios para los pacientes y sus familias puesto que con la investigación podrá conocerse si el programa al que pertenecen es confiable, mejora la calidad de vida de los pacientes, facilita la decisión de mantenerse o no en el programa y ayuda al mejoramiento del entorno familiar.

Además pacientes de otras instituciones podrían a pertenecer al programa en un futuro al conocer cómo el programa facilita el control de la enfermedad y el bienestar de los pacientes. No se puede desconocer el beneficio de esta investigación para los aseguradores, puesto que permite conocer los resultados en salud de la población y el uso de los recursos en una enfermedad que ya es considerada como de alto costo.

Por último, los resultados del presente estudio servirán como base para futuras investigaciones que propendan por profundizar alguno o varios de los hallazgos identificados.

4. HIPÓTESIS

El modelo de atención actual de prestación de servicios, con equipo multidisciplinario, con uso de medicamentos modificadores de la enfermedad y uso de medicamentos biológicos de acuerdo a guías de atención del AR desarrolladas con base en la evidencia clínica (guía American College of Rheumatology - ACR y European League Against Rheumatism -EULAR), ubicado en un primer nivel de complejidad; presenta mejores resultados en la eficacia clínica y además representa para la organización un uso racional de los recursos.

5. MARCO REFERENCIA

5.1. GLOSARIO

5.1.1. AINES: Son fármacos con efecto antiinflamatorio, analgésico y antipirético. Actúan bloqueando la síntesis de prostaglandinas por inhibición de la ciclooxigenasa. (17)

5.1.2. ANÁLISIS DE COSTO-EFECTIVIDAD: El ACE es una técnica de evaluación económica que trata de comparar el costo y el efecto clínico de 2 o más intervenciones alternativas, potencialmente competidoras y, en general mutuamente excluyentes, para determinar cuál de ellas es la mejor desde un punto de vista económico y clínico. (18)

5.1.3. APGAR: “El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, en un momento determinado”. Está compuesto por cinco preguntas; de acuerdo con sus siglas, evalúa cinco funciones básicas de la familia como son adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afecto y recursos. Las respuestas se clasifican como: Nunca, VD: Varios días, LM: la mitad del tiempo y CT: Casi todos los días. (Anexo M). Este instrumento fue diseñado en 1978 por Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), Médico Familiar quien lo propuso para analizar la función familiar. (19)

5.1.4. ARTRITIS REUMATOIDE: La AR es una enfermedad inflamatoria, crónica autoinmune y sistémica de etiología desconocida; su principal órgano blanco es la membrana sinovial; se caracteriza por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico en cualquier momento de su evolución. (20)

- 5.1.5. CLINIMETRIA: “Proceso mediante el cual, a través de distintos instrumentos de medición, evaluamos diferentes condiciones médicas accediendo a acumular la información necesaria para realizar un correcto diagnóstico, estimar actividad de la enfermedad, considerar terapéuticas y especular un determinado pronóstico de los pacientes” (21). En 1932, K D Keele dio inicio a la aplicación de la Clinimetria para el análisis del dolor en los pacientes con AR (22). (Anexo H)
- 5.1.6. COMORBILIDAD: Se denomina así a las afecciones que vienen a agregarse a la enfermedad primaria relacionada con la discapacidad pero no se relacionan con ella. (23)
- 5.1.7. DAS: “Disease Activity Score por sus siglas en inglés, es un índice clínico de la actividad de la enfermedad en la AR que combina información de articulaciones inflamadas, articulaciones sensibles, respuesta en fase aguda y la salud general” (24), “un reactante de fase (VSG) y la valoración global de la enfermedad por el pacientes en una escala de 0-100. Estas variables se incluyen en una fórmula que pondera el valor de cada ítem. RANGO: 1-9” (25). “El índice DAS28 se ha consolidado como variable fundamental para valorar la actividad de la AR y es el principal parámetro utilizado para establecer decisiones terapéuticas en esta enfermedad, incluidos el inicio y el cambio de tratamientos biológicos. Puntaje correspondientes a actividad baja (DAS28 = 2,43), media (DAS28 = 4,05), alta (DAS28 = 6,32) o muy alta (DAS28 = 8,40)” (26) . “Este test se utiliza desde 1989 y fue propuesto por Fuchs y sus colaboradores, ellos identificaron que la evaluación del dolor a la presión y la inflamación en 28 articulaciones, daba la misma sensibilidad al cambio en epitopo compartido (EC) que los índices que evaluaban un mayor número de articulaciones. Las articulaciones evaluadas son: interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñecas, codos, hombros y rodillas” (25). (Anexo I)

5.1.8. DMARS: Disease-Modifying AntiRheumatic Drug (Medicamento antirreumático modificador de la enfermedad). Estos medicamentos no sólo alivian el dolor. También demoran o detienen los cambios en sus articulaciones. Los DMARs vienen en dos grupos. Para uso por vía oral y para uso parenteral. Ambos suprimen el sistema inmunológico. Esto significa que hacen más lento el ataque del cuerpo a sí mismo” (27).

5.1.9. EC: “Epitopo compartido que se refiere a una pequeña secuencia QK/RRRA, (El epitopo compartido (EC) corresponde a la secuencia glutamina-leucina-arginina-alanina-alanina)” (28), (29)

5.1.10. EFECTIVIDAD: es un término de mayor alcance que la eficacia, pues expresa la medida del impacto que un procedimiento determinado tiene sobre la salud de la población; por lo tanto, contempla el nivel con que se proporcionan pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios y el grado en que se coordina la atención al paciente entre médicos, instituciones y tiempo. Es un atributo que solo puede evaluarse en la práctica real de la Medicina. (30)

5.1.11. EFICIENCIA: Es el grado en que el sistema de salud efectúa la máxima contribución a las metas sociales definidas dados los recursos disponibles del sistema de salud y de aquellos que no pertenecen al sistema de salud. Implica la relación favorable entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados. Tiene dos dimensiones: la relativa a la asignación de recursos y la referente a la productividad de los servicios. En economía, eficiencia es un concepto que describe la relación entre insumos y resultados en la producción de bienes y servicios. Esta relación puede medirse en términos físicos (eficiencia técnica) o términos de costo (eficiencia económica)”. (30)

5.1.12. EVALUACIÓN DE COSTO EFECTIVIDAD: Este tipo de evaluación, hace parte de las evaluaciones económicas las cuales se orientan a examinar y seleccionar las

mejores opciones frente a costos y resultados; en ella se identifica, mide, valora y compara los costos y los resultados. El resultado de los estudios de costo efectividad “se expresa en un cociente de costo-efectividad (C/E)”. (31)

5.1.13. EVALUACIONES ECONÓMICAS: Se define como una técnica cuantitativa desarrollada por economistas que permite evaluar programas que generalmente son de financiamiento público. Originalmente se aplicaron en áreas como transporte o medio ambiente y solamente durante los últimos 20 a 30 años ha tenido un auge en salud. (32)

5.1.14. GLUCOCORTICOIDES: son fármacos antiinflamatorios, antialérgicos e inmunosupresores derivados del cortisol o hidrocortisona, hormona producida por la corteza adrenal esencial para la adaptación al estrés físico o emocional. Son los antiinflamatorios más eficaces; son las únicas drogas activas en todas las etapas y en todo tipo de reacción alérgica, y son efectivos inmunosupresores. Sin embargo, también favorecen la diseminación de infecciones y por ello deben reservarse para aquellos casos en que otros fármacos son probadamente ineficaces o están contraindicados. (33)

5.1.15. MDHAQ: (Modified Health Assessment Questionnaire), se trata de un cuestionario desarrollado para valorar la discapacidad y la actividad de la enfermedad en pacientes con AR; es un cuestionario de 2 páginas que responde el propio paciente. (Anexo K)

5.1.16. MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS: (9) Comprenden una amplia variedad de medicamentos. Se obtienen a partir de organismos vivos o de sus tejidos. Las fuentes y métodos de producción incluyen cultivos de células o de microorganismos o la extracción a partir de tejidos o de fluidos biológicos como la sangre.

5.1.17. MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD: Encarna el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud (necesidades reales que son percibidas o no por la población). (34)

5.1.18. PRIME TEST: (35) (36)(Anexo L) “El PRIME-MD fue diseñado como instrumento diagnóstico para la detección de los trastornos mentales más comunes en atención primaria y población general (12 en total) como trastornos del ánimo, ansiedad, somatomorfos, por consumo de alcohol y trastornos de la conducta alimentaria”. “Es un procedimiento rápido y estandarizado que ha demostrado una sensibilidad del 83%, una especificidad del 88% y un valor predictivo positivo del 80% para el diagnóstico de cualquier enfermedad mental”. La entrevista de Prime fue diseñada por Spitzer y colaboradores en 1994.

5.1.19. REMISIÓN DE LA ENFERMEDAD: Se define como aquel estado en el que no existe actividad inflamatoria ni progresión del daño estructural. (37)

5.2. MARCO TEÓRICO

5.2.1. ARTRITIS REUMATOIDE

“Las enfermedades reumáticas comprenden más de 100 diferentes enfermedades, muchas con compromiso multisistémico y una amplia variedad de manifestaciones clínicas y pronósticos. Ningún grupo racial o etario es ajeno a las enfermedades reumáticas. La AR afecta el 1% de la población y es una causa más frecuente de limitación que la enfermedad cardíaca, el cáncer o la diabetes mellitus. Debido a que la mayoría de estas enfermedades se inician en la juventud o en la vida media de la persona ocasionan una gran cantidad de pacientes/año de discapacidad”. (38)

Donde la AR se caracteriza por la inflamación persistente de la membrana sinovial articular. Con el tiempo, pueden aparecer erosión ósea, destrucción del cartílago articular y la pérdida completa de la integridad de la articulación. Por último, pueden afectarse sistemas orgánicos múltiples. La AR es la artritis inflamatoria más común.

La AR es una enfermedad inflamatoria, crónica autoinmune y sistémica de etiología desconocida; su principal órgano blanco es la membrana sinovial; se caracteriza por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico en cualquier momento de su evolución. (20)

La AR se caracteriza por tener 3 tipos principales de comportamiento clínico: monocíclico (representa una autolimitación de la entidad), policíclico (tiene dos formas de presentación, una con exacerbaciones seguida de inactividad completa y otra por períodos de actividad seguidos de mejoría pero sin lograr inactividad) y la tercera progresiva (su evolución es a la destrucción completa).

El diagnóstico de la AR temprana, se realiza con una correcta interpretación de la historia clínica e investigaciones clínicas.

La enfermedad Reumatológica, es de causa desconocida, requiere de varios exámenes para ser diagnosticada, no tiene cura, pero en muchos casos puede ser controlada; la progresión depende de cada persona.

El manejo comprende:

- * Educación del paciente
- * Trabajo en equipo multidisciplinario
- * Tratamiento temprano
- * Valoración de la actividad de la enfermedad
- * Limitar la progresión del daño.

La iniciación temprana del tratamiento con DMARS es recomendada para el control de síntomas y signos de la AR como también limitar el daño radiológico.

Todos los pacientes con sospechas de inflamaciones asociadas con la enfermedad deberán ser referidos al especialista lo más pronto posible para confirmar el diagnóstico y evaluar la actividad de la enfermedad.

Los pacientes con la actividad de la enfermedad: moderada o severa deberán:

- * Ser valorados por actividad de la enfermedad usando un sistema de puntaje estandarizado como el DAS/DAS28.

- * Ser revisados mensualmente hasta conseguir la remisión o bajo puntaje de la actividad de la enfermedad.

- * Tener tratamiento con DMARS, ajustado con el objetivo de conseguir la remisión o bajar el puntaje del DAS/DAS28.

- IMPACTO ESPERADO EN LA SALUD:

Lo más importante es hacer un diagnóstico temprano y oportuno, limitar el dolor y mejorar la movilidad articular y capacidad funcional, mejorar la calidad de vida y la atención médica, una referencia oportuna y efectiva, disminuir el tiempo de reincorporación laboral e incapacidades médicas y limitar la progresión del daño articular.

La AR constituye un problema de salud pública en Estados Unidos de América y otros países desarrollados debido a su prevalencia, las consecuencias funcionales, el impacto socioeconómico e incremento en el uso de los servicios de salud, tan solo en Estados Unidos de Norteamérica genera aproximadamente 9 millones de visitas médicas y 250.000 hospitalizaciones anuales y una invalidez permanente de 2.5% por año. (39)

“El tratamiento farmacológico de los pacientes con AR, se basa en el uso de analgésicos, antiinflamatorios y drogas modificadoras de la enfermedad (DMARS), Los DMARS, son medicamentos que tienen un margen terapéutico estrecho y múltiples efectos secundarios; sin embargo, se ha demostrado que pueden modificar el curso de la enfermedad disminuyendo su progresión y la aparición de discapacidad”. (40)

Existen indicios radiológicos de destrucción de las articulaciones en el 70% de los pacientes 2 años después del diagnóstico de la enfermedad (Scott, 2000a; Eberhardt, 1995). Entre el 15% y el 20% de los pacientes diagnosticados recientemente requerirán artroplastia por destrucción articular en un plazo de 5 años (Eberhardt, 1995). (41)

Un estudio realizado en España en el año 2010 reporta que 10 años después del comienzo de la AR, más del 50% de los pacientes sufre discapacidad grave; 15 años después de su aparición solo el 40% puede trabajar (Blumberg, 2001). (42) (20)

Se estima que la prevalencia de depresión entre los pacientes con AR oscila entre el 14% y el 43% (Pincus, 1993). (20)

La mortalidad asociada a la AR es superior a la de la población general, está directamente relacionada con la gravedad de la enfermedad y ha cambiado poco a lo largo del tiempo (Pincus, 2001; Gabriel, 2003). (20)

Con relación a las comorbilidades, es difícil identificar cuáles son debidas directamente a la actividad inflamatoria de la AR, es decir a complicaciones de la enfermedad y cuáles no lo son o sea las comorbilidades asociadas debido a que el proceso inflamatorio que se mantiene es el mecanismo patogénico de muchas patologías asociadas a la AR. (20)

- COMPLICACIONES DE LA AR (20)

- *Amiloidosis

- *Anemia

- *Pericarditis.

- *Miocarditis.

- *Enfermedad pulmonar.

- *Derrame pleural.

- *Nódulos reumatoides.

- *Fibrosis intersticial.

*Bronquiolitis obliterante con neumonía organizativa BONO

*Síndrome de Felty.

*Síndrome de Sjogren secundario (SSS)

*Vasculitis.

*Purpura palpable.

*Vasculitis reumatoide tipo poliarteritis nodosa

*Hemorragias en astilla periungueales

- COMORBILIDAD NO RELACIONADA DIRECTAMENTE CON LA AR (41)

*Infecciones.

*Virosis.

*Tuberculosis.

*Cardiopatía isquémica.

*Insuficiencia cardíaca.

*Osteoporosis.

*Cáncer de pulmón.

*Linfoma

*Problemas de salud mental.

- TRATAMIENTO DE LA AR: (43), (44), (45), (46)

FARMACOLÓGICO:

En orden de prioridades las metas terapéuticas en todos los pacientes con AR son:

- * Inducir la remisión completa de la AR (objetivo principal, que debe ser alcanzado en un plazo de seis meses según la ACR y EULAR) (46).
- * Aliviar el dolor.
- * Controlar la inflamación o la actividad de la enfermedad.
- * Preservar la función para las actividades de la vida diaria y laboral.

- * Mejorar al máximo la calidad de vida.
- * Retardar o prevenir el daño articular a través de una intervención temprana que evite la progresión de la enfermedad.

En el tratamiento de la AR, según las guías clínicas EULAR, ACR y la asociación colombiana de reumatología se utilizan varios medicamentos tales como los biológicos y los de síntesis química:

Se recomiendan los AINES y glucocorticoides como tratamiento sintomático inicial:

AINES (47)

- * Son indicados para el control de la inflamación y el dolor en la AR.
- * No deben usarse como fármacos únicos y no reemplazan a los DMARS.
- * Cualquier AINES debe utilizarse a dosis máxima durante al menos una semana antes de considerar que existe un fracaso terapéutico. Una vez controlados los síntomas, los AINE deben utilizarse a la dosis mínima eficaz.
- * No es recomendable usar dos o más AINE de manera simultánea, ya que el uso concomitante no incrementa la eficacia y en cambio aumenta la toxicidad.
- * Restringir su uso en pacientes que presenten medicación con anticoagulantes, con deterioro renal. Y evitar su uso en pacientes con riesgo alto de enfermedad cardiovascular.

Glucocorticoides

- * En pacientes con actividad leve a moderada después de una terapia adecuada con AINE (esperando al menos 2 ó 3 semanas).
- * En casos de una enfermedad poliarticular severa, durante la “ventana” de inicio de acción de los fármacos modificadores de la enfermedad, después de lo cual se retiran gradualmente. Este esquema es el más aceptado y se denomina “terapia puente” con esteroides.

- * La monoterapia con glucocorticoides no se recomienda, sólo se debe utilizar en casos excepcionales, cuando todos los otros DMARS tienen contraindicaciones, según un estudio realizado por la EULAR (46).

Terapia individual con drogas modificadoras de la AR la adición de manera lineal o secuencial:

- * La terapia con DMARS ofrece el mejor potencial para cumplir las metas terapéuticas y se asocia con reducción de la morbilidad y la mortalidad en la AR. Se recomienda su uso en el paciente con diagnóstico establecido, lo más temprano posible, antes de la aparición de cambios erosivos. El inicio de los DMARS no debe demorar más de tres meses en pacientes con factores de mal pronóstico (alto riesgo) o en aquéllos con signos de actividad persistente a pesar el tratamiento antiinflamatorio, independientemente de la presencia del factor reumatoide. Los DMARS se caracterizan por el inicio de acción gradual (entre uno y seis meses), los mecanismos de acciones diferentes y en muchos casos no bien comprendidos, con perfiles de eficacia y toxicidad particular y cuyo efecto principal es la inmunomodulación de la enfermedad y no la analgesia.
- * Metotrexato (MTX) debe ser parte de la primera estrategia de tratamiento en pacientes con AR activa.
- * En los casos de contraindicaciones o intolerancia a MTX (temprana), SSZ o LEF deben ser considerados como parte de la (primera) estrategia de tratamiento.
- * El DMARS más frecuentemente utilizado en Colombia es el MTX, seguido de los antimálaricos y la SSZ. (43)
- * Dentro de los DMARS se pueden citar: Azatioprina (AZT), ciclosporina A (CSA), hidroxicloroquina (HCQ), leflunomida (LEF), metotrexato (MTX), minociclina, compuestos de oro orgánicos: oral (AUR) e inyectable (ORI), y sulfasalazina (SSZ). (44)

Según la guía ACR el inicio y el cambio entre los DMARS, se debe realizar si:

- * Después de 3 meses de monoterapia con DMARS, el paciente se deteriora de baja actividad de la enfermedad a alta o moderada, a continuación debe añadirse un segundo DMARS.
- * Después de 3 meses de MTX o su combinación con MTX / DMARS, el paciente todavía tiene actividad de la enfermedad moderada o alta, se debe añadir otro DMARS no MTX o cambiar a un DMARS no MTX diferente.

El cambio de DMARS a agentes biológicos o de biológicos a otros biológicos, según la guía ACR se debe realizar si:

- * El paciente tiene actividad de la enfermedad moderada o alta después de 3 meses de monoterapia con MTX o la terapia de combinación DMARS, se recomienda la adición o el cambio a un anti-TNF biológico, Abatacept y Rituximab.
- * Después de 3 meses de terapia combinada DMARS intensificado o después de un segundo DMARS, el paciente todavía tiene actividad de la enfermedad moderada o alta.
- * En caso que el paciente mantenga actividad de la enfermedad moderada o alta después de 3 meses de terapia biológica anti-TNF, se recomienda cambiar a otro biológico.
- * El paciente sigue teniendo actividad de la enfermedad moderada o alta después de 6 meses de un producto biológico no-TNF y el fallo es debido a la falta o pérdida de beneficios, cambiar a otro no-TNF biológico o un biológicos anti-TNF. El período de evaluación de 6 meses fue elegido en lugar de 3 meses, debido a la previsión de que un tiempo más largo puede ser necesaria para la eficacia de un biológico no-TNF.
- * En caso de presentarse daños o eventos adversos.
- * Dentro de los medicamentos biológicos o Anti-TNF- α antagonista se pueden citar: Abatacept (ABT), Adalimumab (ADA), Anakinra (ANK), Certolizumab-PEGOL (CZP), Etanercept (ETN), Golimumab (GLM), Infliximab (IFX), Rituximab (RTX), Tocilizumab (TCZ) (44).

OTROS TRATAMIENTOS (48)

*Tratamiento interarticular

*Analgésicos

NO FARMACOLÓGICOS: (48)

*Equipo multidisciplinario.

*Adecuación de espacios para la realización de actividades diarias

*Equipos de apoyo.

*Psicoterapia.

*Fisioterapia.

*Hidroterapia.

*Ferulaje.

*Dieta

- SEGUIMIENTO CLÍNICO DE LOS PACIENTES

CLINIMETRÍA:

MDHAQ (Modified Health Assessment Questionnaire), se trata de un cuestionario desarrollado para valorar la discapacidad y la actividad de la enfermedad en pacientes con AR; es un cuestionario de 2 páginas que responde el propio paciente. (Anexo K)

Incluye una valoración de la función física de forma análoga al HAQ convencional, una escala analógica visual para evaluar dolor (PN), estado general (PTGL) y fatiga (FT). Mediante este cuestionario se puede calcular el RAPID3 compuesto por la suma de FN, PN y PTGL. Además, el cuestionario incluye una revisión de 60 síntomas comunes en las enfermedades reumáticas (ROS). (25)

Fue desarrollado originalmente en 1978 por James F. Fríes, MD, y colegas de la Universidad de Stanford. (49)

RANGO:

- FN: 0-10
 - PN: 0-10
 - PTGL: 0-10
 - FT: 0-10
 - ROS: 0-60
- ✓ ÍNDICE DE 28 ARTICULACIONES (DAS 28): Referenciado en el glosario. (Anexo I)
- ✓ PRIME TEST: Referenciado en el glosario. (Anexo L)

5.2.2. SERVICIOS DE SALUD - CLASIFICACIÓN POR NIVELES DE COMPLEJIDAD

La normatividad en Colombia permite realizar una clasificación por niveles de complejidad desde el más básico, hasta el más complejo; entonces encontramos que los servicios se encuentran clasificados de la siguiente manera para la atención, así:

“ARTICULO 20. RESPONSABILIDADES POR NIVELES DE COMPLEJIDAD”.

Para efectos de definir la responsabilidad del personal de salud en los diferentes niveles de Complejidad se establece:

NIVEL I: Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados.

NIVEL II: Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.

NIVEL III y IV: Médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico”

Se modifican los niveles de complejidad a baja, media y alta, equiparándolas a la clasificación realizada en la Resolución 5261 de 1994; sin embargo, en el Acuerdo 029 de 2011 se retoman los niveles de complejidad descritos en la Resolución 5261 de 1994 y en su artículo 81

observatorio, menciona: “ARTÍCULO SEGUNDO. La Comisión de Regulación en Salud advierte a las Empresas Promotoras de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud que los niveles que se enuncian en el presente Acuerdo corresponden a instrumentos de agrupamiento de procedimientos de salud para efectos de describir coberturas del Plan Obligatorio de Salud, y no deben constituirse en barreras de acceso para la prestación de servicios a los afiliados, ni confundirse con niveles de atención o grados de complejidad de los prestadores de servicios de salud”. (50)

Con la aparición de la Resolución 1043 del año 2006, se reglamenta la denominación de los servicios y se clasifican en Baja, Mediana y Alta Complejidad, que corresponderían a los de Nivel I, Nivel II y Nivel III y IV respectivamente.

5.2.3. EVALUACIONES ECONÓMICAS (51)

Una evaluación económica busca hacer más eficiente el uso de los recursos considerando que son cada vez más escasos no así los costos que están involucrados en los programas de salud.

Cuando se realizan evaluaciones económicas en salud, se trabaja más en efectividad que en eficacia porque los programas se suceden en condiciones reales y no ideales como en los ensayos clínicos controlados.

Una evaluación económica se basa en el análisis comparativo de dos intervenciones en términos de sus costos y consecuencias.

Tipos de evaluación económica:

Si en una evaluación económica se comparan solamente los costos o las consecuencias, esta se considera como una evaluación económica parcial, en este grupo se encuentran:

- “1. Descripción de costos
2. Descripción de costo-consecuencia.
3. Análisis de costos.

La descripción de costos se caracteriza porque no compara cursos alternativos de acción siendo su principal propósito el reporte de costos asociados a una determinada intervención. La descripción de costo-consecuencia por otra parte, agrega a lo anterior la descripción de desenlaces, sin embargo, tampoco considera la evaluación de alternativas terapéuticas. Finalmente el análisis de costos, sí compara distintos cursos de acción, pero examinando solamente la relación entre costos en desmedro de las consecuencias.

Existen cuatro tipos principales de las evaluaciones económicas: análisis de costo-minimización, análisis costo-efectividad, análisis costo-utilidad y análisis costo-beneficio. Si bien todos estos análisis emplean una metodología similar en la estimación de costos, se diferencian en el método utilizado para estimar los beneficios”. (32)

Cuando se comparan tanto los costos como las consecuencias de dos o más alternativas, se considera una evaluación económica completa.

Evaluación de costo efectividad:

Este tipo de evaluación, hace parte de las evaluaciones económicas las cuales se orientan a examinar y seleccionar las mejores opciones frente a costos y resultados; en ella se identifica, mide, valora y compara los costos y los resultados.

El resultado de los estudios de costo efectividad “se expresa en un cociente de costo-efectividad (C/E)”. (31)

“Su resultado principal se expresa como la razón incremental de costo-efectividad, que se describe con el siguiente algoritmo:

$$\Delta C_i / \Delta E_i = \frac{C_1 - C_2}{E_1 - E_2}$$

Donde: C1 y E1 representan los costos y efectos del programa de mayor efectividad (normalmente el programa nuevo) y C2 y E2 representan los costos y efectos del comparador (normalmente el programa actual)”. (32)

Horizonte temporal:

Este horizonte temporal considera hasta que periodo se van a incluir los costos y los resultados de la tecnología en estudio, se recomienda que este periodo sea el que permita el análisis de los principales efectos clínicos y económicos. (52)

“La mejor opción no es necesariamente la que genere la mayor productividad económica, pues en la mayoría de los casos el objetivo no es obtener rentabilidad financiera, sino elegir a alternativa que resuelva mejor un determinado problema con la menor inversión de recursos”.

El horizonte temporal debe ser igual para los costos como para los beneficios; debido a que en algunos casos el horizonte temporal es demasiado amplio, se puede llegar a apoyar en datos modelados para la extensión del horizonte analítico.

“La efectividad, alude al desenvolvimiento de la tecnología en la vida real, en condiciones dispares de aplicación o suministro del tratamiento por profesionales de diversa formación, a pacientes en ocasiones escasamente predispuestos a cumplir las indicaciones del personal sanitario y cuyas características son igualmente variadas en lo que respecta a su estado de salud y condición médica. Los datos de efectividad gozan de validez externa pero corren el riesgo de no ser internamente válidos” (53).

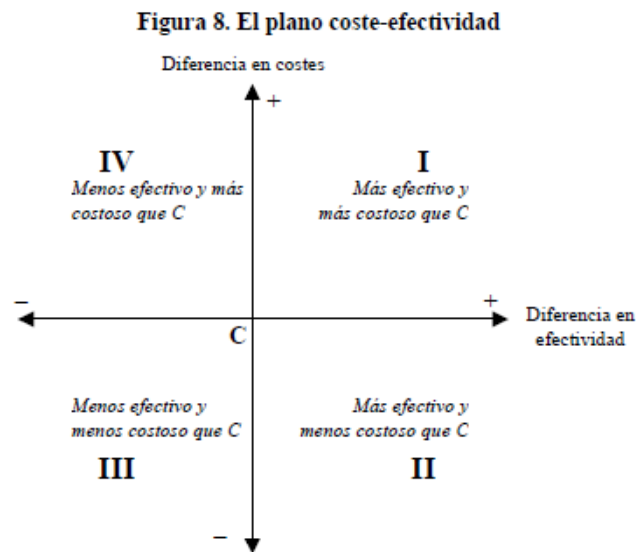
La evaluación de costo efectividad, “sirve para resolver el problema de la eficiencia técnica, al determinar la forma menos costosa de obtener unos resultados deseados” (54). En las evaluaciones económicas en salud, se consideran beneficios no solo los que contribuyen a mejorar el bienestar del paciente directamente; como ejemplo, el cambio en administración de medicamentos endovenosos recibidos en un determinado tratamiento por un tratamiento con medicamentos orales con los que se obtienen los mismos resultados; para la familia, el mejoramiento en la calidad de vida de su pariente. También hay otros beneficios para los empresarios donde laboran los pacientes, las organizaciones donde se implementan las nuevas tecnologías o los nuevos programas, porque mejoran su eficiencia.

“Es erróneo pensar que en una evaluación económica beneficio es sólo aquello que produce una ganancia monetaria” (52). Se considera que: “la medida de efectividad dependerá del tratamiento que se pretenda evaluar” (52). Para medir la efectividad, es necesario definir una variable objetivo y esta se determina en unidades naturales, es decir con sus unidades de medida habituales que a veces se llaman variables de resultados intermedios.

“Aquí el beneficio viene establecido, fundamentalmente, desde la clínica. Es el clínico o un grupo de “expertos” – quien decide cuándo un tratamiento ha tenido éxito” (52)

En el siguiente cuadro, se representa gráficamente como se ubica en un plano cartesiano la relación de costo efectividad dependiendo de los resultados obtenidos de la evaluación y para que el tomador de decisiones, se oriente frente a la alternativa que resulta ser más costo eficiente.

Gráfica 2. El plano costo-efectividad



(52)

La evaluación de un programa permite medir la efectividad, el impacto, el costo-beneficio y de esta manera, identificar si el programa “genera una diferencia significativa con otra intervención o si permite recuperar la inversión. (55)

Al hablar de intervenciones, Según Avedis Donabedian, “los medios son una serie de intervenciones: unas técnicas, otras psicológicas y otras sociales. Los medios se juzgan por su efectividad (es decir su contribución a la mejora de la salud), por su costo y por el grado en que sus otros atributos son aceptados por los pacientes y por la sociedad”. (56)

Análisis de costo-efectividad:

“El ACE es una técnica de evaluación económica que trata de comparar el costo y el efecto clínico de 2 o más intervenciones alternativas, potencialmente competidoras y en general mutuamente excluyentes, para determinar cuál de ellas es la mejor desde un punto de vista económico y clínico” (18)

MODELO DE EVALUACIÓN

“El valor de un modelo no sólo se encuentra en los resultados que genera, sino también en su capacidad para mostrar la relación lógica que existe entre la información de entrada al modelo (es decir, los datos y los supuestos) y los resultados, en tal forma que las consecuencias y los costos puedan ser valorados”. (57)

El informe de La Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados (ISPOR) sobre buenas prácticas de investigación, define el modelo para la evaluación para la atención en salud como: “una metodología analítica que da cuenta de eventos a lo largo del tiempo y entre distintas poblaciones, que se basa en los datos extraídos de fuentes primarias y/o secundarias, y cuyo propósito es estimar los efectos de una intervención sobre los costos y las consecuencias para la salud. (57)

Los estudios de costo efectividad, buscan establecer la relación entre los supuestos y los resultados de acuerdo con el mismo informe.

Si se habla de estructura de la evaluación del modelo, se debe tener en cuenta que “no todas las relaciones causales deben ser comprobadas, tal como normalmente se realiza en las pruebas de hipótesis, mostrando que el tamaño del efecto es estadísticamente significativo a un nivel comúnmente aceptado de significancia ($p < .05$). Por el contrario, significa que las relaciones incluidas no se contradicen por la evidencia disponible y que son consistentes con teorías ampliamente aceptadas”. (57)

La inclusión de los estados de salud que tengan importancia clínica, mejoran la validez aparente aunque no afecten los resultados del modelo, según el estudio de ISPOR.

“La duración del ciclo del modelo debe ser lo suficientemente corta como para que sea poco probable la existencia de cambios múltiples en la patología, los síntomas, las decisiones sobre el tratamiento o los costos dentro de un mismo ciclo. La elección de la duración de un ciclo debe estar justificada”. (57)

Frente a la identificación de los datos, “un modelo no debe ser criticado porque los datos existentes no cumplen con los estándares ideales de rigor científico”. (57)

Es importante realizar un análisis de sensibilidad sobre los parámetros cuyo valor puede ser controvertido porque se pueden cuestionar las conclusiones.

El estudio recomienda que si se van a excluir “fuentes de datos conocidas para la estimación de los parámetros, se debe justificar dicha exclusión”. (57)

Otra recomendación del estudio menciona que: “Las fuentes de datos y resultados no deben rechazarse sólo porque no cumplen con la “significancia estadística” de acuerdo a los límites de probabilidad generalmente aceptados (ej.: $P > .05$)”. (57)

Se recomienda tener en cuenta la opinión de los expertos para la evaluación de los parámetros siempre que no se vean afectados los resultados de manera importante por alguno de estos parámetros.

Con relación a la modelación de los datos, el estudio recomienda tener en cuenta todas las posibilidades que se presentan con la manera como se tratan los datos, es decir frente a métodos con datos de calidad de vida, supervivencia, factores de riesgo, transformar cargos en costos, ajuste a la inflación o poder adquisitivo a lo largo del tiempo, métodos para descontar los costos y efectos en salud al valor actual y otros relacionados, mortalidad. Estos son algunos ejemplos donde el estudio recomienda considerar todos los métodos que se requieren para el modelo dependiendo de lo que se quiere evaluar.

Si se mira el aspecto de la incorporación de datos, ISPOR sugiere que: “Las unidades de medida, los intervalos de tiempo y las características de la población deben ser mutuamente consistentes a través de todo el modelo.

Todos los estudios de modelación deben incluir amplios análisis de sensibilidad de los parámetros clave. Se pueden utilizar análisis de sensibilidad determinísticos (univariado y multivariado) o probabilísticos”. (57)

Validación:

Los modelos deben demostrar que se ha hecho una evaluación interna y una depuración, deben “incluir los valores nulos o extremos para evaluar si producen los resultados esperados”. (57)

Cuando se habla de la validación externa, se dice que “La capacidad que tienen los modelos para adaptarse a la nueva evidencia y el conocimiento científico debe considerarse una fortaleza, no una debilidad del enfoque del modelado.

Los modelos nunca deben ser considerados completos o inmodificables. Deben ser actualizados en repetidas ocasiones, y a veces deben ser abandonados y reemplazados, a medida que surge nueva evidencia para dar forma a su estructura o valores de entrada.” (57)

El estudio de la (ISPOR) concluye: “Desde nuestro punto de vista, lo más importante que se debe tener en cuenta a la hora de evaluar un modelo de evaluación de atención en salud es que los resultados no deben ser considerados afirmaciones sobre los hechos o como predicciones sobre el futuro. En cambio, su propósito es sintetizar la evidencia y los supuestos de una manera que les permita a los usuarios finales adquirir un mayor conocimiento sobre las implicaciones de esas entradas sobre las consecuencias y los costos evaluados. Sus resultados estarán siempre condicionados a sus entradas.” (57)

5.2.4. ESTUDIOS ANTES Y DESPUÉS SIN GRUPO CONTROL

“Este tipo de estudios se emplea a menudo para evaluar las repercusiones de un programa, pero proporciona datos poco concluyentes acerca de la eficacia del mismo, e implica medir el resultado de interés antes y después de haber implementado el programa. Estos estudios son sencillos y se pueden realizar con un costo relativamente bajo, ya que todo lo que se necesita es un marco de muestreo y auxiliares de investigación para que realicen observaciones en varios sitios. No obstante, sin un grupo testigo el valor científico de este tipo de estudios es relativamente limitado puesto que con frecuencia es difícil atribuir con certeza a la introducción del programa la modificación de los resultados”. (58)

En un país donde no hay evaluación de ningún programa de AR, esta es una primera aproximación; aunque se conocen las limitaciones que tiene este tipo de estudio, se puede obtener información útil, para que más adelante se desarrolle un estudio con grupo control.

Sumado a lo anterior, este estudio refleja lo que sucede hoy día en Colombia en el sistema de salud donde hay unas falencias muy graves en obtención y la sistematización de la información.

Los estudios cuasi-experimentales, buscan evaluar el efecto causal de la variable dependiente, son aplicables cuando se investiga una etiología, debido a que al trabajar con humanos y realizar intervenciones, por consideraciones éticas, la exposición de las personas a una determinada intervención que se encuentra en estudio, debe realizarse bajo condiciones controladas como sucede en los ensayos clínicos.

6. ESTADO DEL ARTE

Se han realizado algunos estudios frente a modelos similares de manejo integral de pacientes con AR, a nivel nacional encontramos el modelo de una aseguradora que atiende a los usuarios con equipo multidisciplinario para el control de la enfermedad. “En este modelo, el médico general que atiende al usuario con sospecha de la enfermedad, comenta el caso con el director médico para la remisión, luego se pasa por el proceso de autorización para la consulta de reumatología, el paciente es remitido al programa, la enfermera asigna la cita con el reumatólogo solo para los usuarios con tratamiento de biológicos, o con el médico experto para los pacientes sin biológicos. Una diferencia se encuentra en el manejo de pacientes con reumatólogo quien atiende solo a pacientes con tratamientos de biológicos; la otra diferencia es que en el programa se incluyen pacientes con sospecha de AR; es decir no están confirmados. Estos usuarios son manejados por el “médico experto”.

Los pacientes ingresan al programa por demanda inducida, no cancelan cuotas moderadoras.

En 1600 pacientes que tuvieron en un año, sus resultados en el DAS 28 fueron:

	2013	2014
Remisión	32,43	36,83
Baja Actividad	15,54	16,94
Moderada Actividad	40,44	35,91
Alta actividad	11,59	10,31

Con relación a la remisión, el 83,20% permanecieron igual y el 16,80 mejoró.

Para la baja actividad: estuvo igual el 44,26%, mejor el 24,59% y empeoró el 31,15%

En la moderada actividad, el 58,14% estuvo igual, el 31,40% mejoró y el 10,47% empeoró.

Para los pacientes de alta actividad, el 47,73% estuvo igual y el 52,27% mejoró.

El 80% de los pacientes se encuentran con Medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARS) y sus hospitalizaciones son en promedio 1 al mes.” (59)

Existe otro estudio realizado en La Habana, Cuba; donde se revisaron 1000 casos de pacientes con enfermedad reumatológica, atendidos en la consulta externa durante 6 meses. En el estudio se revisó el papel del reumatólogo en atención primaria, en dos municipios de la Habana entre el 2003 y 2004. De acuerdo con el estudio, concluyeron que la atención por el reumatólogo en el nivel primario permitía descongestionar los servicios hospitalarios para que estos se dediquen a la atención de pacientes con enfermedad reumática sistémica. Identificaron que al realizar intervención de los pacientes con enfermedad reumatológica tempranamente, permite “mejorar el rendimiento y la calidad de la consulta de reumatología”. Otra conclusión del estudio fue que permitió identificar qué tipo de consultas podrían ser vistas por el reumatólogo y cuales por el médico familiar, es decir hacer una mejor planificación de la consulta. (60)

Un tercer estudio de España, muestra que durante cuatro años en el “hospital Virgen del Rosario en Sevilla,” se evaluó la participación del reumatólogo en la atención primaria como consultor, el cual aclaraba las dudas diagnosticas; ya que inicialmente los médicos presentaban dudas frente al diagnóstico posteriormente se presentaban frente a los tratamientos; el 83% de los pacientes fueron remitidos nuevamente a su médico de cabecera y al final, el 94,5% de los médicos consideraron necesaria o muy necesaria la presencia del reumatólogo en la atención primaria, de igual forma, se identificó que con la presencia del reumatólogo en el nivel primario, los médicos generales solicitaban menos ayudas diagnósticas; el 40,5% realizó un uso más racional de los medicamentos. Con la interconsulta con el reumatólogo en el nivel primario se logró disminuir la remisión de los pacientes a los centros hospitalarios, las remisiones se realizaron bajo criterios de remisión protocolizados. Las interconsultas se realizaban un día a la semana pero con rotación por cada centro de salud una vez al mes; fueron cuatro centros incluidos en el estudio. Se contó con un médico coordinador (médico familiar); se realizaban discusiones de casos y sesiones educativas con los médicos generales, los pacientes y el reumatólogo. El estudio se realizó mediante aplicación de encuesta que diligenciaban los médicos de la atención primaria frente a la participación del reumatólogo; al final los resultados arrojaron que la presencia del reumatólogo en el nivel primario permitía además del

acercamiento de la especialidad tradicionalmente ubicada a nivel hospitalario, disminuir las remisiones al nivel de mayor complejidad porque se constituía en un filtro para los médicos generales y para ellos fue muy positiva la experiencia por el aprendizaje que se obtenía de los especialistas. (61)

7. OBJETIVOS

7.1 GENERAL

Determinar eficiencia y efectividad del programa de reumatología en pacientes con artritis reumatoide en una IPS de servicio ambulatorio en Santiago de Cali, entre el año 2009 – 2013

7.2 ESPECÍFICO

1. Determinar el valor per cápita transaccional que asumió el asegurador, para la misma cohorte de pacientes, en los dos modelos prestacionales.
2. Describir la evolución de los resultados clínicos de los pacientes de artritis reumatoide.
3. Analizar la percepción de los usuarios frente a las dos modalidades de atención.

8 METODOLOGÍA

8.1 TIPOS DE ESTUDIO

La presente investigación se enmarca en un estudio antes y después sin grupo control bajo un análisis descriptivo longitudinal (62).

Teniendo en cuenta que en el presente estudio no es posible contar con el control de las variables mediante un grupo control, el estudio tiene un diseño cuasi experimental (Bush 1985), su propósito de igual forma, es determinar si las variables independientes, producen cambios en las variables dependientes (63).

En este estudio los datos obtenidos de costos para el año 2009, se obtuvieron de manera global del programa de reumatología, no pudiéndose especificar estos costos para los pacientes que pertenecían a la muestra de estudio –pacientes con diagnóstico de AR–, por lo tanto teniendo en cuenta que estos datos no presentan las características y calidad para ser comparados con los datos que se obtuvieron de los años 2010 al 2013, se decide excluir esta información del análisis en la investigación. Frente a la evaluación de la efectividad del programa al no poder acceder a las historias clínicas de los pacientes de los años 2009 – 2010, las cuales estaban bajo custodia del asegurador, se decidió tomar como línea base el año 2011; año en el cual se presentó la transición entre las dos modalidades. Se tomaron en cuenta los resultados de los exámenes clínicos realizados en el año 2011 por el nuevo prestador, antes de iniciarse la intervención en el nuevo programa. En cuanto a los datos tanto de costos como de resultados clínicos del periodo 2011 al 2013, se recopilaron y analizaron de manera individual por cada uno de los 82 pacientes que hicieron parte de este estudio; posteriormente, se totalizaron para obtener las conclusiones de esta investigación.

8.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se desarrolla con los pacientes de AR del programa de reumatología de una IPS de servicios ambulatorios ubicada en el norte de la ciudad de Santiago de Cali, en un período de cinco años.

8.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La muestra inicialmente proyectada para esta investigación era de 120 pacientes los cuales presentaban diagnóstico de AR. Sin embargo, la muestra actual para este estudio es de 82 pacientes, modificación la cual se presentó debido a que al realizar el estudio a profundidad de estos para su inclusión en la misma, evidenció que el diagnóstico inicial había cambiado, debido a los diagnósticos diferenciales que hacen parte de las enfermedades reumáticas. Sumado a lo anterior seis de los pacientes diagnosticados con AR, se negaron a participar en la investigación, disminuyendo así el tamaño de la muestra.

La muestra es una muestra por conveniencia. Población Total es definida como: “La totalidad de los individuos o elementos en los que puede presentarse determinada característica susceptible de ser estudiada” Fayad Camel (1970); “El agregado total de casos que cumplen con una serie predeterminada de criterios” Polit y Hungler (2000); “Es la totalidad de elementos o individuos que tiene ciertas características similares y sobre las cuales se desea hacer inferencia”. (64)

El tamaño de la muestra, se basó en los pacientes con diagnóstico de AR.

Los pacientes que ingresaron como parte de este estudio cumplieron con los siguientes requisitos:

1. Pacientes con AR que hayan sido atendidos en el programa en la EPS desde el año 2009.
2. Pacientes con AR que hayan sido trasladados con el programa a la IPS desde el 2011.
3. Pacientes con AR que hayan permanecido en el programa durante el periodo de estudio.

De los 82 pacientes que hicieron parte de este estudio, se seleccionaron veinte tres de ellos, veinte mujeres y tres hombres; es decir, del grupo de mujeres se entrevistó al 30,30% y del grupo de los hombres al 18,75%.

Para la realización de esta entrevista se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

1. Consto de cinco preguntas abiertas para obtener respuestas libres de parte de los usuarios.
2. Se realizó de forma individual.
3. Algunos pacientes se entrevistaron personalmente cuando estos se presentaron a las citas control, mientras que los pacientes que no tenían cita control programada para las fechas en las cuales se realizaron las entrevistas, se les realizó de manera telefónica.
4. Todas las entrevistas fueron realizadas por las investigadoras.
5. Pacientes que dieron su aprobación y firmaron el consentimiento informado.
6. Manejo confidencial de la respuesta.
7. Los resultados obtenidos se entregaran a la dirección de la IPS y demás directivas con el fin de que sirva para la toma de decisiones y mejoramiento del programa, y así lograr uno de los propósitos de esta investigación.
8. Se utilizaron los mismos criterios para realizar las entrevistas por parte de las dos investigadoras.

8.4 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información para realizar la evaluación y análisis en la presente investigación, se obtuvo a través de históricos de costos aportados por el asegurador y la IPS, revisión de historias clínicas y resultados clínicos de los 82 pacientes y las respuestas obtenidas de las 23 entrevistas realizadas a los usuarios.

Las entrevistas (anexo E Y F) fueron realizadas a un grupo de pacientes los cuales fueron escogidos por medio de una muestra por conveniencia, “la muestra por conveniencia es el procedimiento que consiste en la selección de la unidades de la muestra en forma arbitraria.

Las unidades de la muestra se autoselecciona o se eligen de acuerdo a su fácil disponibilidad.”
(65)

Se garantizó la confidencialidad de los participantes al no registrar sus datos de identificación en el formato de la entrevista (anexo F).

Criterios de inclusión:

1. Pacientes que estén en el programa desde su inicio en el año 2009
2. Pacientes que estén activos para el año 2013
3. Pacientes menores de 70 años.
4. Pacientes que dieron su autorización para hacer parte del estudio.

Para complementar el análisis de los resultados arrojados por las entrevistas se tuvieron en cuenta los resultados de los test aplicados en el programa entre el año 2011 al 2013, como son los índices DAS 28 y el HAQ y los resultados obtenidos una vez revisadas las historias clínicas de los pacientes, confirmando así estos resultados.

8.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los datos obtenidos tanto de los costos como de lo historial médico se recopilaron en una base de datos por tablas según la clasificación de los mismos, tales como:

Tabla 1. Variables analizadas

BASE DE DATOS FIJOS		BASE DE DATOS VARIABLES	
Número de documento	Resultado de exámenes de laboratorio: DAS 28 HAQ VSG PCR Depresión Ansiedad Apgar Hemoglobina Glóbulos blancos	Año	
Nombre completo		Costo de los medicamentos biológicos para cada año	
Género		Costo de los medicamentos no biológicos para cada año	
Fecha de nacimiento		Costo de hospitalizaciones para cada año	
Edad para el año 2013			
Fecha de diagnóstico		Costo de ayudas diagnósticas en imagenología para cada año	
Comorbilidades		Costo de ayudas diagnósticas laboratorio clínico para cada año	
Número de citas con los especialistas			
Adherencia al programa		Costos de la consulta con los especialistas (reumatólogo y médico familiar) para cada año	
Tipo de tratamiento medicamentoso			

Desarrollo del plan de análisis:

Para el análisis de los costos de los pacientes diagnosticados con AR del Programa de Reumatología, se realizó una base de datos con los 82 pacientes en Excel segregando los datos en dos tablas según sus características, una como tabla de controles clínicos y los costos, la cual se relaciona con la tabla de datos fijos mediante un campo identificador común que para el caso de esta investigación fue el número de documento del paciente. En tabla de los datos fijos se ubicaron los datos del paciente que no requerían modificación y en la otra los datos variables los cuales se introdujeron por año: los costos y los resultados clínicos del año 2009 al 2013, para realizar el análisis longitudinal. Posteriormente estos costos se totalizaron para hacerlos válidamente comparativos con los años anteriores. En cuanto a los datos del año 2010, los costos se obtuvieron de manera individual, sin embargo se tuvo que prescindir de los datos de los resultados clínicos ya que no se pudo tener acceso a estos ni a las historias clínicas. Como ya se había explicado anteriormente, el año 2009 se excluyó del estudio, ya que una vez registrada

la información que se logró recopilar de este año, se observó que no era comparativa con los años 2010 al 2013.

Una vez que se registraron todos los datos de los costos, se le realizó la indexación de los valores por año llevándolos hasta el año 2015 haciendo el proceso comparativo entre años, válido.

Se realizaron tablas estadísticas y gráficas de los resultados obtenidos con las distintas variables objeto de estudio en las cuales se puede observar la frecuencia absoluta y relativa de los datos, lo cual facilitó el análisis de los mismos.

Para este análisis se tuvo en cuenta la distribución de los resultados del DAS 28, la cual no fue normal para el periodo de estudio 2011 – 2013 por lo tanto se decidió trabajar con la mediana de los datos, como la medida de tendencia central, disminuyendo así que los valores extremos muy grandes o muy pequeños presentes afecten el análisis estadístico.

Se realizó un análisis independiente para los pacientes que en algún momento estuvieron con tratamiento biológico, durante el periodo 2011 a 2013, identificando su relación con las variables DAS 28 y el HAQ; igualmente se evaluó el porcentaje equivalente de los costos de los medicamentos biológicos frente al costo total por paciente en cada año.

Las comorbilidades a tener en cuenta inicialmente eran hipertensión arterial, diabetes y enfermedades cardiovasculares, sin embargo una vez que se inició con la revisión de las historias clínicas se observó la aparición recurrente del diagnóstico de hipotiroidismo, por lo tanto se decidió incluir esta como una variable independiente y así evaluar su frecuencia y posible relación con la AR. Según un estudio realizado en el año 1997 estas patologías si presentan relación, “Resultados: se estudiaron 256 pacientes con AR, encontrándose disfunción tiroidea en 42 (16.4%), 36 (15.23%) con hipotiroidismo y tres (1.17%) con hipertiroidismo. Conclusión: la relación de AR y disfunción tiroidea, en particular hipotiroidismo, es frecuente. Su reconocimiento es importante en la práctica clínica, dado que puede influir la presentación clínica y respuesta al tratamiento de la AR.” (66)

Para evaluar la satisfacción y perspectiva de los usuarios frente al programa, se realizó una entrevista a 23 de los pacientes de la muestra; la cual constaba de cinco preguntas. Esta entrevista se les realizó a algunos pacientes de manera personal y a otros telefónicamente en un lapso de 30 días, las respuestas a la misma se tabularon en Excel, por número de pregunta, posteriormente se cerraron y estandarizaron adjudicándoles 3 niveles de puntuación (ver tabla 12 y 13); exceptuando la pregunta número tres, la cual era una pregunta de opinión y se tuvo en cuenta para realizar las respectivas recomendaciones para el mejoramiento del programa de la IPS Comfandi. La información recogida en estas entrevistas, permitieron evaluar si el usuario percibió algún cambio con el nuevo modelo de atención y su satisfacción con el programa para el período 2009 - 2013. Dicha información, fue complementada con los resultados de clínicos de cada paciente para así realizar la evaluación de la efectividad del mismo.

Para el análisis y posterior evaluación de las variables fijas, se utilizó el paquete estadístico Stata, realizando tablas de frecuencia donde se calculó porcentajes para cada una de estas variables cualitativas, cada uno de esos porcentajes se acompañarán con intervalo de confianza al 95%.

8.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se garantizará la confidencialidad de toda la información que se obtendrá de las historias clínicas y de las entrevistas realizadas a los usuarios.

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, en el capítulo I, relacionado con los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, artículo 8: “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice”, en el artículo 15, literal h: “La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad”. En el parágrafo 1 de la misma resolución, se menciona lo siguiente con relación al consentimiento informado: “PARAGRAFO PRIMERO. En el caso de investigaciones con riesgo

mínimo, el Comité de Ética en Investigación de la institución investigadora, por razones justificadas, podrá autorizar que el Consentimiento Informado se obtenga sin formularse por escrito y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador de la obtención del mismo". (67)

Frente a la seguridad del paciente en la presente investigación, se tuvo en cuenta en la Resolución 8430 de 1993 y la Declaración de Helsinki (68), en el mismo capítulo, artículo 11 donde hace referencia a la investigación sin riesgo.

Teniendo en cuenta que es posible que se presente conflicto de interés aunque mínimo, debido al hecho de que una de las investigadoras es empleada en la institución donde se realizará investigación, más no en la misma IPS donde se presta el programa; para minimizarlo, la investigadora que no hace parte de la institución realizará proceso de veeduría, verificando la veracidad de la información brindada y recolectada por la investigadora que hace parte de la organización y además se encargará de procesar esta información.

Sumado a esto las bases de datos serán suministradas por una enfermera ajena al proyecto. Los datos analizar serán datos históricos a excepción de la entrevista.

9 RESULTADOS

Se inició el análisis de los resultados partiendo de la estructura funcional para realizar la prestación de los servicios de salud del programa de reumatología, en este caso el flujograma de los dos modelos de atención, identificando así las diferencias desde su inicio. (Anexo B y C)

En el proceso de atención de Reuma SOS para el período 2009 al 2011, el médico general realizaba las ordenes clínicas para ser llevadas por el usuario a la aseguradora para la autorización de las citas con el reumatólogo, el cual enviaba nuevamente al paciente al asegurador con las órdenes para consulta con otros especialistas y/o medicación para su autorización si este así lo requería; haciendo pasar al paciente por trámites repetitivos e incómodos, más aún si se tiene en cuenta que estos presentan una condición de discapacidad, que les impide movilizarse fácilmente (Anexo B).

En el proceso de atención del programa de reumatología de Comfandi, se muestra que la atención de los pacientes se realiza en la misma institución, lo cual mejoró las condiciones en cuanto a oportunidad, integralidad y accesibilidad del paciente al servicio, reflejándose la disminución de trámites por parte del paciente para acceder a las consultas con los especialistas. El programa de reumatología de Comfandi al ser un programa integral también incluye el servicio de aplicación de los medicamentos en la misma institución. Consta del servicio de consulta externa especializada de reumatología, ortopedia, medicina familiar, psicología, terapia ocupacional y nutrición y dietética, la remisión de los pacientes a estos servicios dependen de su necesidad (Anexo C).

También se tuvo en cuenta para realizar el presente estudio investigativo los criterios y la definición de remisión de la enfermedad, “ACR y la EULAR, propusieron una serie de variables que debían evaluarse en cada visita clínica y que incluían la cuantificación de las articulaciones dolorosas (NAD) e inflamadas (NAT), la valoración del dolor y de la actividad de la enfermedad por el paciente y el médico a través de una escala visual análoga (EVA), la capacidad funcional

del paciente y reactantes de fase aguda (VSG y PCR). A partir de estas variables, se propusieron unas definiciones de criterios de remisión”. (37)

Tabla 2. Criterios del Colegio Americano de Reumatología de remisión

Tabla 1. Criterios ACR de remisión modificados (1995)	
1. RM menor de 15 min	
2. Escala visual análoga dolor < 10 mm	
3. No dolor articular en la exploración física	
4. No inflamación articular ni tendinosa	
5. VSG < 30 mm/h (mujeres) o < 20 mm/h (varones)	
ACR: American College of Rheumatology; VSG: velocidad de sedimentación globular.	
*Se deben cumplir al menos 4 criterios durante 3 meses.	
Modificado de Balsa ³ .	

Tabla 3. Criterios de remisión de la Liga Europea contra la Artritis y Reumatismo

Tabla 2. criterios de remisión EULAR (DAS y DAS28)		
Grado de actividad de AR	DAS	DAS28
Grado enfermedad bajo	1,6-2,4	2,6-3,2
Remisión	< 1,6	< 2,6
Modificado de Balsa ³ .		

Los resultados de esta investigación están basados en el análisis longitudinal, ya que se evaluarán variables que presentan varios datos los cuales han sido tomados en el tiempo para un mismo paciente, donde la variable dependiente para el análisis de los costos es costo total y la variable dependiente para los datos clínicos es el DAS 28; se realizó en el programa de reumatología de la IPS Comfandi. El tamaño de muestra para esta investigación comprende 82

pacientes diagnosticados con AR que estuvieron en el programa de la SOS y que posteriormente pasaron al programa de Comfandi.

9.1 ANÁLISIS DE LOS COSTOS

Tabla 4. Variación porcentual del costo total años 2010 al 2013

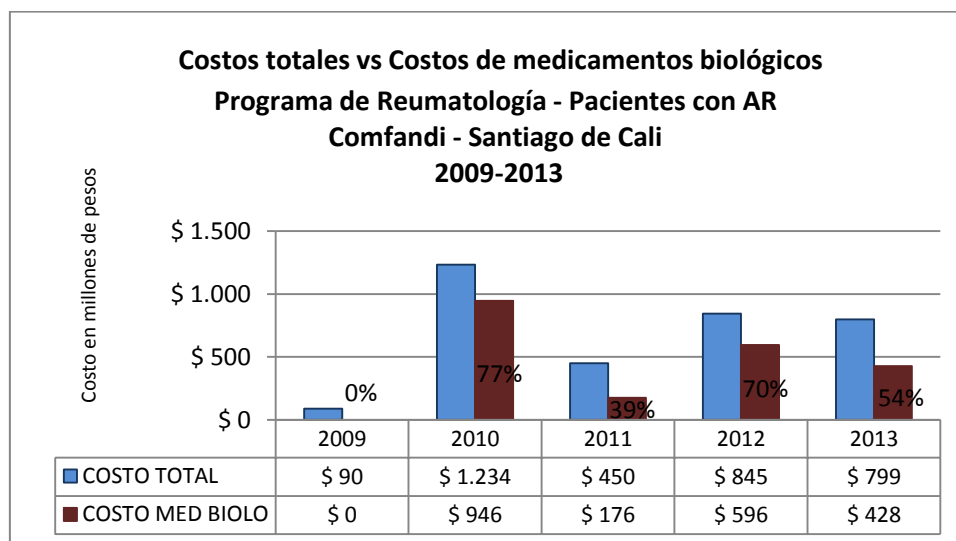
COSTO TOTAL DEL PROGRAMA			
AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013
\$ 1.233.765.447	\$ 449.890.352	\$ 845.380.951	\$ 798.883.173

% VAR 2011 VS 2010	% VAR 2012 VS 2011	% VAR 2013 VS 2012
-64%	88%	-6%

PROMEDIO DE COSTOS AÑOS 2012 - 2013	% VAR 2012 VS 2010	% VAR 2013 VS 2010
\$ 822.132.062	-31%	-35%

Con la implementación del nuevo programa de reumatología dentro de la IPS Comfandi, se presentó una disminución de los costos en un 35% comparativamente entre el último año en el que los pacientes estuvieron en el programa con el asegurador (2010) y el último año del presente estudio (2013). Este cambio se presentó posiblemente por la disminución de pacientes tratados con medicamentos biológicos que para el año 2010 estaba en un 27%, cambio realizado bajo el monitoreo de su condición clínica de forma sistemática. Para el año 2013 la proporción de pacientes con biológicos pasó a ser de un 20%.

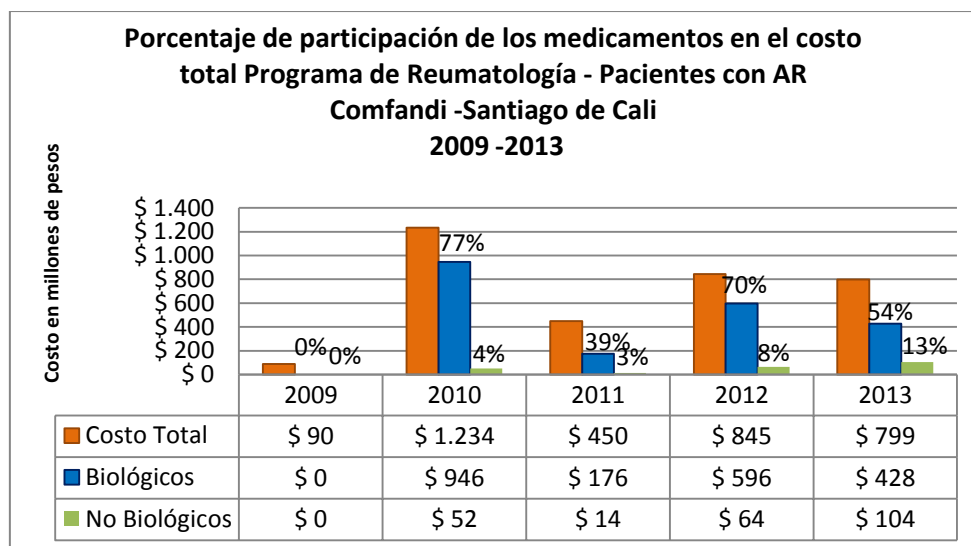
Gráfica 3. Costos totales Vs Costos de medicamentos biológicos en pacientes con AR.



Fuente: Costos SOS. Costos Comfandi. - Cifras llevadas a valor presente año 2015

Al realizar la evaluación de los costos totales vs costos de medicamentos biológicos (gráf. 3), se observó que el mayor valor de los costos tanto totales como biológicos se presentó en el año 2010; en el 2011 año de la transición, hubo una disminución de los costos donde los pacientes fueron ingresando de manera paulatina al nuevo programa. No se realiza análisis del comportamiento en el 2009 por la dificultad en la consecución de los datos.

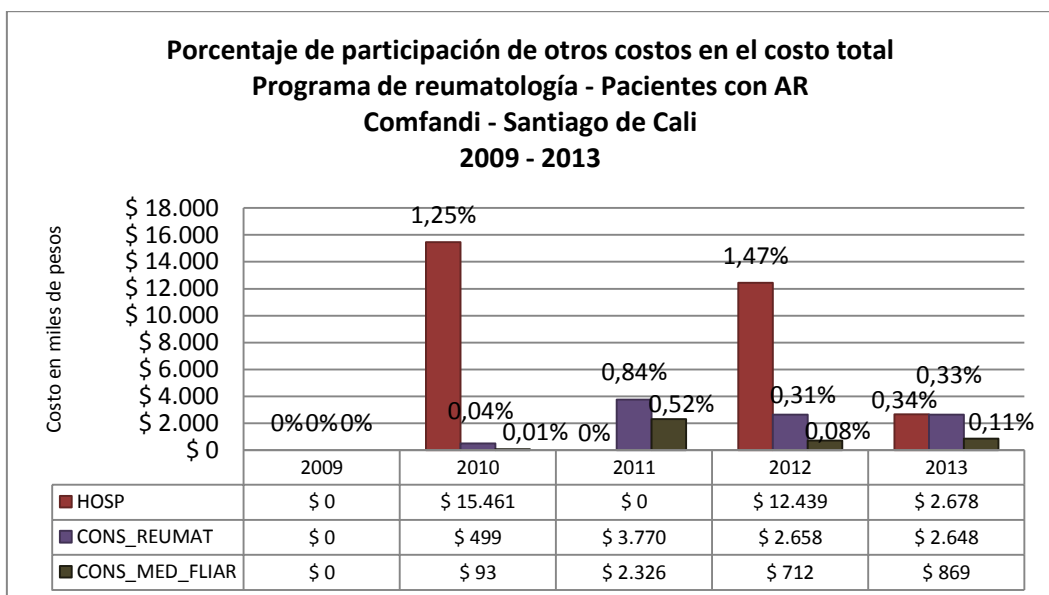
Gráfica 4. Porcentaje de participación de los medicamentos en el costo total



Fuente: Costos SOS. Costos Comfandi.- Cifras llevadas a valor presente año 2015

La proporción de los costos relacionados con los medicamentos biológicos pasó de representar 77% en el año 2010 a un 54% en el último año de estudio, es decir de \$946 millones de pesos a \$428 millones de pesos. Los costos totales tienen un comportamiento similar al de los medicamentos biológicos, es decir también disminuyeron para el año 2013 con respecto al año 2010. En cuanto al comportamiento de los costos de los medicamentos no biológicos estos presentaron un incremento, los cuales representan un 4% para el año 2010 pasando a un 13% en el año 2013. No se obtuvieron datos del año 2009 para los costos de medicamentos.

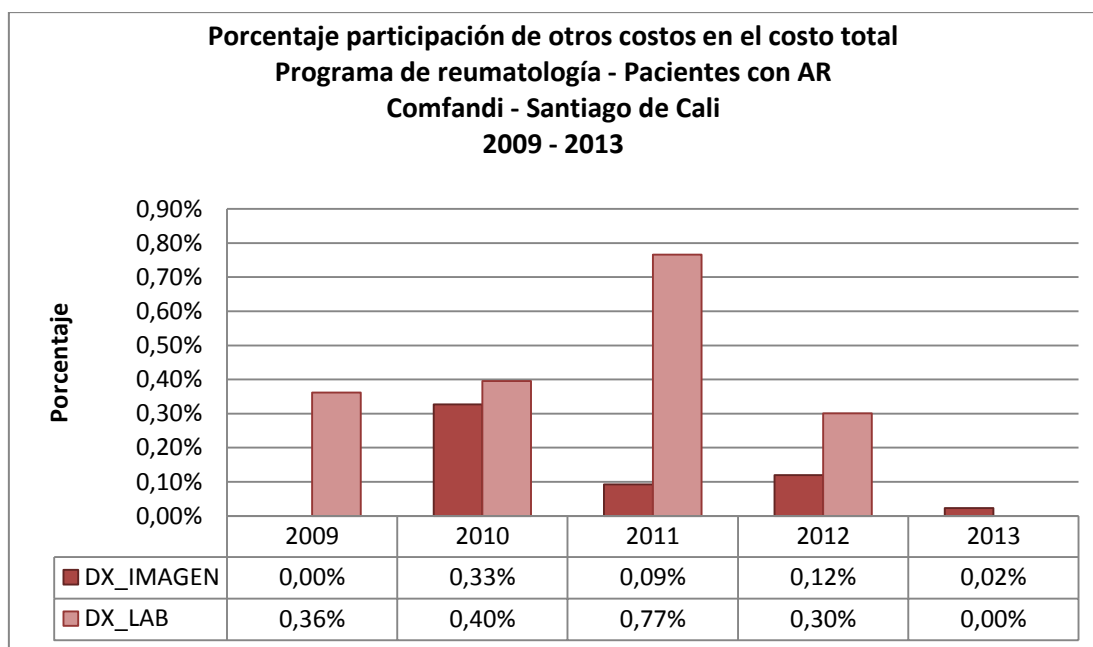
Gráfica 5. Porcentaje de participación de los costos de hospitalización, consulta con el reumatólogo y consulta con el médico familiar en los costos totales



Fuente: Costos SOS. Costos Comfandi - Cifras llevadas a valor presente año 2015

Los costos de hospitalización presentaron una disminución al comparar los años 2010 y 2013, ya que para el año 2010 estuvieron alrededor de 15 millones de pesos pasando a casi 3 millones de pesos para el año 2013. Mientras que los costos de las consultas con el reumatólogo y el médico familiar presentaron un incremento, pasando de casi 500 mil pesos y 100 mil pesos para el año 2010 respectivamente de alrededor 3 millones de pesos y aproximadamente 900 mil pesos respectivamente para el año 2013.

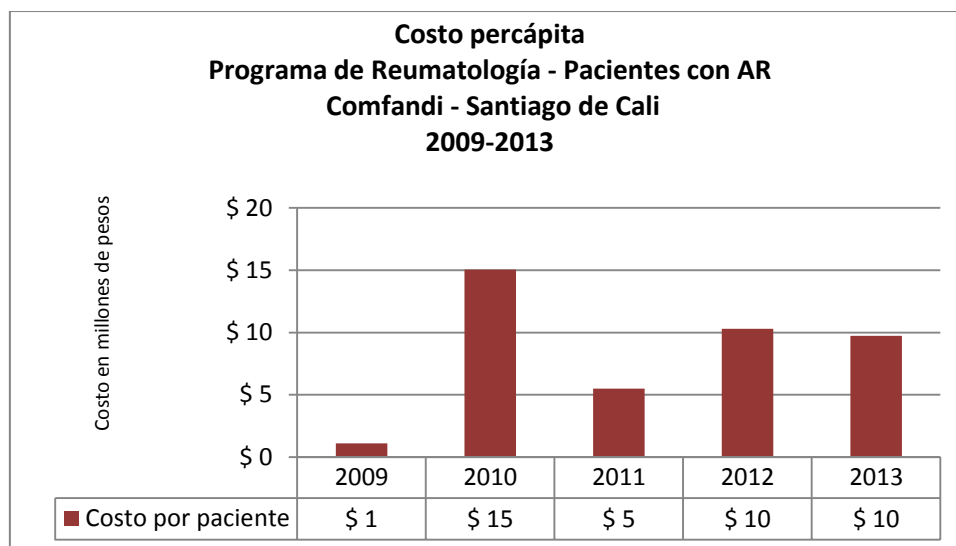
Gráfica 6. Porcentaje de participación de los costos de las ayudas diagnosticas en los costos totales



Fuente: Costos SOS. Costos Comfandi - Cifras llevadas a valor presente año 2015

En cuanto a la participación de los costos de ayudas diagnosticas las correspondientes a imagenología presentaron una disminución, pasando de estar alrededor de los 4 millones de pesos para el 2010 a casi 200 mil pesos para el año 2013. Los costos correspondientes a laboratorio clínico, pasaron de estar en casi 5 millones de pesos para el año 2010 a casi 3 millones de pesos para el año 2012, este dato no se pudo comparar con el año 2013, ya que no se logró obtener el histórico de estos costos para ese año.

Gráfica 7. Costo per cápita pacientes con artritis reumatoide



Fuente: Costos SOS. Costos Comfandi - Cifras llevadas a valor presente año 2015

En cuanto a los costos per cápita, se puede observar que los costos del primer año no se reflejan en su totalidad por la dificultad en la consecución de todos los datos; sin embargo, al comparar los costos del último año de los pacientes con la modalidad anterior, estos superan a los costos generados en los años 2012 y 2013 pasando de un costo per cápita de \$15 millones de pesos en el año 2010 a casi \$10 millones de pesos para el año 2013.

El efecto de la disminución de los costos en el último año de estudio, se debió al menor número de pacientes con prescripción de los medicamentos biológicos con el cambio de programa.

9.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS CLÍNICOS E HISTORIAS CLÍNICAS

La información obtenida de la revisión de las historias clínicas (formato de historia clínica sistematizada Anexo H) de los pacientes para el período 2011 – 2013, en las cuales estaban contenidos los resultados de los exámenes clínicos, fue la siguiente:

Tabla 5. Frecuencia por género

```
. tab GENERO
```

GENERO	Freq.	Percent	Cum.
1	16	19.51	19.51
2	66	80.49	100.00
Total	82	100.00	

Fuente: Comfandi – historias clínicas

En la anterior tabla donde el número 1 identifica al género masculino y el 2 al género femenino, observamos que el 80% de los pacientes estudiados son mujeres.

Tabla 6. Descripción de la variable edad

```
. sum EDAD_A-O_2013, detail
```

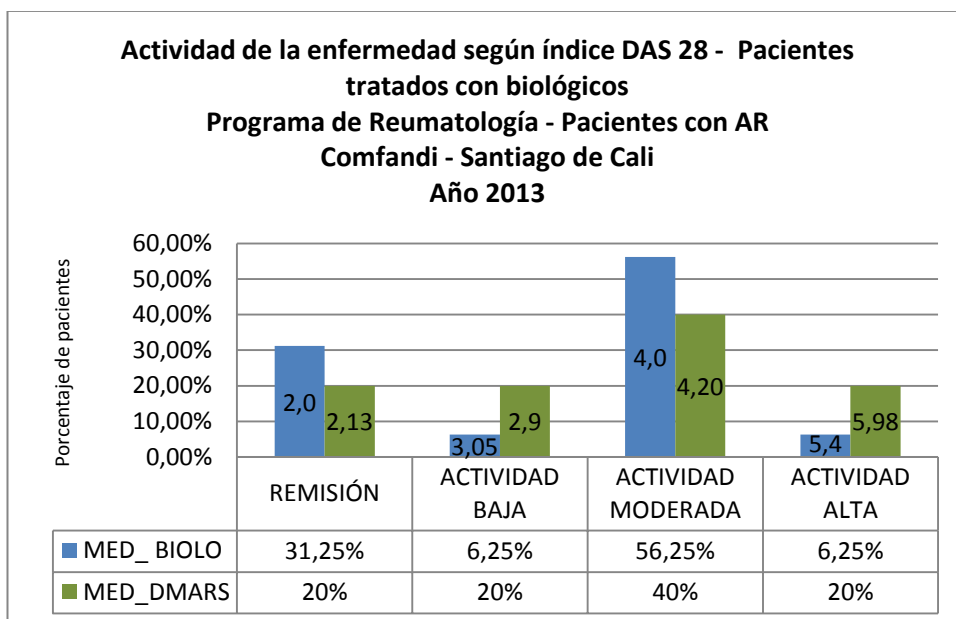
EDAD_A-O_2013				
Percentiles	Smallest			
1%	22	22		
5%	33	29		
10%	38	29	Obs	82
25%	45	32	Sum of Wgt.	82
50%	56		Mean	55.90244
		Largest	Std. Dev.	14.51658
75%	66	80		
90%	75	82	Variance	210.7311
95%	77	88	Skewness	.0414987
99%	89	89	Kurtosis	2.446687

Fuente: Comfandi – Historias clínicas

Frente a la edad, en el grupo de pacientes estudiados, se encontró que el 50% de los pacientes tiene 56 años o menos.

Como dato importante se tiene que el 25% o percentil 25 de los pacientes tienen 45 años o menos, población económicamente activa.

Gráfica 8. Actividad de la enfermedad según índice DAS 28 - Pacientes tratados con biológicos

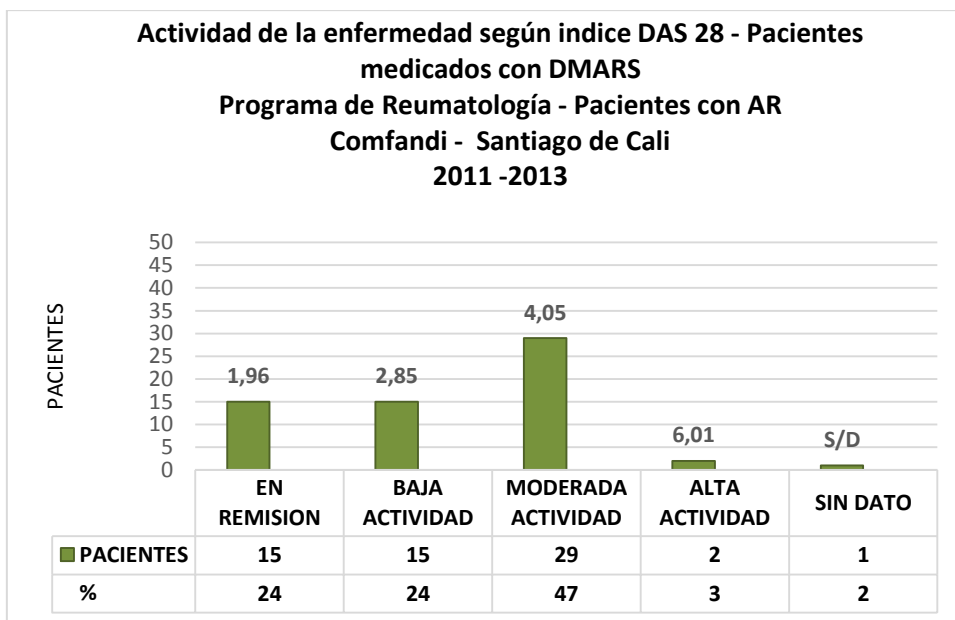


Fuente: Comfandi.- Resultados clínicos

Referente a la efectividad del tratamiento en los pacientes medicados con biológicos para el año 2013 (16 en total), el DAS 28 mostró que 9 pacientes estuvieron en actividad moderada (56,3%), en remisión 5 pacientes (31,2%), en alta actividad y baja actividad 1 paciente para cada caso equivalente al 6,25%. Mientras que 10 de los 12 pacientes que en algún momento del periodo 2010 – 2012 presentaban medicación con biológicos y que para el año 2013 (12 en total, donde 2 de ellos no presentan datos en los resultados clínicos para el año 2013, por lo tanto se realiza el cálculo de la mediana para los pacientes que presentaron registros clínicos) presentaron modificación en el tratamiento observándose que solo estaban medicados con DMARS, el DAS presento una mediana de 4,10 ubicándolo en actividad moderada; mostrando 2 pacientes en remisión, 2 pacientes en actividad baja, 4 pacientes en actividad moderada y 2 en actividad alta (gráf. 8).

Finalmente el número de pacientes que presentaron un valor por debajo de 2,6 del índice DAS 28 para el año 2011 con una mediana de 2,3 fue de 6 pacientes de los 82 que participaron en esta investigación. Mientras que para el año 2013 fue de 23 pacientes de los 82, con una mediana de 2,2 como valor del DAS28.

Gráfica 9. DAS 28 – Porcentaje y número de pacientes con Artritis reumatoide tratados con DMARS, según la actividad de la enfermedad

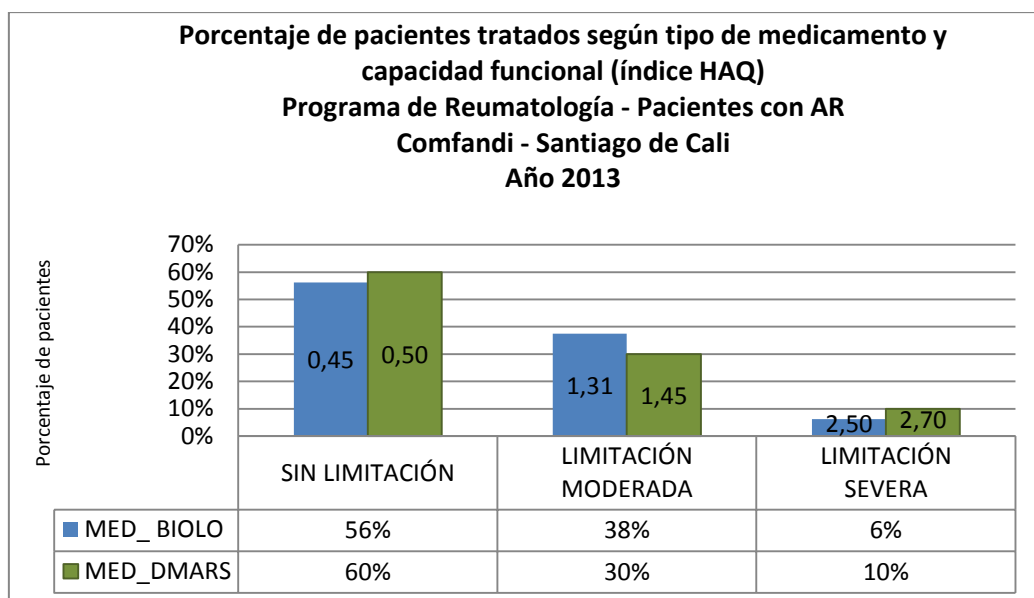


Fuente: Registros clínicos

Del total de pacientes tratados con DMAR (62 pacientes) y que tuvieron más de una medición del DAS 28 en el periodo de análisis, encontramos que el 24% de los pacientes estuvieron en remisión, la mayor proporción presentó una moderada actividad y solamente el 3%, es decir 2 pacientes estuvieron en alta actividad. (gráf. 9 - Las etiquetas corresponden a las medianas del DAS 28)

Para el anterior análisis se tomó como referencia el índice DAS 28 el cual presenta una sensibilidad que varía entre 75% - 95% y una especificidad entre 73% - 95%. La escala de valores para este índice es de < 2,6 remisión, $\geq 2,6$ y $\leq 3,2$ actividad baja, $> 3,2$ y $\leq 5,1$ actividad moderada y $> 5,1$ actividad alta. (69)

Gráfica 10. Porcentaje de pacientes tratados según tipo de medicamento y capacidad funcional (índice HAQ)

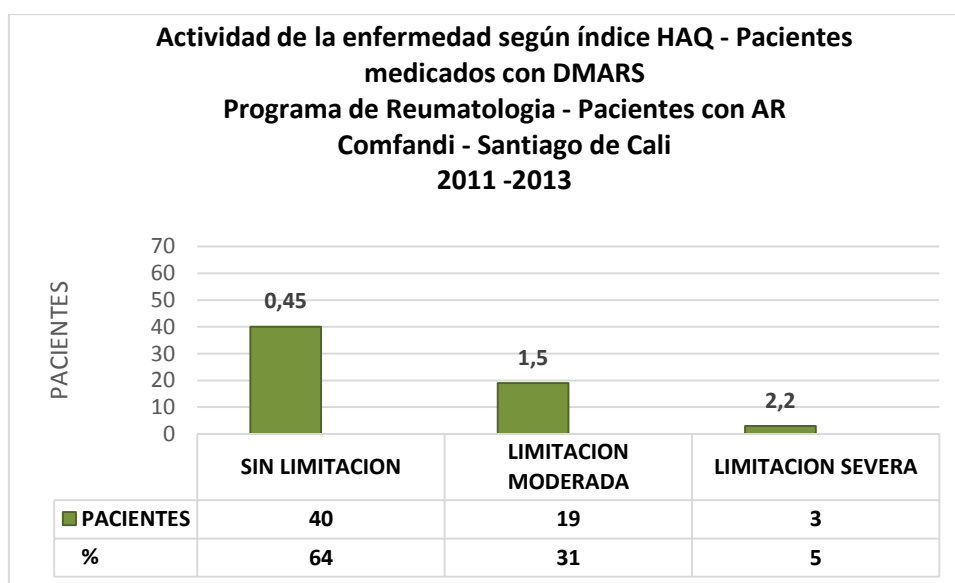


Fuente: Comfandi.- Resultados clínicos.

El HAQ para los 16 pacientes tratados con medicamentos biológicos, presentó una mediana de 0,9 (sin limitación). De estos pacientes 9 quedaron sin limitación, 6 con limitación moderada y 1 con limitación severa. Mientras que 10 de los 12 pacientes que en algún momento del periodo 2010 – 2012 presentaban medicación con biológicos y que para el año 2013 (12 en total, donde 2 de ellos no presentan datos en los resultados clínicos para el año 2013, por lo tanto se realiza el cálculo de la mediana para los pacientes que presentaron registros clínicos) estaban bajo tratamiento con medicación DMARS, la media del HAQ estaba en 0,93 ubicándolos en la en escala como sin limitación; donde 6 pacientes quedaron en la escala sin limitación, 3 con limitación moderada y 1 con limitación severa (gráf. 10).

Para el anterior análisis se tomó como referencia el índice HAQ el cual presenta una sensibilidad de 61% y una especificidad de 67%. La escala de valores para este índice es de ≤ 1 sin limitación, >1 y ≤ 2 limitación moderada y >2 y ≤ 3 limitación severa. (70)

Gráfica 11. Porcentaje y número de pacientes según capacidad funcional (índice HAQ) de los pacientes con AR tratados con DMARS



Fuente: Registros clínicos Comfandi

Con relación a la capacidad funcional de los pacientes tratados con DMAR en el periodo de análisis y a quienes se les evaluó en más de una oportunidad con este instrumento, se encontró que el 64% de los pacientes permaneció sin limitación, 31% con limitación moderada y solo el 5% con limitación severa. (gráf. 11 - Las etiquetas corresponden a las medianas del HAQ).

Lo anterior indica que la funcionalidad de los pacientes atendidos con DMARS estuvo sin limitación para 40 de ellos. Se realizó el cálculo de la mediana de todas las mediciones realizadas a cada paciente.

En cuanto a los resultados de los test PCR (proteína C reactiva) y VSG (velocidad de sedimentación globular), la mediana de los valores del PCR de los 27 pacientes que estuvieron medicación con biológicos en algún momento durante el período comprendido entre los años 2010 al 2013, fue de 7,17. Mientras que la mediana del VSG de estos mismos pacientes estuvo en 27,25 para los 4 hombres y en 37 para las 23 mujeres durante el mismo período.

Es importante resaltar que las pruebas anteriores solo expresan la presencia de procesos inflamatorios, especialmente la prueba VSG la cual es considerada una prueba inespecífica por lo que su interpretación debe realizarse en el contexto de la clínica y del resto de pruebas analíticas.

Para la realización del análisis anterior se tuvo como referencia los siguientes valores de la pruebas para el VSG 0-20 mm/hr en mujeres y 0-15mm/hora en hombres; mientras que para el PCR el cual presenta una sensibilidad de 86% y una especificidad del 78% (71), fue de 1,0 – 6 mg/Lt.

Cabe anotar que durante la revisión de las historias clínicas se observó que algunos pacientes presentaban registros de las encuestas APGAR, depresión y ansiedad, sin embargo estos datos no estaban dentro de los rangos reportados en la literatura (72) (73), el personal encargado de su registro, reporto que no había claridad en la interpretación de dichos valores y que por lo tanto se había suspendido la realización de los mismos. Por lo tanto se decidió descartar el uso de esta variable dentro del estudio, para no afectar la validez del mismo.

Tabla 7. Descripción de la variable tiempo de tratamiento en meses

. sum TIEM_TTO_EN_MESES, detail				
TIEM_TTO_EN_MESES				
	Percentiles	Smallest		
1%	46.7	46.7		
5%	47.6	47.1		
10%	48	47.1	Obs	82
25%	50.8	47.5	Sum of Wgt.	82
50%	53.4		Mean	53.92561
		Largest	Std. Dev.	4.022186
75%	57.5	60		
90%	59.6	60	Variance	16.17798
95%	60	60	Skewness	-.0771377
99%	60	60	Kurtosis	1.843853

Fuente: Comfandi – Historias clínicas

Como lo muestra la tabla anterior, los pacientes que hicieron parte de este estudio, estaban en el programa desde el año 2009, ya que para el año 2013, el menor número de meses que presento el 1% de la población fue de 46,7 cumpliéndose uno de los criterios de inclusión de esta investigación.

Tabla 8. Descripción de la variable número de citas con el reumatólogo

. sum NUM_CITAS_REUMA, detail				
NUM_CITAS_REUMA				

	Percentiles	Smallest		
1%	1	1		
5%	2	2		
10%	3	2	Obs	80
25%	3.5	2	Sum of Wgt.	80
50%	5		Mean	6.15
		Largest	Std. Dev.	3.272826
75%	8	13		
90%	12	13	Variance	10.71139
95%	13	13	Skewness	.7597611
99%	14	14	Kurtosis	2.679479

Fuente: Comfandi – Registros de citas

Las citas con el reumatólogo, se realizan cada 4 o 6 meses de acuerdo con el estado del paciente, generalmente son cada 6 meses. Encontramos que el 50% de los pacientes del estudio, tuvieron 5 consultas con el reumatólogo o menos. El 25% tuvieron 3,5 consultas o menos y el 75% un máximo de 8 consultas, período 2011 al 2013.

Tabla 9. Descripción de las variables número de citas con especialistas

. sum NUM_CITAS_MEDFLIAR, detail					
NUM_CITAS_MEDFLIAR					
	Percentiles	Smallest			
1%	1	1			
5%	1	1			
10%	1	1	Obs		71
25%	1	1	Sum of Wgt.		71
50%	2		Mean		2.591549
		Largest	Std. Dev.		1.43006
75%	4	5			
90%	4	5	Variance		2.04507
95%	5	6	Skewness		.6850547
99%	7	7	Kurtosis		2.983799
. sum NUM_CITAS_PSIC, detail					
NUM_CITAS_PSIC					
	Percentiles	Smallest			
1%	1	1			
5%	1	1			
10%	1	1	Obs		33
25%	1	1	Sum of Wgt.		33
50%	2		Mean		2.909091
		Largest	Std. Dev.		2.323301
75%	4	6			
90%	6	7	Variance		5.397727
95%	7	7	Skewness		1.584461
99%	11	11	Kurtosis		5.703151
. sum NUM_CITAS_TEROCUP, detail					
NUM_CITAS_TEROCUP					
	Percentiles	Smallest			
1%	1	1			
5%	1	1			
10%	1	1	Obs		30
25%	1	1	Sum of Wgt.		30
50%	2		Mean		3.1
		Largest	Std. Dev.		2.368617
75%	5	6			
90%	7	8	Variance		5.610345
95%	8	8	Skewness		1.098347
99%	9	9	Kurtosis		3.099325

Fuente: Comfandi – Registro de citas

Tanto las citas con el Médico Familiar, las terapias ocupacionales y las citas con psicología se presentan en menor proporción debido a que no todos los pacientes pasan a consulta con estos

profesionales. Depende de los resultados de los test (HAQ y APGAR) aplicados a los usuarios y recomendación por parte del reumatólogo para determina quién debe recibir terapia ocupacional o psicología.

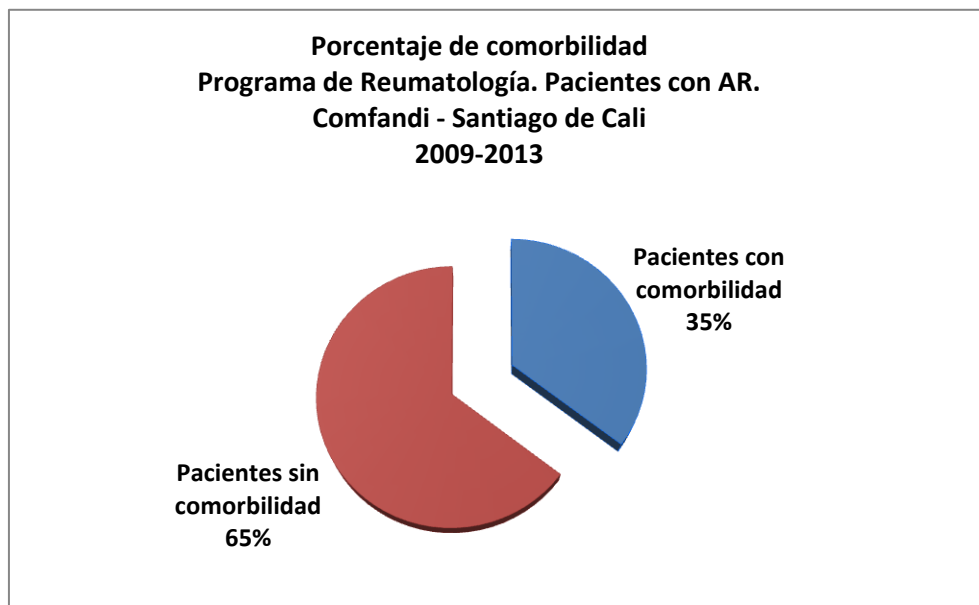
Gráfica 12. Adherencia al programa de reumatología



Fuente: Comfandi.- Registros de citas

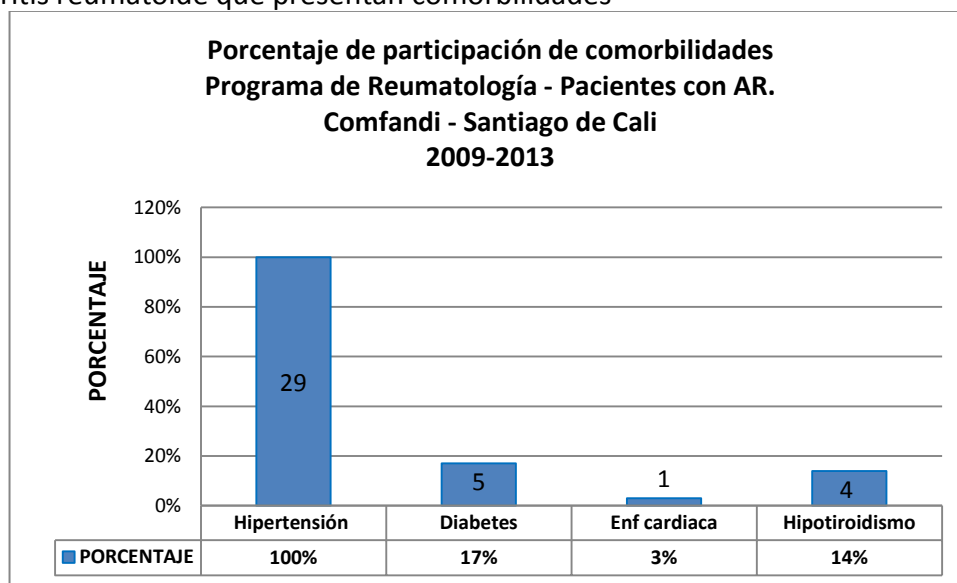
También se observó que la efectividad del programa frente a la remisión de la sintomatología en los pacientes, depende de la adherencia de estos al tratamiento, lo cual en el marco de un estudio individualizado que se realizó a estos pacientes, teniendo en cuenta su asistencia a los controles con el reumatólogo, se observó que la adherencia al programa durante el período 2011 al 2013 fue del 83%, donde de los 82 pacientes que hicieron parte de este estudio, 68 de ellos eran adherentes al programa, 13 no lo eran y de uno de ellos no se pudo obtener esta información.

Gráfica 13. Porcentaje de comorbilidad en pacientes con artritis reumatoide



Fuente: Comfandi – Historias clínicas

Gráfica 14. Porcentaje de participación de diagnósticos en los pacientes de artritis reumatoide que presentan comorbilidades



Fuente: Comfandi - Historias clínicas

Teniendo en cuenta la gráfica 13 y 14, De los 82 pacientes que hacen parte de este estudio, 29 presentan algunas de las siguientes comorbilidades: hipertensión, diabetes, enfermedad coronaria e hipotiroidismo.

En su orden de mayor a menor incidencia se identificó para los 29 pacientes:

Hipertensión en el 100%, es decir en los 29 pacientes; diabetes en el 17% equivalente a 5 pacientes; 4 pacientes con hipotiroidismo es decir un 14% y solo un paciente presentaba enfermedad coronaria o sea un 3%. Sin embargo, no se puede concluir cuál patología precedió a la otra.

Tabla 10. Descripción de la variable número de días de suspensión del medicamento

. sum NUM_DIAS_SUSP_MED, detail				
NUM_DIAS_SUSP_MED				
	Percentiles	Smallest		
1%	15	15		
5%	17.5	20		
10%	25	30	Obs	20
25%	45	30	Sum of Wgt.	20
50%	75		Mean	111.75
		Largest	Std. Dev.	104.4317
75%	120	210		
90%	302.5	240	Variance	10905.99
95%	365	365	Skewness	1.493635
99%	365	365	Kurtosis	4.154631

Fuente: Comfandi – Registro de citas

Para este caso se tomó como suspensión del medicamento aquellos pacientes que suspendieron al menos un medicamento, más no todo el tratamiento, dentro del periodo 2011 al 2013.

Para este estudio, se encontró que al menos el 50% de los pacientes suspendieron algún medicamento durante 75 días o menos. Estas suspensiones se debieron a efectos secundarios de los medicamentos que hicieron que el paciente lo suspendiera.

Tabla 11. Frecuencia de las variables fumador y alcohol

. tab FUMADOR			
FUMADOR	Freq.	Percent	Cum.
2	55	73.33	73.33
3	11	14.67	88.00
4	9	12.00	100.00
Total	75	100.00	
. tab ALCOHOL			
ALCOHOL	Freq.	Percent	Cum.
1	1	1.37	1.37
2	59	80.82	82.19
3	2	2.74	84.93
4	11	15.07	100.00
Total	73	100.00	

Fuente: Comfandi – Historias clínicas

Hubo 20 pacientes sin dato registrado tanto para fumador como para consumo de alcohol por lo que es difícil determinar la relación de consumo o no de alcohol y cigarrillo entre los pacientes en estudio, periodo 2011 al 2013.

9.3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

Las entrevistas realizadas arrojaron los siguientes datos:

La entrevista constaba de cinco preguntas, las cuales fueron clasificadas con tres calificaciones por cada respuesta, a la pregunta número tres teniendo en cuenta que era una pregunta de opinión no se le realizó calificación y las respuestas se tomaron en cuenta para realizar las respectivas recomendaciones para el mejoramiento del programa.

Tabla 12. Preguntas de la entrevista realizada a los pacientes de AR del programa de reumatología

NÚMERO	PREGUNTAS
1	Describa como se sentía frente a la prestación del servicio de salud en su anterior programa?
2	Cual piensa usted que fue el resultado que el anterior programa le dejó en su tratamiento o en su salud?
3	Qué piensa sobre el programa de reumatología
4	Cómo cree usted que el programa está afectando su salud actualmente?
5	Cómo percibe la calidad de la atención en el programa, explique su respuesta

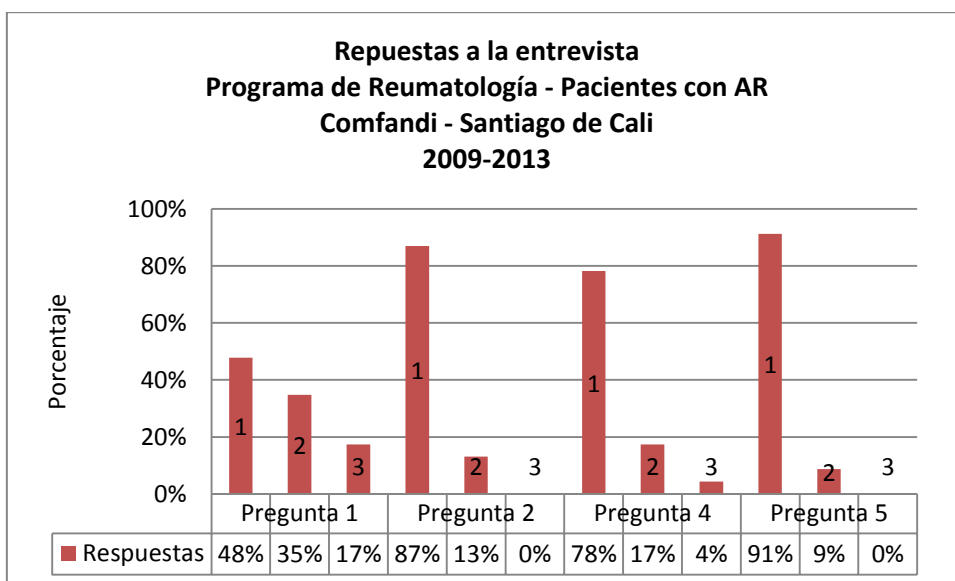
Fuente: Redactadas por las investigadoras

Para la clasificación de las respuestas se tuvo en cuenta la siguiente escala de calificación:

Tabla 13. Escala de clasificación de las respuestas a la entrevista

NUMERO DE PREGUNTA	CLASIFICACIÓN	CALIFICACIÓN
1	1	satisfecho
	2	igual
	3	insatisfecho
2	1	positivo
	2	negativo
	3	ninguno
4	1	positivamente
	2	indiferente
	3	negativamente
5	1	bueno
	2	regular
	3	malo

Gráfica 15. Respuestas a la entrevista realizada a 23 pacientes con diagnóstico artritis reumatoide del programa de reumatología



Fuente: Resultados de entrevista realizada por las investigadoras a los pacientes con diagnóstico artritis reumatoide.

Frente a la entrevista que se le realizó a los 23 pacientes que fueron escogidos para esta, se observó, teniendo en cuenta las respuestas para la primera pregunta que 11 de ellos se mostraron satisfechos frente a la prestación del servicio de salud con el anterior programa, a 8 les pareció que es igual que el actual y 4 estaban insatisfechos con la atención en el modelo anterior. En cuanto a la segunda pregunta 20 pacientes piensan que el resultado que les dejó el programa anterior para su tratamiento o su salud fue positivo y 3 pensaron que era negativo. A la pregunta número cuatro 18 pacientes creen que el programa con su nuevo modelo está afectando de manera positiva su salud, a 4 de estos les parece que no se ha presentado cambio significativo ya que para ellos ambos modelos son buenos, mientras que uno de los entrevistados reportó que lo afecta de manera negativa. Finalmente frente a la pregunta número cinco, 21 pacientes manifestaron que la calidad de la atención del programa en el modelo actual es bueno y dos piensan que es regular. (Anexo G. Tabulación de las respuestas de las entrevistas).

10 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el anterior punto, se han presentado los resultados derivados de la evaluación de los modelos de atención presentados en el programa de reumatología para el grupo de pacientes diagnosticados con AR que hicieron parte del mismo desde el año 2009 al 2013. Es importante tener en cuenta que en esta investigación se determinó la eficiencia del programa basándonos en un análisis de costos con los datos obtenidos del período 2010 al 2013 y que para determinar la efectividad del mismo se analizaron las historias clínicas y registros clínicos de los pacientes del periodo 2011 al 2013, por lo cual el año 2011 se tomó como línea base; siendo estos los datos clínicos de referencia para período 2009 al 2011 del estado de salud de los pacientes que hacen parte de esta investigación.

Por lo tanto aclarado lo anterior, la discusión de los resultados del presente estudio girará en torno a sí el modelo de atención actual de prestación de servicios (período comprendido entre el año 2011 al 2013), con equipo multidisciplinario, con uso de medicamentos modificadores de la enfermedad y uso limitado de medicamentos biológicos, ubicado en un primer nivel de complejidad; presenta mejores resultados tanto para la organización como para los pacientes con AR que han permanecido en el programa.

10.1 RESULTADO DEL ANÁLISIS DE LOS COSTOS

- a) En cuanto al resultado del análisis de los costos del programa de reumatología, se puede decir que teniendo en cuenta que la variable dependiente era costo total, se observó que estos costos presentaron una disminución al comparar el año 2013 con el año 2010 en un 35%. Teniendo como base este costo total, se realizó el análisis de los demás costos que hicieron parte de esta investigación, donde se observó un comportamiento similar por parte de estos; tales como los costos de los medicamentos biológicos los cuales representaban un 77 % del costo total para el año 2010, mientras que para el año 2013 represento un 54%, lo cual se puede explicar con la disminución en el porcentaje de pacientes que estuvieron bajo medicación con biológicos ya que para el año 2010

representaban el 27% de los pacientes, mientras que para el año 2013 estaba en un 20% de pacientes con esta medicación.

- b) Los costos en los cuales se observó un comportamiento diferente fueron los de los medicamentos DMARS los cuales representaron un 4% del costo total para el año 2010, mientras que para el año 2013 fue de un 13%. Lo que permite deducir que se aumentó la medicación con DMARS y se disminuyó la medicación con biológicos.
- c) Los datos de los costos anteriores pueden sustentar la disminución que se observó igualmente en el costo per cápita, el cual paso de estar para el año 2010 en 15 millones aproximadamente, a casi 10 millones para el año 2013.
- d) Otros de los costos analizados son los costos de hospitalización que también mostraron una disminución representando 1,25% de los costos totales para el año 2010 y 0,34% para el año 2013, a pesar que los casos de hospitalización fueron mayores para el último año; es decir que se presentaron 4 casos para el año 2010 y 6 casos para el 2013.
- e) Como últimos costos evaluados en esta investigación encontramos los costos de ayudas diagnosticas tales como imagenología y laboratorio clínico, los cuales presentaron una comportamiento igualmente decreciente entre el año 2010 y 2013.

10.2 RESULTADO DEL ANÁLISIS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS Y LOS RESULTADOS CLÍNICOS

- a) Una de las primera diferencias que se encontró entre el anterior modelo y el actual es su estructura funcional, la cual se plasmó en los flujogramas de atención, donde se puede observar que en el anterior modelo de atención los pacientes tenían que realizar tramitología y desplazamientos para poder acceder a la consulta con el reumatólogo y los especialista con los cuales eran remitidos; adicional a esto también tenían que autorizar la orden de medicamentos y luego desplazarse hasta la IPS donde se los administrarían, vs el actual modelo donde el paciente encuentra todos los servicios en la

misma IPS evitándoles así desplazamientos y trámites innecesarios que bajo su condición de discapacidad les facilita el proceso de atención.

- b) Pasando a las observaciones a nivel del grupo de estudio se puede encontrar que la población femenina es mayor que la masculina; que la mediana de edad de los pacientes es de 56 años y que solo el 25% de los pacientes son menores de 45 años, concordando con los datos reportados en la literatura (74), podemos decir que es menor la cantidad de pacientes que van a presentar mayor cronicidad y por ende reportar mayores costos para la IPS.
- c) Los resultados arrojados demuestran que la adherencia de los pacientes al programa es alta para el periodo 2011 - 2013, evidenciándose en el cumplimiento de las citas con el reumatólogo; adherencia la cual se puede corroborar por la opinión que tienen los pacientes frente al programa de reumatología, evidencia basada en los resultados de las entrevistas realizadas al 28,05% de los participantes de esta investigación, en las cuales se observó que los pacientes están satisfechos tanto con el modelo anterior como con el actual, reportando que les dejó resultados positivos en su salud, en cuanto a la calidad de atención el modelo del periodo 2011 al 2013 es mejor que el anterior. Dentro de la literatura no se pudo encontrar artículos que permitieran realizar un análisis comparativo con los resultados obtenidos en esta investigación de adherencia a programas (75), debido a que el enfoque de medición de la adherencia lo limitan a la adherencia al tratamiento farmacológico. (76)
- d) También se observó que tal como reporta la literatura (74) (77), la comorbilidad que mayormente se presenta en los pacientes que padecen AR es la hipertensión arterial, seguida de la diabetes.
- e) En cuanto al resultado de los análisis clínicos del DAS 28 el cual valora la actividad de la AR, se puede observar que se presentó un mayor número de casos con valores en remisión para el año 2013, contándose 23 pacientes con una mediana de 2,2, mientras que para el año 2011 solo se presentaron 6 pacientes clasificados en remisión con una

mediana de 2,2; lo cual permite deducir que el control de la actividad de la enfermedad fue mejor para el año 2013. Frente a los resultados de las pruebas VSG y PCR, se observan moderadamente incrementados, indicando la presencia de un proceso inflamatorio, aunque en la mayoría de estos pacientes el DAS 28 y el HAQ presenten valores dentro del nivel bajo o en remisión. Resultados los cuales están acordes con lo reportado en la literatura ya que reportan que los test VSG y PCR por tener baja especificidad, permiten evidenciar la presencia e intensidad de un proceso inflamatorio pero no son específicos de la AR, su interpretación debe realizarse en el contexto de la clínica y del resto de pruebas analíticas; lo cual se reporta en la Guía de práctica Clínica para el manejo de la AR en España 2011 (78). Sin embargo según un estudio realizado en el Hospital General de Castellón – España, reporta que el VSG aporta un 40% del valor final del DAS 28, siendo el principal parámetro individual dentro del índice. Debido a su naturaleza logarítmica, la contribución de la VSG es mucho mayor cuanto menores son sus valores. (26)

- f) Por otro lado, los resultados observados frente al número de citas asistidas con el reumatólogo por parte de los pacientes que hacen parte de esta investigación, muestran que el 50% de los pacientes tuvieron aproximadamente cinco consultas durante el periodo 2011 al 2013, es decir que las citas eran semestrales, tal como estaba planteado desde un inicio en el programa de reumatología de la IPS Comfandi.

10.3 HALLAZGOS Y LIMITACIONES

Con el análisis de los costos, de las historias clínicas y los resultados arrojados por las entrevistas, se encontró que:

- a) La eficiencia del programa en cuanto al costo total evaluado de los pacientes con diagnóstico de AR, muestran un comportamiento decreciente del año 2010 al 2012, observándose un ligero crecimiento hacia el año 2013; sin embargo debido a la dificultad para obtener los datos de costos del período 2009 al 2011 y al obtener datos

parcializados del período 2011 al 2013; el análisis de la información presento modificaciones tales como trabajar con costos parcializados del período 2010 – 2011 provistos por el asegurador y con costos del periodo 2011 al 2013 de diferentes bases de datos. Finalmente para hacer comparativos estos datos se decidió realizar indexación de los valores al año 2015.

- b) Frente a la efectividad del programa para los pacientes con diagnóstico AR, al evaluar las historias clínicas y resultados de los exámenes de laboratorio del período 2011 – 2013, se observó que a pesar de que el servicio cuenta con un sistema de información robusto e historias clínicas sistematizadas, estas no se diligencian en su totalidad, dificultando así la obtención de algunos datos de los pacientes (resultados de exámenes clínicos y antecedentes). Sumado a esto, se presentaron dificultades para obtener los datos estadísticos, así como las historias clínicas de los usuarios de los años 2009 al 2011, ya que reposan bajo la custodia de los anteriores prestadores.
- c) Además, el tipo y frecuencia de exámenes de ayudas diagnosticas ordenados a los pacientes dependen del estado de cronicidad del mismo, por lo tanto no se obtuvo la misma cantidad de resultados clínicos de los pacientes que hacen parte de la muestra para el análisis durante este estudio; también cabe anotar que no todos los pacientes son considerados para realizarles remisión con los servicios de terapia ocupacional y psicología, ya que su condición de salud no lo amerita.
- d) Las entrevistas realizadas arrojaron resultados generales positivos en cuanto a la mejoría de los síntomas, sin embargo fueron poco concluyente al momento de evaluar las diferencias entre el programa anterior y el actual, ya que los pacientes no reportaron diferencias significativas, en cuanto a la satisfacción con el mismo.

Dentro de los sesgos de la investigación podemos ubicar:

- a) La información incompleta del 2009.
- b) La transición del programa porque no todos los pacientes ingresaron al tiempo.

- c) El año 2009 y 2011 fueron difíciles de analizar y comparar por los pocos datos registrados.
- d) No se pudieron conseguir los resultados clínicos del 2009 y 2010 en el antes por difícil acceso a la información se tuvo que considerar como línea de base el momento cero en el que los pacientes ingresaron al programa, es decir antes de iniciar la intervención con el nuevo modelo.

11 CONCLUSIONES

Partiendo de los resultados de los análisis realizados de los pacientes con diagnóstico de AR del programa de Reumatología de COMFANDI IPS entre los años comprendidos 2009 al 2013, se puede concluir, que el modelo actual del programa presentó mejores resultados con relación al modelo anterior, es costo eficiente considerando los resultados en los costos evaluados.

Con el cambio de una modalidad individual a un programa integral se redujo el valor de los costos totales para los pacientes con diagnóstico de AR del Programa para el año 2013 en un 35%, al igual que se redujo el valor de los costos de los medicamentos biológicos en un 54% para el mismo año.

El programa es efectivo en cuanto que los pacientes no se vieron afectados en sus resultados clínicos durante el periodo de análisis; tampoco se afectaron los pacientes que cambiaron el tratamiento de biológicos a DMAR pues el 31% y 24% de los pacientes tratados con biológicos y con DMAR respectivamente, presentaron remisión de su enfermedad y solamente el 6% y 3% de los mismos grupos, presentaron alta actividad; situación similar se presentó con relación a su capacidad funcional donde el 56% y el 64% de los pacientes tratados con biológicos y DMAR respectivamente, estuvieron sin limitación y solamente el 6% y el 5% con limitación severa.

La adherencia al programa equivale al 83% lo que permite controlar el aumento de la severidad de la enfermedad, no solo con un programa de controles con el especialista y con controles clínicos, sino generando conciencia en los pacientes para en el cuidado de su salud, evidenciado tanto en los resultados de las pruebas clínicas como en las respuestas a la entrevista realizada a una cohorte de los pacientes que hacían parte de esta investigación. La adherencia al programa acompañado de un seguimiento riguroso de la evaluación clínica, las ayudas diagnósticas básicas, el acompañamiento multidisciplinario y el uso de los medicamentos de acuerdo con las condiciones de cada paciente y según los protocolos establecidos por las sociedades científicas de reumatología, generan resultados en salud positivos para la organización, para los aseguradores al igual que para los pacientes y sus familias al brindarles mejor calidad de vida.

Programas de este tipo son importantes para mejorar el acceso de pacientes con enfermedades crónicas que requieren atenciones especializadas donde estos profesionales pueden atenderlos en instituciones de baja complejidad.

El programa para los pacientes diagnosticados con AR, se presenta como un programa integral debido a que ofrece la consulta especializada no solo con el reumatólogo, sino que a su vez tienen acompañamiento por parte del médico familiar, psicólogo, terapeuta ocupacional, la entrega y aplicación de los medicamentos se realizan en la misma IPS, evitando así, mayores incomodidades para el paciente al no tener que realizar mayores desplazamientos para ser atendidos por el grupo de profesionales.

En cuanto a la percepción que tienen los usuarios entrevistados frente al programa de reumatología, en general manifestaron que ambas modalidades de atención son buenas, que les dejó un aporte positivo al estado de su salud; sin embargo cuando amplían la información, se identifican diferencias frente a la integración de los servicios en un solo lugar. Un beneficio importante para ellos es la integración de la atención no solo desde lo físico sino también desde lo emocional por las citas con terapia ocupacional y psicología que el programa actual les ofrece adicional a las consultas especializadas y la atención del equipo de salud.

Las personas entrevistadas, perciben un ambiente de familiaridad al poder tener contacto con otros pacientes y compartir sus experiencias en las terapias grupales.

Otros beneficios que expresaron fueron la oportunidad de las citas, la recordación de las citas, la atención amable y cercana de todo el equipo de trabajo.

12 RECOMENDACIONES

- a) Para el asegurador: En cuanto a la información de costos, disponer de la información de fácil acceso y en el caso de las historias clínicas de los pacientes con AR que hicieron parte del programa de reumatología, centralizar la información; lo cual favorece la realización de futuras investigaciones.
- b) Para el prestador:
- Reforzar la manera de realizar los registros clínicos en la historia clínica, en este caso en particular registrando los antecedentes completos del paciente y los datos clínicos bajo el nombre de la prueba clínica correspondiente; es decir tener en cuenta la normatividad vigente referente al diligenciamiento de las historias clínicas (Resolución 1995 de 1999. Capítulo II, artículo 5).
 - Establecer las bases de datos de forma completa desde la implementación de los programas con el fin de facilitar la minería de datos.
 - Fortalecer la inducción de las personas que rotan en los programas con énfasis en los registros para que servirán de insumos en las evaluaciones de los programas, es decir dar a conocer los aspectos importantes frente a la realización de las actividades correspondientes según el protocolo del programa.
 - Profundizar la investigación de los pacientes no adherentes con análisis de resultados clínicos, complicaciones, comportamiento frente al tratamiento y percepción del programa.
 - Ampliar el horizonte de tiempo y con la misma cohorte de pacientes, realizar el estudio de costo-efectividad incremental.
 - Ofrecer el programa a otros aseguradores teniendo en cuenta los resultados del programa no solo para la institución sino para los pacientes y el aporte a los resultados en salud.

- Generar propuestas al estado que promuevan la implementación de este tipo de programas en el sector público con el fin de minimizar el impacto en la dificultad con el acceso a la consulta subespecializada de los pacientes con AR.
- c) De acuerdo con los resultados de las entrevistas, se le recomienda al prestador:
- Ampliar el horario para la entrega de medicamentos en la IPS.
 - Disponer de línea telefónica para la comunicación de los usuarios.
 - Disponer de mayor número de citas en la Clínica del Dolor para los pacientes que se remitan para manejo del dolor.

13 BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de la Protección Social y la Universidad Nacional de Colombia. MANUAL UNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL. Bogotá D.C.; 2011.
2. Sociedad Española de Reumatología. ¿Qué repercusión tiene en la VIDA SOCIAL DE LAS PERSONAS? ARTRITIS REUMATOIDE: Guía de la enfermedad para el paciente. 2006;: p. 117.
3. 38º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología (SER), celebrado en Zaragoza del 16 al 18 de mayo. ; 2012.
4. Aragón LSP. Memorias del VI simposio: Actualizaciones de enfermería. Revista de Enfermería. ;: p. 3.
5. Puig MN, Más Ferreiro R, Mendoza Castaño S, Valle Clara M. Fisiopatología, tratamiento y modelos experimentales de artritis reumatoide. Revista Cubana de Farmacia. 2011 Abril-junio; 45(2).
6. Kennedy T, McCabe C, Struthers G, Sinclair H, Chakravaty K, Bax D, et al. BSR guidelines on standards of care for persons with rheumatoid arthritis. British Society for Rheumatology. 2005 February; 44(4).
7. Gutiérrez Álvarez M, Valenzuela Plata EL. Guías sobre el manejo farmacológico del dolor Bogotá: Universidad del Rosario; 2007.
8. Servicio de Atención Reumatológica. Procedimiento. Cali: Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca - COMFANDI; 2011.
9. Tecnologías DdMy. ABECÉ sobre medicamentos biotecnológicos. In Social MMdSyP..; 2014.
10. Larráyo B. Medicamentos biosimilares. BOLETÍN DE INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE NAVARRA. 2015; 23(3).
11. Criterios para el servicio de atención de reumatología. Instructivo. Cali: Caja de Compensación Familiar del Valle de Cauca - COMFANDI; 2011.
12. Prada Hernández M, Martell Sarduy R, Molinero Rodríguez C, Gómez Morejón A, Fernández Zamora O, Hernández Cuellar V, et al. Caracterización de la invalidez laboral en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. Revista de Cuba de Reumatología. 2013 Noviembre.
13. Montoya N, Gómez L, Vélez M, Rosselli D. Costos directos del tratamiento de pacientes con artritis reumatoide en Medellín, Colombia. Revista Colombiana de Reumatología. 2011 Marzo; 18(1).
14. Mora C, González A, Díaz J, Quintana G. Costos directos de la artritis reumatoide temprana en el primer año de atención: simulación de tres situaciones clínicas en un hospital universitario de tercer nivel en Colombia. Biomédica - Revista del Instituto Nacional de Salud. 2009; 29(1).

15. Gómez Rodríguez N. In Repercusión socioeconómica de la artritis reumatoide. Anales de Medicina Interna. Madrid; 2003. p. 20: 111-113.
16. Carrasco Mallén M, Sulleiro Avedaño S, Tejera Ortega M, Díaz Fidalgo M. Carga y coste. Economía de la Salud: Estudio sobre la accesibilidad de los pacientes a los tratamientos biológicos de la artritis reumatoide. 2008; 8(1).
17. Calvo Quiroz A. El dolor en el paciente reumático. Acta médica peruana. 2007 Mayo/Agosto; 24(2).
18. Febrer i Carretero L, Iglesias García , Mercadal Dalmau , Ribera Pibernat M. Cómo entender un análisis de coste-efectividad. Piel. 2005;(100.592): p. 38.
19. Suarez Cuba MA, Alcalá Espinoza M. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. Revista Médica La Paz. 2014; 20(1).
20. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of early rheumatoid arthritis. Quick Reference Guide. 2011 February.
21. Hofman J. Clinimetría y la actividad médica. Revista Argentina de Reumatología. 2008;(2).
22. Iglesias Gamarra A, Quintana López G. Análisis histórico de la clinimetría y de la autoclinimetría. Estado del arte. Revista Colombiana de Reumatología. 2013 Junio; 20(1).
23. Organización Mundial de la Salud - Centro de Prensa. Discapacidad y salud. Nota descriptiva. OMS; 2014. Report No.: 352.
24. Pincus T, Yazici Y, editors. Clínicas Reumatológicas de Norteamérica - Valoración cuantitativa de los trastornos musculoesqueléticos en la atención clínica sanitaria: SAUNDERS; 2009.
25. Martínez JP. Escalas y medidas de uso en reumatología. Infomed Reumatología. 2013 Febrero.
26. Belmonte Serrano Á. ¿Es la puntuación DAS28 el método más adecuado para estimar la actividad de la artritis reumatoide? Consideraciones clinimétricas y escenarios de simulación. In España. SdRHGdCCdIPC. Reumatología Clínica.; 2008.
27. University ECaOH&S. Las Guías Sumarias de los Consumidores. Medicamentos para la artritis reumatoide - Guía para adultos. 2009 Julio 29..
28. Freire González M. Guías clínicas: Artritis Reumatoide; Servicio de Reumatología.. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Servizo Galego de Saúde. A Coruña.; 2012.
29. Massardo Vega L. Apuntes de reumatología: Artritis Reumatoidea. Pontificia Universidad Católica de Chile.
30. Díaz RML, Ramírez PH. Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. 2008 Mayo - Agosto; 24(2).
31. Biangini L. Evaluación Económica en Salud. Centro de Epidemiología Y Hospital Clínico.

Universidad de Chile.

32. Zarate V. Evaluaciones Económicas en Salud: conceptos básicos y clasificación. Revista Medica Chile. 2010;; p. 93-97.
33. Serra HA, Roganovich , Rizzo FL. Glucocorticoides: paradigma de medicina traslacional. De lo molecular al uso clínico. Medicina (B. Aires). 2012 Marzo/Abril; 72(2).
34. Bautista Prado C. Estudio de impacto de la estrategia de atención integral. 2011. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS.
35. Tejada P, Jaramillo E, Sánchez-Pedraza R, Sharma V. Revisión crítica sobre los instrumentos para la evaluación. Rev Fac Med. 2014; 62(1).
36. Mestre Pintó I. Tesis Doctoral: Evaluación de una entrevista de cribado para la detección de comorbilidad psiquiátrica en sujetos consumidores de sustancias de abuso. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2011.
37. Nóvoa Medina , Hernández F. ¿Se puede suspender la medicación en los pacientes con artritis reumatoide en remisión? Reumatología Clínica. 2012 Enero - Febrero ; 8(1).
38. Caballero Uribe V. Artritis reumatoide como enfermedad de alto costo. Revista Colombiana de Reumatología. 2004;; p. 226.
39. Secretaria de Salud. Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoidea del adulto México: General; 2010.
40. Efectividad de una intervención Educativa en Pacientes con Artritis Reumatoide. Hospital Universidad del Norte: Barranquilla. Abril - Mayo de 2005. Revista Colombiana de Reumatología. 2006 Marzo; 13(1): p. 11-19.
41. Actualización de la GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN ESPAÑA. 2011 Diciembre.
42. Pérez Sandoval , Nieves Calatrava D, Crespo Palomo C, Galván Cervera J. El papel del metotrexato subcutáneo en jeringas precargadas (Metoject®) en el tratamiento de la artritis reumatoide. iMedPub Journals. 2010; 6(2:2).
43. Caballero Uribe , Londoño D, Chalem. Tratamiento de la artritis reumatoide en Colombia - Aplicación práctica de los conceptos teóricos por parte de los reumatólogos colombianos. REVISTA COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA. 2002 Diciembre; 9(4).
44. American College of Rheumatology (ACR). 2012 Update of the 2008 American College of Rheumatology recommendations for the use of disease-modifying antirheumatic drugs and biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis. Arthritis Care & Research. 2012 Mayo; 64(5).
45. (ACR), American College of Rheumatology. 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. Arthritis & Rheumatology. 2016 Enero; 68(1).

46. European League Against Rheumatism (EULAR). EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. The EULAR journal. 2013 Octubre; 1.
47. Mexicanos CdsgEU. Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide del adulto - Guía práctica clínica. 2010..
48. House E. Part of NHS Quality Improvement Scotland. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2011;; p. 8-10.
49. Bruce B, Fries F. The Stanford Health Assessment Questionnaire: Dimensions and Practical Applications. Health Qual Life Outcomes. 2003 Junio; 1.
50. Resolución 5261 de 1994, Acuerdo 08 de 2009 y acuerdo 029 de 2011..
51. Bonis PAL, Wong. A short primer on cost-effectiveness analysis. UpToDate. 2016.
52. Pinto Paredes JL, Sanchez Martínez FI, et. al. Métodos para la evaluación económica de nuevas prestaciones. CENTRE DE RECERCA EN ECONOMIA I SALUT – CRES MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.
53. Pinto Paredes JL, Sanchez Martínez FI, et. al. Recogida de datos Eficacia vs Efectividad. In Métodos para la evaluación económica de nuevas prestaciones. p. 44.
54. Malagón De salazar L. Reflexiones y posiciones alrededor de la evaluación de intervenciones complejas. In Evaluación de Políticas y Programas en Salud Pública y Promoción de la Salud.; 2011.
55. Campbell D, Stanley J. Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Buenos Aires;; 1995.
56. Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (primera parte). In mexicana Lpm, editor. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. Reimpresa ed. México; 1991. p. 2.
57. Weinstein MC, O'Brien B, Hornberger J, Jackson J, Johannesson M, McCabe C, et al. Principios de Buenas Prácticas en el Desarrollo de Modelos Analíticos para la Toma de Decisiones en las Evaluaciones de Atención en Salud: Informe del Grupo de Trabajo de ISPOR sobre Buenas Prácticas en Investigación – Estudios de modelación. VA L U E I N H E A L T H. 2003; 6(1).
58. Como evaluar el programa; Pahocap 4..
59. EPS Sanitas. Primer encuentro en gestión del riesgo. Experiencias exitosas en patologías de alto costo que incentivan a la competencia basada en resultados. Programa de Artritis Reumatoide. 2014 Abril.
60. Acosta Hernandez RR, Liuber Caballar A, Garcia Stivens A, Hernandez Duarte J. Qué hace realmente el Reumatólogo en la atención primaria?: Hospital Clínico Quirúrgico Docente Cdte. Manuel Fajardo. 2004.

61. Campos S, Povedano J, Uceda J, García A, Fernández A, González I. Reumatología en los centros de salud: cuatro años de experiencia. *Rev Esp Reumatol*. 2000; 27: p. 7: 310 – 314.
62. Delgado Rodriguez M, Llorca Díaz J. Estudios longitudinales: concepto y particularidades. *Revista española de salud pública*. 2004 Marzo - Abril; 78(2).
63. Pineda EB, de Alvarado EL. Diseños para investigación cuantitativa. In *Salud OPdl. Metodología de la investigación*. 3rd ed. Washington D.C; 2008.
64. Jany E JN. In *Investigación integral de mercados*. Bogotá: McGraw-Hill; 1994. p. 48.
65. Scribano O. *El proceso de investigación social cualitativo* Buenos Aires: Prometeo; 2007.
66. Cañas C, Forero E, Jiménez C, Restrepo JF, Rondón F, Peña M, et al. Relación entre la artritis reumatoidea y los trastornos de la función tiroidea. *Acta Médica Colombiana*. 1997 Noviembre - Diciembre; 22(6).
67. Resolución 8430 de 1993. Capítulo I..
68. 64ª Asamblea General FBo2. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos..
69. Federal GdPCCMI10G. Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide del adulto..
70. Hogrefe JF. Valor de corte de HAQ para predecir discapacidad laboral en pacientes con artritis reumatoide. *Revista Argentina de Reumatología*. 2009;(2).
71. Castrejon I, Ortiz AM, Toledano E, Castañeda S, García-Vadillo A, Patiño E, et al. Estimated cut off points for the 28 - joint disease activity score based on C-reactive protein in a longitudinal register of early arthritis. *J Rheumatol*. 2010; 37(7): p. 1439-43.
72. Grotevant D, Carlson CI. *Family assessment: A guid to methods and measures* New York; 1989.
73. Montecinos Schmidt J. Instrumentos del médico de familia en la consulta de atención primaria. *Archivo del Hospital la Paz*. 2007 Julio - Diciembre; 5(2).
74. Reyes Medina A, González WN, Suárez Rodríguez BL, Egüez Mesa JL. Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes con artritis reumatoide. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. *Revista Cubana de Reumatología*. 2015 Enero - Abril; 17(1).
75. De Achaval , Suarez-Almazor ME. Improving Treatment Adherence in Patients With Rheumatologic Disease. *Rheumatology Network*. 2010 Octubre.
76. Salt , Frazier S. Adherence to Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs in Rheumatoid Arthritis Patients: A Narrative Review of the Literature. National Institutes of Health (NIH Public Access). 2010 Julio - Agosto; 29(4).
77. C SB. Hipertensión arterial en las enfermedades autoinmunes y sistémicas. Hipertensión y riesgo vascular. 2005 Enero; 22(1).

78. Sociedad Española de Reumatología (SER). Actualización de la guía de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España. 2011 Diciembre..
79. Sentencia C260/08..
80. Vigogne M. Contratación en Salud; SENA..
81. Leuro Martínez M. La contratación en los Servicios de Salud. 2008. Primera edición.
82. DECRETO 4747 DE 2007; CAPÍTULO I: Objeto y definiciones básicas; ARTÍCULO 4°, 6° y 8°..
83. Castaño Yepes A. Mecanismos de pago en salud: Anatomía, fisiología y fisiopatología. 1st ed. Bogotá: Ecoe ediciones; 2014.

14 ANEXOS

ANEXO A. Operativización de variables

VARIABLE DEPENDIENTE	DESCRIPCIÓN	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	RANGO DE VALORES
DAS 28	Corresponde al puntaje total del test DAS 28 (Anexo I) para medir compromiso articular.	Cualitativa	Ordinal	Unidades
Costo total	Costo relacionado con medicamentos biológicos, no biológicos, hospitalizaciones, ayudas diagnósticas, de los pacientes antes y después de ingresar al programa	Cuantitativa	Razón	Pesos

VARIABLE INDEPENDIENTE	DESCRIPCIÓN	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	RANGO DE VALORES
Costo de medicamentos biológicos	Valor de los medicamentos biológicos administrados a los pacientes durante el 2009 y el 2013	Cuantitativa	Razón	Pesos
Costo de medicamentos no biológicos	Valor de los medicamentos no biológicos administrados a los pacientes durante marzo de 2009 y marzo de 2013	Cuantitativa	Razón	Pesos
Costo de hospitalización	Valor de las hospitalizaciones de los pacientes entre el 2009 y el 2013, relacionadas con su enfermedad de base	Cuantitativa	Razón	Pesos
Costo de consultas médicas especializadas de reumatólogo	Valor de las consultas médicas especializadas del Reumatólogo entre el 2009 y el 2013	Cuantitativa	razón	Pesos
Costo de consultas médicas especializadas del médico familiar	Valor de las consultas médicas especializadas del Médico Familiar entre el 2009 y el 2013	Cuantitativa	Razón	Pesos
Costos de ayudas diagnósticas de laboratorio	Valor de los exámenes de laboratorio entre el 2009 y el 2013	Cuantitativa	Razón	Pesos

VARIABLE INDEPENDIENTE	DESCRIPCIÓN	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	RANGO DE VALORES
Costos de ayudas diagnósticas de imagenología	Valor de los exámenes de rayos x entre el 2009 y el 2013	Cuantitativa	Razón	Pesos
HAQ (Anexo K)	Resultado del test aplicado periódicamente al usuario con el cual se evalúa discapacidad	Cualitativa	Ordinal	Unidades
APGAR (Anexo M)	Resultado del test aplicado periódicamente al usuario con el cual se evalúa el apoyo familiar	Cualitativa	Ordinal	Unidades
Edad	Mayores de 16 años	Cuantitativa	Razón	>16 Años
Género	Describe el sexo del paciente masculino, femenino	Cualitativo	Nominal	1=hombre 2=mujer
Adherencia al programa	Registro de la asistencia al programa en número de controles	Cuantitativa	Razón	Unidades
Hipertensión Arterial	Elevación persistente de la presión arterial por encima de los valores establecidos como normales por consenso. Se ha fijado en 140 mm Hg para la sistólica o máxima y 90 mm Hg para la diastólica o mínima. Registro de diagnóstico adicional del usuario diferente al de artritis reumatoide	Cualitativa nominal	Nominal	Si, No
Diabetes mellitus	Conjunto de trastornos metabólicos, que comparten la característica común de presentar concentraciones elevadas de glucosa en la sangre (hiperglicemia) de manera persistente o crónica Registro de diagnóstico adicional del usuario diferente al de artritis reumatoide	Cualitativa nominal	Nominal	Si, No

VARIABLE INDEPENDIENTE	DESCRIPCIÓN	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	RANGO DE VALORES
Enfermedad coronaria	Enfermedad cardíaca que provoca un suministro inadecuado de sangre al músculo cardíaco. Registro de diagnóstico adicional del usuario diferente al de artritis reumatoide	Cualitativa nominal	Nominal	Si, No
Hemoglobina	Mide la cantidad de hemoglobina sanguínea. La hemoglobina es una proteína en los glóbulos rojos que transporta oxígeno.	Cuantitativa	Razón	Gramos/de cilitro
Conteo de glóbulos blancos	Mide el número total de glóbulos blancos (leucocitos) y la cuenta diferencial. La cuenta diferencial mide los porcentajes de cada tipo de leucocito	Cuantitativa	Razón	Células/microlitro
Sesiones de Psicología	Registro del número de sesiones de psicología que asiste el usuario	Cuantitativa	Razón	Unidades
Sesiones de Terapia Ocupacional	Registro del número de sesiones de Terapia ocupacional que asiste el usuario	Cuantitativa	Razón	Unidades
Suspensión del medicamento	Registro del tiempo en que el usuario ha dejado de tomar un medicamento si se presenta esta situación	Cualitativo	Nominal	Si, no
Número de días de suspensión del medicamento	Registro de la cantidad en días en las que el paciente ha suspendido un medicamento, si se presenta el evento	Cuantitativa	Razón	Unidades
Paciente fumador	Registro de la cantidad de cigarrillos que fuma el paciente si es positivo el evento	Cuantitativa	Razón	Unidades
Consumo de alcohol	Registro de la cantidad de copas de licor que ingiere el paciente si es positivo el	Cuantitativa	Razón	Unidades

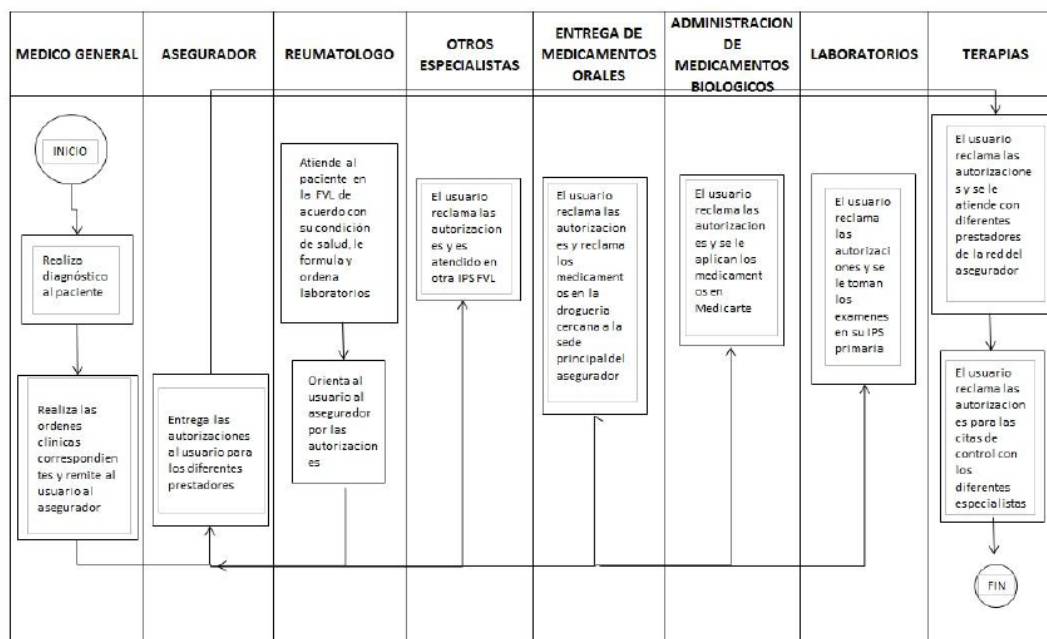
VARIABLE INDEPENDIENTE	DESCRIPCIÓN	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	RANGO DE VALORES
	evento			
Frecuencia de consumo de licor	Número de veces por semana que el paciente consume alcohol si el evento se presenta	Cuantitativa	Razón	Unidades
Trastornos mentales de Depresión y Ansiedad	Registro del resultado del test de Prime Test (Anexo L) para depresión y para la ansiedad	Cuantitativa	Razón	Unidades
Tiempo de Inicio del tratamiento en meses	Cantidad de meses transcurridos desde el inicio del tratamiento médico	Cuantitativa	Razón	Unidades
PCR	Proteína C reactiva, producida por el hígado la cual se eleva en presencia de inflamación en todo el cuerpo	Cuantitativa	Razón	Unidades
Paciente con DMARS	Número de pacientes tratados con medicamento DMARS.	Cuantitativa	Razón	Unidades
Paciente con biológicos	Número de pacientes tratados con medicamentos biológicos	Cuantitativa	Razón	Unidades

ANEXO B. Proceso de atención pacientes de reumatología REUMASOS (Antes)



EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA IPS DE SERVICIO AMBULATORIO EN SANTIAGO DE CALI, ENTRE EL AÑO 2009 – 2013

FLUJOGRAMA 1. PROCESO DE ATENCIÓN REUMASOS
PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA
(ANTES)

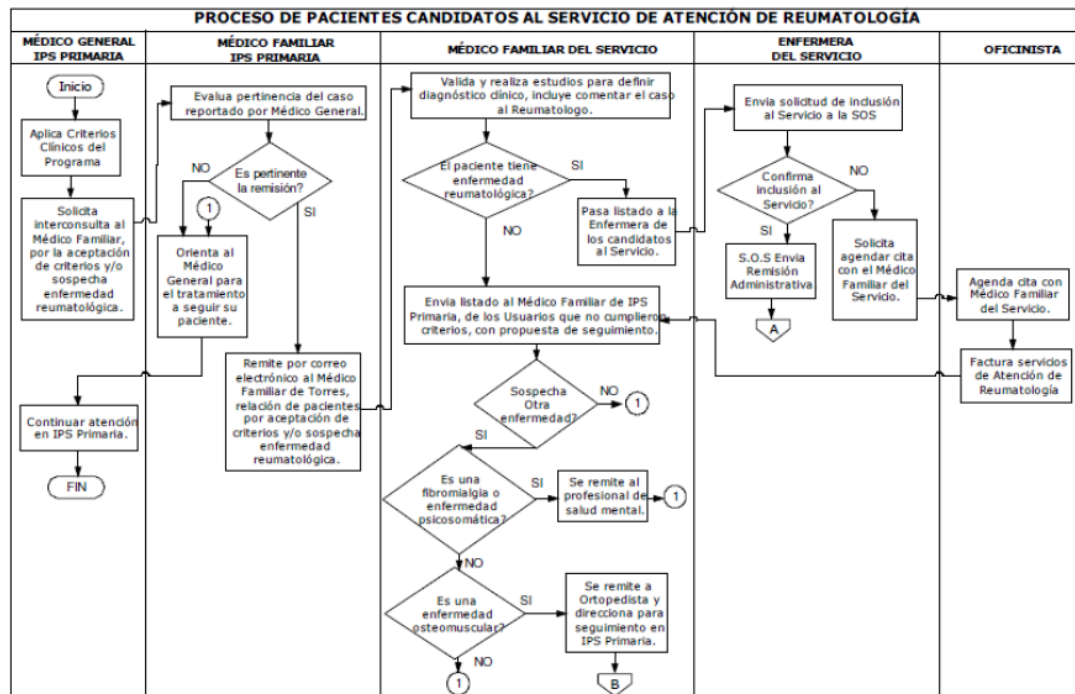


ANEXO C. Proceso de atención pacientes de reumatología – COMFANDI (Después)



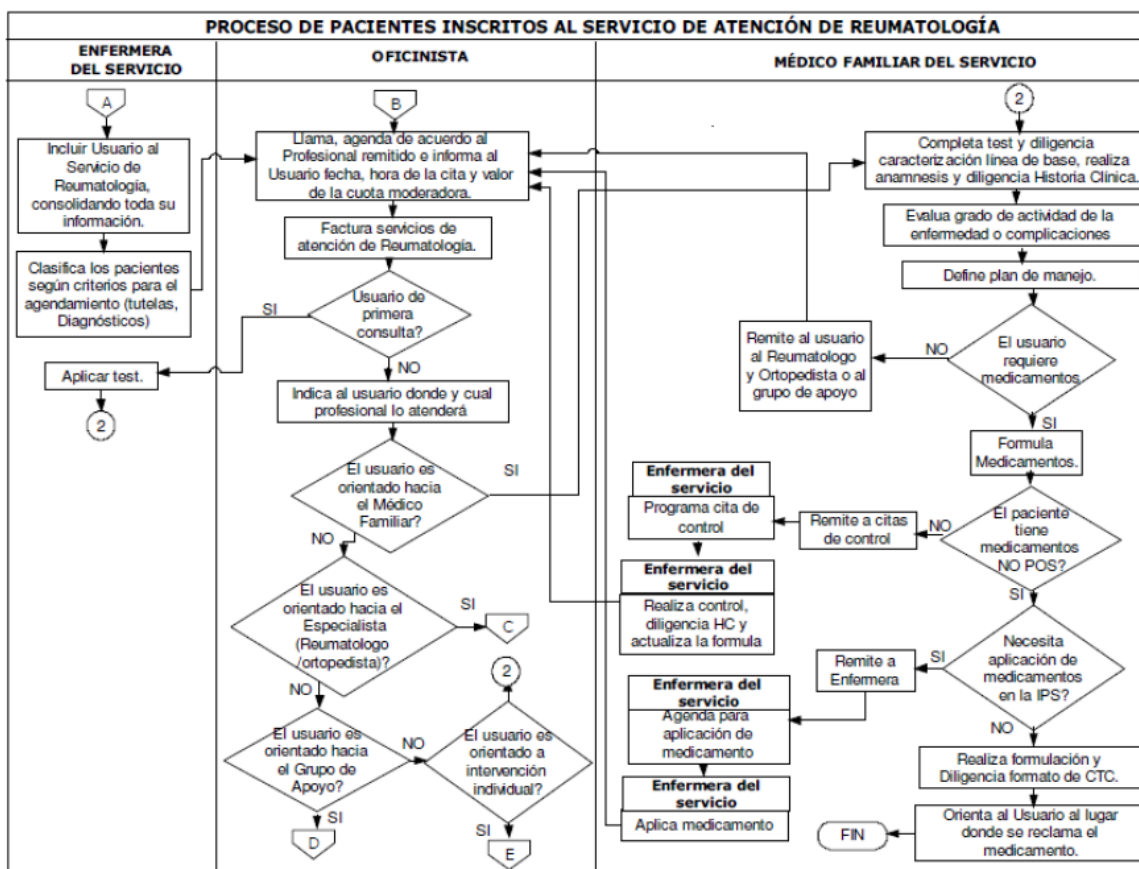
EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA IPS DE SERVICIO AMBULATORIO EN SANTIAGO DE CALI, ENTRE EL AÑO 2009 – 2013

FLUJOGRAMA 2. PROCESO DE PACIENTES CANDIDATOS AL SERVICIO DE ATENCIÓN DE REUMATOLOGÍA - COMFANDI
PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA
(DESPUÉS)



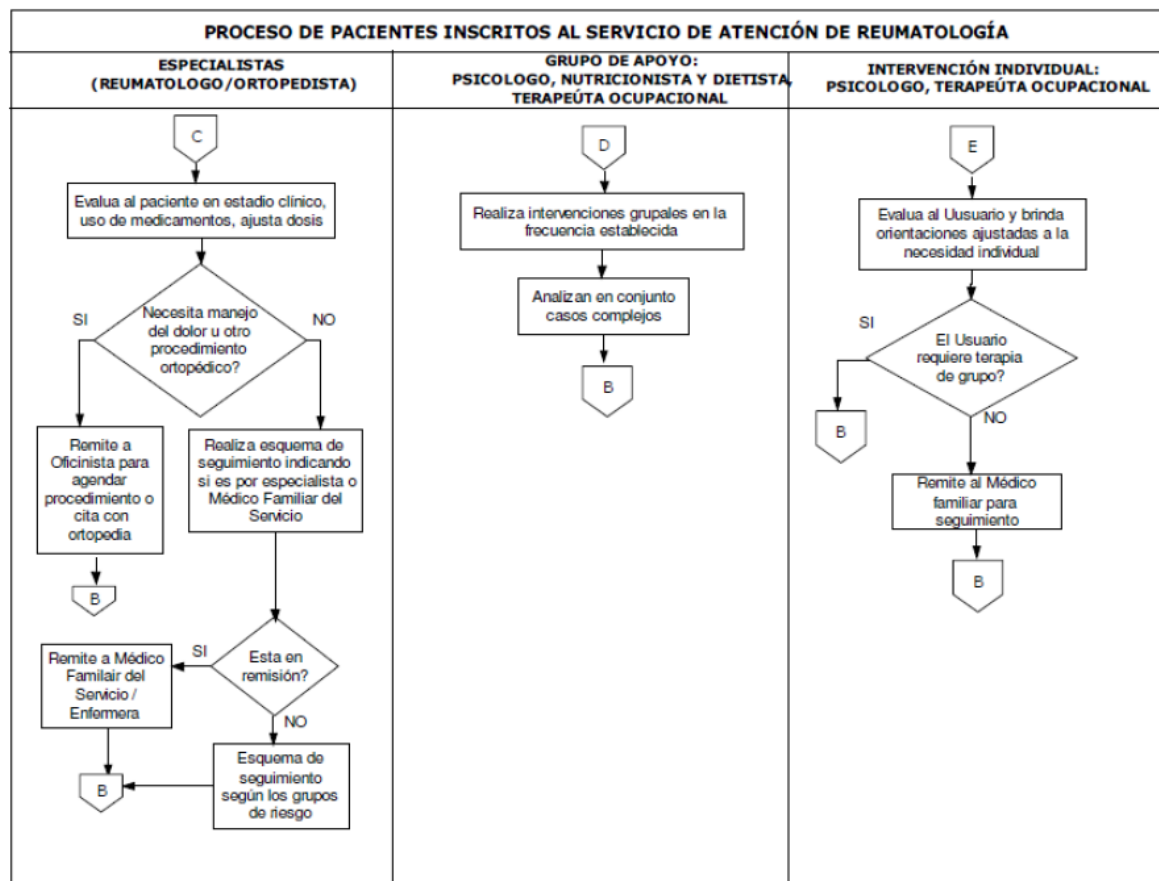
**EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON
ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA IPS DE SERVICIO AMBULATORIO EN SANTIAGO DE CALI,
ENTRE EL AÑO 2009 – 2013**

**FLUJOGRAMA 3. PROCESO DE PACIENTES INSCRITOS AL SERVICIO DE ATENCIÓN DE
REUMATOLOGÍA - COMFANDI
PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA
(DESPUÉS)**



**EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON
ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA IPS DE SERVICIO AMBULATORIO EN SANTIAGO DE CALI,
ENTRE EL AÑO 2009 – 2013**

**FLUJOGRAMA 4. PROCESO DE PACIENTES INSCRITOS AL SERVICIO DE ATENCIÓN DE
REUMATOLOGÍA - COMFANDI
PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA
(DESPUÉS)**



ANEXO D. Formato de consentimiento informado



EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA IPS DE SERVICIO AMBULATORIO EN SANTIAGO DE CALI, ENTRE EL AÑO 2009 – 2013

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Lo estamos invitando a participar como voluntario en un estudio para DETERMINAR LA EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA IPS DE SERVICIO AMBULATORIO EN SANTIAGO DE CALI, ENTRE EL AÑO 2009 – 2013.

Este documento de Consentimiento Informado le proporcionará toda la información necesaria para ayudarlo a decidir sobre su participación en el estudio. Por favor lea atentamente la información. Si cualquier parte de éste documento no le resulta claro o si tiene alguna pregunta o desea solicitar información adicional, no dude en pedirla en cualquier momento a alguno de los miembros del equipo de estudio, quienes se mencionan al final de este documento.

Este estudio está dirigido a hombres y mujeres que hacen parte de los 120 pacientes que pertenecen al programa de reumatología de la IPS de primer nivel de complejidad Comfandi de la ciudad de Cali desde el año 2009 hasta el 2013, a los cuales se les invita a participar de manera voluntaria en este estudio de aproximadamente dos meses de duración, en el cual se pretende determinar las diferencias en la atención y resultados para el paciente entre las dos modalidades del año 2009 al 2011 y del año 2011 al 2013; teniendo como finalidad el identificar si existe un cambio significativo en el programa, que se vea reflejado en resultados clínicos positivos para los pacientes. Por lo tanto se requiere realizar la evaluación de la historia clínica y resultados de los exámenes realizados al paciente, y posiblemente se puede requerir que el paciente responda unas preguntas en una entrevista escrita titulada: PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS FRENTE A LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL PROGRAMA REUMATOLOGÍA DURANTE EL AÑO 2009 Y 2013, con una duración aproximada de 30 a 40 minutos, si es usted uno de los veinte pacientes escogidos al azar para que esta les sea realizada.

Paciente seleccionado para la entrevista: SI _____ NO _____

En caso de ser seleccionado se diligenciarán los siguientes datos:

Fecha de aplicación de la entrevista será el día _____ del mes de _____, del año _____.

Todos los datos obtenidos para este trabajo únicamente serán utilizados con fines docentes y de investigación, por lo tanto se solicita al participante su autorización para utilizar los datos y la información recolectada en este estudio, en estudios similares futuros, previa aprobación del Comité de Ética de la Universidad del Valle.

El hacer parte de este estudio no generará ningún riesgo potencial al participante. Toda la información será confidencial y en todo momento se mantendrá el anonimato, garantizándole su derecho a la intimidad y a la propia imagen, de tal manera que su nombre no se hará público por ningún medio.

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su **participación es completamente voluntaria y no le generará riesgo alguno**, que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad Y que no existirá compensación alguna por su participación. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Los responsables de la conducción de las actividades de investigación somos **Ruby Edith Ramírez Chagüendo (celular 3163230569)** y **Mercedes Tobar Trujillo (celular 3104527203)**, investigadoras principales del proyecto, quienes somos estudiantes de la Maestría en Administración de Salud de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, **Carlos Augusto Hernández (celular 3155204900)**, el cual es el director del proyecto de investigación y **el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (Teléfono 5185677)**.

En consideración de lo anterior, agradecemos su participación voluntaria en esta investigación.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

_____	_____	_____
NOMBRE DEL PARTICIPANTE Y C.C.	FIRMA	FECHA

_____	_____
NOMBRE Y FIRMA TESTIGO N° 1	NOMBRE Y FIRMA TESTIGO N° 2
_____	_____
C.C.	C.C.

Hemos discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante.

_____	_____	_____
NOMBRE DE LA INVESTIGADORA	FIRMA	FECHA

_____	_____	_____
NOMBRE DE LA INVESTIGADORA	FIRMA	FECHA

ANEXO E. Protocolo de entrevista



EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA IPS DE SERVICIO AMBULATORIO EN SANTIAGO DE CALI, ENTRE EL AÑO 2009 – 2013

PROTOCOLO PARA LA ENTREVISTA:

PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS FRENTE A LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL PROGRAMA REUMATOLOGÍA DURANTE EL AÑO 2009 – 2013

INTRODUCCIÓN

Las preguntas que se realizarán en esta entrevista, no han sido utilizadas en otras investigaciones. La entrevista será aplicada por las dos investigadoras. El diseño de las preguntas fue realizado con asesoría de una psicóloga.

OBJETIVO

La presente entrevista tiene como objetivo identificar la percepción de los usuarios respecto al proceso de atención antes y después del cambio de IPS (cambio del modelo de atención para su enfermedad).

ALCANCE

La entrevista será realizada a veinte usuarios activos del programa que hayan tenido la experiencia con las dos modalidades de atención.

METODOLOGÍA

Se seleccionaran veinte personas de los 120 usuarios del programa que hacen parte del estudio los cuales corresponderán a representantes de ambos géneros, de diferentes grupos etarios, de diferente nivel educativo, tanto cotizantes como beneficiarios para obtener información de los diferentes puntos de vista.

1. Para la realización de la entrevista se tendrá en cuenta los siguientes criterios:

- ✓ Se tendrá en cuenta seleccionar igual cantidad de personas según género y grupo etario.
- ✓ Se omiten las personas mayores de 70 años teniendo en cuenta que por su fisiología es conocido que tienen dificultad con el recuerdo de los eventos remotos, esto permite disminuir el sesgo.
- ✓ Será aplicada a mayores de edad.

- ✓ Quienes no acepten la participación en la entrevista, serán reemplazados por otras personas en igual número.
- ✓ Se realizará de forma individual.
- ✓ Se aplicará en la IPS cuando los usuarios asistan a sus respectivos controles.
- ✓ Se realizará una prueba piloto con el 10% del total de los participantes de la entrevista, para identificar posibles ajustes al instrumento.
- ✓ La tabulación de las respuestas será realizada por las dos investigadoras.
- ✓ La aplicación de la entrevista se realizará en la IPS cuando el usuario asista a su control o en su defecto telefónicamente.
- ✓ Se aplicará previamente el consentimiento informado a cada usuario a entrevistar.
- ✓ Las preguntas serán abiertas para obtener respuestas libres de parte de los usuarios.
- ✓ la información de las entrevistas tendrá un manejo confidencial.
- ✓ Los resultados obtenidos serán entregados a la dirección de la IPS y demás directivas con el fin de que sirva para la toma de decisiones y mejoramiento del programa.
- ✓ La participación en la entrevista será de manera voluntaria para los usuarios participantes.
- ✓ Al usuario se le aclararán las dudas referentes a la entrevista antes de iniciarla.
- ✓ A la persona entrevistada se le hará saber que su opinión es importante para el mejoramiento del servicio.
- ✓ Las dos investigadoras utilizarán los mismos criterios para la realización de las entrevistas.

2. Procedimiento para realizar la entrevista

Los pacientes que harán parte de las entrevistas firmarán previamente el consentimiento informado como autorización para ser partícipes de esta investigación la cual incluye revisión de la historia clínica, paraclínicos y la posibilidad de ser parte de los veinte entrevistados.

Los pasos a tener en cuenta son:

- ✓ Se iniciará con el saludo al paciente y se le informará que la entrevista tomará aproximadamente entre 30 y 40 minutos.
- ✓ Se le explicará al paciente el objetivo de la entrevista.
- ✓ Se procederá con la lectura del consentimiento informado, el cual ya debe estar firmado por el paciente (cuando este aceptó ser parte de la investigación).
- ✓ Se le recordará que esta entrevista es voluntaria y que si no desea participar o responder alguna de las preguntas de la entrevista, está en su debido derecho de manifestarlo y se acatará lo que este decida.
- ✓ Una vez el paciente acepte hacer parte de la entrevista, se registrarán los datos: fecha de entrevista, número de la entrevista y género del paciente.
- ✓ Se procederá con la lectura de cada una de las cinco preguntas, permitiendo que el paciente responda libremente.
- ✓ Una vez finalizada la entrevista, se le indicará que en la copia del consentimiento informado que se le entregó previamente, están los números telefónicos de las investigadoras, en caso de tener alguna inquietud adicional o de querer estar al tanto del proceso de la investigación.

ANEXO F. Formato de entrevista



EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA IPS DE SERVICIO AMBULATORIO EN SANTIAGO DE CALI, ENTRE EL AÑO 2009 – 2013

PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS FRENTE A LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL PROGRAMA REUMATOLOGÍA DURANTE EL AÑO 2009 - 2013

FECHA: DD / MM / AA

N° DE ENTREVISTA: _____

GENERO: F____ M____

1. ¿Describa cómo se sentía frente a la prestación del servicio de salud en su anterior programa?

2. ¿Cuál piensa usted que fue el resultado que el anterior programa le dejó en su tratamiento o en su salud?

3. ¿Qué piensa sobre el programa de reumatología?

4. ¿Cómo cree usted que el programa está afectando su salud actualmente?

5. ¿Cómo percibe la calidad de la atención en el programa, explique su respuesta?

ANEXO G. Tabulación de las respuestas de la entrevista



EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA IPS DE SERVICIO AMBULATORIO EN SANTIAGO DE CALI, ENTRE EL AÑO 2009 – 2013

TABULACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA ENTREVISTA

No DE ENTREVISTA	PREGUNTA 1: RESPUESTAS
1	El cambio en los medicamentos afectó el desarrollo del tratamiento ahora esta medicada con "Actemra". El servicio siempre me ha parecido bueno pero me gustaría que el nuevo medicamento me lo dieran en Buenaventura
2	Era atendido en la avenida de las américas y se sentía muy bien
3	La atención muy demorada las citas en las Américas. En esa epoca, le habían ordenado cirugía en la FVL. El Dr le dijo que no se la podían hacer porque tenía osteoporosis pero en el 2013 le hicieron la cirugía. Las autorizaciones han desmejorado porque antes eran menos pacientes en el edificio España.
4	La atención en la IPS de la Avenida de las Americas, el unico cambio relevante fue que durante el tiempo en que se presento el cambio me quede sin control por un año aproximadamente.
5	La atención estuvo bien, el doctor muy amable, me controlaron la enfermedad.
6	En la Avenida las Americas era bueno, pero me veían muchos médicos, cada vez en una consulta diferente.
7	Bien
8	Bien atendida. La atendían en las Américas, hubo un año en que no la atendieron porque iba a pasar a Torres, pero no le pasó nada, los exámenes se los hacían algunos en San Nicolás.
9	Me han atendido bien, no tuve problema. Me atendía el reumatólogo en Valle del Lily. El medicamento se lo aplicaban en Medicate cerca del Valle del Lily. Me tocaba ir a SOS a la autorización para ir donde el Doctor.
10	Estaba bien, pero no había un punto fijo donde ir; tenía que movilizarme.
11	Era más incomodo; la atención era buena, el problema era el desplazamiento.
12	La veían en Valle del Lily en el centro de Especialistas y en la SOS. Tenía obesidad mórbida, la operaron siempre estuve comoda con el reumatólogo, aprendí muchas cosas con la enfermedad. Comencé con biológicos desde el 2005. Los medicamentos los aplicaban en
13	Las ordenes se las autorizaban en Las Américas, los exámenes en Palmira. El especialista la veía en Las Américas. Me sentía bien, muy bien, el médico era muy formal
14	Cuando empecé, "me gustaba como me trataron porque fue rápido", ahora las autorizaciones se demoran. Me llamaron a la casa por los resultados de los exámenes que me tomaron al principio cuando me diagnosticaron. Me actuaron rápido, me mandaron al programa, me organizaron la cita, me vio el Dr Molina en SOS. Me vio dos veces. Estuve muy satisfecha en ese momento
15	En ese entonces me atendía el Dr. Perdomo la atención era muy buena en la Avenida de las Americas. Luego en el Prado me quedaba muy lejos.
16	Me vieron poquitas veces, esas veces me fue bien
17	Antes me tocaba en Comfandi calipso, y tenía el mismo tratamiento.
18	El medicamento era en Medicate y los exámenes en laboratorios Angel. El especialista la atendía en la Fundación Valle del Lily. Me sentía bien, me parecía bien porque tenía un buen médico
19	En la Avenida las Americas la atención era muy buena, los medicamentos me hacían efecto.
20	Me atendían en la Avenida las Americas, estaba bien el programa.
21	Me pareció muy bueno, funcionaba el tratamiento, mis exámenes salían muy bien.
22	La atención era buena, me gustaba más el médico era mejor.
23	Siempre me toco en la Avenida de las Americas, no tengo queja. Pero el Dr. Restrepo dejo de atenderme y puse un derecho de petición; durante el cambio me quede cinco meses sin atención, y no me daban información.

**EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON
 ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA IPS DE SERVICIO AMBULATORIO EN SANTIAGO DE CALI,
 ENTRE EL AÑO 2009 – 2013**

TABULACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA ENTREVISTA

No DE ENTREVISTA	PREGUNTA 2: RESPUESTAS
1	El medicamento anterior era mejor, con las interconsultas no ha tenido problema y ha mejorado
2	Muy bueno, fue eficaz con el medicamento Lomira que le dieron desde que lo atendían en las Américas
3	Bueno. Ese tratamiento le sirvió para hacerse la cirugía
4	Mejore durante el tratamiento, pero durante el año de espera del cambio tuve una recaída, insuficiencia suprarrenal.
5	los medicamentos me hicieron buen efecto, el Dr Gonzalez es muy buen médico.
6	El tratamiento es bueno, pero ahora en Torres es mejor.
7	Fue Bueno
8	Bien
9	Cuando empecé con la enfermedad, me dolía un tobillo y a medida que le aplicaban el medicamento fue mejorando. El reumatólogo la comenzó a ver en SOS. Me preocupé porque me cambiaron las autorizaciones eran en SOS. Los medicamentos en Medicarte, los exámenes en Dinámica. Con artritis no debe andar uno de un lado a otro.
10	el control de mi enfermedad ha sido bueno.
11	El control de la enfermedad fue mejor, estaba muy mala.
12	Mientras estuve en Medicarte, la salud mejoró. Bajé de peso, la experiencia fue muy positiva. Solo el hecho de desplazarse hacia Medicarte cada semana era muy incomodo. Las autorizaciones eran complejas.
13	Todo normal, bien
14	El resultado fue muy positivo porque no volví a estar inflamada
15	El resultado fue muy bueno, yo estaba muy imposibilitada. El tratamiento me era aplicado cada 8 días.
16	No estaba tan mal, no estaba tan inflamada. Estaba controlada
17	Cuando empecé estaba muy mal, ahora estoy muy bien, he ido mejorando.
18	Fue Bien
19	Ha sido muy bueno; mejore mucho, estuve bien controlada.
20	Mejore con el tratamiento.
21	Muy bueno. El tratamiento que me recetaron me hacia efecto y mejoro mi condición.
22	He estado estable asistía más a esas citas.
23	Americas y luego ir hasta el sur el medicamento en Medicarte. Eso fue muy incomodo para mi; la mejoría es más bien estable. Tenía que hacer mucho proceso para ir por el medicamento.

**EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON
ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA IPS DE SERVICIO AMBULATORIO EN SANTIAGO DE CALI,
ENTRE EL AÑO 2009 – 2013**

TABULACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA ENTREVISTA

No DE ENTREVISTA	PREGUNTA 3: RESPUESTAS
1	Esta bien, el único problema es viajar desde Buenaventura hasta Cali para aplicarse el medicamento que es mensualmente
2	Mejoró bastante la atención
3	Es un programa muy bueno porque al principio no podía mover los dedos, "le daba lidia levantarse". Hoy puede mover los dedos
4	Es muy bueno, no he tenido recaídas, el doctor me ve cada dos meses.
5	Es muy bueno, pero la última cita que pedí la perdí en el mes de Julio, pero no me reasignaron la cita porque no había agenda. No he tenido remisión con la terapeuta ocupacional; he tenido cita con la nutricionista, el psicólogo y el dermatólogo.
6	Me gusta más ahora es un mismo médico el que me sigue el tratamiento, me aplican el medicamento cada mes, me llaman dos días antes de la cita para recordarme.
7	Esta bien, me parece excelente porque el médico le prestan mucha atención, me dan todos los medicamentos
8	Es bueno porque las manos se le hinchaban, las citas eran cada 6 meses, la atendieron rápido y las citas las pasaron a cada 3 meses. En el anterior programa las tenía cada 6 meses. He sido bien atendida, con las charlas y terapias.
9	Fue un alivio que le hicieran el programa. Todo ahí mismo. El medicamento, las citas con el reumatólogo, los exámenes y todo
10	El programa es muy buen, me han remitido a salud ocupacional y al nutricionista.
11	Me ha parecido bien, no me niegan la droga y me atiende el reumatólogo.
12	Todo ha sido bien, comodidad. Todas las citas son menos complicadas, mas cómodo. El reumatólogo es muy bueno. Nos ve el psicólogo, el fisioterapeuta. Todo está en el mismo sitio.
13	Es lo mismo, me atienden cada 4 meses igual
14	El programa de Torres cuando comencé, fui deprimida porque me cambiaron. Hubo un tiempo en que no tuve consulta. El Dr Henry me mandó donde el reumatólogo, fui a un particular; ese Dr me dijo que tenía que pasar a oftalmología. El programa de ahora a veces me atiende la Dra Viáfara Médico Familiar de Torres. Mantengo a veces la VSG alta. Con el tratamiento que tenía estaba bien. La entrega de los medicamentos me pone de mal genio porque solo entregan en el segundo piso de Torres, tienen un horario, si no llega en ese horario, no lo puedo recibir, no lo entregan y a veces se me cruza con el horario del trabajo. Son muy rígidas con eso. Los medicamentos solo los entregan en Torres no en Calipso, que me queda mas cerca . El Metrotexate solo lo entregan en Torres, eso es algo negativo. Lo demás es bien porque me colocaron con el psicólogo, la Terapeuta Ocupacional no ha podido atenderla porque se le cruzan las citas. Yo pido las citas en el horario contrario. Otra cosa que no me ha gustado es la pérdida de la cita me dieron un número que no contestan, dan un número celular que no contestan. Yo hago turnos de 12 horas. No tiene comunicación. Las autorizaciones están muy demoradas en Américas en cuanto a ordenes para los medicamentos NO POS. Solo dos niñas atienden y hay mucha gente.
15	Esta muy organizado. El doctor Buritica me atiende, el medicamento me lo aplican cada dos meses o tres.
16	Me colocaron el Psicólogo, tenía las manos inflamadas y las niñas que hacen terapias, ellas están pendientes de las reacciones a las drogas. Eso le ayuda mucho, cada rato me dan citas para terapias y con el psicólogo. Es bueno y rápido
17	En estos momentos casi no estoy asistiendo, me veía la Dra Viáfara.
18	Los primeros años me sentía regular porque me cambiaron de médico y me sentía mal de salud
19	Ha mejorado mucho el programa porque todo esta junto con el terapeuta, nos atienden muy bien.
20	Es bueno, yo soy una paciente en silla de ruedas y la enfermedad ha afectado mi salud, pero estoy estable.
21	Muy bueno, muy completo, mejore mucho.
22	No me gusta mucho, las citas son muy lejanas.
23	Si se pudiera calificar de 1 a 10, yo diría 9, porque me ha ido muy bien. Estoy muy contenta, la gente es muy atenta; ya que el otro médico en ocasiones me regañaba.

**EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON
ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA IPS DE SERVICIO AMBULATORIO EN SANTIAGO DE CALI,
ENTRE EL AÑO 2009 – 2013**

TABULACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA ENTREVISTA

No DE ENTREVISTA	PREGUNTA 4: RESPUESTAS
1	El programa está controlando la enfermedad, ha mejorado porque yo se que no tiene cura, pero me la están controlando
2	Le aumentaron a 21 dias, no le ha servido, no le deja mover bien las manos. Va a pedir al médico que le vuelva a formular para 15 dias
3	No le está afectando, solo que la prednisolona la hace aumentar de peso. En terminos generales, los medicaamentos la han mejorado porque ya no está reducida a una cama
4	Los medicamentos me han hecho efecto y mejoré
5	No tengo problemas con la movilidad y el medicamento me ha ayudado, ya que tenia infalmación en las manos y pies,pero el medicamento al menos me los deja mover. Cuando se me acaba el medicamento siento dolor y se me inflaman.
6	Me gusta más ahora, los exámenes me los hacen acá (Torres) y es mejor.
7	Estuvo en Valle del Lily en el 2013 le fue bien cuando volvió a Torres le fue bien, tuvo reemplazo de cadera.
8	Bien, llevo mas de 6 meses que he estado bien con las manos. Me ha mejorado mucho el dolor
9	Para mejorar porque las muchachas son muy amables, Deisy es "chevere". El grupo es bueno, los m[édicos] son muy "cheveres".
10	El programa es muy completo, y el medicamento es el adecuado, me estoy tomando una diaria tal como me dice el doctor y estoy gozando de buena salud.
11	En estos días he tenido crisis, por lo tanto me medicaron por tres días ara mejorar los síntomas; he tenido mucha inflamación en las manos.
12	Me he sentido como abandonada, me retiraron los biológicos, me mandaron a la clínica del dolor pero la cita es muy lejos. El dolor es muy fuerte. Cada dia tengo mas dolor, mas dificultad para moverme
13	Bien, me atienden bien
14	Toda la vida me ha parecido que me han afectado positivamente. Me han pasado mas cosas positivas que negativas
15	Positivamente, yo puedo realizar mis actividades facilmente. Al iniciar el programa, recién inicie estaba muy imposibilitada.
16	Me fue mejor en Torres de Comfandi porque estan mas pendientes de uno. Se siente uno como si fuera en familia, me gusta más que en las Américas, estoy muy contenta con el programa. El último control me fue bien.
17	En este momento me siento bien, ya estoy mejor.
18	Me siento bien en el programa pero el medicamento me hace efecto los primeros 8 a 15 dias, el médico me mandó exámenes. He tenido que tomar diclofenaco. El Médico dice que la artritis es muy rebelde
19	Me ha ido muy bien; hasta me han ido disminuyendo el medicamento, porque los exámenes me salen muy bien.
20	He mejorado.
21	Siempre funciona muy bien. Los medicamentos siempre me hicieron efecto.
22	Desde que inicio en Torres no he sido constante, solo he asistido tres veces. El medicamento me ha mantenido estable.
23	Ultimamente me estan medicando con medicamento biologicoy me esta saliendo un sarpullido en la espalda y no me han dado cita para que me valore el médico, así se el médico general, no hay agenda.

**EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON
ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA IPS DE SERVICIO AMBULATORIO EN SANTIAGO DE CALI,
ENTRE EL AÑO 2009 – 2013**

TABULACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA ENTREVISTA

NO DE ENTREVISTA	PREGUNTA 5: RESPUESTAS
1	La atención es buena y son muy formales los enfermeros, no tengo queja
2	Me han atendido muy bien, las enfermeras son muy amables, eficaces y son muy puntuales. La atención es muy buena; debe haber un salón mas grande para que puedan entrar mas personas solo entran 6 al salón donde hacen las terapias
3	Para mi la atención es buena, las citas son exactas a la hora que la tiene, los médicos son formales. Si tiene algo diferente, el médico se preocupa por el paciente
4	La atención es buenisima.
5	La atención es muy buena, la aplicación del medicamento es muy puntual. La cita con el reumatologo es cada cuatro meses.
6	La atención es excelente, son muy formales, estan pendientes durante el tratamiento.
7	Bien, me mandaron al psicólogo, terapia ocupacional, me fue bien. En el 2009 no le mandaron terapias ni al psicólogo. El programa ha mejorado bastante porque no lo ponen a voltear. Ahí mismo en Torres está el psicólogo, los rayos X, terapia ocupacional, la farmacia. En las Américas le tocaba ir a otras "EPS", para otros servicios, "solo le atendía el reumatólogo y la farmacia".
8	Buena. No me quejo. Estuvieron muy pendientes de mi enfermedad.
9	La salida era muy pequeña en Mediacarte. La sala era grande, la sala, las sillas las han ido mejorando. A mi me han atendido bien las muchachas y todo no he tenido problema. Me han dado el medicamento y me han atendido bien. El programa está muy bueno
10	Muy buena, todos me atienden muy bien.
11	La atención ha estado muy bien, son muy amables.
12	Mientras estuve con biológicos fui bien atendida, pero no puedo recibirlos. La atención en lo demas es excelente, el reumatólogo es muy bueno y preocupado, nos hemos integrado con los pacientes lo que no pasaba en Mediacarte, allá no se conoce a nadie
13	En Torres me dan las citas. Lo califica bien porque la atienden bien.
14	Es buena porque tiene algunas falencias como la entrega de medicamentos para que fuera excelente.
15	Es muy buena, los médicos y los enfermeros tienen mucha calidad humana, no solo conmigo, he visto que tratan muy bien a todos los pacientes.
16	Me parece muy bueno porque están pendientes de uno. Si me siento mal voy donde "Pilar" y me consigue la cita, si se me acaba la droga también. Fui donde "la Dra", me dijo que ejercicios hiciera y se me quitaron los dolores.
17	La atención de la Dra Viafara es muy buena, el programa funciona muy bien.
18	La calidad de la atención es buena porque me siento a gusto
19	El Dr. Gonzalez es muy buen profesional.
20	Es buena.
21	Todo funciona muy bien.
22	Es buena pero me queda muy lejos y estoy ocupada viajando y no puedo asistir a las citas; el horario de citas es muy difícil. No he sentido que empeore.
23	Yo no tengo queja mayor, pero recomendaría que hubiese un mejor acompañamiento. Mis citas control son cada 4 meses y me preocupa el sarpullido que tengo, la cita con el médico reumatologo es muy lejana.

ANEXO H. Formato de la historia clínica de los pacientes con AR - Programa de reumatología




EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA IPS DE SERVICIO AMBULATORIO EN SANTIAGO DE CALI, ENTRE EL AÑO 2009 – 2013

**FORMATO DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES DE AR
PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA**

Gestión Administrativa

Historia de Reumatología








LOGIN

16942368 - ADM

JOHN MARQUEZ

INDICADORES

CLINIMETRÍA

ÚLTIMA CLIN. 24/05/2011

ART. DOL. 4 ART. INF. 6

DAS 28

ÚLTIMO DAS. 24/05/2011

DAS28 3.827 DAS28 PCR 0

HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE

ÚLTIMO HAQ. 20/04/2011

PD 15 HAQ 1.875

ENCUESTAS

DEPRESIÓN 04/27/11 04/27/11 04/27/11

ANSIEDAD 6 8 9

APGAR 9

EVALUACIÓN 12/05/2011

ALGO MEJOR

PACIENTE

DOCUMENTO TI 9203190598

PACIENTE JORGE ALEXANDER PEREZ MOREN

TELÉFONO IPS CANDELARIA

CAUSA DE CONSULTA

FECHA	CAUSA DE CONSULTA
15/03/2011	Pud flo asdk jsd fjg fkg skf jk asdk k jk jsdlsaj
15/03/2011	Auksdhyt jushd fghskdj hksaj dhfkjsdnhfjgh sdfjk hsdkth asdkjhask dj

RADIOGRAFIAS

FECHA	LESIÓN	OBSERVACIONES
04/28	1. EROSION	Rx de cadera muestra erosión en cadera derecha
04/28	2. OSTEOPENIA	Rx de manos que evidencia osteop... en mano derecha y antebrazo izq
04/28	3. DISMINUCIÓN DEL ESPACIO	Rx de columna

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

FECHA	ESP.	PROBLEMA	OBJETIVO	TIEMPO (MESES)	FECHA SEG.	ESTADO
02-May		Paciente no puede caminar	Realizar caminatas con ayuda	6	02/11/2011	Creada
20-May	Adm	Aaaaaa	Sssssssssssss	7	01/07/2011	Creada

ANTECEDENTES

FECHA	ANTECEDENTE	OBSERVACIÓN
03/15	1. Tiempo desde el inicio de los síntomas	Enero 2005
03/15	2. Eventos estresantes asociados a la aparición del dolor?	Ninguno

LABORATORIOS

FECHA	EXAMEN	FECHA TOMA	RESULTADO
04/28/2011	Hb COMPLETO	15/03/2011	20.56
04/28/2011	YSG (WG)	16/03/2011	15.24
04/28/2011	C3 C4	13/04/2011	REACTIVO
04/28/2011	DNAS	20/03/2011	16.05

MEDICAMENTOS

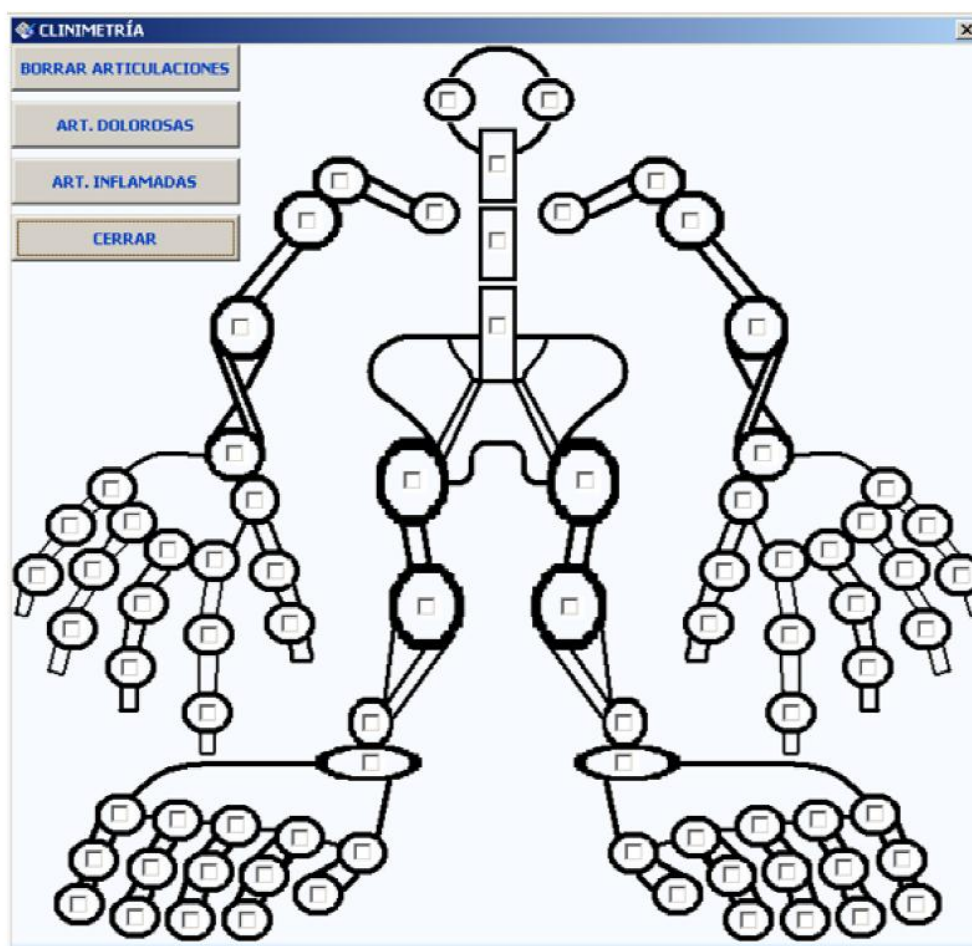
FECHA	MEDICAMENTO	USO ACTUAL	OBSERVACIÓN
04/29/2011	LEFLUNOMIDA	☐	Suministro por un año
04/29/2011	SULFAZALACINA	☒	Consumo por 6 meses
04/29/2011	ESTEROIDES	☐	Sdfgsdfg

ANEXO I. Formato índice DAS 28



EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA IPS DE SERVICIO AMBULATORIO EN SANTIAGO DE CALI, ENTRE EL AÑO 2009 – 2013

DAS 28



ANEXO J. Formato clinimetría



EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA IPS DE SERVICIO AMBULATORIO EN SANTIAGO DE CALI, ENTRE EL AÑO 2009 – 2013

CLINIMETRÍA

HISTORIA_REUMATOLOGIA.APR:Clinimetria						
CLINIMETRÍA						
FECHA	TOTAL DOLOROSAS	TOTAL INFLAMADAS	DOL. DAS28	INF. DAS28	DOL. ACR.	INF. ACR.
03/26	7	7	5	5	6	6
FECHA	ARTICULACIÓN	DX	TOTAL	DAS28	ACR	
03/26	HOMBRO DERECHO.	DOLOROSA	☒	☒	☒	
03/26	CODO DERECHO.	DOLOROSA	☒	☒	☒	
03/26	CARPO DERECHO.	DOLOROSA	☒	☒	☒	
03/26	CARPOMETACARPIANA DERECHA 1+	DOLOROSA	☒	☐	☐	
03/26	METACARPOFALANGICA DERECHA 1.	DOLOROSA	☒	☒	☒	
03/26	INTERFALANGICA PROXIMAL MANO DERECHA 1.	DOLOROSA	☒	☒	☒	
03/26	ACROMIO CLAVICULAR DERECHO*	DOLOROSA	☒	☐	☒	
03/26	HOMBRO DERECHO.	INFLAMADA	☒	☒	☒	
03/26	CODO DERECHO.	INFLAMADA	☒	☒	☒	
03/26	CARPO DERECHO.	INFLAMADA	☒	☒	☒	
03/26	CARPOMETACARPIANA DERECHA 1+	INFLAMADA	☒	☐	☐	
03/26	METACARPOFALANGICA DERECHA 1.	INFLAMADA	☒	☒	☒	
03/26	INTERFALANGICA PROXIMAL MANO DERECHA 1.	INFLAMADA	☒	☒	☒	
03/26	ACROMIO CLAVICULAR DERECHO*	INFLAMADA	☒	☐	☒	

ANEXO K. Formato índice HAQ



EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA IPS DE SERVICIO AMBULATORIO EN SANTIAGO DE CALI, ENTRE EL AÑO 2009 – 2013

HAQ

HISTORIA_REUMATOLOGIA.APR-HAQD						
HAQ		NE = PREGUNTA NO EVALUADA	SD = SIN DIFICULTAD AD = CON ALGUNA DIFICULTAD	MD = CON MUCHA DIFICULTAD IR = INCAPAZ DE REALIZAR		
FECHA	PREGUNTA	NE	SD	AD	MD	IR
04/20	1. Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?	☐	☐	☒	☐	☐
04/20	2. Lavarse el cabello?	☒	☐	☐	☐	☐
04/20	3. Levantarse de una silla sin apoyarse?	☒	☐	☐	☐	☐
04/20	4. Acostarse y levantarse de la cama?	☐	☒	☐	☐	☐
04/20	5. Cortar la carne en el plato?	☐	☐	☒	☐	☐
04/20	6. Llevarse a la boca un vaso o tasa llena?	☒	☐	☐	☐	☐
04/20	7. Abrir un envase nuevo de yogurt en cartón?	☒	☐	☐	☐	☐
04/20	8. Caminar afuera de su casa en un terreno plano?	☐	☐	☒	☐	☐
04/20	9. Subir cinco escalones?	☒	☐	☐	☐	☐
04/20	10. Lavarse y secarse todo el cuerpo?	☐	☒	☐	☐	☐
04/20	11. Tomar el baño en la tina (doblando las rodillas)?	☒	☐	☐	☐	☐
04/20	12. Sentarse y levantarse del inodoro?	☒	☐	☐	☐	☐
04/20	13. Alcanzar y bajar un objeto de 2 Kg. por encima de su cabeza?	☐	☐	☐	☐	☒
04/20	14. Agacharse para recoger ropa del suelo?	☒	☐	☐	☐	☐
04/20	15. Abrir las puertas de un auto?	☐	☐	☐	☐	☒
04/20	16. Abrir frascos que ya estén abiertos?	☒	☐	☐	☐	☐
04/20	17. Abrir y cerrar los interruptores de la luz?	☒	☐	☐	☐	☐
04/20	18. Hacer mandados e ir de compras?	☐	☐	☐	☐	☒
04/20	19. Entrar y salir de un auto?	☒	☐	☐	☐	☐
04/20	20. Hacer tareas domésticas?	☒	☐	☐	☐	☐

ANEXO L. Encuesta Prime test



EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA IPS DE SERVICIO AMBULATORIO EN SANTIAGO DE CALI, ENTRE EL AÑO 2009 – 2013

PRIME TEST

HISTORIA_REUMATOLOGIA.APR:ENCUD							
ENCUESTAS		VD = VARIOS DÍAS	LM = LA MITAD DEL TIEMPO (EN ANSIEDAD ES MÁS DE LA MITAD DEL TIEMPO)	CT = CASI TODOS LOS DÍAS			
FECHA	T. ENCUESTA	PREGUNTA	NUNCA	VD	LM	CT	
04/27	DEPRESIÓN	1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas.	☒	☐	☐	☐	
04/27	DEPRESIÓN	2. Sentirse demasiado(a), deprimido(a) o sin esperanza.	☒	☐	☐	☐	
04/27	DEPRESIÓN	3. Problemas en dormirse, o en mantenerse dormido(a) o en dormir demasiado.	☒	☐	☐	☐	
04/27	DEPRESIÓN	4. Sentirse cansado(a) o tener poca energía.	☒	☐	☐	☐	
04/27	DEPRESIÓN	5. Tener poco apetito o comer en exceso.	☒	☐	☐	☐	
04/27	DEPRESIÓN	6. Sentir falta de amor propio o sentirse fracasado o que se ha decepcionado a sí mismo.	☒	☐	☐	☐	
04/27	DEPRESIÓN	7. Tener dificultad para concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión.	☐	☒	☐	☐	
04/27	DEPRESIÓN	8. Se mueve o habla tan lento q otra gente se podría dar cuenta o se mueve mucho mas q de.	☐	☐	☒	☐	
04/27	DEPRESIÓN	9. Se le han ocurrido pensamientos que sería mejor estar muerto o de hacerse daño de algun	☐	☐	☐	☒	

HISTORIA_REUMATOLOGIA.APR:ENCUD							
ENCUESTAS		VD = VARIOS DÍAS	LM = LA MITAD DEL TIEMPO (EN ANSIEDAD ES MÁS DE LA MITAD DEL TIEMPO)	CT = CASI TODOS LOS DÍAS			
FECHA	T. ENCUESTA	PREGUNTA	NUNCA	VD	LM	CT	
04/27	ANSIEDAD	1. Sentirse nervioso(a), ansioso(a), con los nervios de punta preocupado(a) por diferentes	☐	☒	☐	☐	
04/27	ANSIEDAD	2. Sentirse intranquilo(a), de tal modo que le fu difícil estar quieto(a).	☐	☒	☐	☐	
04/27	ANSIEDAD	3. Cansarse de nada.	☐	☒	☐	☐	
04/27	ANSIEDAD	4. Tensión muscular, dolor o malestar.	☐	☐	☒	☐	
04/27	ANSIEDAD	5. Problemas en dormirse o en mantenerse dormido(a).	☒	☐	☐	☐	
04/27	ANSIEDAD	6. Dificultad para concentrarse en cosas tales como leer un libro o ver televisión.	☐	☒	☐	☐	
04/27	ANSIEDAD	7. Ponerse irritable o molesto(a) fácil mente.	☐	☐	☒	☐	

ANEXO M. Encuesta Apgar



EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA IPS DE SERVICIO AMBULATORIO EN SANTIAGO DE CALI, ENTRE EL AÑO 2009 – 2013

APGAR

HISTORIA_REUMATOLOGIA.APR:ENCUD							
ENCUESTAS			VD = VARIOS DÍAS	LM = LA MITAD DEL TIEMPO (EN ANSIEDAD ES MÁS DE LA MITAD DEL TIEMPO)	CT = CASI TODOS LOS DÍAS		
FECHA	T. ENCUESTA	PREGUNTA	NUNCA	VD	LM	CT	
04/27	APGAR	La ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?	☐	☐	☐	☒	
04/27	APGAR	La forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo?	☐	☐	☒	☐	
04/27	APGAR	La forma como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades?	☐	☒	☐	☐	
04/27	APGAR	La manera como compartimos en mi familia: el tiempo, los espacios en la casa o el dinero?	☐	☐	☐	☒	