



Editorial

Retos y oportunidades de la Liga Internacional de Asociaciones para la Reumatología (ILAR)



Challenges and opportunities of the International League of Associations for Rheumatology (ILAR)

Carlos Pineda^{a,b}

^a Chair, International League of Associations for Rheumatology, México

^b Director de Investigación, Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, México

Aunque a escala mundial existe un manifiesto énfasis de las políticas públicas por reducir el impacto de problemas como la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis y la diabetes¹, se sabe que los trastornos musculoesqueléticos limitan seriamente la capacidad de las personas para realizar los cambios necesarios en su estilo de vida que les permitan alcanzar este propósito.

Como resultado, existe una reconceptualización de la multimorbilidad del envejecimiento de la población, que incluye el efecto de las condiciones musculoesqueléticas en la salud pública. Este reconocimiento requiere incorporar en las políticas vigentes el impacto de tales condiciones en la carga presente y futura de las enfermedades crónicas no trasmisibles.

El impacto global de las condiciones musculoesqueléticas en términos de discapacidad también es elevado, ya que causa el 21,3% del total de años vividos con discapacidad, solo superado por los problemas mentales y de comportamiento². Dentro del grupo etario de 50 a 69 años, donde la gente todavía tiende a participar en la oferta laboral, las condiciones musculoesqueléticas son el principal agente de los años vividos con discapacidad en el mundo, con una prevalencia del 33% en los países desarrollados y del 27% en los países en desarrollo².

Dentro del grupo de condiciones antes descrito, la artritis reumatoide (AR) por sí sola se clasificó en la posición 42.^a en términos de años vividos con discapacidad, justo por debajo de la malaria y por encima de la deficiencia de yodo³. En Latinoamérica, su atención médica se complica aún más al enfrentar retos adicionales⁴:

1. competir con un presupuesto público limitado que se destina a combatir la pobreza, la falta de educación y un número creciente de pacientes y,
2. enfrentar las transiciones demográfica y epidemiológica con un número insuficiente de reumatólogos, concentrados en las

grandes ciudades. La educación y la formación de los profesionales de la salud también son una prioridad insatisfecha⁴.

Como resultado de lo anterior, la AR no se considera como una prioridad de salud pública en los sistemas nacionales de salud de la región, donde solo el 56% de los pacientes con esta condición tuvo acceso a una cobertura de salud médica completa (a menudo excluyendo productos biológicos)⁵.

Es importante efectuar este breve recuento de los retos acumulados, porque en el futuro cercano el crecimiento demográfico, el envejecimiento y los estilos de vida sedentarios se traducirán en una crisis de salud pública donde las condiciones musculoesqueléticas, entre ellas la AR y la osteoartritis, se convertirán en componentes críticos que requieren, desde ahora, una respuesta coordinada de múltiples sistemas y actores, tanto públicos como privados.

Entre los esfuerzos previos realizados para superar estos desafíos presentes en Latinoamérica se incluyen los siguientes:

- 1) la identificación de barreras a la atención de la salud⁶,
- 2) la promoción del acceso a un diagnóstico y tratamiento oportunos, con el desarrollo de algoritmos según estas realidades⁷,
- 3) la educación de los pacientes y los médicos⁸,
- 4) la estimación del impacto económico de la enfermedad en la región⁹ y,
- 5) el establecimiento de normas para armonizar y sistematizar el tratamiento a los pacientes con AR, mediante el desarrollo de programas centrados en el establecimiento de redes y centros de excelencia¹⁰.

En el interior de este escenario, la Liga Internacional de Asociaciones para la Reumatología (ILAR, por sus siglas en inglés) apoya programas que conducen al progreso de la práctica y la enseñanza de la reumatología en los países en desarrollo. Su comité ejecutivo está integrado por los presidentes y presidentes electos de la Liga Panamericana de Asociaciones de Reumatología (PANLAR); EULAR

Correo electrónico: carpineda@yahoo.com

(Europa); AFLAR (África); APLAR (Asia-Pacífico, incluyendo Australia) y el Colegio Americano de Reumatología (ACR), que incorpora a Canadá, EE. UU. y México.

La colaboración de los líderes de estas organizaciones internacionales se ha traducido en un compromiso renovado, sobre todo con los países en desarrollo. Al respecto, el programa anual de apoyos de ILAR destaca por ser una iniciativa de financiamiento desarrollada en respuesta a la creciente necesidad de un avance global de la reumatología en todas estas naciones.

Desde su comienzo, ILAR ha otorgado más de \$ 550.000 USD a 41 proyectos repartidos en todo el mundo. Los países beneficiados son Filipinas, Líbano, Macedonia, Jamaica, Marruecos, Uruguay, Kenia, India, Burundi, Ruanda, Tanzania, Uganda, México, Zambia, Argentina, Vietnam, Brasil, Sudáfrica, China, Haití, Namibia, Botsuana, Zimbabue, Camboya, Ecuador y Ghana entre otros.

Entre los proyectos destacables, ILAR ha impulsado iniciativas como el Programa de Entrenamiento de Reumatología en Haití; los Programas de Capacitación y Educación sobre Enfermedades Reumáticas para Médicos de Atención Primaria y Residentes en la zona rural de China; el Desarrollo de Programas de Rehabilitación de Base Comunitaria para las Enfermedades Musculoesqueléticas en Áreas de Bajos ingresos de México; la Mejora de Colaboración de Servicios de Reumatología en Camboya y el Esfuerzo Conjunto de APLAR, y los Reumatólogos de la Asociación de Reumatología de Australia con los Médicos de Camboya, entre muchos otros más.

Bajo una nueva dirección de ILAR, asumida el 11 de junio de 2015, durante el Congreso de EULAR realizado en la ciudad de Roma, Italia, se presentaron 3 nuevas líneas prioritarias, que buscan avanzar en la educación y la práctica clínica de la reumatología en el mundo en desarrollo:

- 1) Generar directrices para las enfermedades emergentes como, por ejemplo, el reconocimiento y tratamiento de Chikungunya. ILAR admite que los agentes infecciosos y eventos ambientales pueden ser prolongados y tener efectos adversos a nivel musculoesquelético¹¹, sobre todo en los países más pobres.
- 2) Modificar los documentos de consenso como las recomendaciones de tratamiento para las principales enfermedades reumáticas, incluyendo soluciones prácticas cuando los recursos disponibles sean limitados. ILAR reconoce que las directrices y guías actuales de tratamiento no se aplican en algunos países subdesarrollados, por lo que deben ser modificados con base en las mejores prácticas presentes en la realidad de esos países.
- 3) Generar soluciones prácticas para abordar los problemas de almacenamiento y distribución de medicamentos para las

enfermedades reumáticas en los países en desarrollo. ILAR reconoce que los medicamentos biológicos necesarios para el tratamiento de enfermedades reumáticas tienen una vida media corta, requieren de una cadena de frío, etc. Esto puede plantear dificultades logísticas como transporte, almacenamiento y distribución en países pobres, que deben ser tomadas en cuenta.

Con estas 3 nuevas líneas prioritarias, ILAR espera fortalecer su misión al propiciar un mayor reconocimiento de las condiciones que posibilitan una mayor salud musculoesquelética en las naciones menos favorecidas, en el entendimiento de que se trata de problemas que tarde o temprano tendrán un impacto mayor en la salud pública global de las naciones.

Bibliografía

1. Bauman A, Nutbeam D. Planning and evaluating population interventions to reduce noncommunicable disease risk—reconciling complexity and scientific rigour? *Public Health Res Practice*. 2014;25:1–8.
2. Woolf A, March L, Officer A. WHO World Report on Ageing and Health. 3 de julio de 2015: 1–54.
3. Cross M, Smith E, Hoy D, Carmona L, Wolfe F, Vos T, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014;73:1316–22.
4. Al Maini M, Adelowo F, Al Saleh J, Al Weshahi Y, Burmester G-R, Cutolo M, et al. The global challenges and opportunities in the practice of rheumatology: White paper by the World Forum on Rheumatic and Musculoskeletal Diseases. *Clin Rheumatol*. 2014;34:819–29.
5. Massardo L, Pons-Estel BA, Wojdyla D, Cardiel MH, Galarza Maldonado CM, Sacnun MP, et al. Early rheumatoid arthritis in Latin America. Low socioeconomic status relates to high disease activity at baseline. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64:1135–43.
6. Caballero Uribe CV. Retos para el diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide en América Latina. Universidad del Norte; 2006. p. 462.
7. Cardiel MH, Latin American Rheumatology Associations of the Pan-American League of Associations for Rheumatology (PANLAR); Grupo Latinoamericano de Estudio de Artritis Reumatoide (GLADAR). First Latin American position paper on the pharmacological treatment of rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2006;45 Suppl 2:ii7–22.
8. Massardo L, Suárez-Almazor ME, Cardiel MH, Nava A, Levy RA, Laurindo I, et al. Management of patients with rheumatoid arthritis in Latin America: a consensus position paper from Pan-American League of Associations of Rheumatology and Grupo Latinoamericano De Estudio De Artritis Reumatoide. *J Clin Rheumatol*. 2009;15:203–10.
9. Soriano ER, Galarza-Maldonado C, Cardiel MH, Pons-Estel BA, Massardo L, Caballero-Urbe CV, et al. Use of rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis: The Latin American context. *Rheumatology*. 2008;47:1097–9.
10. Santos-Moreno P, Galarza-Maldonado C, Caballero-Urbe CV, Cardiel MH, Massardo L, Soriano ER, et al. REAL-PANLAR project for the implementation and accreditation of centers of excellence in rheumatoid arthritis throughout Latin America. *J Clin Rheumatol*. 2015;21:175–80.
11. Horcada ML, Díaz-Calderón C, Garrido L. Fiebre chikungunya. Manifestaciones reumáticas de una infección emergente en Europa. *Reumatol Clin*. 2015;11:161–4.