

Morbilidad laboral con incapacidad temporal en pacientes con artritis reumatoide

Work morbidity with temporary disability in patients with rheumatoid arthritis

Leysi Puebla Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0003-4626-4709>

Dinorah Marisabel Prada Hernández¹ <https://orcid.org/0000-0002-7499-4146>

Jorge Alexis Gómez Morejón¹ <https://orcid.org/0000-0002-4234-9396>

Silvia María Pozo Abreu² <https://orcid.org/0000-0001-7125-3572>

María Victoria Hernández Cuellar¹ <https://orcid.org/0000-0002-3152-9674>

Yusimí Reyes Pineda¹ <https://orcid.org/0000-0003-4641-5079>

Claudino Molinero Rodríguez^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-2934-8804>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Centro de Referencia para las Enfermedades Reumáticas. La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Hospital Docente Clínico Quirúrgico Diez de Octubre. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: cmolinero@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune, progresiva que sin tratamiento deriva en discapacidad significativa y deterioro en la calidad de vida.

Objetivo: Determinar la incidencia de morbilidad laboral con incapacidad temporal en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide evaluados en el Centro de Reumatología.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo prospectivo de corte longitudinal en 86 personas con artritis reumatoide durante octubre del 2018 a octubre del 2019. Los pacientes fueron evaluados a través del DAS 28, el HAQ-CU y la pérdida de días laborables (costos indirectos).

Resultados: La edad promedio fue de $53,1 \pm 6,6$ años; predominó el sexo femenino (80,2 %), con menos de un año de evolución (48,8 %) y los pacientes universitarios

(39,5 %). El 69,8 % presentó una actividad clínica moderada con discapacidad moderada (58,1 %). Se presentó una media de 49,6 días perdidos por paciente, con un coste indirecto promedio de 883,9 cup. Se evidenció una relación débil positiva entre el índice de discapacidad y la duración de los certificados (coeficiente=0,407; p=0,000). Además, relación moderada entre la actividad clínica con el total de días perdidos (coeficiente=0,511; p=0,000); y relación débil positiva entre la duración del certificado (coeficiente=0,381; p=0,000) y la cantidad de certificados (coeficiente=0,342; p=0,001).

Conclusión: Los pacientes con artritis reumatoide presentan importante morbilidad laboral con incapacidad temporal debido a la limitación funcional y discapacidad que genera la enfermedad.

Palabras clave: artritis reumatoide; morbilidad laboral; incapacidad temporal.

ABSTRACT

Introduction: Rheumatoid arthritis is a progressive autoimmune Disease that without treatment leads to significant disability and deterioration in quality of life.

Methods: An observational, descriptive, prospective, longitudinal – cut study was conducted in 86 people with Rheumatoid Arthritis from October 2018 to October 2019. The patients were evaluated through DAS 28, HAQ CU and lost working days (indirect costs).

Results: The average age was 53,1±6,6 years, the female sex predominated (80.2%), with less than 1 year of evolution (48.8%), university education level (39.5%). Most of the patients are in clinical activity and moderate disability. There was an average of 49.6 days lost per patient, with an average indirect cost of 8983.9 cup. A weak positive relationship was evidenced between the disability index and the duration of the certificates (coefficient =0,407 p=0,000). In addition, moderate relationship between Clinical Activity and total days lost (coefficient = 0,511 p=0,000). With a weak positive relationship between the duration of the certificate (coefficient = 0,381 p=0,000) and the number of certificates (coefficient = 0,342 p=0,001).

Conclusions: Patients with rheumatoid arthritis present significant work morbidity with temporary disability due to functional limitation and disability generated by the disease.

Keywords: rheumatoid arthritis; occupational morbidity; temporary disability.

Recibido: 12/06/2021

Aprobado: 28/09/2021

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica sistémica de causa desconocida caracterizada por la destrucción articular que se presenta mayormente en edad reproductiva, con una prevalencia en el mundo que oscila entre el 0,03 % y 1,5 %.⁽¹⁾

Se considera que en el 5-20 % de los casos tiene curso autolimitado, el 60-90 % tiene una evolución policíclica hacia el deterioro progresivo y cerca del 75 % no logra la remisión completa a pesar del tratamiento,^(2,3) con cambios funcionales y estructurales que llevan a limitación en la actividad y restricción en la participación, lo que conduce al deterioro de la calidad de vida, la discapacidad significativa y la pérdida de roles.⁽⁴⁾

La incapacidad laboral derivada de la enfermedad son factores condicionantes del elevado impacto económico de la AR para el conjunto de la sociedad. El impacto económico se refleja a través de costos directos por consultas médicas, pruebas diagnósticas, medicamentos, hospitalización y costos indirectos por incapacidad laboral.⁽⁵⁾

La incapacidad laboral es la situación que ocurre cuando un trabajador no es capaz de realizar las funciones habituales de su puesto de trabajo. Por lo tanto, esta incapacidad se encuentra estrechamente relacionada con la posibilidad de desempeñar un puesto de trabajo, más que con la gravedad propia de la enfermedad o dolencia. Existen dos tipos de incapacidad laboral según su grado y alcance, como son la incapacidad temporal y la incapacidad permanente.^(6,7,8,9)

La incapacidad temporal o transitoria es la situación en la que se encuentra una persona que está imposibilitada para el trabajo de manera puntual y necesita de asistencia médica, debido a una enfermedad profesional o común, o bien a un accidente (sea un accidente laboral o no laboral). Además, comprende también los periodos de observación por enfermedad profesional.⁽⁹⁾

La duración máxima de esta incapacidad, por norma general, es de 12 meses (prorrogables durante otros 6 meses más), momento en el que el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) valorará la posibilidad de que la incapacidad se convierta en permanente, o bien que se presuma el alta médica. En el caso concreto de periodos de observación de enfermedad profesional la duración máxima es de 6 meses (prorrogables por otros 6 más).⁽⁹⁾

Durante ese tiempo, el contrato laboral queda suspendido y el trabajador posee el derecho a una asistencia sanitaria y al subsidio económico correspondiente (puede alcanzar el 60 % o el 75 % de la base reguladora en caso de contingencias profesionales).⁽¹⁰⁾

En Cuba la ley define como *invalidez* a la disminución de la capacidad física o mental que impide al trabajador continuar laborando o reduce notablemente su capacidad, impidiéndole desarrollar con asiduidad su empleo y sostenerse económicamente.⁽¹⁰⁾

La legislación social cubana contempla la protección de los trabajadores y de sus familias de las consecuencias económicas derivadas del deterioro de la capacidad laboral secundaria a enfermedades comunes o profesionales, o de accidentes comunes o del trabajo. Para asegurar la protección de la asistencia social al nivel adecuado y por el periodo requerido, es necesario evaluar con exactitud el grado de incapacidad y su probable duración.^(9,10)

En el ámbito laboral las enfermedades reumáticas en Cuba constituyen la segunda causa de discapacidad para el trabajo a corto plazo o incapacidad temporal (IT), tan solo por detrás de los procesos de vías respiratorias altas, y la primera causa en discapacidad laboral a largo plazo o incapacidad permanente (IP).⁽⁹⁾

En los últimos años, un aumento en el número de procesos de IT y el elevado volumen de las prestaciones sociales relacionadas con la incapacidad e invalidez es también motivo de preocupación, no solo a nivel sanitario, sino empresarial y sindical, por la sobrecarga social y económica que representa para la Empresa y para el Sistema Nacional de Salud (SNS) y el Instituto Nacional de la Seguridad Social.^(6,8)

La AR es una enfermedad de creciente prevalencia en Cuba, la cual condiciona una limitación funcional importante en la actividad diaria del paciente y una disminución importante de la calidad de vida. Resulta de interés determinar la incidencia de morbilidad laboral con incapacidad temporal en pacientes con diagnóstico de AR evaluados en el Centro de Reumatología, por la inexistencia de estudios anteriores que aborden esta temática en la institución. La AR afecta principalmente a personas entre la tercera y cuarta décadas de la vida, edades donde el individuo tiene mayor productividad desde el punto de vista laboral.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo longitudinal, durante el periodo comprendido de octubre del 2018 a octubre del 2019.

La muestra fue seleccionada a través de la técnica de muestreo no probabilística por sucesión y quedó conformada por 86 pacientes con diagnóstico de AR, según los criterios de clasificación del American Collage of Rheumatology (ACR) del año 1987⁽¹⁾ y American

Collage of Rheumatology / European League against Rheumatism ACR /EULAR-2010⁽¹⁾ (por sus siglas en inglés), laboralmente activos que necesitaron certificados médicos debido a la AR y que aceptaron participar de este estudio y firmaron el consentimiento informado. Se evaluaron las características demográficas siguientes: edad (años), género, nivel de educación y características de la enfermedad: tiempo de evolución (meses o años), la actividad de la enfermedad según las categorías por Disease Activity Score (DAS 28)⁽¹⁰⁾ y la capacidad funcional (Cuestionario de Evaluación de Salud [HAQ] en cubanos con artritis reumatoide [HAQ-CU]).^(11,12)

Además, se estimaron los costos indirectos a través del método del capital humano que mide la productividad laboral de los pacientes, y asume 8 horas de trabajo al día, 40 horas a la semana y 50 semanas por año.⁽¹³⁾ Se estimaron los costos incurridos por el ausentismo debido a la incapacidad temporal (certificados médicos debido a la artritis reumatoide).

El método del capital humano mide la producción perdida, en lo referente a ganancias perdidas de un paciente o su cuidador. Asume que las ganancias producto del salario reflejan la potencial contribución del individuo a la economía, y que el salario de los trabajadores es igual a su producto marginal; así el tiempo que el individuo se ausenta del trabajo se convierte en dinero perdido equivalente a su salario. Es el método más aplicado en el mundo y lo empleamos para determinar el monto del gasto indirecto bajo este enfoque, ya que se adapta mejor a las condiciones existentes en Cuba en cuanto al análisis de la fuerza laboral.⁽¹³⁾

El salario fijo mensual mínimo en Cuba era en ese periodo de 364 pesos cubanos y el salario máximo de 3000 pesos cubanos. La pensión mínima era de 280 pesos, mientras que para los beneficiarios de la asistencia social las pensiones mínimas eran de 217 pesos al mes.⁽¹⁴⁾

Para el cálculo de los costos indirectos incurridos por el ausentismo debido a la incapacidad temporal por AR se estima el salario diario perdido y se multiplica por los días promedio de certificados médicos (total días perdidos).

Salario diario perdido: Es el resultado entre la división del salario fijo y 24 días laborables. Es el salario que debía cobrar en 8 horas laborales y no cobró por incapacidad temporal (Tabla 1).

Tabla 1 - Total de días perdidos, en dependencia de los días de certificado médico

Días de certificados	Días perdidos
30 días	24 días
14 días	12 días
7 días	5 días
5 días	3 días

La morbilidad laboral se determinó a través de las variables *cantidad de certificados, días perdidos, salario diario perdido, duración de la incapacidad temporal, actividad clínica e índice de discapacidad*.

El término *morbilidad* define el número de personas afectadas por una enfermedad o condición, en este caso la AR. Entonces se hace referencia a los pacientes con AR que presentan incapacidad temporal para el desempeño en su actividad laboral.

Análisis exploratorio de datos: Se describieron las principales características clínicas y epidemiológicas de los participantes (edad, sexo, escolaridad, tiempo de diagnóstico, actividad clínica, índice de discapacidad, duración de la incapacidad, cantidad de certificados, días perdidos y salario diario perdido), para obtener de cada una de las variables independientes los correspondientes estimadores. El análisis de las variables categóricas se realizó mediante frecuencias y porcentajes.

En las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central (media), de dispersión (desviación estándar) y de posición (valor mínimo y máximo).

Análisis confirmatorio de datos: Para los porcentajes de interés, se calculó su intervalo de confianza con el 95 % de confiabilidad (IC al 95 %). Se aplicó la prueba Chi-cuadrado de homogeneidad para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas al nivel 0,05 (5 %) en relación con la distribución de los pacientes. Además, se realizó el análisis de correlación lineal de Pearson para las variables cuantitativas para evaluar posibles relaciones entre las variables estudiadas.

Resultados

Se estudiaron 86 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que presentaron morbilidad laboral con incapacidad temporal. La tabla 2 muestra un predominio del sexo femenino (80,2 %), y el grupo de 40 a 59 años (90,7 %). La edad promedio del grupo fue de 53,1±6,6 años. El paciente más joven tenía 33 años y el más longevo 78 años. No se

encontró suficiente evidencia estadística para afirmar que existe asociación entre la edad y el sexo ($X^2=0,767$ y $p=0,682$).

Tabla 2 - Incapacidad temporal por artritis reumatoide según edad y sexo

Grupos de edades (años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
19-39	4	4,7	1	1,2	5	5,8
40-59	62	72,1	16	18,6	78	90,7
60 y más	3	3,5	0	0	3	3,5
Total	69	80,2	17	19,8	86	100
Estadísticos descriptivos						
Media \pm DS	53,2 \pm 6,6		53,1 \pm 7,2		53,1 \pm 6,6	
Mínimo \pm Máximo	35 \pm 78		33 \pm 59		33 \pm 78	

$X^2=0,767$ $p=0,682$

Fuente: Historia Clínica.

Predominaron los pacientes con nivel de escolaridad universitarios (39,5 %), seguidos de los de preuniversitario (33,7 %) y los del técnico medio (22,1 %).

En la figura se aprecia la distribución de las personas con incapacidad temporal por artritis reumatoide según el tiempo de diagnóstico. La mayoría de las personas tenía menos de 2 años de evolución (48,8 %).

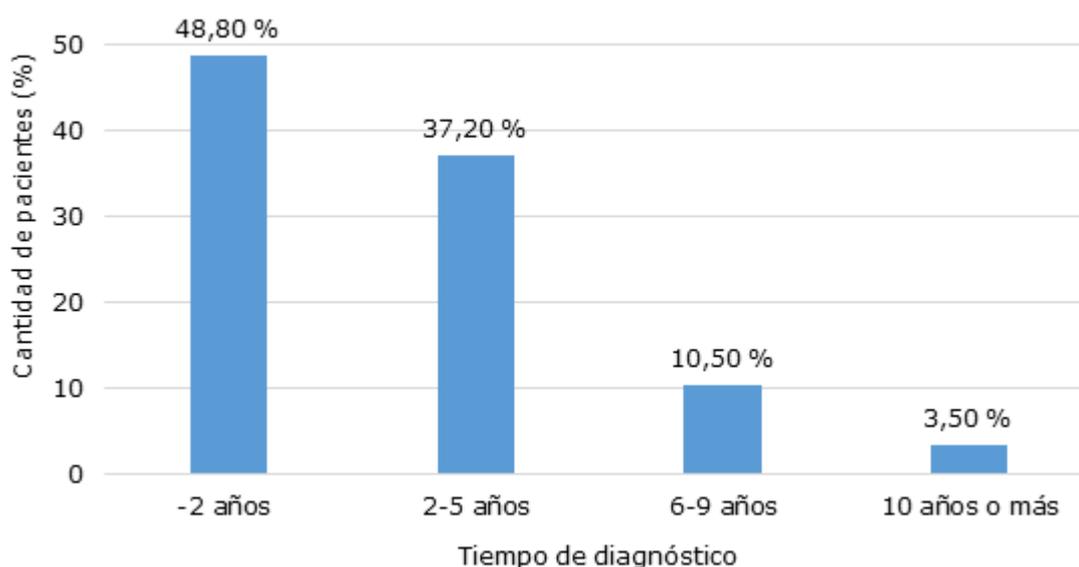


Fig. - Distribución de las personas con incapacidad temporal por artritis reumatoide según el tiempo de diagnóstico.

El 69,8 % de las personas presentó una actividad clínica de la enfermedad moderada, según actividad clínica determinada por el instrumento de valoración DAS 28 (Tabla 3), con un valor promedio de $4,7 \pm 0,9$ puntos que corresponde a una actividad moderada, un promedio mínimo de 2,8 puntos correspondiente a una actividad baja y un promedio máximo de 6,9 puntos equivalente a una actividad elevada. En la tabla 2 también aparece la distribución de los pacientes con incapacidad temporal por artritis reumatoide según el índice de discapacidad determinada por el instrumento de valoración HAQ-CU. El 58,1 % de las pacientes presentaron una discapacidad moderada. El valor promedio obtenido fue de $1,8 \pm 0,7$ que corresponde a una discapacidad moderada, con un promedio mínimo de 0,6 correspondiente a una discapacidad leve y un promedio máximo de 3,7 equivalentes a una discapacidad grave.

Tabla 3 - Incapacidad temporal por artritis reumatoide según la actividad clínica de la enfermedad determinada por el DAS 28 y el índice de discapacidad determinada por el HAQ-CU

Actividad clínica	No.	%
Actividad baja (<3,6)	8	9,3
Actividad moderada (3,7-5,6)	60	69,8
Actividad elevada (>5,6)	18	20,9
Total	86	100
Estadísticos descriptivos		
Media \pm desviación estándar	4,7 \pm 0,9	
Mínimo \pm máximo	2,8 \pm 6,9	
Índice de discapacidad	No.	%
Discapacidad ligera (0-1)	13	15,1
Discapacidad moderada (1-2)	50	58,1
Discapacidad funcional grave (>2)	23	26,8
Total	86	100
Estadísticos descriptivos		
Media \pm desviación estándar	1,8 \pm 0,7	
Mínimo \pm máximo	0,6 \pm 3,7	

Fuente: Historia Clínica.

De acuerdo con las variables relacionadas con la morbilidad laboral, como promedio la mayoría de los pacientes presentaron 25 días de incapacidad temporal. Durante el tiempo de estudio, la generalidad necesitó 2 certificados, con un máximo de 5 certificados. El salario fijo mensual promedio de los pacientes fue de \$ 775.00 CUP. Se presentó una media de 49,6 días perdidos por paciente, mientras que el salario diario perdido promedio fue de aproximadamente \$ 30.00 CUP con un máximo de \$ 61,5 CUP, para un coste indirecto

promedio por paciente de \$ 883,9.00 CUP y un coste máximo de \$ 3877.00 CUP. El costo indirecto total por incapacidad temporal en los 86 pacientes estudiados con AR fue de \$ 76020,7 CUP.

En la tabla 4 se aprecia la relación lineal débil positiva entre el índice de discapacidad determinado por el cuestionario HAQ con los costos indirectos (coeficiente de Pearson=0,430 y p=0,000) y la duración de los certificados (coeficiente de Pearson=0,407 y p=0,000).

Además, se muestra una relación moderada positiva entre la actividad clínica determinada por el inventario DAS-28 y el total de días perdidos (coeficiente de Pearson=0,511 y p=0,000). También se aprecia una relación lineal débil positiva con la duración del certificado (coeficiente de Pearson=0,381 y p=0,000), la cantidad de certificados (coeficiente de Pearson=0,342 y p=0,001) y los costos indirectos (coeficiente de Pearson=0,332 y p=0,002).

Tabla 4 - Relación entre el índice de discapacidad, la actividad clínica y las variables relacionadas con la morbilidad laboral

Variables independientes	Índice de discapacidad		Actividad clínica	
	Coefficiente	Valor p	Coefficiente	Valor-p
Edad	0,112	0,306	- 0,013	0,908
Tiempo de diagnóstico	0,172	0,112	- 0,119	0,274
Actividad clínica	0,023	0,833	-	-
Duración del certificado	0,407	0,000*	0,381	0,000*
Cantidad de certificados	0,125	0,251	0,342	0,001*
Total de días perdidos	0,141	0,194	0,511	0,000*
Salario diario perdido	0,011	0,917	0,027	0,804
Costos indirectos	0,430	0,000*	0,332	0,002*
Índice de discapacidad	-	-	0,023	0,833

Correlación lineal de Pearson.*: La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Historia Clínica.

En cuanto a los costos indirectos, se obtuvo también una relación lineal con el salario diario perdido, de tipo moderada positiva (coeficiente de Pearson=0,607 y p=0,000) y una relación lineal débil positiva con la duración del certificado (coeficiente de Pearson=0,493 y p=0,000) y el índice de discapacidad (coeficiente de Pearson=0,430 y p=0,000). En cambio, una relación lineal débil y negativa entre el tiempo de diagnóstico y los costos indirectos (coeficiente de Pearson= -0,279 y p=0,002).

Discusión

Se reconoce que aproximadamente el 70 % de los pacientes con AR tiene una destrucción articular irreversible dentro del primer año de inicio del padecimiento y alrededor del 80 % de los pacientes con esta enfermedad, que afecta particularmente en las etapas productivas de la vida, experimentan dolor incapacitante, rigidez y disminución de la funcionabilidad física que conduce a limitaciones en sus actividades y restricciones en todos sus roles sociales.⁽⁵⁾

Predominó el sexo femenino entre la cuarta y quinta década de la vida. La mayoría de los pacientes presentaron menos de 2 años de evolución y la totalidad de ellos expresaban algún grado de actividad clínica y discapacidad funcional. El mayor porcentaje de los pacientes presentó actividad clínica y discapacidad moderada y ninguno se encontró en remisión. Los pacientes con mayor actividad clínica e índice de discapacidad requirieron de mayor tiempo de certificado médico y, por tanto, mayor coste por incapacidad temporal.

El comportamiento de las variables relacionadas con la morbilidad laboral en la investigación expresa una media de 49,6 días perdidos por paciente, para un coste indirecto promedio por paciente de \$ 883,9 CUP y un coste máximo de \$ 3877,00 CUP. El costo indirecto total por incapacidad temporal en los 86 pacientes estudiados con AR fue de \$ 76020,7 CUP.

Se demostró una relación significativa entre la actividad clínica (DAS-28) y la discapacidad funcional (HAQ) con las variables de morbilidad laboral como la cantidad de certificados, el total de días perdidos y los costos indirectos ($p=0,000$). Se encontró relación entre los costos indirectos y el salario diario perdido ($p=0,000$).

Diversos autores reportan una mayor frecuencia de la AR en el sexo femenino, entre la tercera, cuarta y quinta década de la vida, aunque la enfermedad puede presentarse a cualquier edad.^(15,16,17,18,19,20,21)

En Cuba, *Ledesma* y otros⁽²²⁾ realizan una investigación sobre la morbilidad en la incapacidad laboral temporal en el área de salud del Policlínico Boyeros, en el 2004, y observaron un predominio del sexo femenino. Informaron que la enfermedad con mayor porcentaje de incidencia en la morbilidad en la incapacidad laboral temporal es la osteomuscular y el tejido conjuntivo (CIE-10 XIII), las cuales tienen una alta incidencia en las personas comprendidas en las edades entre 36 y 45 años. Esta afección fue la que más días de incapacidad laboral reportó con un total de 1394 días, y un gasto económico de \$ 6751.00 pesos.

En un estudio realizado en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social,⁽²¹⁾ sobre costo social y económico de la artritis reumatoide, se informó una media de 4,12 horas laborales perdidas debido a la AR por paciente, reportada durante los últimos 7 días, 5,28 horas perdidas debido a otras causas, 47,16 horas trabajadas y 48,88 % de actividades perdidas debido a otras causas. El porcentaje de ausentismo y presentismo laboral fue de 7,90 % y 43,20 %, respectivamente. El porcentaje total de actividad laboral perdida debido a la AR fue de 11,32 %. El 6,10 % de los costos (\$ 1036,61±\$ 834,70) correspondió a costos indirectos secundarios a pérdida de la productividad laboral (ausentismo y presentismo).

González Ayala⁽⁵⁾ advirtió en el estudio publicado sobre costos indirectos de la AR en Guatemala (año 2013) que el grado de actividad clínica de los pacientes con AR podría repercutir en su productividad laboral y llevar a una incapacidad temporal.

La mayoría de los pacientes con AR presentarán algún grado de discapacidad laboral durante su evolución. Cerca del 80 % de los adultos en edad laboral con esta enfermedad experimentarán limitación para llevar a cabo actividades laborales e importantes restricciones en el desempeño de roles sociales, lo cual se ha relacionado con una menor capacidad funcional, menor calidad de vida y mayor nivel de actividad de la AR. A pesar de que la discapacidad funcional y el dolor se han asociado consistentemente con problemas en la participación laboral incluso desde fases tempranas de la enfermedad, solo algunos estudios proveen información sobre los determinantes de este efecto.⁽¹⁾

Los pacientes con AR consumen una gran cantidad de recursos de salud como consecuencia de su enfermedad que conduce a un gran coste. Esto tiene un impacto en la sociedad, debido a los costes de tratamiento y a la pérdida de la productividad. Los estudios de costes sobre la enfermedad llevados a cabo en Europa y los Estados Unidos estiman unos € 4000-6000 por paciente y por año.⁽²³⁾

La situación de incapacidad temporal conduce a la existencia de una doble merma para el trabajador, la pérdida de salud y de la capacidad para generar el salario que permita el sostenimiento personal y en muchos casos de la unidad familiar.⁽¹³⁾ En el ámbito personal en la AR una de las consecuencias más importantes de la enfermedad es el deterioro funcional y la cronicidad, que constituyen la principal causa de restricción de la movilidad y de discapacidad, tanto para la vida diaria como para el trabajo.⁽²⁴⁾

La carga global de la artritis reumatoide en el mundo es alta. Los costos relacionados también son altos, y los costos indirectos representan hasta el 60 % del total de los costos de la enfermedad.⁽⁵⁾

La estimación del costo de la enfermedad es un aspecto fundamental tanto para el conocimiento de la magnitud de un determinado problema de salud, como para la asignación de recursos sanitarios, humanos y materiales, destinados a aminorar los efectos indeseables de una enfermedad crónica, como la AR, sobre los pacientes, el sistema sanitario y la sociedad que los sustenta.⁽²¹⁾

Las investigaciones del costo de la enfermedad contribuyen a: a) precisar la magnitud de la enfermedad en términos monetarios; b) justificar y evaluar los programas de intervención; c) contribuir en la asignación de los recursos de investigación; d) brindar una base para la política de planificación en relación con la prevención y nuevas iniciativas, y e) proporcionar un marco económico para los programas de evaluación.⁽²¹⁾

Los costes indirectos derivan, fundamentalmente, de la pérdida de productividad, la discapacidad o la muerte prematura del paciente. Los costes indirectos más importantes proceden del ausentismo laboral (del paciente y de sus familiares) y del denominado “presentismo” o disminución de la productividad por el desempeño laboral de pacientes que no se encuentran en buen estado de salud. Si se tienen en cuenta las dificultades de medición del presentismo y del impacto de la enfermedad en la productividad de los familiares, es fácil imaginar que los costes indirectos suelen estar infraestimados.⁽²⁵⁾

Alrededor del 25 % de los pacientes con AR tiene que dejar de trabajar en los primeros 5 años de la enfermedad, y aumenta hasta el 40 % cuando existe comorbilidad como depresión o problemas cardiorrespiratorios. En España, durante el 2010, el coste de las prestaciones de la Seguridad Social por bajas laborales ascendió a más de 1000 millones de euros, mientras el coste mensual de las prestaciones de incapacidad por enfermedad osteomuscular ronda los 400 millones de euros. Los costes indirectos aumentan con la actividad de la enfermedad.⁽²¹⁾

García y otros⁽²⁵⁾ reportaron en el 2013, que existen controversias en la literatura, respecto a la forma en la cual son medidos los costos indirectos en la AR, y una manera de realizarla es mediante la estimación de la productividad laboral de los pacientes. El autor hace referencia a los resultados reportados por *Franke* y otros en el 2012, quienes informaron que a través de la revisión de 26 estudios de costo de la enfermedad y costo-efectividad en pacientes con AR, el costo total fue de \$14,906 por paciente por año y los costos indirectos por productividad laboral fueron la mayor parte de estos.

La obtención de una remisión rápida de la enfermedad no solo mejora considerablemente la calidad de vida del paciente, sino que produce una reducción significativa de los costes indirectos. La probabilidad de remisión está muy relacionada con el tiempo transcurrido

entre los primeros síntomas, el diagnóstico y la instauración de tratamiento, lo que subraya la importancia del diagnóstico precoz.⁽²¹⁾

En España actualmente se calcula que el 5 % de las bajas laborales se deben a la AR, enfermedad que supone un coste anual de más de 1200 millones de euros, de los cuales casi el 33 % corresponde a gasto sanitario. El coste acumulado a lo largo de la vida de un paciente con AR en los Estados Unidos se estima entre 61 000 y 122 000 dólares, similar al de los pacientes con cardiopatía isquémica y cáncer.⁽²⁶⁾

La importancia del impacto de la AR deriva de su elevada prevalencia, su carácter crónico, con exacerbaciones y remisiones que originan un elevado consumo de recursos, y su potencial para producir discapacidad. La AR afecta muchos aspectos de la vida del individuo, como la salud física y mental, el bienestar económico y las relaciones con los cuidadores, familiares y amigos de los pacientes.⁽²¹⁾

La información disponible en Cuba respecto al coste global de la enfermedad es muy limitada. Dentro de las limitaciones del estudio está que las medidas de asociación calculadas son solo exploratorias, pues el diseño y el tamaño muestral contemplan un estudio descriptivo. La selección de la muestra se realizó mediante técnicas no probabilísticas.

Son imprescindibles nuevas y más amplias investigaciones sobre los costes directos, indirectos e intangibles de la AR, que permitan dimensionar adecuadamente este grave problema sanitario.

Sin duda, la atención del paciente con AR requiere un abordaje interdisciplinario que permita integrar los avances en el conocimiento de la patogenia de la enfermedad, con la introducción y aplicación en la práctica clínica diaria de instrumentos de evaluación clínica y nuevas terapias encaminadas a lograr su control, acompañada de la rehabilitación inmediata dirigida a evitar la discapacidad y contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes y la disminución de los costos generados por la enfermedad.

Referencias bibliográficas

1. Salazar-Mejia CE, Galarza-Delgado DA, Colunga-Pedraza IJ, Azpiri-Lopez JR, Wah-Suarez M, Wimer-Castillo BO, *et al.* Relación entre productividad laboral y características clínicas de la artritis reumatoide. Rev Reumatol Clín [Internet]. 2019 [Acceso: 14/08/2019];15(6):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X1730311X>

2. Prodinger B, Ndosi M, Nordenskiöld U, Stamm T, Persson G, Andreasson I, *et al.* Rehabilitation provided to patients with rheumatoid arthritis: A comparison of three different rheumatology clinics in Austria, Sweden and the UK from the perspectives of patients and health professionals. *J Rehabil Med* [Internet]. 2015 [Acceso: 06/01/2018];47(2):174-82. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/25385492>
3. Yousefi H, Chopra A, Farrokhsheresht R, Sarmukaddam S, Noghabi FA, Bedekar N, *et al.* Epidemiological evaluation quality of life in patients suffering from early rheumatoid arthritis: A pragmatic, prospective, randomized, blind allocation controlled of a modular program group intervention. *Epidemiol Health* [Internet]. 2015 [Acceso: 06/01/2018];37:e2015048. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4860498/>
4. Díaz-Rojas JA, Dávila-Ramírez FA, Quintana-López G, Aristizábal-Gutiérrez F, Brown P. Prevalencia de artritis reumatoide en Colombia: una aproximación basada en la carga de la enfermedad durante el año 2005. *Rev Colomb Reumatol* [Internet]. 2016 [Acceso: 06/01/2018];23(1):11-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0121812315001231>
5. González Ayala JF, del Cid Morales-Jacquet JC, Zavala Orrego CA, Sandoval Cifuentes AA, Figueroa Tubac JR. Costos indirectos de la artritis reumatoide [tesis]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2013 [Internet] [Acceso: 06/01/2018]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9199.pdf
6. Vicente Pardo JM. Reflexión sobre los problemas a la reincorporación laboral tras incapacidades médicas largas. *Med Segur Trab* [Internet]. 2016 [Acceso: 15/03/2019];62(242):49-65. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0465-546X2016000100006
7. Villaplana M, Sáez C, Meseguer M. Grado de efecto de las variables sociodemográficas, laborales, organizativas y del entorno en la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en España. *Aten Primaria* [Internet]. 2015 [Acceso: 15/03/2019];47(2):90-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714001371>
8. Vicente Pardo JM. La gestión de la incapacidad laboral algo más que una cuestión económica. *Med Segur Trab* [Internet]. 2018 [Acceso: 15/03/2019];64(251):131-60. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v64n251/0465-546X-mesetra-64-251-00131.pdf>

9. Carrasco Macías M, Cuéllar Torres T. Invalidez total en trabajadores con diez años o menos de servicios. Provincia de Cienfuegos, 2010. Rev Cubana Sal Trab [Internet]. 2013 [Acceso: 09/11/2018];14(1):3-11. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2013/cst131a.pdf>
10. Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial N.º 52 de 12 de abril de 1994. Gaceta Oficial de la República de Cuba [Internet]. 1994 [Acceso: 09/11/2018]:[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=51>
11. Grupo de trabajo de la GUIPCAR. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con artritis reumatoide. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2018. [Internet] [Acceso: 28/03/2018]. Disponible en: <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2018/09/Gu%C3%ADa-de-Pr%C3%A1ctica-Cl%C3%ADnica-para-el-Manejo-de-Pacientes-con-Artritis-Reumatoide.pdf>
12. Reyes Llerena GA, Pabello Coello A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez A, López Aguilera IR, Fernández Mederos I, *et al.* Validación de la versión cubana de la dimensión física del Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ) en cubanos con artritis reumatoide. (Cu-HAQ). Rev Cubana Reumatol [Internet]. 2002 [Acceso: 28/03/2019];4(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/240>
13. Más López CJ. Los gastos indirectos asociados a las enfermedades: qué enfoque utilizar. Cofin Habana [Internet]. 2016 [Acceso: 09/04/2018];10(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2073-60612016000100009
14. Gaceta Oficial de la República de Cuba N.º 13 extraordinaria del 18 de julio de 2019. Escalas y tarifas del incremento de pensiones y salarial en Cuba. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social [Internet]. 2019 [Acceso: 11/11/2019]:[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://media.cubadebate.cu/wp-content/uploads/2019/07/Gaceta-Oficial-Escalas-y-tarifas-del-incremento-de-pensiones-y-salarial-en-Cuba.pdf>
15. Prada Hernández DM, Martell Sarduy R, Molinero Rodríguez C, Morejón Gómez JA, Fernández Zamora O, Hernández Cuellar MV, *et al.* Caracterización de la invalidez laboral en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. Rev Cubana Reumatol [Internet]. 2013 [Acceso: 06/01/2018];15(3):160-72. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962013000300006&lng=es
16. Hernández Muñoz Y, López Mantecón AM, Pozo Abreu SM, Torres Carballeira R, Carrillo Reyes C, Martínez Sánchez A, *et al.* Factores de riesgo para la aparición de

aterosclerosis en pacientes con artritis reumatoide. Rev Cubana Reumatol [Internet]. 2019 [Acceso: 12/02/2020];21(3):[aprox. 14 p]. Disponible en:

<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/740/pdf>

17. Naranjo Borja ME. Calidad de vida y capacidad funcional en relación a duración de años de enfermedad en pacientes con artritis reumatoide del Centro de Artritis de la ciudad de Quito [tesis]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2017. [Internet] [Acceso: 09/04/2018]. Disponible en:

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13284/MICHELLE%20ESTEFANI%20NARANJO%20BORJA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

18. Alba R, Muñoz R, Espinoza L, Khamashta M, Matucci-Cerinic M, Sanmartí R, eds. Enfermedades Inflammatorias Reumatológicas. Santo Domingo: Producciones Científicas Ltda; 2016. p:117-29.

19. Prada Hernández DM, Hernández Torres C, Gómez Morejón JA, Gil Armenteros R, Reyes Pineda Y, Solís Cartas U, *et al.* Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. Rev Cubana Reumatol [Internet]. 2015 [Acceso: 15/03/2019];17(1):48-60. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v17n1/rcur08115.pdf>

20. García García CO. Costo social y económico de la artritis reumatoide [tesis]. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 2013. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2015. [Internet] [Acceso: 14/04/2019]. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/808/1/C%C3%89SAR%20OSWALDO%20GARC%C3%8DA%20.pdf>

21. García de Yébenes MJ, Loza E. Artritis reumatoide: epidemiología e impacto sociosanitario. Reumatol Clin Supl [Internet]. 2018 [Acceso: 14/04/2019];14(Supl.2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-pdf-X1699258X18628548>

22. Ledesma R, Cima Pérez A, Llanes Gómez AJ, González P. Morbilidad en la incapacidad laboral temporal y su impacto económico en un área de salud. Contribución a la Educación y la Protección Ambiental. 2005 [Acceso: 14/04/2019];6:47-56. Disponible en: <http://repositorio.geotech.cu/jspui/handle/1234/3436>

23. León L, Abasolo L, Fernández-Gutiérrez B, Jover JA, Hernández García C. Costes médicos directos y sus predictores en la cohorte “Variabilidad en el manejo de la artritis reumatoide y las espondiloartritis en España”. Reumatol Clin [Internet]. 2018 [Acceso:

14/04/2019];14(1):4-8. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X16301280>

24. Santamaría Benhumea AM, Herrera Villalobos JE, Sil Jaimes PA, Santamaría Benhumea NH, Flores Manzur MA, del Arco Ortiz A. Estructura, sistemas y análisis de costos de la atención médica hospitalaria. Medicina e Investigación [Internet]. 2015 [Acceso: 14/04/2019];3(2):134-40. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-pdf-S2214310615000394>

25. García CO, González JF, del Cid JC, Zavala CA, Sandoval AAA, Figueroa JF. Productividad laboral en pacientes con artritis reumatoide: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 2013. Rev Col Méd Cir Guatem [Internet]. 2013 [Acceso: 14/04/2019];151:32-8. Disponible en:

<http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones/Revistas/Revista%20medica%20vol.151.pdf#page=32>

26. Revenga Martínez DM. Eficacia, evaluación económica y satisfacción del paciente con discapacidad laboral de origen musculoesquelético en el programa IT-ME 99 del área 4 de la comunidad de Madrid [tesis de grado]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2007. [Internet] [Acceso: 11/11/2018]. Disponible en:

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/1929/6206_revenga_martinez.pdf

Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés

Contribución de los autores

Claudino Molinero Rodríguez: Participó en la concepción de la investigación, búsqueda de información, redacción y revisión final del artículo.

Leysi Puebla Rodríguez: Participó en la concepción de la investigación, búsqueda de información, redacción y revisión final del artículo.

Dinorah Marisabel Prada Hernández: Participó en la concepción de la investigación, búsqueda de información, redacción y revisión final del artículo.

Jorge Alexis Gómez Morejón: Participó en la concepción de la investigación, búsqueda de información, redacción y revisión final del artículo.

Silvia María Pozo Abreu: Participó en la concepción de la investigación, procesamiento estadístico, redacción y revisión final del artículo.

María Victoria Hernández Cuellar: Participó en la concepción de la investigación, búsqueda de información, redacción y revisión final del artículo.

Yusimí Reyes Pineda: Participó en la concepción de la investigación, redacción y revisión final del artículo.