

Terapia moderna de la Artritis Reumatoide: un problema de acceso a la medicación

Los Drs. Camargo y Glave muestran en este número de Diagnóstico, en su artículo "Terapia moderna de la Artritis Reumatoide", como la terapia biológica y los DMARD sintéticos dirigidos contra blancos específicos, son hoy un importante recurso terapéutico para el manejo de la Artritis Reumatoide (AR) y otras enfermedades de estirpe autoinmune. Pero este recurso debe de ser racionalmente utilizado, especialmente por su potencial contribución a la aparición de serios eventos adversos y por su alto costo.

Actualmente el diagnóstico de la AR es sencillo, se trata de reconocer la presencia de artritis, descartar la posibilidad de otras explicaciones o causas, de demostrar inflamación mediante la eritrosedimentación o la proteína C reactiva y verificar la presencia de Factor Reumatoide o anti péptido cíclico citrulinado (anti CCP)⁽¹⁾. Si la evolución es agresiva, podemos observar la presencia de erosiones en un estudio de imágenes, precozmente mediante la resonancia magnética o el ultrasonido musculoesquelético y más tardíamente en los estudios radiológicos.

Realizado el diagnóstico se inicia el tratamiento en forma inmediata, la estrategia a seguir, es la denominada T2T del anglosajón "treat to target" que implica la evaluación cercana del paciente para alcanzar una meta terapéutica previamente establecida, que será la remisión clínica o una leve actividad de la enfermedad. El T2T es uno de los logros más importantes en el manejo de las enfermedades crónicas, hoy se utiliza en el manejo de la diabetes, hipertensión, dislipidemia y en diferentes enfermedades reumáticas^(2,3). El T2T señala que el paciente debe

participar en la decisión terapéutica, decidiendo la meta a la cual debe llegar, aprendiendo la forma de contribuir a lograrlo (lo que se denomina autocuidado), y manifestando sus preferencias en el fármaco y esquema de tratamiento⁽³⁾.

Hecho el diagnóstico debe iniciarse un fármaco capaz de modificar la historia natural de la AR (DMARD), el que preferentemente debe ser el metotrexate (MTX), por su eficacia y seguridad demostradas y su bajo costo, de existir contraindicación de uso o no tolerar el MTX, podría utilizarse otro DMARD (sulfazalacina o leflunomida entre los más utilizados), de no lograrse la meta con un DMARD se procedería a una combinación de ellos o al inicio de agentes biológicos lográndose un mayor nivel de eficacia⁽⁴⁾.

La introducción de la terapia biológica en el esquema terapéutico, pone de relieve el tema de acceso a la medicación, se vuelve fundamental, pues pasamos de un gasto anual en fármacos de alrededor de 2,600 dólares (considerando terapia combinada con metotrexate, hidroxyclorequina, sulfazalacina y prednisona) a un gasto anual de alrededor de 20,000 dólares. La mayoría de pacientes peruanos que requieren de medicación de alto costo y no tienen cubiertos sus riesgos de salud, por algún sistema de aseguramiento, atravesarán por una situación crítica, tendrán serias dificultades económicas; basta con revisar algunas cifras de nuestra economía.

El Banco Mundial señala que el 2016 el Perú tenía un PBI per cápita de 6,045 dólares, siendo la tasa de incidencia de pobreza (ingreso menor a 2 dólares por día) en 21.8%⁽⁵⁾, adicionalmente la población ocupada está constituida por trabajadores informales en un 73%⁽⁶⁾.

Según el INEI para el 2015, el 28% de la población no contaba con un aseguramiento en salud⁽⁶⁾, de tal manera que difícilmente tienen acceso a una medicación de alto costo, y si realizan el esfuerzo para lograr recibir la medicación, ponen en riesgo toda la economía familiar; así que procuran incluirse en el Seguro Integral de Salud (SIS).

En setiembre del 2016, 17 millones de peruanos eran cubiertos por el SIS⁽⁷⁾, acudiendo a los hospitales del Ministerio de Salud (MINSA) para recibir atención médica, la cual incluye consultas, exámenes auxiliares y medicamentos. Para el manejo de la AR los recursos con los que cuenta el MINSA son suficientes para realizar el diagnóstico y el tratamiento inicial, incluyendo el uso de DMARD convencionales, en monoterapia o terapia combinada. Sin embargo, cuando se requiere de terapia biológica o DMARD sintéticos dirigidos la situación cambia, estos no están incluidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales⁽⁸⁾, son comprados según aprobación de los Comités Farmacológicos de cada uno de los hospitales, aprobación del SIS y disponibilidad presupuestaria, por ello son utilizados en forma limitada.

Limitación también presente en los hospitales del Seguro Social de Salud (EsSalud) y en los hospitales de los Institutos Armados, con la

diferencia que algunos fármacos biológicos si se encuentran incluidos en sus petitorios, lo cual facilita su prescripción.

Es claro que un porcentaje de los pacientes con Artritis Reumatoide requiere terapia de alto costo para su control, ya sean agentes biológicos o los DMARD dirigidos; para facilitar el acceso se deben establecer una política de adquisición de medicamentos única para todos los integrantes del Sistema de Salud, tomando medidas que permitan el acceso de un mayor número de pacientes, así por ejemplo podría exonerarse el pago de aranceles de importación y el impuesto general a las ventas IGV, tal como sucede con los fármacos para la diabetes, el cáncer o el HIV⁽⁹⁾, y también se debería plantear un procedimiento de compra única centralizada, quizá empleando un mecanismo de subasta inversa a dosis equivalentes, toda vez que al momento no existen grandes diferencias en eficacia y seguridad globales, entre los diversos fármacos disponibles.

Esperemos que a la brevedad se cuente con una política nacional de medicamentos que mejore el acceso de los pacientes reumáticos a las terapias de alto costo.

Dr. Armando Calvo Quiroz

Médico Internista, Reumatólogo. Profesor Principal, Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Presidente, Comité de Investigación e Innovación, Colegio Médico del Perú.

Referencias bibliográficas

1. Aletaha D, et al. 2010 Rheumatoid Arthritis Classification Criteria. An American College of Rheumatology/European League against Rheumatism Collaborative Initiative. *Arth & Rheum* 62:9, 2010:2569-2581.
2. Solomon, DH. Treat to Target in Rheumatoid Arthritis: Fact, Fiction or Hypothesis? *Arthritis Rheumatol.* 2014;66(4):775-782.
3. Smolen JS, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis* 2015;0:1-13
4. Smolen JS, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. *Ann Rheum Dis* 2017; 0:1-18.
5. <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?locations=PE>
6. <https://elcomercio.pe/economia/peru/inei-impresionantes-numeros-sector-informal-peruano-229623>
7. Reátegui-Sokolova C, et al. Defining Quality of Rheumatologic Care: Peru. *J Clin Rheumatol.* 2017;23(4):212-214.
8. Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud en http://www.digemid.minsa.gob.pe/Upload/Uploaded/PDF/Normatividad/2015/RM_399-2015.pdf
9. [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_ulbd.nsf/F558766360D0851505257BE20083590A/\\$FILE/ResumenExoneraciones_F](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_ulbd.nsf/F558766360D0851505257BE20083590A/$FILE/ResumenExoneraciones_F)