



Sumando diferentes perspectivas para definir un concepto de *remisión integral* en artritis reumatoide Proyecto SUMAR

Jordi Cohen
Clara Gabás
Elena Viciano
Susana Aceituno
Jaume Ribera

Febrero del 2022

INFORME DE RESULTADOS

 **IESE CRHIM**
Business School
University of Navarra

Con el patrocinio de:

abbvie

OUTCOMES¹⁰

Sumando diferentes perspectivas para definir un concepto de *remisión integral* en artritis reumatoide Proyecto SUMAR

**Jordi Cohen
Clara Gabás
Elena Viciano
Susana Aceituno
Jaume Ribera**

Febrero del 2022

INFORME DE RESULTADOS

Responsables

Jordi Cohen

Senior Associate del Centre Center for Research in Healthcare Innovation Management (CRHIM)
JCohen@iese.edu
+34 696 771 475

Clara Gabás

HE&OR Manager en Outcomes'10

Elena Viciano

HE&OR Consultant en Outcomes'10

Susana Aceituno

Associate Director en Outcomes'10

Jaume Ribera

Dirección de Producción, Tecnología y Operaciones en IESE Business School
Cátedra Novartis sobre Excelencia Operativa en el Sector Sanitario
Center for Research in Healthcare Innovation Management (CRHIM)

Diseño: Alejandro Maiocchi

Edición: Caja Alta Edición & Comunicación (www.cajaalta.es)

CONTENIDO

Siglas y acrónimos	4
Resumen ejecutivo	5
1. Introducción	10
2. Objetivos	11
3. Metodología	11
3.1. Comité científico y grupo multidisciplinar	11
3.2. Fase I. Análisis de perspectivas relacionadas con el concepto de <i>remisión</i>	13
3.2.1. Revisión de la literatura	13
3.2.2. Mapa de remisión en AR	14
3.2.3. Dinámicas de grupo	14
3.3. Fase II. Definición integrada de <i>remisión</i>	15
3.3.1. <i>Workshop</i> 1 multidisciplinar	15
3.3.2. <i>Workshop</i> 2 multidisciplinar	17
3.4. Fase III. Difusión o divulgación	18
3.4.1. Reuniones regionales	18
3.4.2. Jornada de difusión nacional	19
4. Resultados	20
4.1. Fase I. Identificación de perspectivas relacionadas con el concepto de <i>remisión</i>	20
4.1.1. Revisión de la literatura	20
4.1.2. Mapa de remisión en AR	22
4.1.3. Dinámicas de grupo	26
4.2. Fase II. Definición integrada de <i>remisión</i>	27
4.2.1. <i>Workshop</i> 1 multidisciplinar	27
4.2.2. <i>Workshop</i> 2 multidisciplinar	30
4.3. Fase III. Difusión o divulgación	35
5. Discusión y conclusiones	44
Referencias	47
Anexo 1. Asistentes a las reuniones regionales por CC. AA.	48
Anexo 2. Resultado de los roles de los agentes implicados en la implantación del concepto de <i>remisión integral</i>	53
Anexo 3. Resultados de las reuniones regionales	54

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACR/EULAR	American College of Rheumatology / European League Against Rheumatism
AR	Artritis reumatoide
BRAF-MDQ	Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue-Multi Dimensional Questionnaire
CC	Comité científico
CC. AA.	Comunidades autónomas
CDAI	Índice clínico de actividad de la enfermedad o <i>clinical disease activity index</i>
CN	Coordinador nacional
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
DAS28	Índice de actividad de la enfermedad reducido a 28 articulaciones o <i>disease activity score-28</i>
DAS44	Índice de actividad de la enfermedad basado en 44 articulaciones o <i>disease activity score-44</i>
DE	Desviación estándar
EMA	Agencia Europea de Medicamentos
EQ-5D	EuroQuol-5D
FACIT-F	<i>Functional assessment of chronic illness therapy-fatigue</i>
FAME	Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad
FDA	Food and Drug Administration
GENESIS	Grupo de Evaluación de Novedades, Estandarización e Investigación en Selección de Medicamentos
GUIPCAR-SER	<i>Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con artritis reumatoide - Sociedad Española de Reumatología</i>
HADS	<i>Hospital anxiety and depression scale</i>
HAQ	<i>Health assessment questionnaire</i>
HCE	Historia clínica electrónica
ICHOM	International Consortium for Health Outcomes Measurement
<i>IPT</i>	<i>Informe(s) de posicionamiento terapéutico</i>
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMERACT	<i>Outcomes measures in rheumatology</i>
P-VAS	<i>Pain-visual analogue scale</i>
PASS	<i>Patient acceptable symptom state</i>
PCR	Proteína C reactiva
PGA	<i>Patient global assessment</i>
PRO	Resultados percibidos por el paciente o <i>patient-reported outcomes</i>
PRO-CLARA	<i>Pro-clinical arthritis activity</i>
PROM	Medición de resultados percibidos por los pacientes o <i>Patient reported outcomes measures</i>
PSQI	Pittsburgs Sleep Quality Index
RAID	<i>Rheumatoid arthritis impact of disease</i>
RAPID3	<i>Routine assessment of patient index data 3</i>
ROAD	<i>Recent-onset arthritis disability</i>
SDAI	Índice simplificado de actividad de la enfermedad o <i>simplified disease activity index</i>
SEMFYC	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
SERMAS	Servicio Madrileño de Salud
SESCAM	Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
SF-36	Short Form 36
SNS	Sistema Nacional de Salud
VGM	Valoración global del médico
VSG	Velocidad de sedimentación globular

Resumen ejecutivo

Justificación

El objetivo terapéutico en la artritis reumatoide (AR) es alcanzar la remisión, entendida esta como la ausencia mantenida de evidencia clínica y analítica de actividad en la enfermedad, sin progresión del daño estructural articular. En la actualidad, existe una amplia variabilidad respecto a los criterios y las herramientas utilizados para valorar su remisión. Además, cada vez adquiere mayor relevancia la integración de la perspectiva del paciente en la toma de decisiones terapéuticas, para lo cual existe un amplio abanico de herramientas disponibles.

Por todo ello, resulta necesario establecer un lenguaje común entre los diferentes actores, dando respuesta a cada uno de los ámbitos de la actuación sanitaria, que posibilite consensuar una definición integral del concepto de *remisión*.

Al respecto, el proyecto SUMAR pretende llegar a un consenso sobre el concepto de *remisión* entre los diferentes agentes implicados, de manera que permita una homogenización del seguimiento de los pacientes en España y la comparación de los resultados obtenidos.

Objetivo

El objetivo del estudio consistió en alcanzar una definición única de *remisión* en AR que:

- tenga en cuenta las necesidades y la visión de los pacientes, profesionales sanitarios y gestores/ decisores sanitarios, para establecer un marco único de actuación;
- dé una respuesta común a diferentes actores involucrados, con objeto de reducir la variabilidad;
- posibilite aumentar la frecuencia de remisión y mejorar el manejo de la enfermedad.

Metodología

El proyecto estuvo liderado por un coordinador nacional (CN) y supervisado por un comité científico (CC) multidisciplinar integrado por profesionales sanitarios implicados en el manejo de la AR, gestores/ decisores sanitarios y un representante de asociaciones de pacientes. Además, en diferentes fases del proyecto, se contó con la participación de un grupo extendido de expertos.

El proyecto se desarrolló en el periodo 2020-2021, mediante tres fases consecutivas, con el propósito de 1) analizar las diferentes perspectivas relacionadas con el concepto de *remisión* actual, 2) establecer una definición integrada de *remisión* que recoja todas las perspectivas y, finalmente, 3) validar, ampliar y difundir el consenso alcanzado y establecer la hoja de ruta para la implantación del concepto mediante reuniones regionales en las comunidades autónomas (CC. AA.).

- **Fase I. Identificación de perspectivas relacionadas con el concepto de *remisión*** para delimitar el actual. Esta fase, a su vez, se dividió en tres etapas:
 - **Revisión de la literatura** para identificar la información disponible relativa al concepto de *remisión* en AR desde cinco perspectivas diferentes: investigación, práctica clínica recomendada, resultados en salud, evaluación de medicamentos y planificación sanitaria. Se revisaron bases de datos internacionales y se consultaron fuentes de literatura gris.
 - **Mapa de *remisión*** para establecer la situación de la remisión en España. A partir de los resultados de la revisión y la opinión de los expertos integrantes del CC, se diseñaron tres cuestionarios con el fin de valorar la perspectiva de reumatólogos, pacientes y gestores/ decisores sanitarios.

- **Dinámicas de grupo** con pacientes¹, profesionales sanitarios y gestores/decisores sanitarios, para identificar las principales experiencias y factores en relación con la AR o la remisión que más valora cada colectivo.
- **Fase II. Definición integrada de remisión.** Se realizaron dos *workshops* multidisciplinares con el fin de definir y consensuar, de forma integrada, los criterios de remisión y la hoja de ruta adecuada para su implementación.
- **Fase III. Difusión o divulgación.** Se llevaron a cabo siete reuniones regionales multidisciplinares vía *online* destinadas a validar y ampliar el concepto de *remisión integral* consensuado e identificar las particularidades de las diferentes CC. AA. para la implantación del concepto consensuado de *remisión*. En estas reuniones se expuso el consenso alcanzado durante el proyecto y los asistentes votaron una serie de cuestiones planteadas para conocer su perspectiva.

Resultados

Los resultados se resumen desglosados en cada una de las fases desarrolladas.

Fase I. Identificación de perspectivas relacionadas con el concepto de *remisión*

- **Revisión de la literatura.** Se observó una enorme variabilidad en las herramientas utilizadas, en función del campo: investigación, práctica clínica recomendada, resultados en salud, evaluación de medicamentos y planificación sanitaria. Por lo general, las herramientas más empleadas para valorar la actividad clínica fueron el índice de actividad de la enfermedad reducido a 28 articulaciones (DAS28) o el criterio de remisión clínica del American College of Rheumatology / European League Against Rheumatism (ACR/EULAR); y para valorar los PRO, los cuestionarios *health assessment questionnaire* (HAQ) y *rheumatoid arthritis impact of disease* (RAID).
- **Mapa de remisión**
 - Pacientes ($n = 275$). Los síntomas más frecuentes relacionados con la AR, que se manifiestan con más intensidad y con más impacto, son el dolor y la inflamación. Los pacientes señalaron que, para considerarse en remisión, deberían disminuir los niveles de frecuencia, intensidad e impacto con los que sufren estos síntomas a niveles de, aproximadamente, la mitad.
 - Reumatólogos ($n = 160$). Los criterios de remisión más utilizados fueron el DAS28-VSG (velocidad de sedimentación globular) y el DAS28-PCR (proteína C reactiva). En cuanto a los PRO, los más utilizados y considerados más útiles fueron el HAQ y las escalas de valoración del dolor.
 - Gestores/decisores sanitarios ($n = 30$). Los criterios que se deberían considerar para la toma de decisiones son la eficacia (utilizando el DAS28) y el coste-efectividad (utilizando el coste por respuesta).
- **Dinámicas de grupos.** Se realizaron tres:
 - Pacientes ($n = 12$). Identificaron los momentos más limitantes del día: levantarse de la cama, trabajar, descansar, dormir, higiene personal/vestirse, así como las principales barreras para alcanzar el concepto de *remisión* (teniendo en cuenta el peor estado provocado por la enfermedad y aquel que se desea alcanzar): levantarse de la cama, higiene personal/vestirse, trabajo, descanso, dormir. Por último, identificaron el dolor, la inflamación/rigidez y la fatiga como los principales síntomas y signos que condicionan la convivencia con la enfermedad.
 - Profesionales sanitarios ($n = 11$). Propusieron que el concepto de *remisión integral* debería incluir “la ausencia de signos clínicos y síntomas extraarticulares de la enfermedad, sin progresión de las alteraciones en la calidad de vida relacionada con la salud reportada por el paciente”. Además, establecieron que el concepto integral de *remisión* debería contemplar tanto los aspectos clínicos como los PRO, y que la frecuencia de evaluación tendría que ser cada 3-6 meses.

¹ En la dinámica participaron pacientes, el IESE Business School, Outcomes'10 y el CN del proyecto.

- Gestores/decisores sanitarios ($n = 4$). Destacaron que el concepto integral de *remisión* debería incluir la perspectiva del paciente y ser sencillo, fácil de implementar, permitir las comparaciones y ser multidominio.

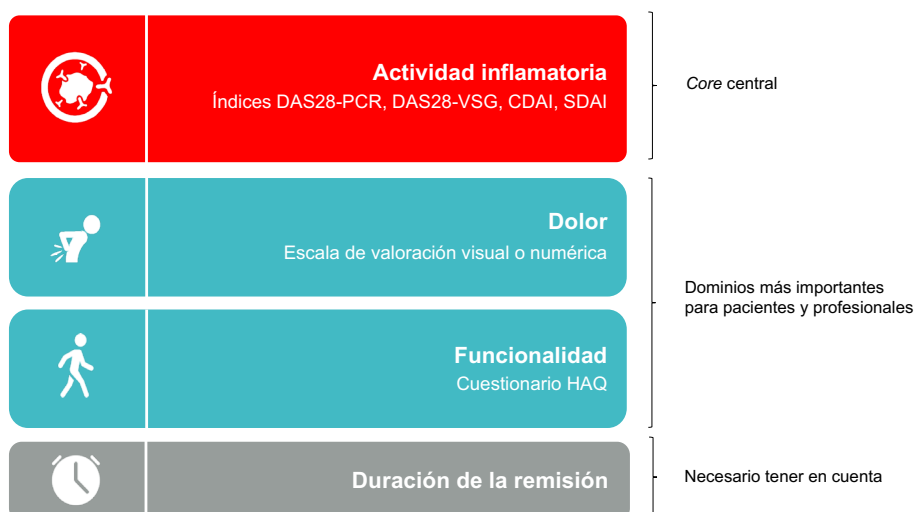
Fase II. Definición integrada de *remisión*

En el **primer workshop** (11 participantes), los participantes definieron, por medio de un sistema de votación, los perfiles de pacientes a considerar (con y sin daño estructural) y los dominios a valorar:

- Dominios clínicos: actividad inflamatoria (aspecto obligatorio, medido mediante un índice compuesto validado) y valoración global del médico (VGM).
- Dominios reportados por el paciente: dolor, fatiga, rigidez, funcionalidad, estado emocional y calidad de vida (así como tener en cuenta la duración de la remisión).

En el **segundo workshop** (12 participantes) se estableció la hoja de ruta de la implantación de la propuesta, desarrollada en cuatro etapas:

1. **Etapla 1. Preparación.** Propuesta de dominios mínimos para valorar la remisión. Ante la imposibilidad de valorar, en la práctica habitual, todos los propuestos en el *workshop 1*, se propusieron unos dominios mínimos compuestos por **la actividad inflamatoria, el dolor y la funcionalidad**.



2. **Etapla 2. Dónde estamos.** Identificación de fortalezas y debilidades. La principal fortaleza identificada por los asistentes al *workshop* fue la voluntad de empoderar a los pacientes con AR, entendida como dar visibilidad o intentar incorporar la opinión/situación de estos en la toma de decisiones del tratamiento a seguir. La principal debilidad fue la resistencia al cambio por parte de los profesionales sanitarios y la variabilidad existente en los sistemas sanitarios de las diferentes CC. AA., lo que dificulta la comunicación entre ellas.

3. **Etapla 3. Diseñando la hoja de ruta.** Diseño de las acciones y/o a tareas a seguir.

- **Qué:** herramientas y umbrales a utilizar para cada tipo de paciente. Para valorar el dolor, se propuso una escala visual o numérica; y para la funcionalidad, el cuestionario HAQ, que son las herramientas más utilizadas. En cuanto a los umbrales para el dolor y la funcionalidad en cada perfil de paciente, se propuso para pacientes sin daño estructural un resultado cercano a la normalidad, y, para pacientes con daño estructural, la no progresión.

- **Cómo:** acciones generales necesarias para la puesta en marcha.
 - i. Práctica clínica: formar a Enfermería y al paciente e integrar los PRO en la historia clínica electrónica (HCE).
 - ii. Investigación: realizar estudios de eficiencia (coste-efectividad) en la práctica clínica y establecer la remisión como objetivo en estudios de tratamiento tanto en ensayos como en la vida real.
 - iii. Evaluación de resultados en salud: priorizar la evolución de sistemas de información y cuadros de mando clínicos, integrar la remisión integral en el concepto general de *evaluación de resultados en salud*, incorporar costes globales en el sistema con resultados en salud, centrarse en lo cualitativo más que en lo cuantitativo, recoger resultados en salud relevantes que incluyan tanto la perspectiva del paciente como el porcentaje de pacientes en *remisión*, vincular el concepto de *remisión* a la persistencia y establecer indicadores para medir resultados en salud.
 - iv. Evaluación de medicamentos: vincular los resultados en salud con priorización de fármacos y analizar los costes globales, teniendo en cuenta los costes indirectos.
 - v. Planificación sanitaria: incluir el objetivo de remisión integral en documentos y planes de salud, introducir el porcentaje de pacientes en *remisión* en pactos de gestión, incorporar el objetivo de remisión integral en planes estratégicos y consensuar una propuesta de objetivos y evaluación.
- **Quién:** personas implicadas y sus roles en la implantación de la propuesta: reumatólogos (liderar la implantación), Enfermería (proporcionar al paciente formación y ayuda para cumplimentar los PRO), Farmacia (formar parte del equipo multidisciplinar y fomentar la adherencia), gestores (facilitar los recursos necesarios y dar importancia a los resultados en salud) y otros agentes (sociedades científicas, Atención Primaria, psicólogos, fisioterapeutas, servicios sociales y asociaciones de pacientes).
- **Cuándo** (tiempos de valoración): realizar, como mínimo, una consulta **cada tres meses** con Enfermería para valorar los **PRO** y otra **cada seis meses** con Reumatología para valorar la **actividad inflamatoria** (67% de los votos ($n = 8$)). Mediante teleconsulta, sería posible mejorar la frecuencia de la valoración de la remisión, utilizando cuestionarios como el RAID o el *routine assessment of patient index data 3* (RAPID3).

Fase III. Difusión o divulgación. Las reuniones regionales contaron con cerca de 200 participantes (procedentes de 15 CC. AA.). De acuerdo con las cuestiones planteadas, casi la totalidad de los asistentes consideró que **la propuesta del concepto de remisión integral es necesaria** (98,0%) y la implantarían en su consulta/ámbito (97,3%), lo que favorecería la comparación de resultados en salud entre CC. AA. Los participantes consideraron que esta propuesta contribuiría principalmente a **homogeneizar el concepto de remisión, priorizar y aunar objetivos y fomentar la implicación del paciente**. En el caso de que, en un futuro, se planteara la posibilidad de añadir dominios a este set de mínimos, los asistentes a las reuniones regionales señalaron que los más indicados serían la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (37,1%) y la VGM (25,8%).

Para instaurar la propuesta, la principal barrera percibida fue la falta de tiempo en consulta, que podría mejorar con la colaboración de Atención Primaria en el cribado o seguimiento de los pacientes y/o con la creación de una consulta específica de Enfermería para pacientes con AR, en la que se les proporcionaría información sobre la enfermedad y los tratamientos disponibles, se les ayudaría a cumplimentar los PRO necesarios para la consulta con el médico y se interpretarían esos resultados. Por otra parte, las acciones prioritarias a aplicar en la actualidad para contribuir a la implantación de la propuesta serían la **incorporación de los PRO a la HCE** (68,2%), que facilitaría el seguimiento de los pacientes y permitiría tomar decisiones proactivas para mejorar su atención, al tener toda la información integrada, y la **formación de Enfermería** (62,1%).

Asimismo, se consideró importante (acuerdo superior al 90%) la instauración de esta propuesta de remisión integral en los diferentes ámbitos sanitarios (práctica clínica, planificación sanitaria, evaluación de medicamentos y evaluación de resultados). Sin embargo, la factibilidad de implantación de la propuesta a corto plazo en las CC. AA. se consideró más complicada: el 66,4% de los participantes consideró factible su aplicación en la práctica clínica, y menos del 52%, lo consideraron factible en el resto de los ámbitos.

Conclusión

El concepto consensuado de *remisión integral* en el proyecto SUMAR propone la valoración de la actividad inflamatoria, el dolor y la funcionalidad en el paciente con AR, reflejando aquellos aspectos relevantes y factibles de valorar desde el punto de vista de los pacientes, los profesionales sanitarios y los gestores/decisiones. La instauración de esta propuesta proporcionará homogeneidad a la práctica clínica habitual, facilitando la comparación de resultados. Además, contribuirá a realizar un seguimiento más completo del paciente al incluir PRO, así como a ajustar el tratamiento para mejorar su calidad de vida. La mayoría de los profesionales que asistieron a las reuniones para ampliar el consenso alcanzado valoraron positivamente la propuesta de valoración de la remisión integral en AR y consideraron importante su aplicación en los diferentes ámbitos sanitarios.

Futuros proyectos que valoren la implantación del concepto de *remisión integral* proporcionarán información sobre su contribución en los diferentes ámbitos sanitarios.

1. Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una de las enfermedades inflamatorias crónicas más prevalentes (Smolen, Aletaha y McInnes, 2016), afectando al 0,5-1% de la población mundial. Se caracteriza por la inflamación de las articulaciones, produciendo dolor y rigidez. Esto ocasiona un impacto negativo en la función física y la calidad de vida de los pacientes, especialmente si no se recibe un tratamiento adecuado (Aletaha y Smolen, 2018). Además, la AR también se asocia con manifestaciones extraarticulares, como nódulos reumatoides, afectación pulmonar, vasculitis o comorbilidades (Smolen, Aletaha y McInnes, 2016). En Europa, el coste económico anual asociado a la AR se ha estimado en más de 45.000 millones de euros (O'Hara *et al.*, 2018).

La remisión, definida como 'la ausencia mantenida de evidencia clínica y analítica de actividad de la enfermedad, sin progresión del daño estructural articular' (Naredo Sánchez, 2009), es el objetivo terapéutico ideal de la AR (Balsa, 2011). El hecho de que en la actualidad existan, y se utilicen, muchos criterios e índices diferentes para definir la remisión en AR dificulta la adopción de una medida estandarizada (Hilliquin *et al.*, 2018; Ishida *et al.*; Rasch *et al.*, 2017).

La forma de medir la remisión o la actividad de la enfermedad en pacientes con AR es mediante el uso de índices compuestos, que combinan diferentes variables en un solo indicador. Estos índices permiten clasificar a los pacientes según el nivel de actividad de la enfermedad, inferir el grado de inflamación o comparar medidas y respuestas al tratamiento entre pacientes (Balsa, 2011). La integración de la perspectiva del paciente en estos índices compuestos suele ser muy general, ya que habitualmente solo incluyen la evaluación global del estado de salud por el paciente (PGA, *patient global assessment* o evaluación global del paciente). Al no incluir los índices otras medidas específicas de resultados percibidos por el paciente (PRO, *patient reported outcomes*), no recogen de manera óptima otros indicadores importantes para este (Contreras-Yáñez *et al.*, 2017). Este aspecto tiene especial relevancia porque la mejoría en los parámetros objetivos de la enfermedad (inflamación y discapacidad, entre otros) y los subjetivos percibidos por los pacientes (dolor y rigidez, entre otros) no son completamente coincidentes (Desthieux *et al.*, 2016). Por otro lado, la inclusión de la evaluación global del paciente en los índices compuestos es objeto de debate (Ferreira *et al.*, 2019; Ferreira *et al.*, 2018) debido a que presenta una baja correlación con la progresión del daño estructural (Navarro-Compán *et al.*, 2015).

Además de las discrepancias sobre el concepto de *remisión* entre reumatólogos y pacientes, también pueden existir divergencias entre reumatólogos y gestores/decisores sanitarios. Mientras que los reumatólogos estarían más interesados en indicadores de inflamación que les ayuden a manejar al paciente de una manera óptima y personalizada, considerando las peculiaridades de cada individuo, los gestores/decisores sanitarios necesitarían indicadores generales, epidemiológicos y menos personalizados, para el acceso, la gestión y la planificación.

En este contexto, el proyecto SUMAR pretende establecer un consenso sobre el concepto de *remisión*, de manera que permita una evaluación acorde con las necesidades de los diferentes agentes implicados y facilite la comparación de los resultados.

2. Objetivos

El objetivo del estudio consistió en alcanzar una definición única de *remisión* en AR que:

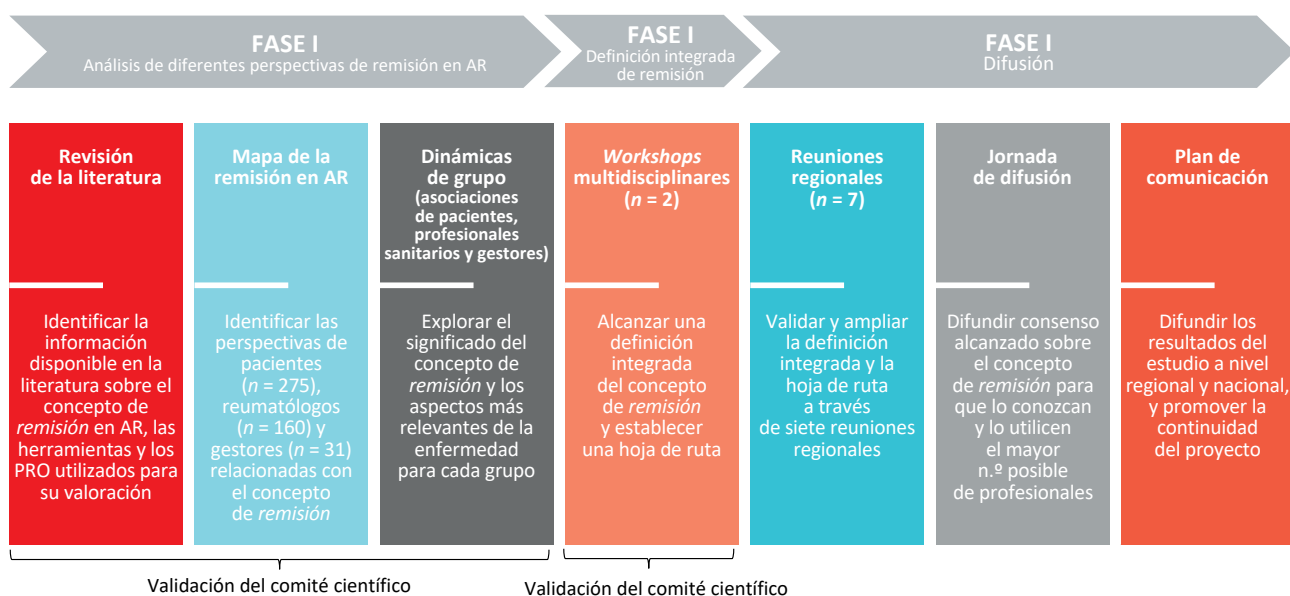
- tenga en cuenta las necesidades y la visión de pacientes, profesionales sanitarios y gestores/ decisores sanitarios, para establecer un marco único de actuación;
- dé una respuesta común a diferentes actores involucrados, con objeto de reducir la variabilidad;
- posibilite aumentar la frecuencia de la remisión y mejorar el manejo de la enfermedad.

Todo ello permitirá alcanzar un consenso en cuanto al concepto de *remisión* en AR que incluya las preferencias del paciente, reduzca la variabilidad contribuyendo a mejorar la práctica clínica y ayude a reducir la incertidumbre en la toma de decisiones de los gestores/decisores sanitarios.

3. Metodología

El proyecto se desarrolló en el periodo 2020-2021, mediante tres fases consecutivas, con el propósito de 1) analizar las diferentes perspectivas relacionadas con el concepto de *remisión* actual, 2) establecer una definición integrada de *remisión* que recoja todas las perspectivas y, finalmente, 3) validar, ampliar y difundir el consenso alcanzado y establecer la hoja de ruta para la implantación del concepto (véase la **Figura 1**).

Figura 1. Fases del proyecto



3.1. Comité científico y grupo multidisciplinar

El proyecto contó con un CC multidisciplinar, que proporcionó asesoramiento a lo largo de su desarrollo. El comité estuvo constituido por un coordinador nacional (CN), cuatro médicos reumatólogos, un médico de Atención Primaria, una enfermera, dos farmacéuticos hospitalarios, dos gestores sanitarios y un representante de asociaciones de pacientes (ConArtritis) (véase la **Tabla 1**).

El proyecto también contó con la participación de un grupo multidisciplinar extendido, que tomó parte en dos *workshops* o grupos de trabajo para llegar a un consenso sobre la definición del concepto de *remisión* y establecer la hoja de ruta para su implementación. En este grupo participaron algunos miembros del CC, tres médicos reumatólogos adicionales, un farmacéutico hospitalario y dos personas con perfil de gestión sanitaria (véase la **Tabla 1**).

Tabla 1. Integrantes del CC y del grupo extendido

Nombre	Perfil	Workshop 1	Workshop 2
Comité científico			
Alejandro Balsa (CN)	Reumatólogo - Hospital La Paz (Madrid)	X	X
Raimon Sanmartí	Reumatólogo - Hospital Clínic de Barcelona		
José Luis Andreu	Reumatólogo - Hospital Puerta de Hierro (Madrid)		
José Javier Pérez Venegas	Reumatólogo - Hospital Virgen de la Macarena (Sevilla)		
Susana Romero	Reumatóloga - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra	X	X
Juan Carlos Hermosa	Coordinador de Aparato Locomotor en la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC)	X	X
Josefa León	Enfermera - Hospital de Universitario Santa Lucía	X	X
Jordi Nicolás	Farmacéutico - Hospital Universitari Mútua de Terrassa	X	X
José Luis Marco	Farmacéutico - Hospital de Gandía		
Carlos Mur	Gestor - Coordinación sociosanitaria del Servicio de Salud de Madrid (SERMAS)		
Juan Carlos Valenzuela	Gestor - Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)		
Antonio Torralba	Representante de asociaciones de pacientes (ConArtritis)	X	X
Grupo extendido			
Jaime Calvo	Reumatólogo - Hospital Universitario Araba	X	X
Ana Ortiz	Reumatóloga - Hospital La Princesa (Madrid)	X	X
Francisca Sivera	Reumatóloga - Hospital General Universitario de Elda	X	X
Isabel Moya	Farmacéutica - Hospital Virgen de la Victoria (Málaga)		X
Cristina Ibarrola	Parlamento de Navarra y ex directora gerente de Osasunbidea	X	X
María Jesús Pareja	Gerente - Hospital de Valme y Gestión Sanitaria Sur de Sevilla	X	X

SEMFYC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; SERMAS: Servicio Madrileño de Salud; SESCAM: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

3.2. Fase I. Identificación de perspectivas relacionadas con el concepto de *remisión*

En esta fase se delimitó el concepto de *remisión* actual mediante el análisis de la perspectiva de tres colectivos diferentes: reumatólogos, pacientes y gestores/decisores sanitarios.

A su vez, esta fase se dividió en tres etapas: revisión de la literatura científica, mapa de la situación actual de la remisión en España y dinámicas de grupo con pacientes², profesionales sanitarios y gestores/decisores sanitarios.

3.2.1. Revisión de la literatura

Con el fin de identificar la información disponible relativa al concepto de *remisión* en AR, así como de las herramientas utilizadas para su valoración (clínicas y percibidas por el paciente [PRO]), se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura

La búsqueda de información se realizó considerando los diferentes ámbitos de actuación sanitaria: investigación, práctica clínica recomendada, resultados en salud, evaluación de medicamentos y planificación sanitaria. Se revisó la base de datos internacional PubMed y se consultaron fuentes de literatura gris tales como páginas web de sociedades científicas, periódicos sanitarios, informes de posicionamiento terapéutico, informes de evaluación del Grupo de Evaluación de Novedades, Estandarización e Investigación en Selección de Medicamentos (GENESIS) o planes de salud (véase la **Figura 2**).

Figura 2. Fuentes bibliográficas

Perspectiva	Fuente de información	Idioma
1. Investigación	Investigación (PubMed y literatura gris)	 
2. Práctica clínica recomendada	Guías de práctica clínica internacionales y nacionales (PubMed y literatura gris [última; actualizada])	 
3. Resultados en salud	Registros, iniciativas ICHOM y similares (literatura gris; sin restricción)	 
4. Evaluación de medicamentos	Informes de evaluación de medicamentos (literatura gris; sin restricción temporal)	 
5. Planificación sanitaria	Investigación (literatura gris; sin restricción temporal)	

²En la dinámica participaron pacientes, el IESE Business School, Outcomes'10 y el CN del proyecto.

3.2.2. Mapa de remisión en AR

Tomando como base los resultados de la revisión bibliográfica y la opinión de los expertos del CC, se diseñaron tres cuestionarios para establecer un mapa de remisión de la AR en España. Su configuración perseguía valorar la práctica real desde la perspectiva de los reumatólogos, pacientes y gestores/decisores sanitarios.

- El **cuestionario de los pacientes** incluyó variables sociodemográficas, clínicas, relacionadas con el concepto de *remisión* y con los síntomas de la AR (valorados desde tres perspectivas: frecuencia, intensidad y grado de afectación en la vida cotidiana). Permitió identificar las expectativas y los conocimientos de los pacientes en cuanto a dicho concepto.
- El **cuestionario de los reumatólogos** incluyó variables sociodemográficas, relacionadas con el tratamiento, con el concepto de *remisión*, con los PRO y con los pacientes en remisión. Permitió identificar la práctica habitual de los reumatólogos en relación con ese concepto
- El **cuestionario de los gestores/decisores sanitarios** incluyó variables sociodemográficas y relacionadas tanto con la AR como con el concepto de *remisión*. Permitió identificar el conocimiento de estos agentes sobre esta enfermedad y los criterios que utilizan en la toma de decisiones sobre cuestiones relacionadas con ella

Los cuestionarios se realizaron vía telemática a pacientes y reumatólogos, identificados e invitados a participar por la empresa GFK (*Growth from knowledge*), y mediante encuestas a través de correo electrónico a gestores/decisores sanitarios, identificados e invitados a participar por parte del IESE Business School.

3.2.3. Dinámicas de grupo

Los grupos de trabajo que se formaron fueron tres, uno con cada colectivo implicado en el proyecto: pacientes, profesionales sanitarios y gestores/decisores sanitarios, respectivamente. El objetivo era identificar las prioridades, las experiencias y los factores que más valora cada colectivo, relacionados con el concepto de *remisión* en AR.

3.2.3.1. Grupo de trabajo con pacientes

Se llevó a cabo una reunión presencial con pacientes³, que incluyó las siguientes dinámicas:

- **Conversaciones empáticas (*Points of you*)**

Su objetivo fue fomentar una conversación íntima y profunda, que permitió conectar con el paciente y su vivencia para hacer aflorar su calidad de vida y sus impresiones.

- **Priorización de momentos y vivencias (*Manual thinking*)**

Su objetivo fue analizar los momentos más relevantes de su jornada diaria y cómo afecta en ellos su enfermedad.

- **Daily patient journey & Drivers parra alcanzar la remisión (*Manual thinking*)**

Su objetivo fue analizar el peor y el mejor escenario posible (*remisión*) e identificar *drivers* que pueden condicionar esos estados.

³ En la dinámica participaron pacientes, el IESE Business School, Outcomes'10 y el CN del proyecto.

3.2.3.2. Grupo de trabajo con profesionales sanitarios

Se llevó a cabo una reunión telemática con un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios que incluyó a reumatólogos, farmacéuticos hospitalarios, médicos de Atención Primaria y enfermeros. La dinámica principal se llevó a cabo mediante la herramienta Sparkup, y consistió en plantear preguntas a los asistentes sobre la remisión para que eligieran una opción (por ejemplo, “¿Cada cuanto debería medirse el estado de remisión, 3, 6, 9 o 12 meses?”), o bien contestaran incluyendo una frase (por ejemplo, “¿Qué es para ti la *remisión* en AR?”) o votaran las opciones incluidas por otros participantes.

3.2.3.3. Grupo de trabajo con gestores/decisores sanitarios

Se realizó una reunión *online* con gestores/decisores sanitarios. A estos efectos, se consideró como *gestores/decisores* a aquellas personas que ejercieron cargos de responsabilidad relacionados con la decisión o gestión sanitaria como, por ejemplo, jefe del servicio de Farmacia Hospitalaria, gerente de hospital o director asistencial de una comunidad autónoma.

La dinámica principal se llevó a cabo mediante la herramienta Sparkup, y consistió en plantear preguntas a los asistentes sobre la remisión para que expresaran su opinión (por ejemplo, “¿Qué importancia tiene la perspectiva del paciente en el concepto de *remisión*?”) o votaran las opciones incluidas por otros participantes.

3.3. Fase II. Definición integrada de *remisión*

En esta segunda fase se llevaron a cabo dos reuniones o *workshops* multidisciplinarios (véase la **Figura 3**) *online*, con el fin de definir y consensuar, de forma integrada, los criterios de remisión y la hoja de ruta para su implementación.

Figura 3. Workshops multidisciplinarios



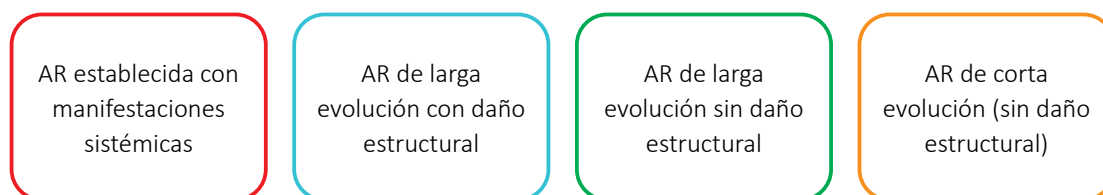
3.3.1. Workshop 1 multidisciplinar

El objetivo del *workshop* 1 fue presentar los resultados obtenidos en la primera fase del proyecto y, a partir de ellos, consensuar una definición integrada del concepto de *remisión* que englobe las perspectivas de los diferentes agentes implicados.

La reunión se realizó vía *online* y la dinámica de consenso se llevó a cabo mediante la herramienta Sparkup.

En primer lugar, se plantearon dos cuestiones sobre el perfil de paciente y los dominios a evaluar en cada perfil.

1. Perfil o tipo de paciente. El CC estableció cuatro posibles perfiles de pacientes para que, en la dinámica del *workshop*, se votaran los perfiles diferenciales (con diferentes objetivos de tratamiento) a considerar en la AR:

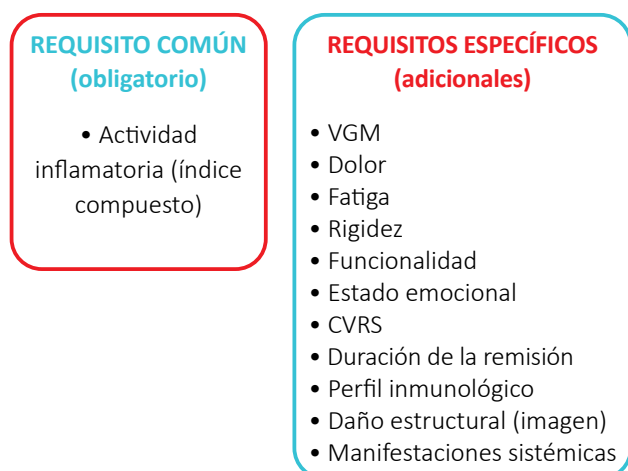


Los perfiles de pacientes se sometieron a votación en una primera ronda, tras la cual hubo un periodo de tiempo para aclaraciones y debate sobre las opciones. Transcurrido ese tiempo, se realizó una segunda ronda de votación. El consenso quedó establecido para aquellas opciones que alcanzaron al menos el **66% de los votos en la segunda ronda** (véase la **Figura 4**).

Figura 4. Dinámica de consenso del *workshop* 1



2. Dominios a evaluar para cada perfil de paciente. A partir de los resultados de la revisión de la literatura, el CC estableció los posibles dominios o variables a considerar en la evaluación del paciente con AR, para que fueran votados en la dinámica del *workshop*. Para ello, se estableció un dominio de medición obligatoria (actividad inflamatoria) y 11 posibles dominios adicionales a valorar en cada perfil de paciente:



Los dominios a incluir en el concepto de *remisión integral* se sometieron a una ronda de votación (el debate y las aclaraciones se llevaron a cabo de forma previa a la votación en este caso). El consenso quedó establecido para aquellos dominios que alcanzaron al menos el **66% de los votos**.

3.3.2. Workshop 2 multidisciplinar

El objetivo del *workshop* 2 fue consensuar la hoja de ruta para implementar el concepto de *remisión integral* (o *consensuado*) en AR.

La reunión se realizó de forma telemática y la dinámica principal se llevó a cabo mediante la herramienta Sparkup.

Se propusieron cuatro etapas para establecer la hoja de ruta adecuada para la implantación del concepto de *remisión integral* en AR (véase la **Figura 5**).

Figura 5. Etapas de la hoja de ruta



En cada una de estas etapas, se formularon varias preguntas a los participantes con el fin de llegar a un consenso.

- **Etapla 1. Preparación. Establecimiento de los objetivos y expectativas.** Se consideró que la evaluación de los dominios seleccionados en el *workshop* 1 podría resultar una tarea muy complicada de llevar a cabo en el tiempo de consulta habitual, ya que algunos de los dominios se evalúan con PRO o pruebas con muchas preguntas y costosos de realizar. Por ello, en colaboración con el CN del proyecto, se consideró óptimo efectuar una propuesta de dominios mínimos a valorar en todos los pacientes y, solo en aquellos que lo necesitaran o en los que resultara factible, ampliar la valoración a los ocho dominios totales (y la duración de la remisión). Esta propuesta fue sometida a votación, junto con la posibilidad de añadir algún dominio a los propuestos (dolor, funcionalidad y duración de la remisión). El consenso sobre la idoneidad de la propuesta o la inclusión de dominios adicionales se estableció en un $\geq 80\%$ de los votos.

- **Etapla 2. Dónde estamos. Visión general de las fortalezas y debilidades actuales.** Con el fin de identificar las fortalezas y debilidades o barreras existentes para la incorporación de unos criterios de remisión integral en la práctica clínica, se formularon dos preguntas abiertas (una sobre las fortalezas y otra sobre las debilidades) a los participantes del *workshop* (por ejemplo, “¿Qué fortalezas actuales identifica en la incorporación de unos criterios de remisión integral en la práctica clínica?”). En estas ellas, los asistentes pudieron plasmar sus pensamientos y votar las aportaciones de otros participantes con las que estuvieran de acuerdo.
- **Etapla 3. Diseñando la ruta. Determinación de las acciones y/o tareas a llevar a cabo.**
 - Qué: establecer las herramientas y los umbrales a utilizar para cada tipo de paciente. En cuanto al uso de las herramientas, el CC consideró que cada reumatólogo debería utilizar el índice validado con el que se sintiera más cómodo para realizar la valoración de la actividad de la enfermedad. En el caso del dolor, se propuso una escala visual o numérica, y para la funcionalidad, el HAQ, dado que son las herramientas más empleadas actualmente. En cuanto a los umbrales para el dolor y la funcionalidad en cada perfil de paciente, en el caso de pacientes sin daño estructural se propuso un resultado cercano a la normalidad, y para aquellos con daño estructural, la no progresión.
 - Cómo: fijar las acciones generales necesarias para la puesta en marcha. Se realizó una dinámica de grupo en la que se planteó la siguiente cuestión: “¿Qué acciones generales considera necesarias para la puesta en marcha de la propuesta?”, que se abordó desde los diferentes ámbitos de actuación sanitaria (práctica clínica, investigación, evaluación de medicamentos, planificación sanitaria y evaluación de resultados en salud).
 - Quién: determinar las personas implicadas en la implantación y los roles que van a desempeñar. Se llevó a cabo una dinámica para establecer los roles de las personas implicadas en la propuesta: reumatólogos, Enfermería, Farmacia, gestores/decisiones y otros agentes.
 - Cuándo: establecer los tiempos de valoración. Se realizó una dinámica de grupo en la que se preguntó a los asistentes dos cuestiones: “¿Cada cuánto se deberían medir los resultados reportados por el clínico y por el paciente?”, y “¿Sería factible realizar visitas presenciales y telemáticas?”. Respecto de estas últimas, se propuso la utilización de los cuestionarios RAPID3/RAID para la valoración del paciente.
- **Etapla 4. Mantenimiento de las propuestas y/o iniciativas.** Propuesta de conceptos sobre los posibles factores claves para el éxito y el mantenimiento de la iniciativa en el tiempo.

3.4. Fase III. Difusión o divulgación

La tercera fase se corresponde con la difusión o divulgación en el territorio nacional del concepto de *remisión integral*.

3.4.1. Reuniones regionales

Con el objetivo de **validar y ampliar el concepto consensuado de remisión integral**, se llevaron a cabo siete reuniones regionales multidisciplinares vía *online*, que, en global, incluían a participantes de 15 CC. AA. (véase la **Tabla 2**). Los participantes de las reuniones se detallan en el **Anexo**.

En dichas reuniones, se expuso el consenso alcanzado durante el proyecto. Asimismo, con base en él, se diseñaron unas preguntas específicas ($n = 17$) para identificar las particularidades de las diferentes CC. AA. en relación con la implantación del concepto consensuado de *remisión* y validar y ampliar este concepto. Los asistentes respondieron estas preguntas utilizando la herramienta Sparkup.

Tabla 2. Ponentes de las reuniones regionales

Reunión regional	Fecha	Ponentes
Andalucía	5 de nov., 2020	José Javier Pérez Venegas (reumatólogo – CC) Isabel Moya (gestora sanitaria) María Jesús Pareja (gestora sanitaria)
Cataluña	10 de nov., 2020	Raimon Sanmartí (reumatólogo – CC) Jordi Nicolás (farmacéutico – CC)
País Vasco / Navarra / La Rioja	17 de nov., 2020	Jaime Calvo (reumatólogo) Cristina Ibarrola (gestora sanitaria)
Galicia	30 de nov., 2020	Susana Romero (reumatóloga – CC) Cristina Ibarrola (gestora sanitaria)
Madrid / Castilla-La Mancha / Extremadura	3 de dic., 2020	Alejandro Balsa (reumatólogo – CN CC) José Luis Andreu (reumatólogo – CC) Carlos Mur (gestor sanitario – CC) Juan Carlos Valenzuela (gestor sanitario – CC)
Asturias / Cantabria / Castilla y León	10 de dic., 2020	Susana Romero (reumatóloga – CC) Jordi Nicolás (farmacéutico – CC)
Valencia / Murcia / Canarias	12 de ene., 2021	Francisca Sivera (reumatóloga) Jordi Nicolás (farmacéutico – CC) Josefa León (enfermera – CC)

3.4.2. Jornada de difusión nacional

Con el objetivo de dar a conocer los resultados finales del proyecto SUMAR y debatir las posibilidades de implantación del nuevo concepto de *remisión integral* en AR, se llevará a cabo una jornada de difusión a nivel nacional.

4. Resultados

4.1. Fase I. Identificación de perspectivas relacionadas con el concepto de *remisión*

Se presentan los resultados de las tres etapas de la fase I: revisión de la literatura, mapa de remisión en AR y dinámicas de grupo.

4.1.1. Revisión de la literatura

La revisión de la literatura se realizó desde cinco perspectivas distintas: investigación, práctica clínica recomendada, resultados en salud, evaluación de medicamentos y planificación sanitaria. Los principales resultados se detallan en la **Tabla 3**.

Tabla 3. Principales resultados de la revisión de la literatura

Ámbito		Resultados
Investigación		
Principales agencias internacionales	EMA	Posibilidad de utilizar varios índices compuestos en los ensayos clínicos: – DAS28-VSG y DAS28-PCR – SDAI – CDAI – Criterios ACR/EULAR Recomienda utilizar los criterios de mejoría de la ACR (ACR20, ACR50 y ACR70) y realizar evaluaciones de la medida de la actividad en el momento basal, habiendo transcurrido 1, 3 y 6 meses (12 meses en los ensayos de mantenimiento).
	FDA	En los ensayos clínicos se debería recoger: – Mejoría ACR – Actividad de la enfermedad por el DAS28 – Remisión mediante criterios ACR/EULAR
Perspectiva clínica	19 publicaciones	Varios criterios o índices para medir la actividad: – DAS44 (n = 2) – DAS28 (n = 16) – SDAI (n = 6) – CDAI (n = 6) – ACR/EULAR (n = 9) – ACR (n = 2) Los más utilizados fueron el DAS28 y el ACR/EULAR.
Perspectiva del paciente (PRO)	13 publicaciones	Elevada variabilidad en las herramientas utilizadas: – Genéricas: SF-36, PGA, HAQ, FACIT-F, P-VAS, HADS y PSQI. Las más utilizadas fueron el HAQ y el SF-36. – Específicas: RAID, RAPID3, PASS, ROAD y PRO-CLARA. La más utilizada fue el RAID.

Tabla 3 (continuación)

Ámbito		Resultados
Investigación		
Fichas técnicas de medicamentos	13 fichas técnicas de FAME sintéticos convencionales, biológicos y sintéticos dirigidos	Variables principales incluidas en las fichas técnicas: – ACR (n = 11) – DAS28 (n = 5) – Puntuación de Sharp modificada (n = 5) Variables secundarias incluidas con más frecuencia: – Puntuación de Sharp modificada (n = 7) – DAS28 (n = 5) – SDAI (n = 3) – CDAI (n = 2) – ACR/EULAR booleano (n = 1) PRO más utilizados: – HAQ (n = 13) – SF-36 (n = 10) – FACIT-F (n = 8)
Guías de práctica clínica recomendada		
10 guías nacionales e internacionales	4 representativas: – GUIPCAR-SER – NICE – EULAR – ACR	Herramientas más recomendadas en las guías: – SDAI – ACR/EULAR – DAS28 (la GUIPCAR-SER recomienda usar otros indicadores por los falsos negativos en la remisión) No dan recomendaciones de PRO (excepto la NICE, que aconseja el cuestionario HAQ).
Evaluación de resultados en salud		
Registros	5 registros internacionales	Variable más reportada: – DAS28
Iniciativas	ICHOM y OMERACT	Recomiendan el uso de: – HAQ – FACIT-F – BRAF-MDQ – RAID – SF-36 – EQ-5D
Observatorios del SNS		No se registran indicadores específicos para la AR o enfermedades reumáticas.
Evaluación de medicamentos		
IPT e informes GENESIS		Variable más utilizada: – Criterio de mejoría ACR (ACR20, ACR50 y ACR70)
Planificación sanitaria		
Planes de salud de las diferentes CC. AA.		No se han identificado planes nacionales ni estrategias regionales que incluyan el concepto de remisión, cómo valorarlo u objetivos a alcanzar.

DAS28: índice de actividad de la enfermedad reducido a 28 articulaciones; VSG: velocidad de sedimentación globular; PCR: proteína C reactiva; CDAI: índice clínico de actividad de la enfermedad (*clinical disease activity index*); SDAI: índice simplificado de actividad de la enfermedad (*simplified disease activity index*); ACR/EULAR: American College of Rheumatology / European League Against Rheumatism; DAS44: índice de actividad de la enfermedad basado en 44 articulaciones; SF-36: Short Form 36; PGA: *patient global assessment*; HAQ: *health assessment questionnaire*; FACIT-F: *functional assessment of chronic illness therapy-fatigue*; P-VAS: *pain-visual analogue scale*; HADS: *hospital anxiety and depression scale*; PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index; RAID: *rheumatoid arthritis impact of disease*; RAPID3: *routine assessment of patient index data 3*; PASS: *patient acceptable symptom state*; ROAD: *recent-onset arthritis disability*; PRO-CLARA: *pro-clinical arthritis activity*; FAME: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; GUIPCAR-SER: *Guía de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide* de la Sociedad Española de Reumatología; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; ICHOM: International Consortium for Health Outcomes Measurement; OMERACT: *outcomes measures in rheumatology*; SNS: Sistema Nacional de Salud; BRAF-MDQ: Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue-Multi Dimensional Questionnaire; EQ-5D: EuroQol-5D; IPT: *informes de posicionamiento terapéutico*.

Se ha observado el uso de diversas herramientas (tanto clínicas como de PRO) para la valoración de la *remisión*, lo cual dificulta la posibilidad de homogeneizar actuaciones, protocolos y toma de decisiones (véase la **Figura 6**).

Figura 6. Resumen de la revisión de la literatura

Investigación	Práctica clínica recomendada	Resultados en saludada	Evaluación de medicamentos	Planificación sanitaria
- Heterogeneidad de variables. - Clínicas más utilizadas: DAS28 y ACR/EULAR booleana. - PRO más utilizados: HAQ y RAID.	- DAS28, SDAI y ACR/EULAR booleana. - No existen recomendaciones sobre PRO (excepto la NICE).	- Heterogeneidad de variables en registros - Más utilizadas: DAS28 y ACR/EULAR booleana - PRO más utilizados: HAQ y RAID	- El ACR es la herramienta más utilizada. Su uso en práctica clínica está menos extendido, ya que no mide la actividad de la enfermedad, sino la mejoría.	- No se han identificado planes nacionales ni estrategias regionales que incluyan el concepto de <i>remisión</i>, cómo valorarlo y objetivos a alcanzar.

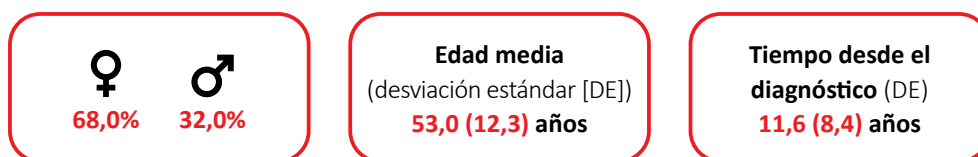
DAS28: índice de actividad de la enfermedad reducido a 28 articulaciones; ACR/EULAR: American College of Rheumatology / European League Against Rheumatism; HAQ: *health assessment questionnaire*; RAID: *rheumatoid arthritis impact of disease*; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; SDAI: índice simplificado de actividad de la enfermedad (*simplified disease activity index*).

4.1.2. Mapa de remisión en AR

4.1.2.1. Pacientes

El cuestionario del estudio fue respondido por un total de **275 pacientes** con AR, siendo esta muestra representativa de los que padecen esta patología en España.

- **Variables sociodemográficas y clínicas.**



- **Perspectiva general sobre el concepto de *remisión***

El **80,4%** de los pacientes opinó que su AR **no podía ser curada**, mientras que un 6,9% señaló que creía que sí se podía curar.

El **67,3%** de los pacientes encuestados **no había oído hablar del concepto de *remisión***, mientras que el 25,8% fue informado por su médico de este concepto.

El **48,4%** de los pacientes entendió la ***remisión*** como una **mejoría significativa de los síntomas**, y el 28,4%, como la desaparición de estos.

En cuanto a la concordancia con el médico respecto al concepto de *remisión*, el 69,1% de los pacientes no sabía si su concepto era concordante, el 17,5% consideró que tenían conceptos parecidos; el 8,7%, muy parecidos; y el 4,7%, muy distintos.

Además, el **54,9%** de los pacientes pensó que para considerar que un tratamiento es eficaz era necesario alcanzar la *remisión indefinida*, mientras que el 45,1% restante estableció una media (DE) de 13,4 (11,6) meses en *remisión*.

En el momento en el que se realizó la encuesta, el **60,7%** de los pacientes no se consideró en *remisión*; el 16,0%, sí; y el 23,3% no lo sabía. Asimismo, el **48,7%** de los encuestados consideró que nunca había estado en *remisión*, el 29,8% afirmó haber alcanzado la *remisión* en algún momento y el 21,5% no lo sabía.

- **Síntomas de la AR**

Se preguntó a los pacientes sobre la **frecuencia, la intensidad y el impacto en la vida cotidiana** (entendida como la capacidad para la realización de actividades cotidianas con normalidad) con que los síntomas de la AR les habían afectado en el último mes.

Los **síntomas más frecuentes** que afectaron a la vida cotidiana de los pacientes fueron, por orden decreciente, el **dolor, la inflamación articular**, el trastorno del sueño, la rigidez matutina, el cansancio, la baja movilidad y el malestar emocional.

Los **síntomas** que les afectaron con **mayor intensidad** fueron, de nuevo por orden decreciente, la **inflamación articular**, el **dolor**, el trastorno del sueño, el cansancio, la rigidez matutina, la baja movilidad y el malestar emocional.

Los **síntomas** que ocasionaron un **mayor impacto** en su vida cotidiana fueron, también por orden decreciente, el **dolor, la inflamación articular**, el cansancio, la baja movilidad, el trastorno del sueño, la rigidez matutina y el malestar emocional.

Para alcanzar la remisión de la enfermedad, los pacientes consideraron que sería necesario reducir la frecuencia, la intensidad y el impacto de sus síntomas actuales, como mínimo, a niveles de, aproximadamente, la mitad.

4.1.2.2. Reumatólogos

El cuestionario fue respondido por un total de 160 médicos especialistas en Reumatología, siendo esta muestra representativa de los reumatólogos en España.

- **Variables sociodemográficas**



El 58,8% de los profesionales encuestados ejercía su profesión en hospitales de referencia; el 36,3%, en centros de especialidades y hospitales de área; el 4,4%, en sanidad exclusivamente privada; y el 0,5% en centros de atención primaria o centros de salud.

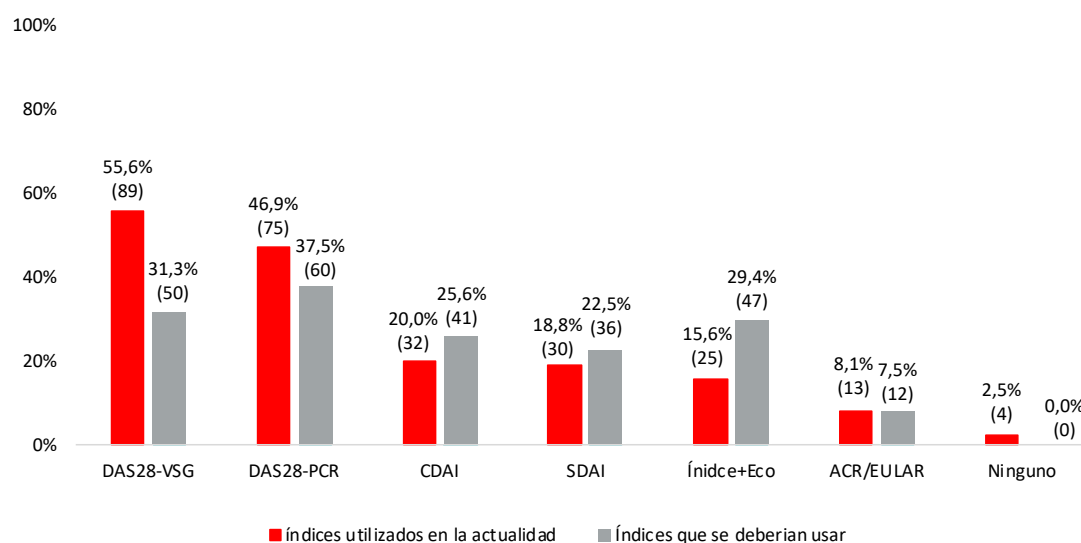
- **Variables relacionadas con el tratamiento de la AR**

El 90,0% de los profesionales seguía alguna guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con AR. Al respecto, las más utilizadas fueron *GUIPCAR-SER* (63,2%) y *EULAR* (32,6%).

- **Variables relacionadas con el concepto de *remisión***

Los criterios de remisión más utilizados por los reumatólogos en su práctica clínica habitual, y en concordancia con los que consideraban que deberían usarse, fueron el DAS28-VSG y el DAS28-PCR (véase la **Figura 7**).

Figura 7. Principales criterios de remisión utilizados en la práctica clínica habitual vs. los que se deberían usar



% (n); opción de respuesta múltiple

En cuanto a la frecuencia de utilización de los índices para valorar la remisión, el **60,3%** de los reumatólogos los utilizó en cada visita; el 51,9%, cuando realizaron un cambio de medicamento; el 42,9%, ante una falta de respuesta al tratamiento; y el 34,6%, antes de optimizar el tratamiento.

El 34,4% de los profesionales estimó que es imprescindible la realización de una prueba de imagen para establecer la remisión del paciente, el 30,6% no lo consideró imprescindible y el 35% opinó que dependía de cada paciente.

A su vez, los reumatólogos encuestados opinaron que para alcanzar la *remisión* mantenida, el paciente debería estar en remisión una media (DE) de **9,2 (3,9) meses**.

- **Variables relacionadas con los PRO**

El 66,9% de los reumatólogos utilizaba PRO en su práctica clínica habitual, siendo los más utilizados y los considerados más útiles el HAQ y las escalas de valoración del dolor.

- **Variables relacionadas con los pacientes en *remisión***

Los reumatólogos consideraron que, de media (DE), el 43,9% (20,9) de los pacientes con AR que atendieron en las consultas estaba en *remisión*. El umbral aceptable de pacientes en remisión en sus consultas dependía del tipo de paciente: para aquellos con AR precoz fue del 62,0% (24,3); en pacientes con AR establecida, del 51,4% (21,6); y en aquellos con AR refractaria, del 34,9% (20,7).

El 51,3% de los encuestados consideró que el registro del porcentaje de pacientes en *remisión* sería “bastante útil” como indicador de la calidad asistencial; el 23,1% lo consideró “muy útil”; el 18,1% “algo útil”; y únicamente el 0,6% encontró este registro “nada útil”.

4.1.2.3. Decisores / gestores sanitarios

Se encuestó un total de **31 gestores/decisores sanitarios**.

- **Variables sociodemográficas**



El cargo principal de los gestores/decisores sanitarios encuestados era el de farmacéuticos hospitalarios (38,7%), seguido de director/subdirector/coordinador de Farmacia de CC. AA. (19,4%), gerente/director médico de hospital (16,1%), director de planificación hospitalaria / comunidad autónoma (12,9%), director asistencial de comunidad autónoma (9,7%) y gerente del servicio de salud de comunidad autónoma (3,2%).

- **Variables relacionadas con la AR y la remisión**

El 54,8% de los encuestados tenía conocimientos generales sobre el manejo de pacientes con AR; el 41,9%, conocimientos específicos; y el 3,2%, conocimientos escasos sobre el tema. Asimismo, el 63,3% de los encuestados afirmó conocer la mayoría de las opciones de tratamiento para la AR dentro de los diferentes grupos terapéuticos, y el 23,3% declaró conocer algunas opciones dentro de estos grupos. En cuanto a las herramientas utilizadas para evaluar la enfermedad, el 45,2% afirmó conocer bastantes; el 48,8%, algunas; y el 6,5%, ninguna.

Prácticamente la totalidad de los encuestados (96,8%) afirmó haber oído hablar de la *remisión* como objetivo terapéutico prioritario para pacientes con AR. El 48,8% de los gestores/decisores sanitarios dijo conocer con exactitud los criterios de *remisión* en AR; el 41,9% tenía una idea general; y el 9,7%, los desconocía.

El criterio más utilizado por los gestores/decisores sanitarios para la toma de decisiones sobre el tratamiento es la seguridad del medicamento (79,3%), seguido de los costes (65,5%), la eficacia/efectividad (58,6%), la persistencia / adherencia / calidad de vida / vía de administración (55,2%) y el coste/efectividad (51,7%). Por otra parte, el criterio que una mayor proporción de gestores/decisores sanitarios cree que se debería considerar es el coste/efectividad (76,7%).

Entre los gestores/decisores sanitarios que utilizaban la eficacia como criterio para la toma de decisiones o creían que debería ser un criterio a considerar para la toma de decisiones, la variable más utilizada fue el DAS28 (66,7% tanto como criterio considerado como el que se debería considerar), seguida de los criterios ACR (55,6%).

Entre los gestores/decisores sanitarios que consideraron el coste/efectividad como criterio para la toma de decisiones o que creían que el coste/efectividad debería ser un criterio a considerar para la toma de decisiones, la medida de respuesta más votada fue el coste por respuesta (76,9% y 86,4%, respectivamente).

El 45,2% de los gestores/decisores sanitarios afirmó que, en su entorno, existen planes o iniciativas autonómicas o locales para el seguimiento de pacientes con AR que establecen o recomiendan determinados criterios de remisión. En concreto, los más recomendados en estos planes o iniciativas son el DAS28-PCR (64,3%) y el DAS28-VSG (50,0%).

Todos los gestores/decisores sanitarios encuestados ($n = 31$) consideraron que el porcentaje de pacientes en *remisión* clínica (valorado utilizando un índice validado) podría adoptarse como indicador sanitario.

4.1.3. Dinámicas de grupo

4.1.3.1. Grupo de trabajo con pacientes

En el grupo de trabajo participaron **12 pacientes**⁴.

- **Variables sociodemográficas y clínicas.**



Mediante las diferentes dinámicas de grupo con pacientes, se obtuvieron los siguientes resultados principales:

- **Momentos más limitantes del día debido a la AR.** Esta enfermedad, al menos en los días con mayor actividad, impide realizar con normalidad las tareas cotidianas como levantarse de la cama, trabajar, descansar, dormir e higiene personal/vestirse.
- **Principales barreras para alcanzar la *remisión*.** Teniendo en cuenta el peor estado provocado por la enfermedad y aquel que se desea alcanzar para convivir de manera adecuada con ella (*remisión*), los aspectos en los que se observa una mayor barrera son: levantarse, higiene personal/vestirse, trabajo, descanso y dormir.
- **Principales síntomas y signos que condicionan la convivencia con la enfermedad:** el dolor, la rigidez / inflamación, la fatiga y el componente emocional (en este orden), siendo los tres primeros los más importantes a mejorar para lograr la *remisión*.

4.1.3.2. Grupo de trabajo con profesionales sanitarios

En el grupo de trabajo participaron **11 profesionales**.



Las principales conclusiones de este grupo de trabajo fueron:

- El concepto de *remisión* debería incluir la “ausencia de signos clínicos y síntomas extraarticulares de la enfermedad, sin progresión de las alteraciones en la calidad de vida relacionada con la salud reportada por el paciente, y debe ser persistente en el tiempo”.
- La *remisión* se debería evaluar con criterios clínicos (mediante índices compuestos) y medidas de PRO (PROM [*patient reported outcomes measures*]) validadas que incluyan los aspectos más importantes para el paciente.
- La frecuencia de evaluación debería ser cada 3-6 meses.
- El abordaje multidisciplinar en la evaluación es relevante.

⁴En la dinámica participaron pacientes, el IESE Business School, Outcomes'10 y el CN del proyecto.

4.1.3.3. Grupo de trabajo con gestores/decisores sanitarios

Participaron en el grupo de trabajo cuatro gestores/decisores sanitarios y el CN.

Las principales conclusiones de este grupo de trabajo fueron:

- El concepto de *remisión* ha de incluir la perspectiva del paciente.
- El impacto en la calidad de vida percibida por el paciente es, y debe ser, un aspecto importante en la toma de decisiones.
- La idoneidad de adoptar criterios laxos o estrictos dependerá del objetivo (acceso, evaluación, planificación) y del tipo de paciente (*naïve* o de larga evolución)
- El desarrollo de iniciativas en las que se incluyan objetivos relacionados con el concepto de *remisión* es necesario
- El concepto de *remisión* ha de ser sencillo, fácil de implementar, estándar o comparable y multidominio.

4.2. Fase II. Definición integrada de *remisión*

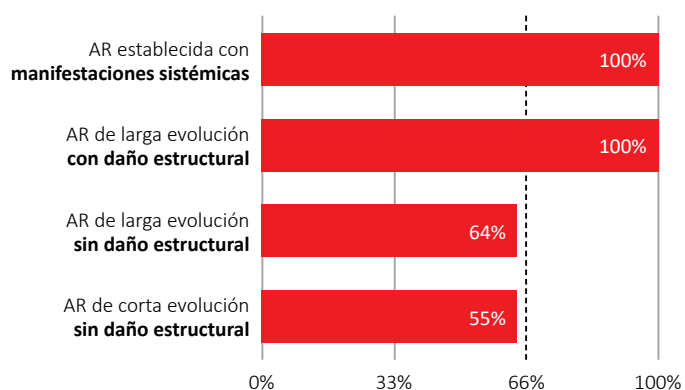
En la fase II se llevaron a cabo dos *workshops* para definir y consensuar los criterios de remisión integral y la hoja de ruta para su implementación. Los resultados de estos dos *workshops* se muestran a continuación.

4.2.1. *Workshop* 1 multidisciplinar

Un total de **11 participantes** del grupo extendido establecieron los perfiles de pacientes a considerar y los aspectos a valorar en cada uno de ellos.

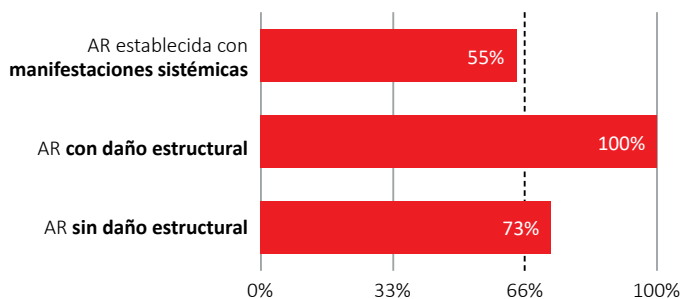
- **Perfil o tipo de pacientes:** las votaciones de los cuatro perfiles propuestos de pacientes se detallan en la **Figura 8**.

Figura 8. Primera ronda de votaciones sobre los pacientes propuestos

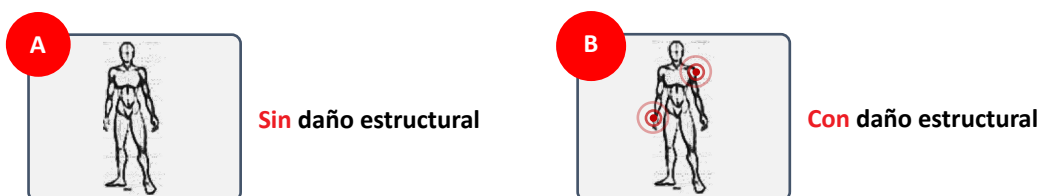


Tras la votación, se inició un periodo de debate y se decidió integrar el perfil de AR de larga y corta evolución sin daño estructural en una sola opción, para simplificar dos tipologías de pacientes muy parecidas. Se procedió a la segunda ronda de votaciones (véase la **Figura 9**).

Figura 9. Segunda ronda de votaciones sobre los perfiles de pacientes propuestos

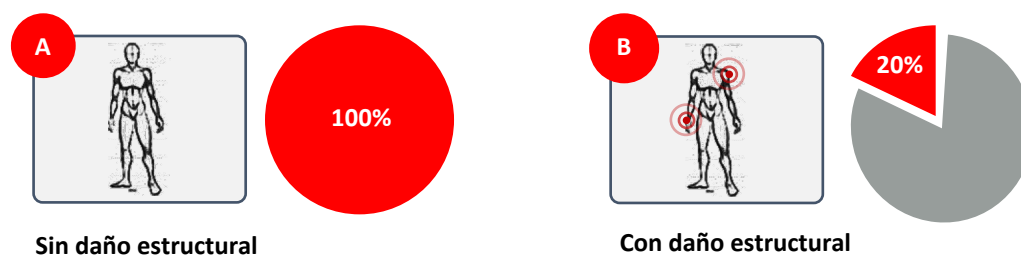


Así, se diferenciaron **dos perfiles de pacientes** (votación en la segunda ronda superior al 66%):



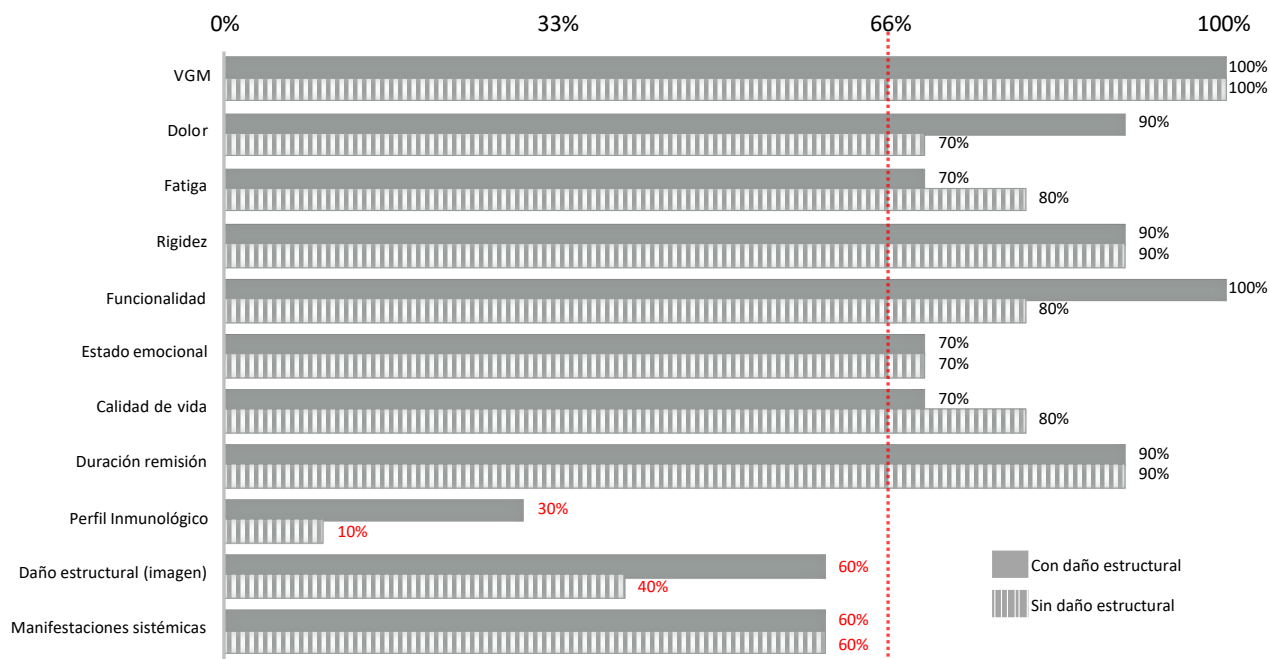
Respecto a la posibilidad de alcanzar la remisión en ambos tipos de pacientes, todos los participantes en el *workshop* consideraron que podría resultar factible en los pacientes sin daño estructural y solo en una baja proporción lo consideró viable en pacientes con daño estructural (los resultados de las votaciones se muestran en la **Figura 10**).

Figura 10. Resultado de la votación sobre la posibilidad de alcanzar la remisión en cada perfil de paciente



- **Requisitos a evaluar en los perfiles de pacientes.** Una vez definidos los perfiles de pacientes (con y sin daño estructural), se establecieron los dominios a evaluar en cada uno de ellos. Las votaciones de los dominios propuestos evaluados se detallan en la **Figura 11**.

Figura 11. Resultado de las votaciones sobre los dominios a evaluar



Los dominios con más del 66% de los votos fueron:

- Actividad inflamatoria (índice compuesto; MEDIDA OBLIGATORIA)
- VGM
- Dolor
- Fatiga
- Rigidez
- Funcionalidad
- Estado emocional (aspecto multifactorial que puede estar provocado o al que pueden contribuir muchas causas ajenas a la AR)
- CVRS
- Duración de la remisión (entendida como un aspecto a tener en cuenta)

Estos **dominios** se han de evaluar en los **dos tipos de pacientes**, aunque **el umbral requerido** para cada uno de ellos podría ser **diferente**.

Evaluar los mismos dominios en ambos tipos de pacientes avala la definición única de remisión para todos los pacientes con AR.

4.2.2. Workshop 2 multidisciplinar

Los **12 participantes del grupo extendido definieron la hoja de ruta** para la implementación del concepto de *remisión integral*. El *workshop* se dividió en cuatro etapas.

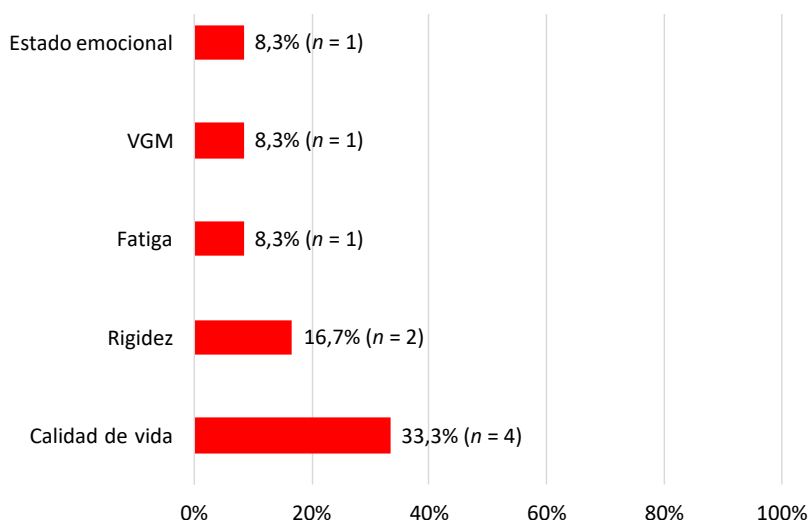


Etapas 1. Preparación. Objetivos y expectativas

Los **dominios mínimos** se seleccionaron de entre los ocho dominios seleccionados en el *workshop* 1 con el grupo multidisciplinar. La propuesta realizada incluyó el dominio obligatorio a valorar (actividad inflamatoria) y aquellos más valorados y considerados como más importantes en la actualidad (según la revisión de la literatura, el mapa de remisión en AR y las dinámicas de grupo): el dolor y la función física (además de tener en cuenta la duración de la remisión).

En el *workshop* 2, se votó en primer lugar la idoneidad de la propuesta de mínimos (actividad inflamatoria, dolor y funcionalidad, teniendo en cuenta la duración de la remisión), estableciendo un umbral del 80% de los votos para ser aceptada. El 100% de los participantes consideró que la propuesta resultaba adecuada. A continuación, se votó si resultaría necesario incluir algún dominio adicional en la propuesta de mínimos. Ninguno de los dominios adicionales alcanzó el consenso mínimo (80%) requerido para ser incluido (véase la **Figura 12**).

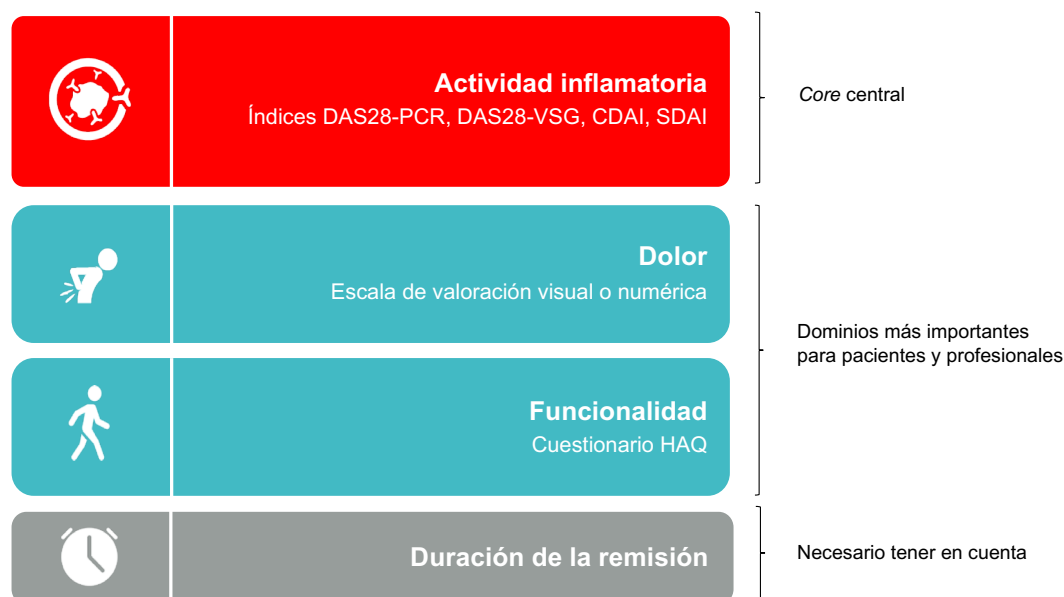
Figura 12. Resultado de la votación sobre la adición de dominios a la propuesta de mínimos



n = 12 (3 participantes no votaron porque consideraron que la propuesta de mínimos estaba bien planteada y no necesitaba ningún dominio adicional)

Así, la actividad inflamatoria (dominio obligatorio), el dolor y la funcionalidad, teniendo en cuenta la duración de la *remisión*, formarían el conjunto de dominios mínimos para evaluar la *remisión* en todos los pacientes (véase la **Figura 13**).

Figura 13. Propuesta de dominios mínimos a evaluar en los pacientes con AR



Etapla 2. Dónde estamos. Fortalezas y debilidades

Se identificaron un total de 22 fortalezas que se agruparon en 4 categorías principales (ordenadas por número de votos):

- Voluntad de empoderar y dar visibilidad a los pacientes
- Voluntad de unificar/homogeneizar criterios de remisión, aunar visiones, hablar el mismo idioma
- Implicación de los profesionales y gestores/decisores sanitarios
- Nuevas tecnologías (herramientas tecnológicas) y avances en clinimetría

La principal fortaleza identificada por los participantes fue la voluntad que existe de empoderar o dar visibilidad a los pacientes intentando incorporar su opinión o situación en la toma de decisiones del tratamiento a seguir, poniendo al paciente en el centro mediante la medición de PRO y la integración de su perspectiva.

Por otra parte, se identificaron un total de 19 debilidades que se agruparon en varias categorías (ordenadas por número de votos):

- Resistencia al cambio
- Variabilidad de los sistemas sanitarios
- Tiempo limitado en consulta
- Dificultad para la implantación de nuevas tecnologías
- Dificultad para encontrar una definición completa de remisión
- Baja coordinación entre Atención Primaria y Reumatología
- Dificultad para medir resultados en salud
- Necesidad de identificar buenas prácticas
- Conducta heterogénea entre los reumatólogos

Finalmente, la principal debilidad identificada por los participantes fue la resistencia al cambio, seguida de la variabilidad en los sistemas sanitarios (que dificulta la comunicación).



Etapla 3. Diseñando la ruta. Acciones/tareas prácticas a seguir

Qué: herramientas y umbrales

En cuanto a las herramientas a emplear para valorar la actividad inflamatoria, el CC estableció utilizar al menos uno de los índices compuestos validados, pero no se recomendó un índice de medición específico. Por su parte, el CC aconsejó que el dolor se evaluara mediante escalas de valoración (numéricas o visuales), y la función física, con el cuestionario HAQ.

En cuanto a la definición de los umbrales para los dos tipos de pacientes, se recomendó que la valoración de la actividad inflamatoria se basara en los límites establecidos según el índice utilizado, mientras que para los dominios del dolor y la funcionalidad el CC propuso diferentes umbrales para pacientes sin y pacientes con daño estructural:

- **Pacientes sin daño estructural:** el umbral debería establecerse cerca de la normalidad (cercano a 0).
- **Pacientes con daño estructural:** la posibilidad de fijar un umbral dada la diversidad de pacientes existente se consideró muy complicada, por lo que se estableció la no progresión como umbral.

Cómo: acciones generales para poner en marcha la propuesta

Las acciones prioritarias en la práctica clínica (ordenadas por número de votos) para poner en marcha la propuesta fueron:

- Formar a Enfermería y potenciar una consulta específica de esta rama sanitaria, con el fin de aumentar la adherencia.
- Formar al paciente en la cumplimentación de PRO mediante talleres multidisciplinares específicos.
- Integrar los PRO en la HCE con datos estructurados y evaluables.
- Posibilitar un registro simple que permita explotar datos en la HCE, por ejemplo, mediante un cuadro de mandos clínico que posibilite ver cómo están los pacientes y tomar medidas de forma proactiva.
- Disponer de suficiente tiempo en consulta.
- Incluir la remisión en planes de salud, medir resultados.
- Incentivar por resultados (por ejemplo, porcentaje de pacientes del servicio en remisión).
- Difundir en redes sociales.
- Disponer de un protocolo informatizado.
- Fomentar las comisiones de participación ciudadana.
- Pacientes formadores.

Considerando las otras perspectivas estudiadas (investigación, evaluación de resultados en salud, evaluación de medicamentos y planificación sanitaria), las acciones propuestas (ordenadas por número de votos) fueron:

Acciones prioritarias en el ámbito de la investigación:

- Realizar estudios de eficiencia (coste-efectividad) en práctica clínica
- Establecer la remisión como objetivo en estudios de tratamiento tanto en ensayos como en la vida real

Acciones prioritarias en el ámbito de la evaluación de resultados en salud:

- Priorizar la evolución de sistemas de información y cuadros de mando clínicos
- Incluir la remisión integral en el concepto general de *evaluación de resultados en salud*
- Integrar costes globales en el sistema con resultados en salud

- Centrarse, en el ámbito de la gestión, en lo cualitativo más que en lo cuantitativo
- Recoger resultados en salud relevantes, que incluyan la perspectiva del paciente y el porcentaje de los que están en *remisión*
- Vincular el concepto de *remisión* a la persistencia
- Establecer indicadores para medir resultados en salud

Acciones prioritarias en al ámbito de la evaluación de medicamentos:

- Vincular resultados en salud con priorización de fármacos
- Analizar los costes globales, teniendo en cuenta los costes indirectos

Acciones prioritarias en al ámbito de la planificación sanitaria:

- Incluir el objetivo de remisión integral en documentos y planes de salud
- Incluir el porcentaje de pacientes en remisión en pactos de gestión
- Incluir el objetivo de remisión integral en planes estratégicos
- Consensuar una propuesta de objetivos y evaluación

Quién: agentes implicados

Los siguientes agentes estarían implicados en la implantación del concepto de *remisión*: Reumatología, Enfermería, Farmacia Hospitalaria, gestores/decisores sanitarios y otros agentes (como sociedades científicas, Atención Primaria, asociaciones de pacientes...). Las principales acciones que desempeñaría cada profesional (opciones más votadas por los participantes) se muestran en la **Figura 14**, y, en el **Anexo 2**, se presenta el detalle de todas las acciones.

Figura 14. Principales acciones a desempeñar por los diferentes agentes implicados en la implantación del concepto de *remisión integral*

REUMATOLOGÍA	Liderar o coordinar la implantación del concepto de <i>remisión integral</i>	ENFERMERÍA	Proporcionar al paciente formación y ayuda para cumplimentar e interpretar los PRO	FARMACIA HOSPITALARIA	Formar parte del equipo multidisciplinar y fomentar la adherencia del paciente	GESTORES / DECISORES SANITARIOS	Facilitar los recursos necesarios y dar importancia a los resultados en salud	OTROS AGENTES	Sociedades científicas (formar, divulgar, consensuar herramientas de medición de resultados e indicadores) y Atención Primaria (coordinar e integrar las necesidades del paciente)
--------------	--	------------	--	-----------------------	--	---------------------------------	---	---------------	--

Cuándo: tiempos de valoración

Para valorar la remisión, el grupo multidisciplinar propuso realizar, como mínimo, una consulta con Enfermería (presencial o telemática) cada tres meses para valorar los PRO (opción votada por el 50% de los participantes) (véase la **Figura 15**). Asimismo, se debería llevar a cabo, como mínimo cada seis meses, una consulta con Reumatología para valorar la actividad inflamatoria (presencial o telemática, en función de las necesidades de exploración física) (opción votada por el 67% de los participantes) (véase la **Figura 16**). No obstante, en caso de que se produjesen brotes de la enfermedad, la frecuencia de valoración estaría determinada por el profesional sanitario.

Figura 15. Resultado de la votación sobre la medición de la remisión reportada por el paciente

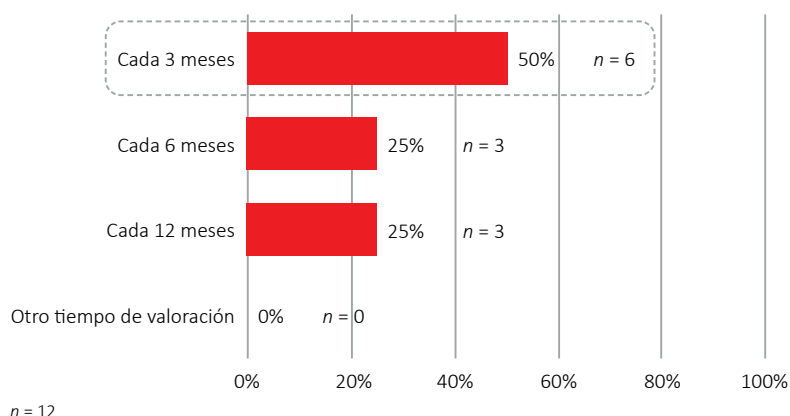
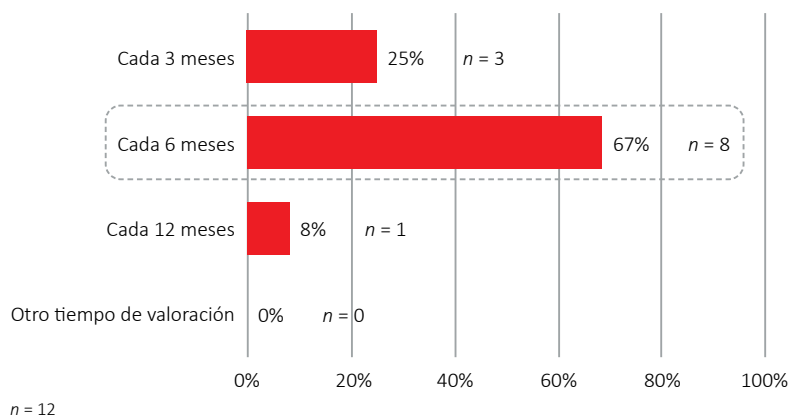


Figura 16. Resultado de la votación sobre la medición de la remisión reportada por el clínico



Además, respecto a la consulta sobre cómo mejorar la frecuencia de valoración de la remisión, las propuestas (ordenadas por número de votos) fueron:

- Teleconsulta con Enfermería: realizar los cuestionarios RAPID3 o recordatorios para que el paciente lleve el cuestionario cumplimentado el día de la consulta presencial ($n = 9$).
- Teleconsulta con Reumatología: registro automatizado de los PRO en la HCE y PRO digitales como herramienta de alerta y monitorización continua ($n = 7$).
- Teleconsulta con Farmacia Hospitalaria (seguimiento de los PRO, adherencia y comunicación bidireccional continua) ($n = 2$).
- Consulta presencial con Enfermería ($n = 2$).
- Monitorización continua ($n = 1$).

Así pues, la principal mejora identificada fue la posibilidad de mejorar la frecuencia de valoración de la remisión mediante la teleconsulta con los profesionales sanitarios (Reumatología, Enfermería y Farmacia), durante la cual se podrían utilizar cuestionarios de PRO como el RAID o el RAPID3.



Etapa 4. Camino por delante. Mantenimiento de las propuestas y/o iniciativas

A partir de la votación de los participantes sobre los conceptos claves para lograr la implantación del concepto de *remisión integral*, se representó una nube con ellos (véase la **Figura 17**), siendo el aspecto más votado la formación tanto de los pacientes como del personal sanitario, seguida de equipo.

Figura 17. Conceptos clave para lograr la implantación del criterio global de remisión



Fuente: Sparkup

4.3. Fase III. Difusión o divulgación

En las reuniones regionales intervinieron cerca de 200 participantes procedentes de 15 CC. AA. (véase la **Figura 18**). Su perfil era multidisciplinar, incluyendo médicos reumatólogos, personal de Enfermería, gestores/decisores del sistema nacional de salud, farmacéuticos y representantes de asociaciones de pacientes (véase la **Figura 19**).

Figura 18. Mapa de los participantes en las reuniones regionales por CC. AA.

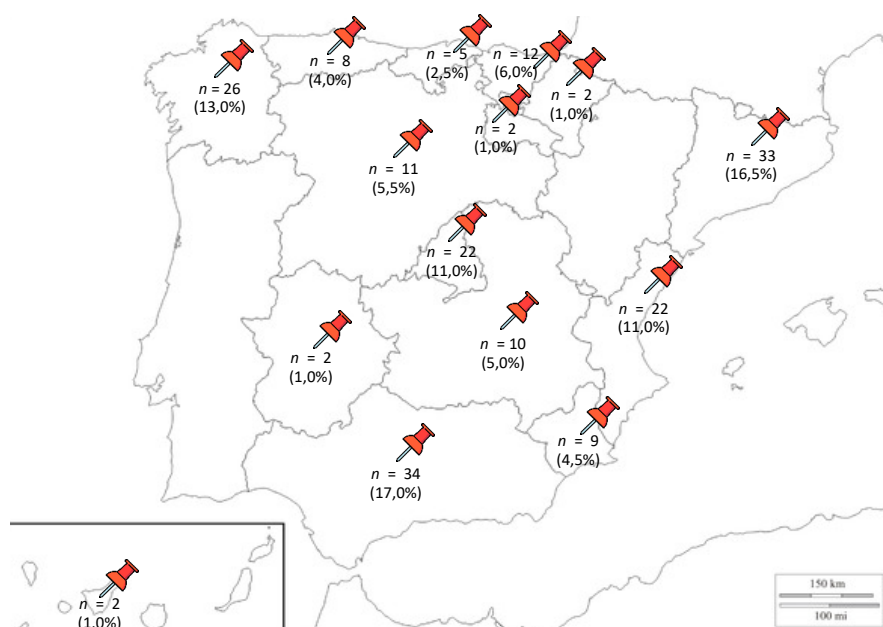
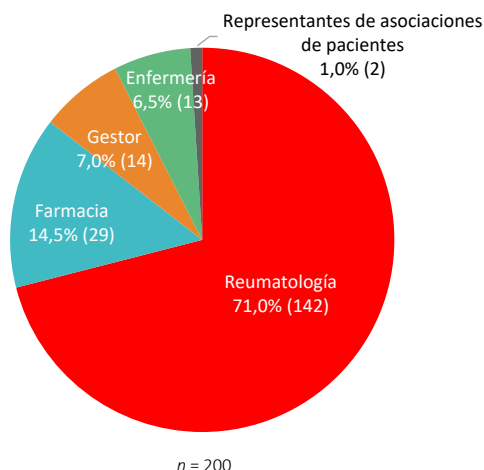


Figura 19. Perfil de los participantes en las reuniones regionales



En dichas reuniones, se planteó a los participantes un total de 17 preguntas, relacionadas con el diseño del proyecto/metodología ($n = 5$) o con la implantación/aplicación de la propuesta ($n = 12$), para que aportaran su visión sobre el proyecto y validaran los resultados alcanzados.

Los resultados de la votación de los participantes se presentan de manera conjunta para todas las CC. AA. Únicamente en aquellas cuestiones en las que resulta valioso conocer la respuesta por CC. AA. (preguntas 6, 9, 13, 15 y 17) se desglosan estas respuestas.

- **Cuestiones relacionadas con el proyecto, la propuesta o la metodología**

Pregunta 1. “¿Considera necesario proponer un concepto de *remisión* integral para la AR que englobe tanto la valoración de la actividad inflamatoria como la perspectiva del paciente?”

El 98,2% ($n = 166$) de los participantes consideró necesaria la propuesta de un concepto de *remisión integral* que englobe la valoración de la actividad inflamatoria y la perspectiva del paciente.

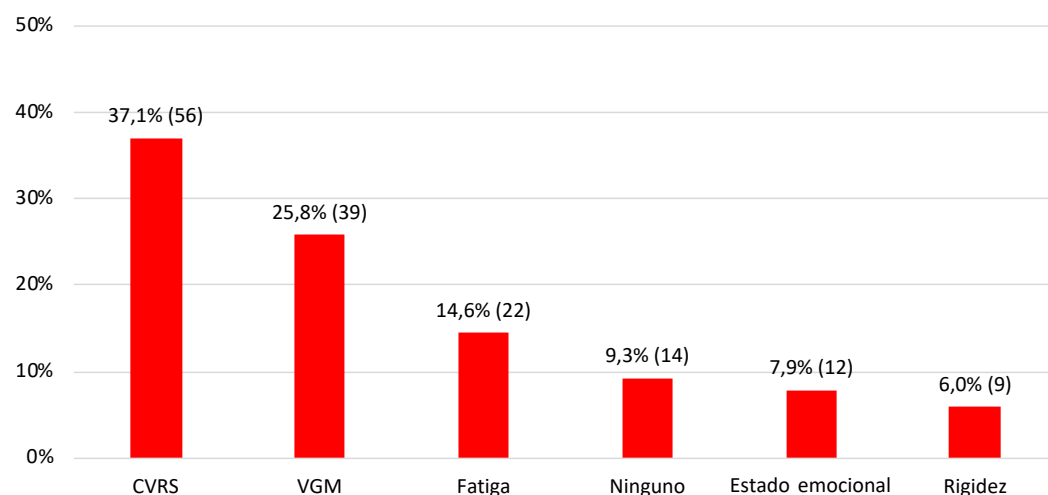
Pregunta 2. “¿Le parece apropiada la metodología desarrollada para definir el concepto de *remisión integral*?”

El 98,0% ($n = 148$) de los participantes consideró apropiada la metodología utilizada para definir el concepto de *remisión integral*.

Pregunta 3. “Una vez implantada esta propuesta (set de mínimos), ¿cuál sería el dominio que consideraría importante incorporar en un futuro para valorar la *remisión*?”

El dominio más votado para su posible inclusión en la propuesta de mínimos en un futuro fue la **CVRS** (37,1%, $n = 56$), seguida de la **VGM** (25,8%, $n = 39$) (véase la **Figura 20**). Cabe resaltar que los participantes consideraron que la valoración de aspectos como la calidad de vida o la fatiga puede estar sesgada por otras áreas diferentes a la AR, resaltando la importancia de la formación del paciente en la medición de los PRO asociados a la enfermedad, para valorar correctamente estos aspectos. No obstante, dada la composición multidisciplinar del grupo de participantes en las reuniones regionales, pueden existir diferentes perspectivas respecto de los aspectos necesarios a valorar como parte del concepto de *remisión*.

Figura 20. Dominio considerado importante a incorporar en un futuro para valorar la remisión



% (n), respuesta única. n = 151. CVRS: calidad de vida relacionada con la salud; VGM: valoración global del médico

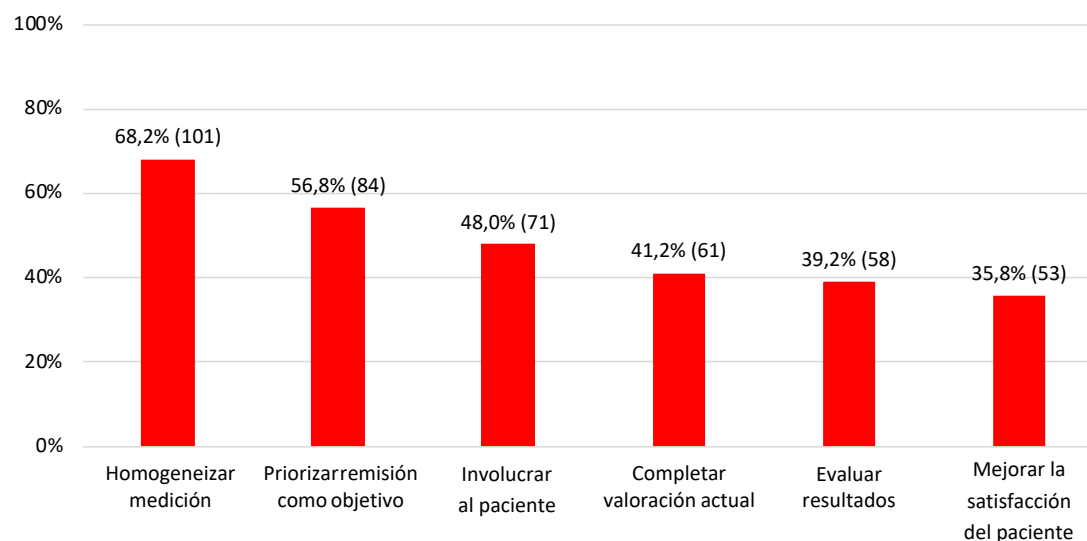
Pregunta 4. “¿Estaría de acuerdo con aplicar esta propuesta en su ámbito de actuación?”

El 97% (n = 146) de los participantes estuvo de acuerdo con la instauración del set de mínimos en su consulta o en su ámbito de actuación.

Pregunta 5. “¿Cuál puede ser la contribución de esta propuesta?”

Las principales contribuciones de esta propuesta al ámbito de la AR serían homogeneizar la *remisión* (68,2%, n = 101), priorizar y aunar objetivos (56,8%, n = 84) y contribuir a la implicación del paciente (48,0%, n = 71) (véase la **Figura 21**). Los participantes remarcaron la importancia del uso de PRO en la valoración de la remisión para detectar e integrar las necesidades del paciente.

Figura 21. Contribución de esta propuesta en el ámbito de la AR



% (n), opción de respuesta múltiple; n = 148.

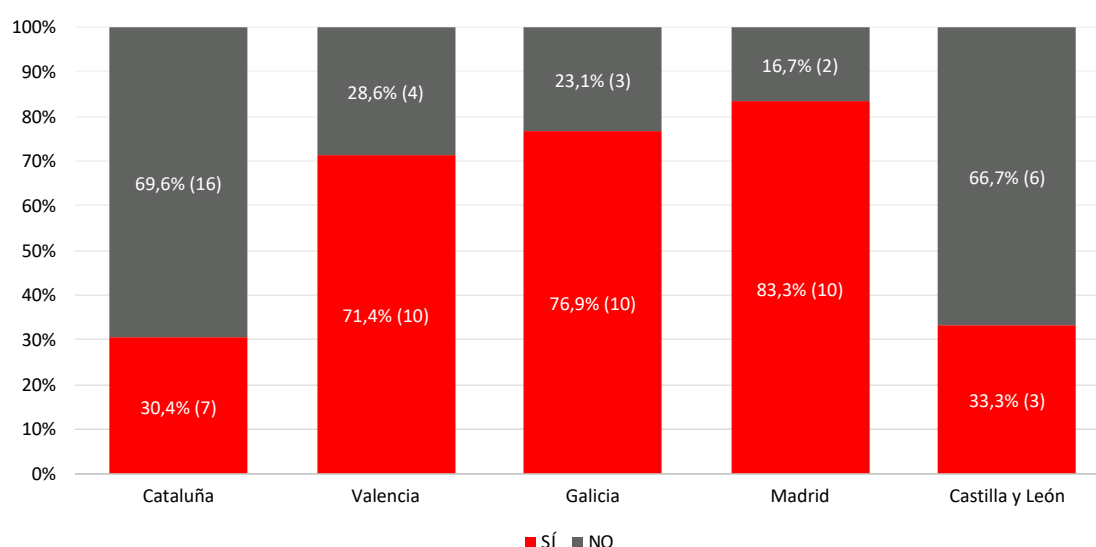
- Cuestiones relacionadas con la hoja de ruta y la aplicación del set de mínimos

- Implantación de la propuesta en las CC. AA.

Pregunta 6. “¿Considera factible a corto plazo que la propuesta sea utilizada en su comunidad autónoma?”

El **65,4%** de los participantes ($n = 83$, de un total de 127 participantes⁵) en las reuniones regionales consideraron **factible la implantación de la propuesta en su comunidad autónoma** a corto plazo (entendido este como un periodo de seis meses en situación no COVID-19). Sin embargo, se observó variabilidad entre las CC. AA.: en Cataluña, únicamente el 30,4% de los participantes consideró factible la implantación en su comunidad autónoma, mientras que en Galicia o en Madrid más del 75% de los participantes lo creyó factible (véase la **Figura 22**)⁶. Los resultados detallados por CC. AA. se recogen en el **Anexo 2** (véase la **Tabla 4**).

Figura 22. Resultados desglosados por CC. AA. sobre la factibilidad de implantación de la propuesta en ellas (% [n])



Únicamente se han representado las CC. AA. con una $n \geq 9$.

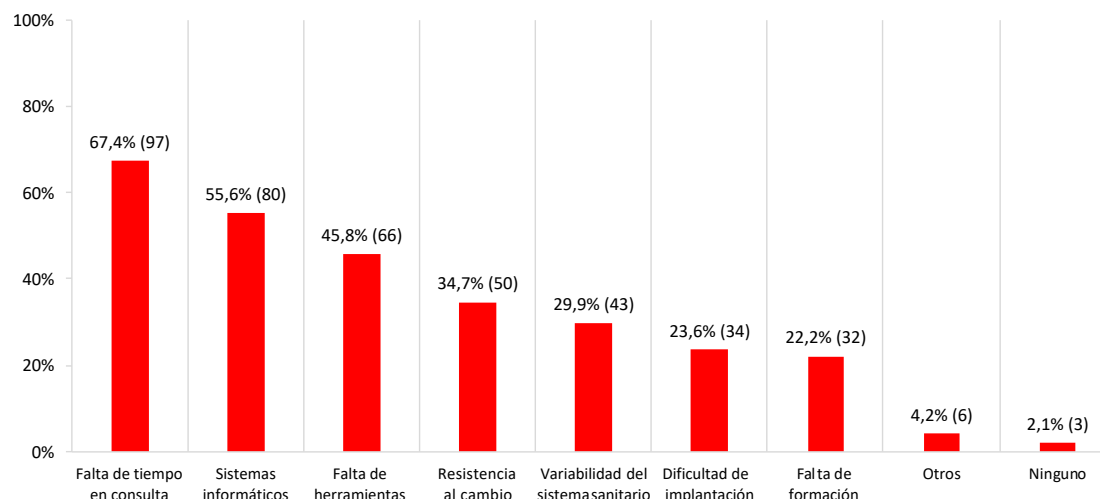
Pregunta 7. “¿Cuáles son las barreras o dificultades para implementar esta propuesta en la práctica clínica de su comunidad autónoma?”

Las barreras o dificultades más votadas para implantar la propuesta en la práctica clínica de las CC. AA., fueron la falta de tiempo en consulta (67,4%, $n = 97$) y la variabilidad de sistemas informáticos entre CC. AA. (55,6%, $n = 80$) (véase la **Figura 23**). En cuanto a la falta de tiempo en consulta, los participantes especificaron que se podría mejorar con la colaboración de Atención Primaria, con una consulta específica de Enfermería que asumiera la educación del paciente y la cumplimentación de PRO o con la incorporación de la telemedicina a la práctica habitual. Asimismo, se destacó que el uso de la telemedicina no sustituiría la consulta presencial con el especialista, ya que la exploración clínica del paciente (recuento articular) debe hacerse *in situ*, si bien podría usarse para realizar ciertas visitas de seguimiento.

⁵ Pregunta no planteada en una de las reuniones regionales

⁶ Los resultados por CC.AA. han de interpretarse con cautela, debido al reducido número de representantes de algunas CC.AA.

Figura 23. Barreras o dificultades para implementar la propuesta en la práctica clínica de su comunidad autónoma



% (n), opción de respuesta múltiple; n = 144.

— Implantación en práctica clínica

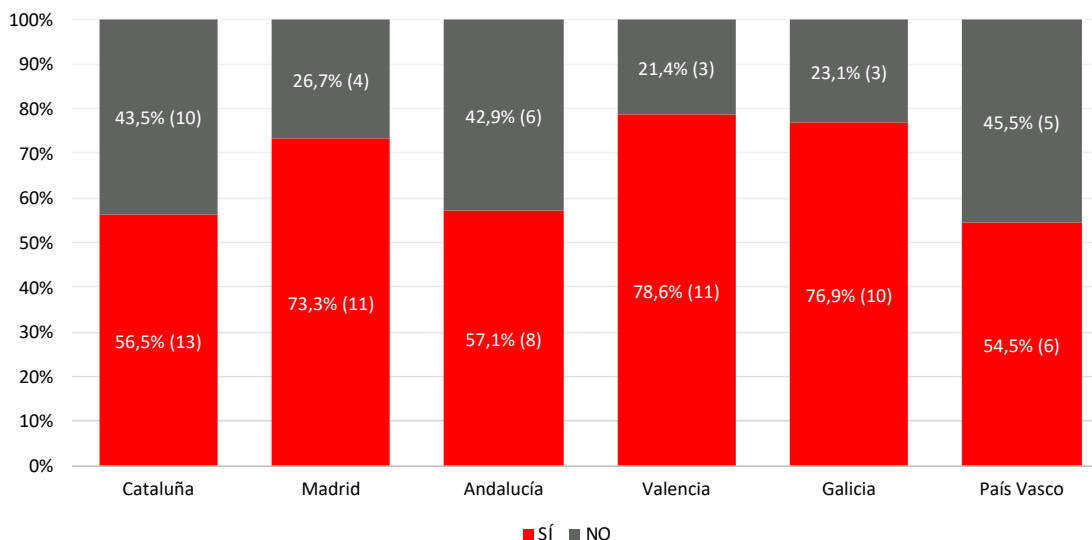
Pregunta 8. “¿Considera importante la aplicación de la propuesta en la práctica clínica?”

El 96% (n = 134) de los participantes consideró importante la aplicación de la propuesta en la práctica clínica habitual.

Pregunta 9. “¿Considera factible a corto plazo la aplicación de la propuesta en la práctica clínica?”

El **66,4%** de los participantes (n = 95, de un total de 143 participantes) consideró factible la aplicación de la propuesta en la práctica clínica a corto plazo. Al respecto, se observó cierta variabilidad entre los resultados por CC. AA.: en Cataluña el 56,5% de los participantes cree viable esta opción, mientras que en Valencia el 78,6% ve factible esta implantación en la práctica clínica (véase la **Figura 24**). Los resultados detallados por CC. AA. se presentan en el **Anexo 2** (véase la **Tabla 5**).

Figura 24. Resultados desglosados por CC. AA. sobre la factibilidad de implantación de la propuesta en la práctica clínica (% [n])



Únicamente se han representado las CC. AA. con una n ≥ 9.

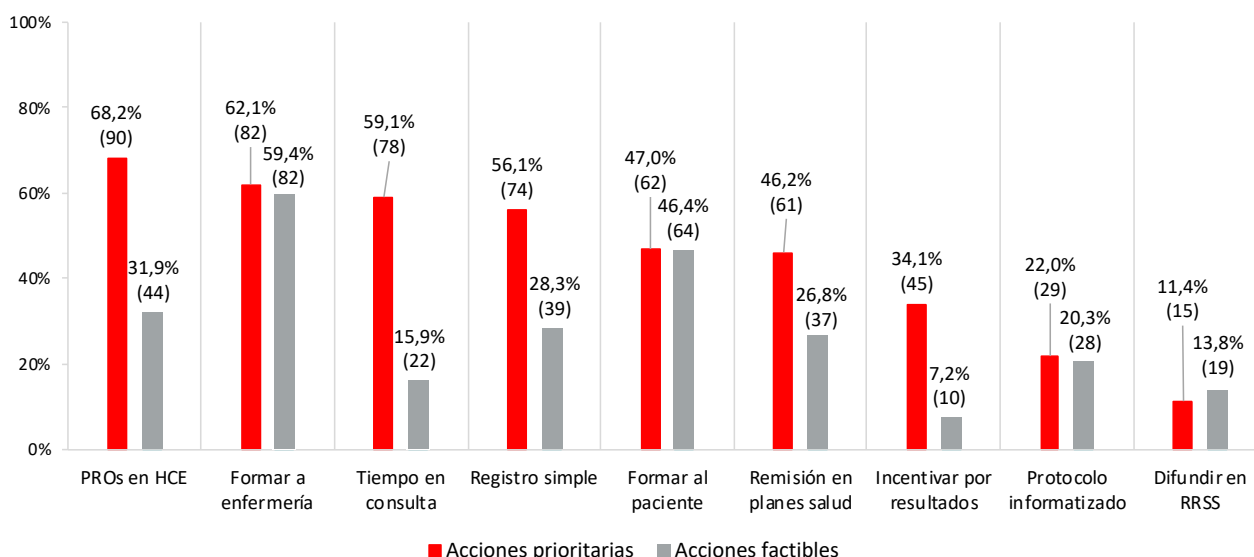
Pregunta 10. “¿Cuáles serían las acciones prioritarias (importancia y factibilidad) a realizar para implementar la propuesta en su comunidad autónoma?”

En cuanto a las acciones prioritarias para implementar la propuesta en las CC. AA., destaca la de implementar los PRO en la HCE (68,2%; $n = 90$) y la formación a Enfermería (62,1%, $n = 82$) (véase la **Figura 25**).

Pregunta 11. ¿Cuáles de las siguientes acciones serían factibles a corto plazo en su comunidad autónoma?

Entre las acciones factibles a corto plazo en las CC. AA., destaca la formación de Enfermería (59,4%, $n = 82$) y al paciente (46,4%, $n = 64$) (véase la **Figura 25**). En concreto, formar a los pacientes se consideró muy relevante, porque permitiría que estos cumplimentaran los PRO en su propio domicilio o, incluso, en la sala de espera de la consulta. Asimismo, la adaptación de la actividad asistencial posibilitaría la evaluación de la perspectiva del paciente vía telemática, haciendo así que las visitas presenciales fuesen menos continuas.

Figura 25. Acciones prioritarias y acciones factibles a implementar en las CC. AA.



% (n), opción de respuesta múltiple. Acciones prioritarias $n = 132$; acciones factibles $n = 138$.

— **Evaluación y/o acceso a medicamentos para AR**

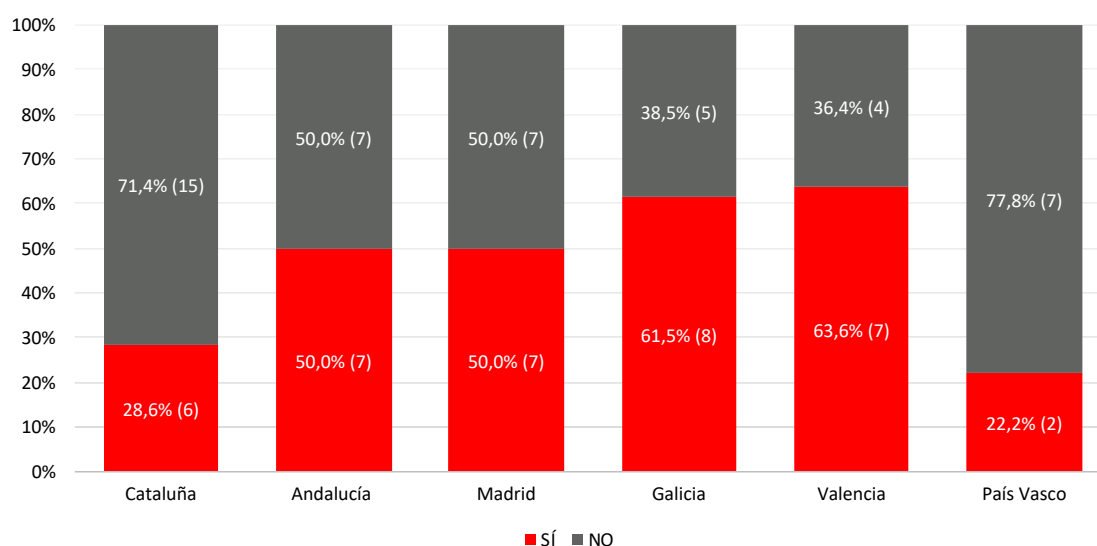
Pregunta 12. “¿Cree que en la evaluación y/o el acceso a medicamentos para la AR resultaría importante tener en cuenta la *remisión integral*?”

El 91,9% ($n = 114$) de los participantes consideró que es importante tener en cuenta la *remisión integral* en la evaluación y/o el acceso a medicamentos.

Pregunta 13. “¿Es factible a corto plazo tener en cuenta la *remisión integral* en la evaluación y/o el acceso a medicamentos?”

El 51% ($n = 69$) de los participantes consideró que tener en cuenta la *remisión integral* en la evaluación y/o el acceso a medicamentos a corto plazo es factible. De nuevo, se observó cierta variabilidad en las diferentes CC. AA.: únicamente el 22,2% de los participantes del País Vasco opina que sería factible, frente al 63,6% de los participantes de Valencia (véase la **Figura 26**). Los resultados detallados por CC. AA. se presentan en el **Anexo 3** (véase la **Tabla 6**).

Figura 26. Resultados desglosados por CC. AA. sobre la factibilidad de tener en cuenta la remisión integral en la evaluación / el acceso a los medicamentos (% [n])



Únicamente se han representado las CC. AA. con una $n \geq 9$.

— Planes de salud

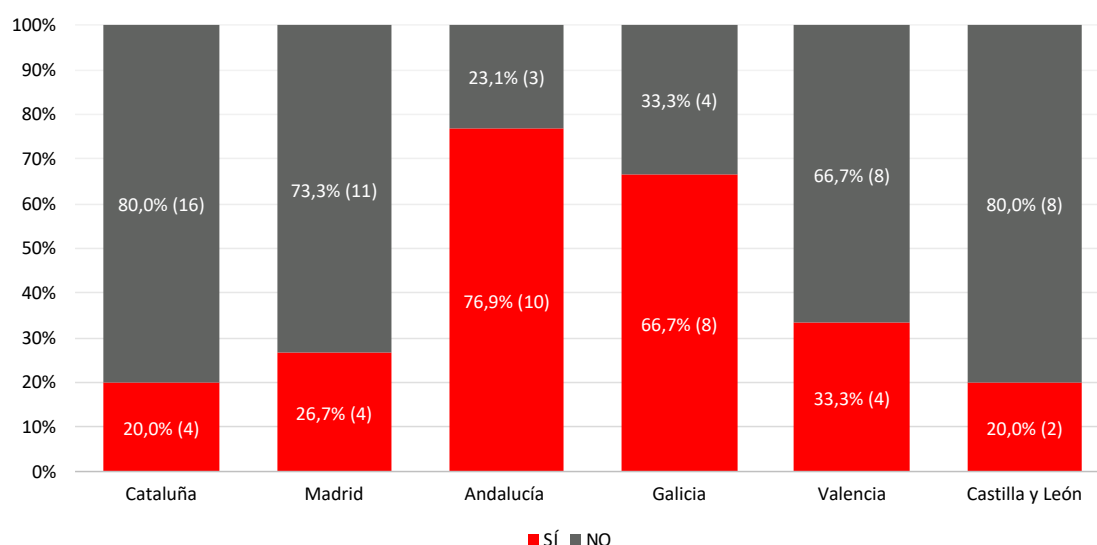
Pregunta 14. “¿Cree que los planes de salud de su comunidad autónoma deberían incluir la *remisión integral* como objetivo del tratamiento para AR?”

El 93,8% ($n = 120$) de los participantes consideró que se debería incluir la *remisión integral* como objetivo del tratamiento en AR en los planes de salud de las diferentes CC. AA.

Pregunta 15. “¿Es factible a corto plazo incluir la *remisión integral* como objetivo del tratamiento para AR en los planes de salud de su comunidad autónoma?”

Únicamente el 40,6% ($n = 54$) de los participantes consideró que la inclusión de la *remisión integral* como objetivo de tratamiento en AR en los planes de salud sería factible a corto plazo. En esta cuestión, hubo variabilidad entre CC. AA., desde el 20,0% de Castilla y León al 76,9% de Andalucía (véase la **Figura 27**). Los resultados detallados por CC. AA. se presentan en el **Anexo 3** (véase la **Tabla 7**).

Figura 27. Resultados desglosados por CC. AA. sobre la factibilidad de incluir la remisión integral como objetivo de tratamiento para la AR en los planes de salud (% [n])



Únicamente se han representado las CC. AA. con una $n \geq 9$.

— Evaluación de resultados

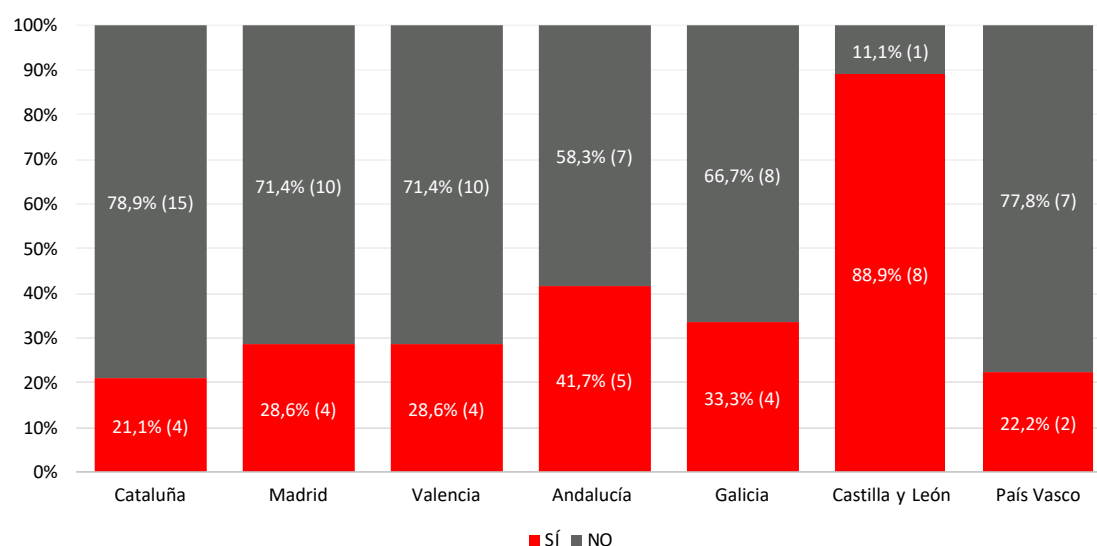
Pregunta 16. “¿Cree que es importante incorporar el porcentaje de pacientes en *remisión integral* en la evaluación de resultados en salud de su comunidad autónoma?”

El 94,7% ($n = 125$) de los participantes consideró que es importante incorporar el porcentaje de pacientes en *remisión integral* en la evaluación de resultados en salud de su comunidad autónoma.

Pregunta 17. “¿Es factible a corto plazo incorporar el porcentaje de pacientes en *remisión integral* en la evaluación de resultados en salud de su comunidad autónoma?”

Únicamente el 30,1% ($n = 40$) de los participantes en las reuniones regionales consideró factible incorporar el porcentaje de pacientes en *remisión integral* en la evaluación de resultados en salud de su comunidad autónoma a corto plazo. Los resultados por CC. AA. oscilan entre el 21,1% de Cataluña y el 88,9% de Castilla y León (véase la **Figura 28**). Los resultados detallados por CC. AA. se presentan en el **Anexo 3** (véase la **Tabla 8**).

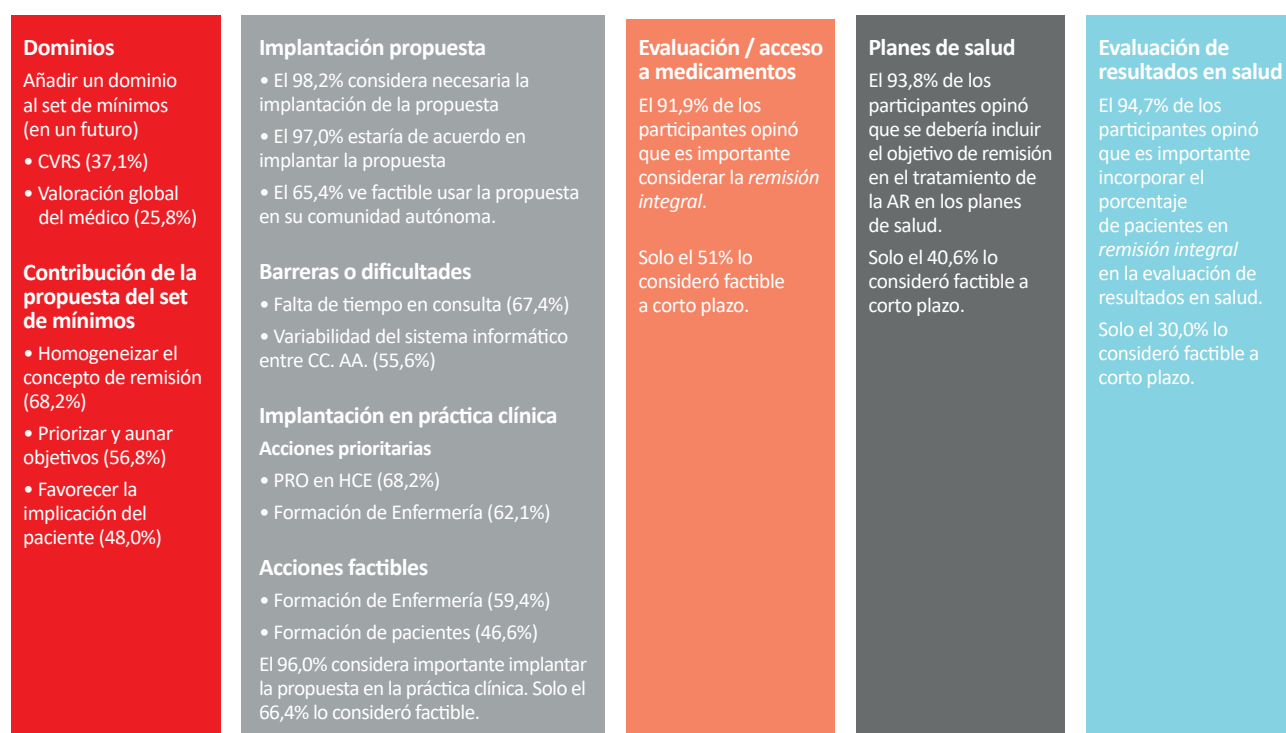
Figura 28. Resultados desglosados por CC. AA. sobre la factibilidad de incorporar el porcentaje de pacientes en remisión dentro de la evaluación de resultados en salud de su comunidad autónoma (% [n])



Únicamente se han representado las CC. AA. con una $n \geq 9$.

Así, se considera más complicado incluir el objetivo de remisión en la evaluación de resultados en salud que en los planes de salud de las diferentes CC. AA. (véase la **Figura 29**). Los asistentes coincidieron en que podría resultar difícil trasladar a los gestores sanitarios la importancia de incluir el nuevo concepto de *remisión* en los diferentes ámbitos sanitarios. Al respecto, una posible forma podría consistir en realizar reuniones en las diferentes consejerías para explicar la importancia y los beneficios para los pacientes y la sociedad de priorizar la patología y la medición de la remisión integral.

Figura 29. Resumen de los aspectos más relevantes de las jornadas de difusión regionales



HCE: historia clínica electrónica; CVRS: calidad de vida relacionada con la salud; PRO: *patient reported outcomes* o resultados percibidos por el paciente

5. Discusión y conclusiones

La falta de consenso en la definición del concepto de *remisión* y la variabilidad en el uso de criterios de remisión es uno de los principales problemas en el manejo actual de la AR. Además, la existencia de diversos índices compuestos validados para evaluar la actividad de la enfermedad dificulta la estandarización y la comparación de los resultados.

En este contexto, el proyecto SUMAR tuvo como objetivo establecer un consenso multidisciplinar sobre el concepto de *remisión*, de manera que permita una evaluación acorde con las necesidades de los diferentes agentes implicados y facilite la comparación de los resultados.

La variabilidad en la valoración de la *remisión* ha sido observada en la fase I del proyecto, en la que se puso en contexto la situación actual. Mediante la revisión de la literatura sobre la remisión en AR, se puso de manifiesto la existencia de múltiples criterios y definiciones de *remisión* utilizados en los diferentes ámbitos de actuación sanitaria (investigación, práctica clínica recomendada, resultados en salud, evaluación de medicamentos y planes de salud). Esta heterogeneidad resalta la necesidad de implantar unas recomendaciones generales para la valoración de la remisión en los pacientes con AR, de manera que contribuyan a la mejora de la calidad asistencial y a homogeneizar acciones, protocolos y toma de decisiones en las diferentes CC. AA.

El mapa de remisión para conocer la situación general de la remisión en España, realizado mediante encuestas a los diferentes colectivos implicados (pacientes, profesionales y gestores/decisores sanitarios), evidenció la enorme variabilidad que existe a nivel nacional. Esta variabilidad se ve reflejada en los índices compuestos y los PRO utilizados, en la percepción del paciente sobre su enfermedad o en los criterios considerados por los gestores/decisores sanitarios en la toma de decisiones sobre el tratamiento de la AR, entre otros. Tal heterogeneidad puso nuevamente de manifiesto la necesidad de establecer una definición única y consensuada de *remisión* para medir la eficacia del tratamiento y el estado de la enfermedad.

Las dinámicas de grupo llevadas a cabo con los diferentes colectivos que participaron en el proyecto (pacientes⁷, profesionales y gestores/decisores sanitarios) pusieron de manifiesto que existe una serie de necesidades no cubiertas en cada grupo. Para los pacientes, una de las principales fue la disminución de los síntomas (como dolor, inflamación y fatiga) y la realización de actividades cotidianas (como levantarse de la cama, dormir o descansar). Tanto los profesionales sanitarios como los gestores consideraron que la definición del concepto de *remisión integral* debería incluir PRO, con el fin de tener en cuenta la perspectiva del paciente en esta definición.

El objetivo de la fase II del proyecto fue llegar a un consenso sobre el concepto de *remisión* y la hoja de ruta para la implantación de ese consenso en las diferentes CC. AA. Para ello, se establecieron dos perfiles de pacientes diferenciales (con y sin daño estructural) y unos dominios mínimos a medir para valorar la remisión integral (actividad inflamatoria, dolor y funcionalidad, siempre teniendo en cuenta la duración de la remisión). La actividad inflamatoria se consideró un requisito obligatorio e indispensable para medir el estado de la enfermedad. Además, no se definió un índice compuesto común para la medición de la actividad inflamatoria, porque se consideró que lo importante y necesario es su medición, dejando este punto como una posible acción para otros estudios o proyectos futuros. Por su parte, el dolor y la funcionalidad fueron elegidos para formar parte del set de mínimos debido a que fueron identificados en las dinámicas de grupo y en el mapa de la remisión como los síntomas que más influían en los pacientes con AR y, finalmente, fueron elegidos como dominios mínimos por un grupo multidisciplinar de expertos. Asimismo, se propusieron unos dominios

⁷ En la dinámica participaron pacientes, el IESE Business School, Outcomes'10 y el CN del proyecto.

adicionales (VGM, fatiga, rigidez, estado emocional y CVRS) que sería interesante recoger en cada paciente en función de las posibilidades. Para el dolor y la funcionalidad, se establecieron diferentes umbrales para los dos perfiles de pacientes identificados: alcanzar “valores cercanos a la normalidad” en el caso de los pacientes sin daño estructural y la “no progresión” en pacientes con daño estructural.

En las reuniones regionales celebradas en las CC. AA., se plantearon diversas preguntas a los asistentes con el fin de dar a conocer el consenso sobre el concepto de *remisión* y validarlo para facilitar su implantación. Al respecto, la casi totalidad de los asistentes consideró que la propuesta del concepto de *remisión integral* es necesaria (98%, $n = 166$) y la implantaría en su consulta/ámbito (97,3%, $n = 146$), lo que favorecería la comparación de resultados en salud entre CC. AA. Los participantes consideraron que esta propuesta ayudaría principalmente a homogeneizar el concepto de *remisión*, priorizar y aunar objetivos, y fomentar la implicación del paciente.

En el caso de que, en un futuro, se planteara la posibilidad de añadir dominios a este set de mínimos, los participantes en las reuniones regionales establecieron que los más indicados serían la CVRS (37,1%, $n = 56$) y la VGM (25,8%, $n = 39$). Los PRO, como la calidad de vida, pueden estar influenciados por causas ajenas a la AR, por lo que, para incluir en un futuro nuevos dominios de PRO en la propuesta, sería necesaria una formación previa a los pacientes con el fin de que valoraran específicamente los aspectos relacionados con la AR y no con otras causas.

Para instaurar la propuesta, la principal barrera percibida fue la falta de tiempo en consulta. Esta podría mejorarse con la colaboración de Atención Primaria en el cribado o el seguimiento de los pacientes y/o con la creación de una consulta específica de Enfermería para pacientes con AR, en la que se les proporcionaría información sobre la enfermedad y los tratamientos disponibles, se les ayudaría a cumplimentar los PRO necesarios para la consulta con el médico y se interpretarían esos resultados.

Por otra parte, las acciones prioritarias a aplicar en la actualidad para contribuir a la implantación de la propuesta serían la incorporación de los PRO a la HCE (68,2%, $n = 90$), que facilitaría el seguimiento de los pacientes y permitiría tomar decisiones proactivas para mejorar su atención, al tener toda la información integrada, y la formación de Enfermería (62,1%, $n = 82$).

Asimismo, se consideró que la instauración de esta propuesta de remisión integral resultaría importante (acuerdo superior al 90,0%) en los diferentes ámbitos sanitarios (práctica clínica, planificación sanitaria, evaluación de medicamentos y evaluación de resultados). Sin embargo, la factibilidad de implantación de la propuesta a corto plazo en las CC. AA. se consideró más compleja, siendo mayor en la práctica clínica (con un acuerdo del 66,4%) y menor en el resto de los ámbitos (acuerdo inferior al 52%). Así, se vio más complicado incluir el objetivo de remisión integral en la evaluación de resultados (acuerdo del 30,1%) que en los planes de salud (acuerdo del 40,6%). No obstante, en la práctica podría resultar ser más sencilla la implantación en planificación, dado que los planes de salud son plurianuales, mientras que el plazo de evaluación de resultados en salud puede ser más largo. Una posible forma de contribuir a la inclusión de la remisión integral en el plan de salud de una comunidad autónoma sería mediante reuniones en las consejerías con el fin de explicar la importancia y los beneficios para los pacientes y la sociedad de priorizar la medición de la remisión integral. En este sentido, las sociedades científicas pueden ejercer una labor importante, trasladando esta información a las consejerías con la aportación de datos objetivos.

Estos resultados ponen de manifiesto la percepción que existe en las diferentes CC. AA. respecto a la complejidad de modificar elementos en el sistema de salud. En este sentido, cuestiones que la mayoría de los profesionales considera importantes pueden resultar complicadas de incorporar a corto plazo y necesitar un tiempo más prolongado para su aplicación, especialmente en los planes de salud o la evaluación de resultados en salud, que será lo que guiará a los diferentes agentes en la toma de decisiones.

Conclusión

El concepto consensuado de *remisión integral* en el proyecto SUMAR propone la valoración de la actividad inflamatoria, el dolor y la funcionalidad, reflejando aquellos aspectos relevantes y factibles de evaluar desde el punto de vista de los pacientes, los profesionales sanitarios y los gestores/decisiones sanitarios. La instauración de esta propuesta proporcionará homogeneidad a la práctica clínica habitual, facilitando la comparación de resultados. Además, contribuirá a realizar un seguimiento más completo del paciente, al incluir PRO, así como a ajustar el tratamiento para mejorar su calidad de vida. La mayoría de los profesionales que asistieron a las reuniones para ampliar el consenso alcanzado valoraron positivamente la propuesta de valoración de la *remisión integral* en AR y consideraron importante su aplicación en los diferentes ámbitos sanitarios.

Futuros proyectos que valoren la implantación del concepto de remisión integral proporcionarán información sobre su contribución en los diferentes ámbitos sanitarios.

Referencias

- ALETAHA, D. y Smolen, J. S. (2018). Diagnosis and Management of Rheumatoid Arthritis: A Review. *Journal of the American Medical Association*, 320(13), 1360-1372. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2705192>
- BALSA, A. (2011). Definiendo la remisión en la artritis reumatoide: nuevos criterios de la ACR/EULAR. *Reumatología Clínica*, 6(3), 13-16. <https://www.reumatologiaclinica.org/es-definiendo-remision-artritis-reumatoide-nuevos-articulo-S1699258X11000209>
- CONTRERAS-YÁÑEZ, I., Guaracha-Basañez, G., Ruiz-Domínguez, D. y Pascual-Ramos, V. (2017). Patient's Perspective of Sustained Remission in Rheumatoid Arthritis. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18(1), 1-9. <https://bmcmusculoskeletaldisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-017-1717-8>
- DESTHIEUX, C., Hermet, A., Granger, B., Fautrel, B. y Gossec, L. (2016). Patient-Physician Discordance in Global Assessment in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Literature Review With Meta-Analysis. *Arthritis Care & Research*, 68(12), 1767-1773. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/acr.22902>
- FERREIRA, R. J. O, Duarte, C., Ndosi, M., de Wit, M., Gossec, L. y da Silva, J. A. P. (2018). The Controversy of Using PGA to Define Remission in RA. *Nature Reviews Rheumatology*, 14(4), 245. <https://www.nature.com/articles/nrrheum.2018.35>
- FERREIRA, R. J. O., Carvalho, P. D., Ndosi, M., Duarte, C., Chopra, A., Murphy, E., van der Heijde, D., Machado, P. M. y da Silva, J. A. P. (2019). Impact of Patient's Global Assessment on Achieving Remission in Patients With Rheumatoid Arthritis: A Multinational Study Using the METEOR Database. *Arthritis Care and Research*, 71(10), 1317-1325. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/acr.23866>
- HILLIQUIN, S., Hugues, B., Mitrovic, S., Gossec, L. y Fautrel, B. (2018). Ability of Disease-Modifying Antirheumatic Drugs to Prevent or Delay Rheumatoid Arthritis Onset: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 77(8), 1099-1106. <https://ard.bmj.com/content/77/8/1099>
- ISHIDA, M., Kuroiwa, Y., Yoshida, E., Sato, M., Krupa, D., Henry, N., Ikeda, K. y Kaneko, Y. (2018). Residual Symptoms and Disease Burden Among Patients with Rheumatoid Arthritis in remission or Low Disease Activity: A Systematic Literature Review. *Modern Rheumatology*, 28(5), 789-799. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14397595.2017.1416940>
- NAREDO SÁNCHEZ, E. (2009). ¿Son necesarias las técnicas de imagen para definir la remisión en la artritis reumatoide? *Reumatología Clínica*, 5(1), 17-21. <https://www.reumatologiaclinica.org/es-son-necesarias-tecnicas-imagen-definir-articulo-S1699258X09000394>
- NAVARRO-COMPÁN, V., Gherghe, A. M., Smolen, J. S., Aletaha, D., Landewé, R. y van der Heijde, D. (2015). Relationship Between Disease Activity Indices and Their Individual Components and Radiographic Progression in RA: A Systematic Literature Review. *Rheumatology (Oxford)*, 54(6), 994-1007. <https://academic.oup.com/rheumatology/article/54/6/994/1799127>
- RASCH, L.A., Boers M., Hill, C.L., Voshaar, M., Hoogland, W., de Wit, M., Flurey, C., Davis, B., Hetland, M. L., Heegard Brahe, C., Gossec, L., Wells, G. A., Tugwell, P., Kuriya, B., Goel, N., Singh, J. A., Duarte, C., da Silva, J., van Schaardenburg, D., Proudman, S., ... Working Group on the Patients' Perspective on Remission in Rheumatoid Arthritis (2017). Validating Rheumatoid Arthritis Remission Using the Patients' Perspective: Results From a Special Interest Group at OMERACT 2016. *Journal of Rheumatology*, 44(12), 1889-1893. <https://www.jrheum.org/content/44/12/1889>
- SMOLEN, J. S., Aletaha, D. y McInnes, I. B. (2016). Rheumatoid Arthritis. *Lancet*, 388(10055), 2023-2038. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30173-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30173-8/fulltext)
- O'HARA, J., Rose, A., Jacob, I., Burke, T. y Walsh, S. (2017). The Burden of Rheumatoid Arthritis across Europe: a Socioeconomic Survey (BRASS). *British Society of Rheumatology*, 1-12. <https://nras.org.uk/2017/04/25/burden-of-ra-a-socioeconomic-study-brass/>

Anexo 1

Asistentes a las reuniones regionales por CC. AA.

CC. AA.	Participante	Especialidad
País Vasco	ANA CRISTINA MÍNGUEZ CABEZA	Farmacéutica
País Vasco	JOSÉ MANUEL LADRÓN DE GUEVARA PORTUGAL	Gestión sanitaria
País Vasco	MONIKE DE MIGUEL CASCÓN	Farmacia
País Vasco	ASUNCIÓN ARANGUREN REDONDO	Farmacia
País Vasco	JON GUAJARDO REMACHA	Gestión sanitaria
País Vasco	SUSANA GIL BARATO	Reumatología
País Vasco	MARÍA LUZ GARCÍA VIVAR	Reumatología
País Vasco	MARÍA ROSA EXPÓSITO MOLINERO	Reumatología
País Vasco	OLGA MAÍZ ALONSO	Reumatología
País Vasco	JOAQUÍN BELZUNEGUI OTANO	Reumatología
La Rioja	JUAN ANTONIO LÓPEZ MARTÍN	Reumatología
La Rioja	BRYAN JOSUÉ FLORES ROBLES	Reumatología
País Vasco	JOSÉ FRANCISCO GARCÍA LLORENTE H.	Reumatología
País Vasco	IRATI URIONAGUENA ONAINDIA	Reumatología
Navarra	YOLANDA MONTENEGRO PRIETO	Gestión sanitaria
Navarra	BEATRIZ GAYA MORIONES	Enfermería
Galicia	CEFERINO BARBAZÁN ÁLVAREZ	Reumatología
Galicia	NAIR PÉREZ GÓMEZ	Reumatología
Galicia	RAFAEL MELERO GONZÁLEZ	Reumatología
Galicia	FRANCISCO MACEIRAS PAN	Reumatología
Galicia	CARLOS GARCÍA PORRÚA	Reumatología
Galicia	VÍCTOR QUEVEDO VILA	Reumatología
Galicia	LUIS FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ	Reumatología
Galicia	DIANA SUEIRO DELGADO	Reumatología
Galicia	EVA PÉREZ PAMPÍN	Reumatología
Galicia	MARINA RODRÍGUEZ LÓPEZ	Reumatología
Galicia	JOSÉ ANTONIO PINTO TASENDE	Reumatología
Galicia	JENARO GRAÑA GIL	Reumatología
Galicia	MARÍA ESTÉVEZ BERNÁNDEZ	Enfermería
Galicia	ANA RODRÍGUEZ VÁZQUEZ	Farmacia
Galicia	JOSÉ LUIS APARICI BOLUFER	Farmacia
Galicia	YVETH MICHELLE TAJES GONZÁLEZ	Farmacia
Galicia	LUCÍA CID CONDE	Gestión sanitaria
Galicia	ÁNGELES PORTA SÁNCHEZ	Farmacia
Galicia	ANTONIO TORRALBA GÓMEZ-PORTILLO	Asociación de pacientes
Galicia	JESÚS IBÁÑEZ RUAN	Reumatología

CC. AA.	Participante	Especialidad
Galicia	MARÍA ANIDO GARCÍA	Farmacia
Galicia	BALBINA GONZÁLEZ ÁLVAREZ	Reumatología
Galicia	MARISOL SANMARTÍN UCHA	Farmacia
Galicia	MARÍA ÁNGELES FARALDO VALLES	Farmacia
Galicia	ALFONSO VARELA ROMÁN	Gestión sanitaria
Galicia	LOLA HARO MARTÍN	Farmacia
Andalucía	SERGIO RODRÍGUEZ MONTERO	Reumatología
Andalucía	YOLANDA CABELLO FERNÁNDEZ	Reumatología
Andalucía	CARMEN VARGAS LEBRÓN	Reumatología
Andalucía	DOLORES MENDOZA MENDOZA	Reumatología
Andalucía	DOLORES RUIZ MONTESINOS	Reumatología
Andalucía	ISABEL GARCÍA HERNÁNDEZ	Reumatología
Andalucía	CARMEN DOMÍNGUEZ QUESADA	Enfermería
Andalucía	ISABEL POZO JIMÉNEZ	Enfermería
Andalucía	SUSANA QUIROSA FLORES	Reumatología
Andalucía	ANTONIO SÁNCHEZ GARCÍA	Reumatología
Andalucía	MIGUEL ÁNGEL FERRER GONZÁLEZ	Reumatología
Andalucía	ANTONIO FERNÁNDEZ NEBRO	Reumatología
Andalucía	LAURA CANO GARCÍA	Enfermería
Andalucía	JERUSALEM CALVO GUTIERREZ	Reumatología
Andalucía	ALEJANDRO ESCUDERO CONTRERAS	Reumatología
Andalucía	LOURDES LADEHESA PINEDA	Reumatología
Andalucía	MARTA ROJAS GIMÉNEZ	Reumatología
Andalucía	MIGUEL ÁNGEL CARACUEL RUIZ	Reumatología
Andalucía	PILAR FONT UGALDE	Reumatología
Andalucía	ALBERTO RUIZ ROMÁN	Reumatología
Andalucía	ROSALÍA MARTINEZ PÉREZ	Reumatología
Andalucía	NOEMÍ GARRIDO PUÑAL	Reumatología
Andalucía	MARÍA LISBONA MUÑOZ	Reumatología
Andalucía	BEGOÑA TORTAJADA GOITIA	Reumatología
Andalucía	ALBERTO JIMÉNEZ MORALES	Reumatología
Andalucía	ESTHER MÁRQUEZ SAAVEDRA	Reumatología
Andalucía	VICENTE MERINO BOHÓRQUEZ	Farmacia
Andalucía	MARÍA DE LA PAZ QUESADA SANZ	Farmacia
Andalucía	FRANCISCO GABRIEL JIMÉNEZ NÚÑEZ	Reumatología
Andalucía	CARLOS GARCÍA COLLADO	Gestión sanitaria
Andalucía	ANTONIO TORRALBA GÓMEZ-PORTILLO	Asociación de pacientes
Andalucía	MANUEL MORENO GALEANO	Enfermería
Cataluña	LOURDES MATEO SORIA	Reumatología

CC. AA.	Participante	Especialidad
Cataluña	CAYETANO ALEGRE DE MIGUEL	Reumatología
Cataluña	MARTA VALLS ROC	Reumatología
Cataluña	PAULA RUBIO MUÑOZ	Reumatología
Cataluña	JOSÉ INCIARTE MUNDO	Reumatología
Cataluña	RAMÓN VALLS GARCÍA	Reumatología
Cataluña	VIRGINIA RUIZ-ESQUIDE TORINO	Reumatología
Cataluña	BEATRIZ FRADE SOSA	Reumatología
Cataluña	ROSA MARÍA SERRANO LORA	Enfermería
Cataluña	ANA MILENA MILLÁN	Reumatología
Cataluña	TONI JUAN MAS	Reumatología
Cataluña	MARÍA LÓPEZ LASANTA	Reumatología
Cataluña	HELENA BORRELL PAÑOS	Reumatología
Cataluña	ANA URRITICOECHEA ARANA	Reumatología
Cataluña	SUSANA FERNÁNDEZ SÁNCHEZ	Enfermería
Cataluña	LIDIA VALENCIA MUNTALÁ	Enfermería
Cataluña	JOAN MIQUEL NOLLA SOLÉ	Reumatología
Cataluña	CARMEN GÓMEZ VAQUERO	Reumatología
Cataluña	FRANCISCO JAVIER NARVÁEZ GARCÍA	Reumatología
Cataluña	JORDI MONFORT FAURE	Reumatología
Cataluña	CAROLINA PÉREZ GARCÍA	Reumatología
Cataluña	ISABEL MORALES IVORRA	Reumatología
Cataluña	AGUSTÍ SELLAS FERNANDEZ	Reumatología
Cataluña	NURIA MONTALÁ PALAU	Reumatología
Cataluña	PAULA ESTRADA ALARCÓN	Reumatología
Cataluña	ASUNCIÓN ACOSTA PEREIRA	Reumatología
Cataluña	GEORGINA SALVADOR ALARCÓN	Reumatología
Cataluña	SILVIA MARTÍNEZ PARDO	Reumatología
Cataluña	CARIDAD PONTES GARCÍA	Gestión sanitaria
Cataluña	YOLANDA CUESTA MIEZA	Gestión sanitaria
Cataluña	MARÍA QUERALT GORGAS TORNER	Farmacia
Cataluña	JOSÉ MARÍA GUIU SEGURA	Farmacia
Cataluña	NURIA SAPENA FORTEA	Enfermería
Castilla-La Mancha	SIMÓN SÁNCHEZ FERNÁNDEZ	Reumatología
Castilla-La Mancha	MARINA GONZÁLEZ PEÑAS	Reumatología
Madrid	JOAQUÍN ANINO FERNÁNDEZ	Reumatología
Castilla-La Mancha	DAVID CASTRO CORREDOR	Reumatología
Extremadura	JOSÉ GARCÍA TORON	Reumatología
Madrid	BLANCA EUGENIA VARAS DE DIOS	Reumatología
Madrid	ANA MARÍA ORTIZ GARCÍA	Reumatología
Madrid	MARÍA ESTHER TOLEDANO MARTÍNEZ	Reumatología
Madrid	JACQUELINE USÓN JAEGER	Reumatología

CC. AA.	Participante	Especialidad
Madrid	VIRGINIA VILLAVERDE GARCÍA	Reumatología
Madrid	CRISTINA MACIA VILLA	Reumatología
Madrid	LUCÍA RUIZ GUTIÉRREZ	Reumatología
Madrid	VALENTINA EMPERIALE	Reumatología
Madrid	OLGA SÁNCHEZ GONZÁLEZ	Reumatología
Castilla-La Mancha	ÁNGEL MARIA GARCÍA APARICIO	Reumatología
Madrid	FRANCISCO JAVIER QUIROS DONATE	Reumatología
Madrid	CARLOS ANTONIO GUILLÉN ASTETE	Reumatología
Castilla-La Mancha	LETICIA DEL OLMO PEREZ	Reumatología
Madrid	CARMEN BARBADILLO MATEOS	Reumatología
Madrid	HILDA GODOY TUNDIDOR	Reumatología
Madrid	LAURA CEBRIÁN MÉNDEZ	Reumatología
Madrid	TERESA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ	Reumatología
Madrid	JUAN CARLOS NIETO GONZÁLEZ	Reumatología
Castilla-La Mancha	JAVIER VIDAL FUENTES	Reumatología
Castilla-La Mancha	MANUEL FERNÁNDEZ PRADA	Reumatología
Castilla-La Mancha	MARISA BRIS OCHAITA	Reumatología
Madrid	MARÍA ÁNGELES GONZÁLEZ FERNÁNDEZ	Farmacia
Extremadura	FERNANDO ARNAU CANDA	Gestión sanitaria
Madrid	NIEVES TARÍN VICENTE	Gestión sanitaria
Madrid	TERESA MOLINA GARCÍA	Farmacia
Madrid	ANTONIO TORRALBA GÓMEZ-PORTILLO	Asociación de pacientes
Madrid	ROSA FERNÁNDEZ LOBATO	Gestión sanitaria
Castilla-La Mancha	JOSÉ MARÍA RUIZ DE OÑA LACASTA	Gestión sanitaria
Castilla-La Mancha	SILVIA MONTES GARCÍA	Reumatología
Castilla y León	OLGA MARTÍNEZ GONZÁLEZ	Reumatología
Castilla y León	CARLOS MONTILLA MORALES	Reumatología
Castilla y León	JOSÉ LUIS ALONSO VALDIVIESO	Reumatología
Castilla y León	MARÍA COLAZO BURLATO	Reumatología
Castilla y León	LUCÍA PANTOJA ZARZA	Reumatología
Castilla y León	PABLO VALDAZO DE DIEGO	Reumatología
Asturias	SABELA FERNÁNDEZ AGUADO	Reumatología
Asturias	MARTA BOTO RODRÍGUEZ	Enfermería
Asturias	JESÚS BABIO HERRERA	Reumatología
Asturias	MARTA LOREDO MARTÍNEZ	Reumatología
Asturias	CARMEN ORDAS CALVO	Reumatología
Asturias	MARIA EDILIA GARCIA FERNÁNDEZ	Reumatología
Asturias	JOSÉ ANTONIO FERNANDEZ SÁNCHEZ	Reumatología
Cantabria	RICARDO BLANCO ALONSO	Reumatología
Cantabria	ALFONSO FERNANDO CORRALES MARTÍNEZ	Reumatología
Cantabria	VIRGINIA PORTILLA GONZÁLEZ	Enfermería

CC. AA.	Participante	Especialidad
Cantabria	DAVID GÓMEZ GÓMEZ	Farmacia
Castilla y León	ANA LÓPEZ CERÓN	Reumatología
Cantabria	ANA COLON LOPEZ DE DICASTILLO	Farmacia
Castilla y León	JESÚS PRADA LOBATO	Farmacia
Asturias	ANAHY M. BRANDY-GARCÍA	Reumatología
Castilla y León	MARÍA ANUNCIACIÓN FERNÁNDEZ DE LA FUENTE	Farmacia
Castilla y León	ANA ISABEL TURRIÓN	Reumatología
Castilla y León	MARIA DOLORES SÁNCHEZ GONZÁLEZ	Reumatología
Comunidad Valenciana	JAVIER CALVO CATALÁ	Reumatología
Comunidad Valenciana	CRISTINA CAMPOS FERNÁNDEZ	Reumatología
Comunidad Valenciana	ROSA NEGUEROLES ALBUIXECH	Reumatología
Comunidad Valenciana	PALOMA VELA CASASEMPERE	Reumatología
Comunidad Valenciana	ANDRÉS NAVARRO RUIZ	Farmacia
Murcia	CELIA GONZÁLEZ PONCE	Farmacia
Murcia	CONSUELO GARCÍA MOTOS	Farmacia
Comunidad Valenciana	NEUS QUILIS MARTÍ	Reumatología
Comunidad Valenciana	LYDIA MONTOLIO CHIVA	Reumatología
Comunidad Valenciana	ESTHER VICENTE ESCRIG	Farmacia
Murcia	BEGOÑA CASCALES GARCÍA	Enfermería
Comunidad Valenciana	MIGUEL ÁNGEL BELMONTE SERRANO	Reumatología
Comunidad Valenciana	AMPARO YBÁÑEZ GARCÍA	Reumatología
Murcia	CARLOS MARRAS FERNÁNDEZ-CID	Reumatología
Murcia	DESEADA PALMA SÁNCHEZ	Reumatología
Comunidad Valenciana	PILAR ORTEGA GARCÍA	Farmacia
Comunidad Valenciana	NIEVES MARTÍNEZ ALBEROLA	Enfermería
Comunidad Valenciana	ISABEL DE LA MORENA BARRIO	Reumatología
Comunidad Valenciana	JUAN JOSÉ ALEGRE SANCHO	Reumatología
Murcia	MARÍA JOSÉ MORENO MARTÍNEZ	Reumatología
Canarias	PEDRO RODRÍGUEZ SUÁREZ	Gestión sanitaria
Murcia	ANA UCEDA GALIANO	Reumatología
Comunidad Valenciana	RAÚL FERRANDO PIQUERES	Farmacia
Comunidad Valenciana	MAURICIO MÍNGUEZ VEGA	Reumatología
Comunidad Valenciana	FRANCISCO NAVARRO BLASCO	Reumatología
Comunidad Valenciana	ALEX VALCUENDE	Farmacia
Canarias	SOLEDAD OJEDA BRUNO	Reumatología
Comunidad Valenciana	JAIME POQUET JORNET	Farmacia
Comunidad Valenciana	MONTSERRAT ROBUSTILLO VILLARINO	Reumatología
Murcia	REMEDIOS PEREZ RICO	Enfermería
Comunidad Valenciana	EMILIO MONTE BOUQUET	Farmacia
Comunidad Valenciana	JOAQUÍN BORRAS BLASCO	Farmacia
Murcia	EDGAR ENRIQUE SORIANO NAVARRO	Reumatología

Anexo 2

Resultado de los roles de los agentes implicados en la implantación del concepto de *remisión integral*

Los roles propuestos por los participantes del *workshop 2* (ordenados por número de votos) fueron:

Acciones	Votos
Reumatología	
Liderar la iniciativa, coordinar	13
Evaluar los resultados, integrar la información	5
Trabajar en equipo	2
Asegurar la formación de Enfermería	1
Ser el referente de las necesidades integrales del paciente	1
Difundir la iniciativa	1
Enfermería	
Formar/educar al paciente	11
Guiar en la cumplimentación de los PRO	9
Contribuir al éxito del proyecto	3
Trabajar en equipo	2
Proporcionar un cuidado global del paciente	2
Farmacia hospitalaria	
Ser un aliado en el proyecto	6
Fomentar la adherencia del paciente (formación, motivación del paciente)	5
Facilitar el acceso a medicaciones no habituales para conseguir el objetivo de remisión	4
Trabajar en equipo, coordinar (punto clave)	3
Liderar la individualización de las terapias, conciliación medicación	3
Evaluar los resultados en salud	2
Guiarse por objetivos más clínicos y menos económicos	1
Liderar la estratificación	1
Gestor sanitario	
Facilitar los recursos necesarios (herramientas para medir resultados, introducción de herramientas en la HCE, consultas de Enfermería)	8
Dar importancia a los resultados en salud (qué medir, qué conseguir)	6
Facilitar la integración de los PRO en la HCE	3
Potenciar equipos multidisciplinares	2
Facilitar la implantación del proyecto	1
Otros agentes	
Sociedades científicas: formar y divulgar, consensuar herramientas de medición de resultados e indicadores	7
Equipo de Atención Primaria: coordinar e integrar las necesidades del paciente, comunicar, informar	6
Otros profesionales: psicólogos o fisioterapeutas	3
Personas cuidadoras: contribuir al cuidado	3
Asociaciones	2
Servicios sociales	2
Informáticos: facilitar las tecnologías necesarias	1

Anexo 3

Resultados de las reuniones regionales

Los resultados por CC. AA. se han detallado para las preguntas 6, 9, 13, 15 y 17, junto con el número de participantes.

Pregunta 6. “¿Considera factible a corto plazo que la propuesta sea utilizada en su comunidad autónoma?”

Tabla 4. Respuestas por CC. AA. a la pregunta sobre la factibilidad de implantación de la propuesta

CC. AA.	Participantes (n = 126)	SÍ	NO
Cataluña	23	7 (30,4%)	16 (69,6%)
Otros*	21	18 (85,7%)	3 (14,3%)
Valencia	14	10 (71,4%)	4 (28,6%)
Galicia	13	10 (76,9%)	3 (23,1%)
Madrid	12	10 (83,3%)	2 (16,7%)
Castilla y León	9	3 (33,3%)	6 (66,7%)
País Vasco	8	4 (50%)	4 (50%)
Castilla-La Mancha	7	7 (100%)	0 (0%)
Asturias	6	5 (83,3%)	1 (16,7%)
Murcia	4	3 (75%)	1 (25%)
Cantabria	3	2 (66,7%)	1 (33,3%)
Navarra	2	1 (50%)	1 (50%)
La Rioja	2	1 (50%)	1 (50%)
Canarias	1	1 (100%)	0 (0%)
Extremadura	1	0 (0%)	1 (100%)

*Se ha considerado conjuntamente el resultado de la votación de todos los ponentes de las diferentes reuniones y otros agentes (industria, IESE Business School) que participaron en las votaciones

Anexo 3 (continuación)

Pregunta 9. “¿Considera factible a corto plazo la aplicación de la propuesta en la práctica clínica?”

Tabla 5. Resultados desglosados por CC. AA. a la pregunta sobre la factibilidad de aplicación de la propuesta en práctica clínica

CC. AA.	Participantes (n = 143)	SÍ	NO
Cataluña	23	13 (56,5%)	10 (43,5%)
Otros*	19	10 (84,2%)	3 (15,8%)
Madrid	15	11 (73,3%)	4 (26,7%)
Andalucía	14	8 (57,1%)	6 (42,9%)
Valencia	14	11 (78,6%)	3 (21,4%)
Galicia	13	10 (76,9%)	3 (23,1%)
País Vasco	11	6 (54,5%)	5 (45,5%)
Castilla y León	8	5 (62,5%)	3 (37,5%)
Castilla-La Mancha	6	1 (16,7%)	5 (83,3%)
Asturias	6	3 (50%)	3 (50%)
Cantabria	5	4 (80%)	1 (20%)
Murcia	3	3 (100%)	0 (0%)
Navarra	2	1 (50%)	1 (50%)
La Rioja	2	1 (50%)	1 (50%)
Extremadura	1	1 (100%)	0 (0%)
Canarias	1	1 (100%)	0 (0%)

*Se ha considerado conjuntamente el resultado de la votación de todos los ponentes de las diferentes reuniones y otros agentes (industria, IESE Business School) que participaron en las votaciones

Anexo 3 (continuación)

Pregunta 13. “¿Es factible a corto plazo tener en cuenta la remisión integral en la evaluación / el acceso a medicamentos?”

Tabla 6. Resultados desglosados a la pregunta sobre la factibilidad de considerar la remisión integral en la evaluación/acceso a los medicamentos (n [%])

CC. AA.	Participantes (n = 134)	SÍ	NO
Cataluña	21	6 (28,6%)	15 (71,4%)
Otros*	20	15 (75,0%)	5 (25,0%)
Andalucía	16	7 (50,0%)	7 (50,0%)
Madrid	14	7 (50,0%)	7 (50,0%)
Galicia	13	8 (61,5%)	5 (38,5%)
Valencia	11	7 (63,6%)	4 (36,4%)
País Vasco	9	2 (22,2%)	7 (77,8%)
Castilla y León	8	4 (50,0%)	4 (50,0%)
Asturias	5	2 (40,0%)	3 (60,0%)
Castilla-La Mancha	5	1 (20,0%)	4 (80,0%)
Cantabria	4	3 (75,0%)	1 (25,0%)
Murcia	4	4 (100,0%)	0 (0,0%)
Navarra	2	1 (50,0%)	1 (50,0%)
La Rioja	2	0 (0,0%)	2 (100,0%)
Extremadura	1	1 (100%)	0 (0%)
Canarias	1	1 (100%)	0 (0%)

*Se ha considerado conjuntamente el resultado de la votación de todos los ponentes de las diferentes reuniones y otros agentes (industria, IESE Business School) que participaron en las votaciones

Anexo 3 (continuación)

Pregunta 15. “¿Es factible a corto plazo incluir la remisión integral como objetivo del tratamiento para AR en los planes de salud de su comunidad autónoma?”

Tabla 7. Resultados desglosados por CC. AA. a la pregunta sobre la factibilidad de inclusión de la remisión integral como objetivo de tratamiento para la AR en los planes de salud (n [%])

CC. AA.	Participantes (n = 132)	SÍ	NO
Cataluña	20	4 (20,0%)	16 (80,0%)
Otros*	20	14 (70,0%)	6 (30,0%)
Madrid	15	4 (26,7%)	11 (73,3%)
Andalucía	13	10 (76,9%)	3 (23,1%)
Galicia	12	8 (66,7%)	4 (33,3%)
Valencia	12	4 (33,3%)	8 (66,7%)
Castilla y León	8	2 (20,0%)	6 (80,0%)
País Vasco	8	1 (12,5%)	7 (87,5%)
Asturias	6	1 (16,7%)	5 (83,3%)
Castilla-La Mancha	5	1 (20,0%)	4 (80,0%)
Cantabria	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)
Murcia	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)
Navarra	2	0 (0,0%)	2 (100,0%)
La Rioja	2	1 (50,0%)	1 (50,0%)
Extremadura	1	0 (0,0%)	1 (100,0%)
Canarias	0	0 (0,0%)	0 (0,0%)

*Se ha considerado conjuntamente el resultado de la votación de todos los ponentes de las diferentes reuniones y otros agentes (industria, IESE Business School) que participaron en las votaciones

Anexo 3 (continuación)

Pregunta 17. “¿Es factible a corto plazo incorporar el porcentaje de pacientes en remisión integral en la evaluación de resultados en salud de su comunidad autónoma?”

Tabla 8. Resultados desglosados por CC. AA. a la pregunta sobre la factibilidad de incorporar el % de pacientes en remisión en la evaluación de resultados en salud (n [%])

CC. AA.	Participantes (n = 130)	SÍ	NO
Cataluña	22	4 (21,1%)	15 (78,9%)
Otros*	19	9 (47,4%)	10 (52,6%)
Madrid	14	4 (28,6%)	10 (71,4%)
Valencia	14	4 (28,6%)	10 (71,4%)
Andalucía	12	5 (41,7%)	7 (58,3%)
Galicia	12	4 (33,3%)	8 (66,7%)
Castilla y León	9	8 (88,9%)	1 (11,1%)
País Vasco	9	2 (22,2%)	7 (77,8%)
Castilla-La Mancha	6	1 (16,7%)	5 (83,3%)
Asturias	5	5 (100,0%)	0 (0,0%)
Cantabria	3	3 (100,0%)	0 (0,0%)
Navarra	2	2 (100,0%)	0 (0,0%)
La Rioja	2	1 (50,0%)	1 (50,0%)
Murcia	2	1 (50,0%)	1 (50,0%)
Extremadura	1	0 (0,0%)	1 (100,0%)
Canarias	1	0 (0,0%)	1 (100,0%)

*Se ha considerado conjuntamente el resultado de la votación de todos los ponentes de las diferentes reuniones y otros agentes (industria, IESE Business School) que participaron en las votaciones

www.iese.edu

Barcelona
Madrid
Munich
New York
São Paulo