

El camino hacia una atención más equitativa de la enfermedad psoriásica en América

Acceso a la atención sanitaria y detección precoz

Las personas con enfermedad psoriásica se enfrentan a barreras para acceder a la atención sanitaria, en las que influyen factores como los ingresos, la raza, la cobertura del seguro y la ubicación geográfica.

Enfermedad psoriásica y enfermedades no transmisibles

Abordar comorbilidades como la cardiopatía y la diabetes puede mejorar la eficacia del tratamiento y reducir los costes.

Investigación colaborativa

Es esencial investigar más para mejorar el tratamiento y comprender el impacto de la enfermedad psoriásica



La IFPA ha facilitado el desarrollo de este documento informativo.

Contenido

Prólogo	5
Acerca de la enfermedad psoriásica	6
La enfermedad psoriásica en América	7
La enfermedad psoriásica afecta significativamente a la calidad de vida	8
Costes elevados y funcionalidad reducida	8
Cuanto más grave es la enfermedad, mayor es el impacto	8
Acceso a la atención sanitaria y detección precoz	10
Acceso equitativo a la atención sanitaria	10
Diagnóstico y tratamiento tempranos	10
Acceso a los productos biológicos	11
Enfermedad psoriásica y enfermedades no transmisibles (ENT)	13
Las personas con enfermedad psoriásica tienen un mayor riesgo de desarrollar otras ENT	13
Tratamiento de las comorbilidades en la enfermedad psoriásica	13
Promover el cambio	14
Investigación colaborativa	16
Ampliar la investigación	16
Estandarización de herramientas	16
Cobertura sanitaria universal	18
Objetivos clave	20
Visión y miembros de la IFPA en América	21
Referencias	22

Foro de la IFPA

La IFPA puso en marcha los Foros Regionales para abordar las necesidades no cubiertas de las personas que padecen la enfermedad psoriásica. Estos foros tienen como objetivo crear consenso sobre cuestiones clave y alinearse con las recomendaciones presentadas en el Informe Mundial sobre la Psoriasis 2016 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los foros ofrecen una plataforma para debatir los retos regionales y encontrar soluciones facilitando la colaboración y reforzando las redes. Tras el éxito de los foros de Asia y Europa, el próximo Foro de América pretende impulsar la colaboración y un cambio significativo en todo el continente americano.

Escanee el código QR para obtener más información sobre los foros de la IFPA.



"Américas" se refiere a la Región de las Américas de la OMS en este documento informativo. La Región de las Américas de la OMS comprende 35 Estados miembros de las Naciones Unidas y en ella viven aproximadamente 1010 millones de personas.



Prólogo

Nos acercamos a la Cuarta Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de la ONU sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT). Como parte de la comunidad de ENT, la IFPA está trabajando duro para garantizar que los líderes mundiales escuchen nuestras demandas y tomen las medidas necesarias para crear un mundo más equitativo para las personas que viven con la enfermedad psoriásica.

Hace poco celebramos el décimo aniversario de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la psoriasis adoptada en 2014, una importante "victoria" para todos los que viven con la enfermedad psoriásica. Esta resolución demostró que la inclusión en las políticas sanitarias mundiales es factible. Aunque reconocemos con orgullo este éxito, cuando reflexionamos sobre lo que aún queda por conseguir, somos conscientes de que la resolución no ha acabado con todos los problemas a los que se enfrentan los enfermos de psoriasis. En muchos países, los avances son demasiado lentos.

Este año, nos complace acoger el IFPA Forum 2025 en las Américas, nuestro tercer foro regional. Este acto reunirá a expertos, responsables políticos y defensores de la causa para abordar los retos específicos de la región y esbozar medidas prácticas para lograr soluciones sanitarias más equitativas. El foro es también una oportunidad imperdible para crear una acción y una estrategia regionales mientras nos preparamos para que nuestras demandas sean escuchadas en la reunión de alto nivel.

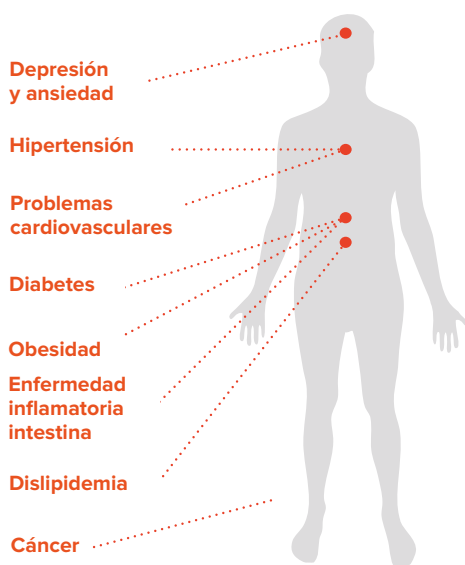
Nuestros miembros de las Américas han sido defensores vitales en la Asamblea Mundial de la Salud y, en los últimos años, algunos de ellos han liderado el impulso de legislaciones nacionales que reconocen la enfermedad psoriásica dentro de los marcos sanitarios. Al poner su experiencia sobre la mesa con las partes interesadas de toda la región, tenemos una oportunidad crucial de formular una hoja de ruta para la defensa que describa cómo abordar los retos compartidos en el tratamiento de la enfermedad psoriásica.

Ingvar Ágúst Ingvarsson
Presidente de la IFPA

Frida Dunger
directora ejecutiva de la IFPA

Una gestión eficaz minimiza los efectos físicos y psicológicos de la enfermedad psoriásica

La intervención precoz en la enfermedad psoriásica es especialmente importante para prevenir las comorbilidades asociadas a la enfermedad.¹



¿Qué son los productos biológicos y biosimilares?

Los **biológicos** son medicamentos utilizados para tratar la enfermedad psoriásica que actúan sobre componentes específicos del sistema inmunitario para reducir la inflamación y prevenir la progresión de la enfermedad.²

Los **biosimilares** son versiones de biológicos muy similares y de menor precio, sin diferencias clínicamente significativas. Ambos tratan eficazmente los casos moderados a graves, ofreciendo una acción específica, un control superior de los síntomas a largo plazo y una mejora de la calidad de vida.²

INTRODUCCIÓN

Acerca de la enfermedad psoriásica

La enfermedad psoriásica es una afección sistémica que afecta a varias partes del cuerpo. Es una enfermedad crónica, no contagiosa, dolorosa, desfigurante e incapacitante para la que no existe cura.

Los síntomas cutáneos y articulares son diferentes manifestaciones de la misma enfermedad. Pueden manifestarse de manera independiente. Un tercio de las personas con manifestaciones cutáneas de enfermedad psoriásica (psoriasis) probablemente desarrollará un tipo de artritis inflamatoria que afecta a las articulaciones y a los tendones (artritis psoriásica). En algunas personas, los síntomas articulares se desarrollan antes que los cutáneos. Además de los síntomas cutáneos y articulares, la enfermedad psoriásica se caracteriza por un mayor riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles relacionadas.³

La enfermedad psoriásica se trata con medicación tópica, antiinflamatorios no esteroideos, fototerapia, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad y productos biológicos. Si la enfermedad psoriásica (en particular la artritis psoriásica) no se trata de forma eficaz en una fase temprana, **puede dañar de forma permanente las articulaciones y las estructuras circundantes**, afectando significativamente a la movilidad y a la calidad de vida.⁴

La psoriasis puede adoptar muchas formas, con manifestaciones únicas:⁵



Psoriasis en placas: Ocurre en ~90 % de los pacientes y se caracteriza por placas cutáneas inflamadas y escamosas.



Psoriasis guttata: Manchas pequeñas, elevadas y escamosas que afectan al ~8 % de los enfermos de psoriasis.



Psoriasis inversa: Ocurre en los pliegues cutáneos, afectando al 3-7 % de los enfermos de psoriasis.



Psoriasis pustulosa: Se presenta como una erupción pustulosa aguda, subaguda o crónica, y afecta a un 3 % de los enfermos de psoriasis.



Psoriasis eritrodérmica: Enfermedad potencialmente mortal que afecta a cerca del 2 % de los enfermos de psoriasis, con eritema generalizado y descamación.

EVALUACIÓN DE LA CARGA

La enfermedad psoriásica en América

La carga de la enfermedad psoriásica en las Américas está marcada por importantes diferencias regionales y demográficas, complicadas aún más por las lagunas en los datos disponibles.⁶

Según el Global Psoriasis Atlas, la prevalencia de la psoriasis varía en todo el continente americano. En Canadá y los Estados Unidos (EE. UU.), la psoriasis afecta a cerca del 1,7 % y el 1,4 % de la población, respectivamente. En cambio, la prevalencia es menor en otras regiones, con un 0,69 % en América Central y el Caribe, un 0,81 % en Brasil y un 1,1 % en Uruguay, Chile y Argentina.⁷

Del mismo modo, los estudios demuestran que la artritis psoriásica es más común en Norteamérica que en otras regiones.⁶ Las investigaciones realizadas en EE. UU. y Canadá estiman que entre 68 y 230, respectivamente, de cada 100 000 personas están afectadas por esta enfermedad.⁶

Existen diferencias notables en la carga de morbilidad entre las regiones fuera de Norteamérica. Centroamérica tiene la mayor carga de psoriasis y artritis psoriásica, mientras que Sudamérica tiene la menor.⁸

Es necesario ampliar y mejorar los métodos de recopilación de datos

La enfermedad psoriásica sigue siendo uno de los campos de estudio epidemiológico más desatendidos, **y solo el 19 % de los países del mundo declaran su prevalencia.**⁹

Esto deja importantes lagunas, sobre todo en las regiones de ingresos bajos y medios.³ Se necesitan estudios más sólidos y métodos de recopilación de datos estandarizados para obtener una visión más profunda de la enfermedad y permitir una mejor comparación y seguimiento de las tendencias mundiales de la psoriasis.¹⁰



Se estima que

8,2 millones

de personas viven con

la enfermedad psoriásica en todo el continente americano⁷



Número de estudios que informan sobre la **prevalencia de la psoriasis según la región:**⁹

● **2-5 estudios**

● **6-8 estudios**

● **0 estudios**

EVALUACIÓN DE LA CARGA

La enfermedad psoriásica afecta significativamente a la calidad de vida

Los enfermos psoriásicos suelen padecer dolor crónico, fatiga y molestias cutáneas, además de trastornos psicológicos como ansiedad y depresión. Estos efectos conducen con frecuencia a una reducción de la productividad laboral, al aislamiento social y a una disminución de la autoestima, lo que repercute profundamente en la vida cotidiana.¹³

Costes elevados y funcionalidad reducida

La enfermedad psoriásica afecta a las personas durante sus años económicamente más activos, lo que se traduce en elevados costes directos de diagnóstico y tratamiento, pero también en costes sociales como la pérdida de productividad, el absentismo laboral y la reducción de la funcionalidad.¹⁴ En EE. UU., un tercio de las personas con artritis psoriásica declararon haber faltado al trabajo en el último año, y muchas de ellas no pudieron mantener un empleo a tiempo completo.¹⁵ En Latinoamérica, solo el 39,6 % de las personas con artritis psoriásica tenían empleo, y las tasas de empleo disminuían a medida que aumentaba la gravedad de la enfermedad. Los periodos más largos de incapacidad laboral suelen correlacionarse con un mayor desempleo y una jubilación anticipada.¹⁶⁻¹⁸

En Brasil, entre las personas con psoriasis:¹¹

El 80 %

declaró sentir dolor y malestar

El 86 %

tenía ansiedad y depresión

Cuanto más grave es la enfermedad, mayor es el impacto

La investigación muestra una clara conexión entre la gravedad de la enfermedad y la calidad de vida (CdV). En Perú, el deterioro moderado de la CdV entre las personas con enfermedad psoriásica () estaba estrechamente relacionado con la gravedad de su enfermedad.¹⁹ De forma similar, estudios realizados en Chile revelaron que la peor CdV era más frecuente entre los hombres, los individuos más jóvenes y las personas con la enfermedad más extendida.²⁰ En el caso de las personas con artritis psoriásica en Latinoamérica, factores como la edad, el sexo, el índice de masa corporal y la gravedad de la enfermedad afectaban significativamente a la CdV.²¹



En Canadá, más del 50 % de los encuestados sobre la enfermedad psoriásica declararon que les preocupaba cómo afectaría su enfermedad a su capacidad para seguir trabajando.¹²

Reena de Toronto (Canadá)



"Cuando pienso en lo que me he gastado para tratar la psoriasis a lo largo de mi vida, me refiero, como mínimo, a cien mil dólares. Si no tuviera el programa de asistencia, cada inyección me costaría decenas de miles de dólares al año. Es un tratamiento muy caro. No podría permitírmelo si no tuviera este programa de asistencia.

"No creo que por el hecho de vivir en un sitio deba tener un trato diferente al de alguien que vive en otro lugar. Creo que todos deberíamos tener acceso a los mismos cuidados, para poder seguir con nuestras vidas y no basar todo lo que hacemos en la psoriasis".

Reena Ruparelia
Defensora del paciente

Escanee el código QR para escuchar la historia completa de Reena: El derecho a la salud.



La importancia de tratar la enfermedad psoriásica de forma temprana y eficaz para evitar la progresión y la inflamación prolongada

Si no se controla, la enfermedad psoriásica empeora el bienestar físico y mental e impone importantes cargas sociales y económicas. El tratamiento precoz de la enfermedad es fundamental para preservar la calidad de vida y reducir sus repercusiones.

100 000 millones de dólares al año²²

En EE. UU., la carga económica de la psoriasis, incluyendo medicación, visitas al médico y pérdida de productividad, podría superar los 100 000 millones de dólares al año.²²

Pérdida de productividad laboral¹⁶

19,5 % para personas con síntomas cutáneos de **enfermedad psoriásica**

31,9 % para personas con síntomas articulares de la **enfermedad psoriásica**

Acceso a la atención sanitaria y detección precoz



El 27 %

de las personas de América Latina con enfermedades que afectan a la piel tienen que **viajar a otra ciudad para recibir atención médica.**²³



El 26 %

de las personas de América Latina que padecen enfermedades que afectan a la piel tardan **entre 2 y 10 horas en desplazarse** para acudir a una cita médica.²³



Retrasar la visita al

reumatólogo tan solo seis meses después del inicio de los síntomas puede provocar daños articulares y discapacidad física a largo plazo.²⁴

El tratamiento de la enfermedad psoriásica implica un acceso equitativo a la atención sanitaria y una detección precoz facilitada por la coordinación entre dermatólogos, reumatólogos y proveedores de atención primaria. En el continente americano, las diferencias significativas en los sistemas sanitarios y la asequibilidad de los tratamientos ponen de manifiesto la necesidad de soluciones a medida para ayudar a las personas con enfermedad psoriásica.

Acceso equitativo a la atención sanitaria

Las personas que padecen la enfermedad psoriásica en el continente americano se enfrentan a menudo a dificultades para acceder a una atención sanitaria adecuada. En estos retos influyen factores como el nivel de ingresos, la raza y la cobertura del seguro.²⁵

En EE. UU., las personas no caucásicas con ingresos más bajos o que carecen de seguro suficiente tienen más probabilidades de ser hospitalizadas debido a su enfermedad.²⁵ Un estudio de casi 28 000 pacientes reveló que **los afroamericanos, a pesar de tener una enfermedad psoriásica más grave, tenían menos probabilidades de recibir un tratamiento adecuado.**^{26,27} Del mismo modo, los estadounidenses de origen asiático tendían a visitar a los dermatólogos con menos frecuencia y se enfrentaban a peores resultados sanitarios, incluidas tasas de hospitalización más altas y estancias hospitalarias más largas.²⁵

En América Latina, el acceso a la atención sanitaria también se ve afectado por las desigualdades sociales.²⁸⁻³⁴ Por ejemplo, **en Brasil, las personas con mayores ingresos y seguro médico privado tienen más probabilidades de buscar atención médica** que las que dependen del sistema sanitario público.³⁵

Diagnóstico y tratamiento tempranos

El diagnóstico y el inicio precoz del tratamiento de la enfermedad psoriásica son esenciales para mejorar la salud y la calidad de vida.^{36,37} Sin embargo, muchas personas sufren grandes retrasos, especialmente cuando se trata de artritis psoriásica. Estos retrasos se producen tanto en la obtención de un diagnóstico como en el inicio del tratamiento tras recibir la prescripción.³⁸⁻⁴⁰



Por ejemplo, una encuesta de 2018 en Brasil concluyó que casi el 60 % de las personas con artritis psoriásica esperaron más de un año para ver a un reumatólogo. Además, la mitad de ellas no fueron diagnosticadas hasta más de un año después de la aparición de los primeros síntomas.⁴¹ Por el contrario, en Canadá, una encuesta realizada en 2022 reveló que el 32 % de las personas diagnosticadas de psoriasis en placas recibieron su diagnóstico en un plazo de tres meses, pero casi el mismo porcentaje de personas con artritis psoriásica recibieron su diagnóstico al cabo de cinco años.⁴²

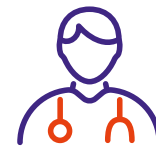
La enfermedad psoriásica suele ser diagnosticada por dermatólogos o reumatólogos, no por médicos de cabecera. Sin embargo, la escasez de estos especialistas es cada vez mayor en todo el mundo, sobre todo en las zonas rurales. Como consecuencia, **muchas personas se enfrentan a largos tiempos de espera y tienen que recorrer largas distancias para recibir la atención que necesitan.**⁴³⁻⁴⁵

En México, por ejemplo, solo hay un dermatólogo disponible por cada 68 000 personas.⁷ Del mismo modo, en toda América Latina, hay solo un reumatólogo por cada 106 838 personas, por lo que el acceso a la atención especializada es cada vez más complicado.⁴⁶ Datos recientes de Canadá indican una densidad de 1,86 dermatólogos por cada 100 000 habitantes, aunque su distribución no es uniforme en todo el país.⁴⁷

La implantación de directrices sobre la psoriasis en la atención primaria de toda América Latina podría agilizar el diagnóstico y mejorar el tratamiento de la enfermedad, así como aliviar la presión sobre los centros de atención terciaria.⁴⁸ La telemedicina es una solución rentable, ya que permite a los proveedores de atención primaria consultar a los dermatólogos para obtener orientación sobre el tratamiento o derivaciones. Estas estrategias pretenden agilizar el tratamiento, reducir los retrasos y mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad psoriásica.⁴⁹

Para facilitar el acceso temprano, existe una necesidad de mejorar la formación dermatológica entre los médicos de cabecera

Los médicos de cabecera suelen ser el primer punto de contacto para las personas con enfermedad psoriásica. Una mejor formación les ayuda a reconocer antes los síntomas, lo que evita retrasos en el tratamiento.⁵²



México
El 89 %
fueron diagnosticados por un **dermatólogo**⁴⁸

frente a



Reino Unido
El 82 %
recibieron tratamiento en un **centro de atención primaria**⁵³

A pesar de su elevado coste, se ha demostrado que los productos biológicos reducen otros costes sanitarios. gastos

La comparación del impacto económico de la psoriasis antes y después de la introducción de biológicos concluyó que, aunque los costes totales aumentaron, había una importante disminución de los gastos directos relacionados con los ingresos hospitalarios.

Esto sugiere que los productos biológicos pueden ayudar a reducir la necesidad de asistencia sanitaria más intensiva, a pesar de que conlleven mayores costes iniciales.⁵⁴

En Estados Unidos, un estudio reveló que los pacientes que cambiaron (tenían una receta para un biológico distinto de su biológico prescrito) o interrumpido sus tratamientos con productos biológicos aumentaron el uso de la asistencia sanitaria y los gastos médicos, frente a aquellos que mantuvieron su tratamiento original.⁵⁵

1,2 costes más altos para personas que cambiaron su prescripción

1,4 costes médicos más elevados para las personas que interrumpieron su tratamiento

Acceso a los productos biológicos

Los productos biológicos han transformado el tratamiento de las personas que viven con la enfermedad psoriásica, reduciendo el impacto en la capacidad laboral y permitiendo a muchas personas alcanzar una eliminación casi completa de la piel.^{21,50}

Aunque las directrices internacionales recomiendan productos biológicos para psoriasis de moderada a grave, existe una brecha significativa entre estas recomendaciones y el tratamiento disponible para los pacientes en toda América.^{27,51}

En Latinoamérica, las personas con enfermedad psoriásica se enfrentan a varios retos a la hora de acceder y mantener el tratamiento. Estos retos **incluyen los elevados costes del tratamiento, el desperdicio de medicamentos debido a un almacenamiento inadecuado y la falta de adherencia al tratamiento.**

Uno de los principales problemas es la escasa disponibilidad y la falta de cobertura de los tratamientos biológicos, que son esenciales para tratar la psoriasis de moderada a grave. En Brasil, el 22,2 % de los adultos encuestados declararon tener dificultades para acceder a los productos biológicos, mientras que en Chile, esta cifra era mucho mayor, el 67,9 %.⁵¹

El almacenamiento adecuado de los medicamentos biológicos también es motivo de preocupación. Un estudio realizado en Argentina reveló que **el 90 % de los pacientes ambulatorios encuestados desconocían el intervalo de temperatura correcto para almacenar sus medicamentos.** Además, más de la mitad de ellos sufrían con frecuencia cortes de electricidad, lo que alteraba las condiciones de almacenamiento y afectaba a la eficacia de la medicación.⁵⁶

La adherencia al tratamiento es otro reto. Estudios realizados en México, Colombia, Argentina y Brasil revelaron que entre el 14,6 % y el 28,4 % de las personas encuestadas no seguían los planes de tratamiento prescritos.⁵⁷⁻⁶⁰ **La razón más común para interrumpir el tratamiento era la dificultad para acceder a las farmacias y a la medicación.**⁴¹

Legislación presentada en Argentina para promover el acceso a la atención sanitaria

2022

Se incluyó la psoriasis en el programa médico de referencia de Argentina, lo que garantiza la cobertura para tratamientos específicos y costosos para las personas con enfermedad psoriásica.

2023

El gobierno argentino ha implementado normativas adicionales para reforzar el diagnóstico y el tratamiento de la psoriasis, centrándose en mejorar el acceso a los tratamientos y en promover la sensibilización sobre la enfermedad.

Enfermedad psoriásica y enfermedades no transmisibles (ENT)

La identificación y el tratamiento de enfermedades que suelen acompañar a la psoriasis, como las enfermedades cardiovasculares, la obesidad y la diabetes de tipo 2, pueden ayudar a ralentizar la progresión de la enfermedad y mejorar la eficacia de los tratamientos.⁶¹ Un enfoque holístico de estas enfermedades permite a los profesionales sanitarios mejorar los resultados de salud a largo plazo y reducir los costes sanitarios generales.⁶²

Las personas con enfermedad psoriásica tienen un mayor riesgo de desarrollar otras ENT

En 2014, la Asamblea Mundial de la Salud reconoció que las personas con psoriasis corren un mayor riesgo de desarrollar otras afecciones, como enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad.⁶³ Esta relación se ha observado en todos los países de las Américas.^{20,64} Por ejemplo, un estudio realizado en México reveló que las personas con psoriasis tenían una probabilidad significativamente mayor de padecer síndrome metabólico -un conjunto de afecciones que aumentan el riesgo de enfermedades cardíacas y otros problemas de salud (en comparación con las que no padecían psoriasis).⁶⁴

Tratamiento de las comorbilidades en la enfermedad psoriásica

Gestión proactiva de los problemas de salud que a menudo se presentan de forma paralela con la enfermedad psoriásica puede suponer un importante ahorro de costes y un mejor uso de los recursos sanitarios. Las investigaciones demuestran que **las personas con enfermedad psoriásica y otros problemas de salud, como cardiopatías o diabetes, tienen que hacer frente a gastos médicos mucho más elevados** (una media de 2184 dólares más en seis meses) que las que no padecen estas enfermedades.⁶⁵

Además, las personas con enfermedad psoriásica y otras afecciones son hospitalizadas más del doble de veces en el mismo periodo, lo que subraya la importancia de un tratamiento precoz e integral para mejorar los resultados sanitarios y reducir los gastos sanitarios.⁶⁶

Las personas con enfermedad psoriásica tienen un: ^{67, 68}



62 %

de mayor riesgo de **infarto de miocardio o derrame** si su enfermedad es grave



Doble de posibilidades de **desarrollar diabetes tipo 2**



Las personas con enfermedad psoriásica son más propensas a tener **obesidad o un peso corporal más elevado** en comparación con las personas sin la enfermedad psoriásica.⁶⁷ Las probabilidades de padecer obesidad aumentan según la gravedad de la enfermedad psoriásica.

Promover el cambio

La Resolución de la AMS sobre la psoriasis (WHA 67.9), adoptada en la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2014, fue fundamental para defender los derechos de las personas con enfermedad psoriásica. La resolución impulsó la defensa de la enfermedad, lo que dio lugar a que varios países reconocieran las necesidades no cubiertas de las personas que viven con la enfermedad psoriásica.

El éxito de Panamá

Panamá fue clave para que la psoriasis se incluyera en la agenda y fuera reconocida por la AMS. Tras la aprobación de la resolución, la Fundación Panameña de Psoriasis, dirigida por Mónica Chapman, fundadora y presidenta de la asociación, consiguió otra victoria. Los esfuerzos de defensa de la organización condujeron a una ley nacional que reconoce la psoriasis como enfermedad de interés nacional, garantizando la atención médica y promoviendo la investigación, la detección precoz y el tratamiento integral.

"Creo que en la actualidad se han aprobado muchas leyes y se debate el tema. Creo que los médicos también se han especializado más en esta enfermedad, y hemos recibido un poco más de información y apoyo en este momento".

Gabriela Montes
Paciente de Psoriasis de Panamá



Escanee el código QR para explorar todas las historias de éxito, desde la Resolución hasta la Acción Nacional.

El éxito de Puerto Rico

Basándose en la Resolución de la AMS sobre la psoriasis, la Asociación Puertorriqueña de Ayuda al Paciente de Psoriasis (APAPP) consiguió que el gobierno reconociera el 29 de octubre como Día Nacional de Concienciación sobre la Psoriasis.

"La resolución de la AMS ha sido muy importante para sensibilizar a la población de Puerto Rico y garantizar que la comunidad conozca la importancia y la gravedad de la enfermedad."

Leticia López
Directora ejecutiva
de la APAPP de Puerto Rico

El éxito de Argentina

En 2019, Argentina presentó la Resolución de la AMS y el Informe Global de la OMS sobre la psoriasis como documentos de apoyo para abogar ante la Superintendencia de Servicios de Salud de Argentina por la inclusión de la psoriasis y la artritis psoriásica en la lista de enfermedades catastróficas, incluyendo así la enfermedad psoriásica en el fondo de solidaridad de reembolso de la asistencia sanitaria de los sindicatos sociales.

A la hora de tratar las comorbilidades en la psoriasis, las directrices insisten sistemáticamente en la importancia de:^{69,70}



Revisión periódica

Implementación de evaluaciones rutinarias de las comorbilidades más frecuentes en las personas que viven con la enfermedad psoriásica.



Atención integrada

Fomentar la colaboración entre dermatólogos, reumatólogos, médicos de atención primaria y otros especialistas para ofrecer un tratamiento holístico de los pacientes.



Tratamiento personalizado

Ajustar los enfoques terapéuticos en función de la presencia de afecciones comórbidas, para mejorar la eficacia y la seguridad.



Se descubrió que un tercio de las personas

con síntomas articulares de enfermedad psoriásica en Brasil, Argentina, México y Colombia tenían hipertensión, diabetes tipo 2, síndrome metabólico, dislipidemia u obesidad.⁷¹

Joint American Academy of Dermatology–National Psoriasis Foundation guidelines for screening for cardiovascular (CV) risk

Las directrices de la Joint American Academy of Dermatology y la National Psoriasis Foundation recomiendan que los dermatólogos informen a los pacientes de psoriasis sobre su mayor riesgo CV y que garanticen la interacción con su médico de atención primaria o cardiólogo.⁷⁰

Las directrices aconsejan utilizar un multiplicador de 1,5 al calcular la puntuación de riesgo de CV a 10 años para las personas con psoriasis que afecte a más del 10 % de su superficie corporal o que sean candidatas a terapia sistémica o fototerapia.⁶⁹

Investigación colaborativa

Existen diferencias considerables en la carga de psoriasis entre en los distintos grupos demográficos de los países del continente americano.

Un estudio realizado en EE. UU. ha revelado una prevalencia de la psoriasis de:⁷²

3,6 % en personas caucásicas

2,5 % en las personas asiáticas

1,9 % en personas latinas

1,5 % en personas afroamericanas

En Brasil, la prevalencia variaba según las regiones:⁷³

La prevalencia de la psoriasis de los **pueblos indígenas** que viven predominantemente en el norte era del **0,92 %**.

La prevalencia de la psoriasis entre las personas de **ascendencia europea** que viven en el sur y el sureste fue **del 1,88 %**.

La investigación continua es crucial para ayudar a los médicos a elegir los mejores tratamientos y mejorar la vida de las personas con enfermedad psoriásica.⁷⁴ Todavía queda mucho por aprender en América sobre cuántas personas están afectadas y cómo repercute la enfermedad en su salud. En la actualidad se dispone de poca información sobre cómo afectan a las distintas poblaciones la enfermedad psoriásica y otras afecciones relacionadas, como las cardiopatías y la diabetes.

Al reforzar las directrices y recomendaciones médicas, los profesionales sanitarios pueden basarse en pruebas reales para ofrecer una mejor atención. Esto garantiza que los enfoques terapéuticos estén actualizados y se basen en los últimos descubrimientos científicos.

Ampliar la investigación

Las investigaciones actuales sugieren que la enfermedad psoriásica es menos común en Latinoamérica y el Caribe que en Norteamérica.⁸ Sin embargo, los estudios realizados en Argentina, Brasil y Colombia muestran diferencias significativas en la prevalencia, a veces más de 20 veces superior en un país que en otro. Estas variaciones dificultan la comparación precisa de las regiones.⁶

Para comprender y abordar mejor estas diferencias, es importante desarrollar bases de datos sanitarias completas en toda la región. Estas bases de datos pueden servir de apoyo a futuras investigaciones y mejorar las decisiones clínicas.^{22,75} Además, **es necesario realizar estudios a largo plazo para recopilar datos más precisos sobre poblaciones infrarrepresentadas e identificar y superar las barreras a la atención sanitaria.**⁷⁴

Estandarización de herramientas

Las directrices, recomendaciones y registros nacionales estandarizados son herramientas esenciales para mejorar el tratamiento de la enfermedad psoriásica en el continente americano. Garantizan que las personas con enfermedad psoriásica reciban una atención de alta calidad y basada en la evidencia, al tiempo que apoyan los esfuerzos de investigación y la optimización del sistema sanitario.

Red multinacional de la enfermedad psoriásica en defensa de la seguridad y datos de eficacia

Como en muchos países, las patentes de algunos medicamentos biológicos ya han expirado o expirarán pronto. Como resultado, los biosimilares (alternativas asequibles a los tratamientos más costosos) son cada vez más populares en toda la región.

Ofrecen una opción rentable, haciendo más accesible el tratamiento avanzado para los pacientes. Sin embargo, a pesar de la creciente demanda, la adopción de biosimilares en América Latina afronta varios desafíos, entre ellos:⁷⁶



Marcos normativos diferentes en la región



Sensibilización y aceptación limitadas entre las partes interesadas de la sanidad



Sistemas de control de la seguridad insuficientes

Recomendaciones nacionales para el cribado de la tuberculosis latente

En muchos países de América Latina, el cribado anual sistemático de la infección tuberculosa latente (ITBL) no está incluido en las directrices sanitarias nacionales.⁷⁷ Se trata de una preocupación importante, ya que el tratamiento con determinados agentes biológicos, en particular los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), se asocia a un mayor riesgo de tuberculosis (TB), y por tanto se recomienda el cribado y el tratamiento para la ITBL en personas sometidas a dicho tratamiento.

Las directrices de organizaciones como el American College of Rheumatology recomiendan repetir anualmente las pruebas de detección de la ITBL.⁷⁸ Sin embargo, muchos países latinoamericanos no siguen esta práctica, lo que presenta riesgos.

Esta laguna en las políticas sanitarias pone de manifiesto la urgente necesidad de estandarizar los procedimientos de cribado para proteger a las personas con enfermedad psoriásica y garantizar que reciban el tratamiento más seguro posible.

Prevalencia de **tuberculosis latente** en personas con psoriasis:

Argentina⁷⁹

16 %

Venezuela⁸⁰

10,4 %

Prevalencia de **tuberculosis latente** en personas con artritis psoriásica:

Latinoamérica^{41, 81}

35,7 %

EE. UU.⁸²

4,4 %

Cobertura sanitaria universal



La cobertura sanitaria universal (CSU) garantiza que todas las personas, independientemente de su edad, sexo, situación financiera o nivel de vida, puedan acceder a los servicios sanitarios que necesitan sin pasar apuros económicos.

La CSU abarca diversos servicios, como la atención neonatal, infantil y adolescente, la atención sexual y reproductiva, la salud materna, la promoción de la salud, la prevención, las enfermedades transmisibles y las ENT, y los cuidados paliativos. El objetivo de la cobertura sanitaria universal es proporcionar servicios sanitarios asequibles y de alta calidad a todos, garantizando que nadie se quede atrás y que los gastos sanitarios no empujen a las personas a la exclusión o la pobreza.

La cobertura sanitaria universal será fundamental en los debates en la cuarta Reunión de alto nivel sobre ENT prevista para septiembre de 2025

La Reunión de alto nivel se centrará en integrar la prevención y el control de las ENT en la CSU, con la intención de reforzar los sistemas sanitarios a nivel mundial y reducir la carga de las ENT.

Características principales de CSU

Igualdad de acceso: Garantiza que las poblaciones marginadas y pobres reciban los servicios sanitarios necesarios.

Calidad de la atención sanitaria: Los servicios sanitarios deben ser de alta calidad, incluyendo estrategias de prevención precisas y un diagnóstico rápido y correcto, así como las intervenciones necesarias.

Asequibilidad: Los servicios sanitarios deben ser asequibles, evitando las dificultades financieras debidas a los gastos sanitarios.

Universalismo progresivo: Los países pueden empezar con intervenciones esenciales e ir ampliando la cobertura a medida que dispongan de más recursos.

La enfermedad psoriásica y la CSU

La enfermedad psoriásica es una enfermedad crónica que dura toda la vida y que afecta considerablemente a la vida de las personas. La CSU es crucial para los enfermos psoriásicos por varias razones:

Acceso a una atención integral: La cobertura sanitaria universal garantiza el acceso a una amplia gama de servicios sanitarios, como la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, que son esenciales para gestionar las ENT, incluida la enfermedad psoriásica.

Protección financiera: La CSU previene las dificultades económicas reduciendo los gastos de tratamientos y medicamentos, que pueden ser excepcionalmente elevados en el caso de enfermedades crónicas como la psoriasis.

Administración holística: La CSU promueve un modelo de atención sanitaria centrado en la persona, abordando no solo los síntomas físicos de la enfermedad, sino también los problemas de salud mental asociados, como el estrés, la ansiedad y la depresión.

Equidad e inclusión: La CSU tiene como objetivo proporcionar un acceso equitativo a los servicios sanitarios, garantizando que las poblaciones vulnerables, incluidas las que padecen la enfermedad psoriásica, reciban la atención que necesitan sin discriminación.

Formar al personal sanitario: La CSU hace hincapié en la importancia de contar con un personal sanitario bien formado, capaz de tratar afecciones complejas como la psoriasis, garantizando un diagnóstico a tiempo y un tratamiento eficaz.

Acceso a los medicamentos: La cobertura sanitaria universal mejora la disponibilidad y asequibilidad de los medicamentos esenciales, incluidos los tratamientos avanzados para la enfermedad psoriásica, garantizando que los pacientes reciban la mejor atención posible.

La cobertura sanitaria universal es un compromiso vital para lograr la salud y el bienestar de todos, incluidos los enfermos psoriásicos. Al garantizar el acceso a servicios sanitarios completos, de alta calidad y asequibles, la cobertura sanitaria universal ayuda a gestionar las complejidades de la enfermedad psoriásica, reduce las cargas financieras y promueve una población más sana y productiva.

La declaración política sobre la cobertura sanitaria universal, junto con la Resolución de la AMS sobre la psoriasis y el Informe mundial de la OMS sobre la psoriasis, proporcionan un marco sólido para abogar por una mejor atención y una vida mejor para las personas con enfermedad psoriásica en todo el mundo.

Escanee el código QR para acceder los recursos de promoción de la CSU de la IFPA.



¿Y AHORA QUÉ?

Objetivos clave de la IFPA



Los enfermos psoriásicos se enfrentan a importantes dificultades para acceder a un diagnóstico a tiempo, un tratamiento eficaz y una atención integral. Muchos se enfrentan a diagnósticos tardíos, opciones de tratamiento limitadas, barreras económicas y falta de concienciación y apoyo en sus comunidades. Estas necesidades insatisfechas repercuten en su salud física, así como en su bienestar general y en su calidad de vida.

Basándonos en la Resolución de la AMS sobre la psoriasis y en las recomendaciones del Informe mundial de la OMS sobre la psoriasis, pedimos que se tomen medidas urgentes para hacer frente a estos retos. Nuestros esfuerzos se centran en tres áreas clave para garantizar que todos los enfermos psoriásicos, independientemente de dónde vivan o de su situación económica, puedan recibir la atención sanitaria que necesitan para vivir una vida más sana y plena.

Acceso equitativo al diagnóstico precoz y tratamiento de calidad

Los recursos y programas deben ser fácilmente accesibles para los profesionales sanitarios de las zonas insuficientemente atendidas, garantizando que todas las personas, independientemente de su lugar de residencia, dispongan de una atención adecuada y de opciones de tratamiento de calidad. Para promover un acceso equitativo, las políticas deben eliminar las barreras financieras y garantizar que las terapias emergentes estén al alcance de todos los pacientes, independientemente de su estatus socioeconómico.

Acceso equitativo para todas las personas que viven con ENT

Promover la integración de la enfermedad psoriásica, junto con otras ENT, en los marcos de la cobertura sanitaria universal es esencial para garantizar un acceso equitativo. Esto debería combinarse con modelos de atención integrada para la enfermedad psoriásica y las ENT, con el fin de proporcionar un apoyo integral a quienes más lo necesitan. También son necesarias campañas de promoción y sensibilización para educar a los enfermos psoriásicos y al público en general sobre estas enfermedades, destacándolas como enfermedades graves.

Investigación colaborativa para acabar con las lagunas de conocimientos y mejorar la atención sanitaria

Se necesitan iniciativas de investigación multidisciplinarias, inversión en investigación y colaboración entre los investigadores y la comunidad sanitaria para realizar estudios sobre los distintos aspectos de la enfermedad psoriásica, incluida su prevalencia, disponibilidad y acceso a la atención sanitaria.

También es fundamental reforzar y normalizar las directrices, las recomendaciones y los registros nacionales para ofrecer una atención integral basada en pruebas y un tratamiento actualizado.

VISIÓN Y MIEMBROS DE LA IFPA EN AMÉRICA

Nuestra visión y misión

Fundada en 1971, la IFPA es la federación internacional de asociaciones de la enfermedad psoriásica. Es la única organización mundial que representa y une a todas las personas que viven con la enfermedad psoriásica, independientemente de dónde vivan, el tipo de enfermedad psoriásica que padezcan o cómo repercute en sus vidas.

Nuestra visión

Un futuro en el que todas las personas con enfermedad psoriásica gocen de buena salud y bienestar, sin estigmas ni discapacidades y comorbilidades evitables.

Nuestra misión

Unir, fortalecer y liderar a la comunidad mundial de la enfermedad psoriásica para mejorar la vida de todas las personas afectadas.

Agradecimientos

ORGANIZACIONES MIEMBRO DE IFPA EN TODO EL CONTINENTE AMERICANO

MIEMBROS DE PLENO DERECHO

ARGENTINA

Silvia Fernández Barrio y Martín Petrocco
Asociación Civil para el Enfermo de Psoriasis (AEPSO)

BRASIL

Gladis Lima de Souza
y José Célio Peixoto Silveira
Psoríase Brasil

CANADÁ

Helen Crawford
Psoriasis Canada

COLOMBIA

Guillermo Gutiérrez
Fundapso

REPÚBLICA DOMINICANA

Steffanie Marie Camilo Tertulien
y Feliciano Peralta
Fundación de Apoyo a Pacientes con Psoriasis (FUNAPAPSO)

EL SALVADOR

Evelyn Roxana Azucena de Aguirre
Psoriasis Nueva Vida El Salvador (PSONUVES)

PANAMÁ

Mónica Chapman y Yuythel Aguilar
Fundación Psoriasis de Panamá

PERÚ

María del Pilar Aranibar
Asociación de psoriasis y artritis psoriásica (APAPSO)

PUERTO RICO

Leticia López
Asociación Puertorriqueña de Ayuda al Paciente de Psoriasis (APAPP)

ESTADOS UNIDOS

Leah McCormick Howard
y Kathleen L. Gallant
National Psoriasis Foundation (NPF)

URUGUAY

Gustavo Di Genio
Asociación Psoriasis Uruguay (APSUR)

MIEMBROS ASOCIADOS

CANADÁ

Brenda Delodder
Canadian Spondylitis Association (CSA)

NUESTROS SOCIOS

Dra. Claudia de la Cruz (Chile)
y el Dr. Cesar Gonzales (Colombia)
Consejo Internacional de Psoriasis (IPC)

Referencias

1. Daugaard C, Iversen L, Hjuler KF. Comorbidity in Adult Psoriasis: Considerations for the Clinician. *Psoriasis (Auckl)*. 2022;12:139-150.
2. Au SC, Madani A, Alhaddad M, Alkofide M, Gottlieb AB. Comparison of the efficacy of biologics versus conventional systemic therapies in the treatment of psoriasis at a comprehensive psoriasis care center. *Journal of drugs in dermatology: JDD*. 2013;12(8):861-866.
3. IFPA. Our Cause. <https://ifpa-pso.com/about-ifpa/our-cause>. Publicado en 2025. Consultado en febrero de 2025.
4. Mayo Clinic. Psoriasis. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/psoriasis/diagnosis-treatment/drc-20355845>. Publicado en 2024. Consultado en enero de 2025.
5. Psoriasis Canada (PsoCan). *PSO SERIOUS 2024: A Report on Access to Care and Treatment for Psoriatic Disease in Canada*. 2024.
6. Lembke S, Macfarlane GJ, Jones GT. The worldwide prevalence of psoriatic arthritis—a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*. 2024;63(12):3211-3220.
7. Global Psoriasis Atlas (GPA). Explore the data: Prevalence Heat Map. <https://www.globalpsoriasisatlas.org/en/explore/prevalence-heatmap>. Publicado en 2021. Consultado en diciembre de 2024.
8. Hernández-Vásquez A, Molinari L, Larrea N, Ciapponi A. Psoriasis in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*. 2017;31(12):1991-1998.
9. Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths CEM, Ashcroft DM. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *BMJ*. 2020;369:m1590.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe mundial sobre la psoriasis*. 2016.
11. Silva JBD, Wright AK, Carvalho AVE, Griffiths CEM, Ashcroft DM. Experience of living with psoriasis in Brazil: a Global Psoriasis Atlas online survey. *Int J Dermatol*. 2024.
12. Network CP, Patients CAoP. Unmasking Psoriasis. Better Workplaces for People with Psoriasis and Psoriatic Arthritis in Canada. Publicado en 2022. Consultado en enero de 2025. https://workingitout.ca/doclink/working-it-out-key-messages/evJ0eXAiOJKV1QILC-JhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWUiOiJ3b3JraW55n-LWlOLW91c2R1ZXRkbWVwZmZlcnZlcnR1ZjYX-OUiQ0E2NjYxMjY5NDk3MmV4c2I6MTY2NjlxMz-M00X0.oHM62RUx06KAw_uv4-NDfDsZDbta-ji2-ik_QyVaRoDs
13. Bhosle MJ, Kulkarni A, Feldman SR, Balkrishnan R. Quality of life in patients with psoriasis. *Health and quality of life outcomes*. 2006;4:35.
14. Wu Y, Mills D, Bala M. Impact of psoriasis on patients' work and productivity: a retrospective, matched case-control analysis. *Am J Clin Dermatol*. 2009;10(6):407-410.
15. Kavanaugh A, Helliwell P, Ritchlin CT. Psoriatic Arthritis and Burden of Disease: Patient Perspectives from the Population-Based Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (MAPPA) Survey. *Rheumatol Ther*. 2016;3(1):91-102.
16. Lopes N, Romiti R, Pietri G, et al. Assessing the Economic and Humanistic Burden of Psoriatic Arthritis in Brazil. *Value in Health*. 2017;20(9):A940.
17. da Silva Souza C, Goldenstein-Schainberg C, Alvarenga Anti Loduca Lima SM, Spelling Gormezano N, Ferreira Magalhães R, Ranza R. Clinical Specialty Setting as Determinant of Management of Psoriatic Arthritis: A Cross-Sectional Brazilian Study. *J Clin Rheumatol*. 2022;28(3):120-125.
18. Schaefer CP, Cappelleri JC, Cheng R, et al. Health care resource use, productivity, and costs among patients with moderate to severe plaque psoriasis in the United States. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2015;73(4):585-593.e583.
19. Ponce-Rodríguez M, Mendoza R. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con psoriasis en un hospital nacional. *Dermatol Perú*. 2012;22(3):144-150.
20. Valenzuela F, Silva P, Valdés MP, Papp K. Epidemiology and quality of life of patients with psoriasis in Chile. *Actas dermo-sifiliográficas*. 2011;102(10):810-816.
21. Mattei PL, Corey KC, Kimball AB. Psoriasis Area Severity Index (PASI) and the Dermatology Life Quality Index (DLQI): the correlation between disease severity and psychological burden in patients treated with biological therapies. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*. 2014;28(3):333-337.
22. Brezinski EA, Dhillon JS, Armstrong AW. Economic Burden of Psoriasis in the United States: A Systematic Review. *JAMA dermatology*. 2015;151(6):651-658.
23. COLAPPIEL. Survey of unmet needs in patients with skin diseases in the LATAM region. 2024.
24. Haroon M, Gallagher P, FitzGerald O. Diagnostic delay of more than 6 months contributes to poor radiographic and functional outcome in psoriatic arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*. 2015;74(6):1045-1050.
25. Hsu DY, Gordon K, Silverberg JI. The inpatient burden of psoriasis in the United States. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2016;75(1):33-41.
26. Bell MA, Whang KA, Thomas J, Aguh C, Kwatra SG. Racial and Ethnic Disparities in Access to Emerging and Frontline Therapies in Common Dermatological Conditions: A Cross-Sectional Study. *Journal of the National Medical Association*. 2020;112(6):650-653.
27. Kerr GS, Qaiyumi S, Richards J, et al. Psoriasis and psoriatic arthritis in African-American patients—the need to measure disease burden. *Clinical rheumatology*. 2015;34:1753-1759.
28. Barraza-Lloréns M, Panopoulou G, Díaz BY. Income-related inequalities and inequities in health and health care utilization in Mexico, 2000-2006. *Revista panamericana de salud pública*. 2013;33:122-130.
29. Ruiz Gómez F, Zapata Jaramillo T, Garavito Beltrán L. Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003-2008. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2013;33:107-115.
30. Vásquez F, Paraje G, Estay M. Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000-2009. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2013;33:98-106.
31. Petrerá M, Valdivia M, Jimenez E, Almeida G. Equity in health and health care in Peru, 2004-2008. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2013;33:131-136.
32. García-Ramírez J, Nikoloski Z, Mossialos E. Inequality in healthcare use among older people in Colombia. *International journal for equity in health*. 2020;19:1-15.
33. Palacios A, Espinola N, Rojas-Roque C. Need and inequality in the use of health care services in a fragmented and decentralized health system: evidence for Argentina. *International journal for equity in health*. 2020;19:1-14.
34. González C, Triunfo P. Horizontal inequity in the use and access to health care in Uruguay. *International Journal for Equity in Health*. 2020;19:1-13.
35. Coube M, Nikoloski Z, Mrejen M, Mossialos E. Persistent inequalities in health care services utilisation in Brazil (1998–2019). *International Journal for Equity in Health*. 2023;22(1):25.
36. Gladman DD, Thavaneswaran A, Chandran V, Cook RJ. Do patients with psoriatic arthritis who present early fare better than those presenting later in the disease? *Annals of the rheumatic diseases*. 2011;70(12):2152-2154.
37. Tillett W, Jadon D, Shaddick G, et al. Smoking and delay to diagnosis are associated with poorer functional outcome in psoriatic arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*. 2013;72(8):1358-1361.
38. da Silva MRR, Dos Santos JBR, Almeida AM, Alvares-Teodoro J, Kakehasi AM, Accurcio FA. Access to high-cost medications for psoriatic arthritis in the National Health System in Brazil: the long path up to dispensation. *Adv Rheumatol*. 2019;59(1):48.
39. Widdifield J, Bernatsky S, Thorne JC, et al. Wait times to rheumatology care for patients with rheumatic diseases: a data linkage study of primary care electronic medical records and administrative data. *CMAJ Open*. 2016;4(2):E205-212.
40. Walsh JA, Pei S, Penmetsa GK, et al. Treatment Patterns with Disease-Modifying Antirheumatic Drugs in U.S. Veterans with Newly Diagnosed Rheumatoid Arthritis, Psoriatic Arthritis, or Ankylosing Spondylitis. *J Manag Care Spec Pharm*. 2019;25(11):1218-1228.
41. Ribeiro AL, Dullius L, Sartori NS, et al. Challenges in the Management of Psoriatic Arthritis in Latin America: A Systematic Review. *Clinical therapeutics*. 2023;45(9):860-867.
42. Canadian Psoriasis Network. Findings from a 2022 Survey of People with Psoriatic Disease in Canada and their Caregivers Information for Healthcare Providers. https://www.canadianpsoriasisnetwork.com/wp-content/uploads/2022/11/CPN-2022-Survey-HCP-infographic_digital2.pdf. Publicado en 2022. Consultado en enero de 2025.
43. McMullen E, Kirshen C. Solutions for Addressing the Dermatologist Shortage in Rural Canada: A Review of the Literature. *Journal of cutaneous medicine and surgery*. 2024;28(4):365-369.
44. Borzutzky A, Larco JI, Luna PC, et al. Atopic Dermatitis in Latin America: A Roadmap to Address Data Collection, Knowledge Gaps, and Challenges. *Dermatitis*. 2022;33(6s):S83-s91.
45. Schmitt JV, Miot HA. Distribution of Brazilian dermatologists according to geographic location, population and HDI of municipalities: an ecological study. *An Bras Dermatol*. 2014;89(6):1013-1015.
46. Fernández-Ávila DG, Patino-Hernandez D, Kowalskii S, et al. Current status of the rheumatologists' workforce in Latin America: a PANLAR collaborative study. *Clin Rheumatol*. 2021;40(7):2913-2920.
47. Psoriasis Canada. *PSO SERIOUS 2024: A Report on Access to Care and Treatment for Psoriatic Disease in Canada*. 2024.
48. Quiroz-Vergara JC, Morales-Sánchez MA, Castillo-Rojas G, et al. [Diagnóstico tardío de psoriasis: motivos y consecuencias]. *Gac Med Mex*. 2017;153(3):335-343.
49. Ossana Schoenardie B, Oliveira Almeida R, Hanemann T, Ossana Schoenardie A, Ribeiro AL, Catucci Boza J. Unmet needs in the management of psoriasis in Latin America: a systematic review. *An Bras Dermatol*. 2024;99(2):244-258.

50. Scheinberg M, Conaghan PG, Alten R, et al. Psoriatic Arthritis Limits Patients' Ability to Contribute to Society As Part of the Workforce: Results from A Multi-National Survey Including Latin America. *Value in Health*. 2017;20(9):A903.
51. Maul JT, Fröhlich F, Maul LV, et al. Access to psoriasis treatment in Brazil and Chile: A cross-sectional multicentre Global Healthcare Study on Psoriasis. *The British Journal of Dermatology*. 2023;188(4):533-541.
52. Snoeck Henkemans SVJ, de Jong PHP, Luime JJ, et al. Window of opportunity in psoriatic arthritis: the earlier the better? *RMD open*. 2024;10(1).
53. Khalid JM, Globe G, Fox KM, Chau D, Maguire A, Chiou CF. Treatment and referral patterns for psoriasis in United Kingdom primary care: a retrospective cohort study. *BMC dermatology*. 2013;13:9.
54. Driessen RJ, Bisschops LA, Adang EM, Evers AW, Van De Kerkhof PC, De Jong EM. The economic impact of high-need psoriasis in daily clinical practice before and after the introduction of biologics. *The British Journal of Dermatology*. 2010;162(6):1324-1329.
55. Feldman SR, Tian H, Wang X, Germino R. Health Care Utilization and Cost Associated with Biologic Treatment Patterns Among Patients with Moderate to Severe Psoriasis: Analyses from a Large U.S. Claims Database. *J Manag Care Spec Pharm*. 2019;25(4):479-488.
56. Saavedra MA, Aimo C, Andrade JA, Alvarez D, Sequeira G, Kerzberg E. Survey on transportation and storage of biological therapies by patients. *European Journal of Rheumatology*. 2019;6(2):94.
57. Soriano ER, Zazzetti F, Alves Pereira I, et al. Physician-patient alignment in satisfaction with psoriatic arthritis treatment in Latin America. *Clin Rheumatol*. 2020;39(6):1859-1869.
58. Dabés CG, Almeida AM, Acurcio Fde A. [Non-adherence to biological therapy in patients with rheumatic diseases in the Brazilian Unified National Health System in Minas Gerais State, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2015;31(12):2599-2609.
59. Ferreira MF, Kohem CL, Xavier RM, et al. Treating psoriatic arthritis to target: discordance between physicians and patients' assessment, non-adherence, and restricted access to drugs precluded therapy escalation in a real-world cohort. *Clin Rheumatol*. 2019;38(3):961-968.
60. Souza AF, Silva MRD, Santos JBD, Almeida AM, Acurcio FA, Alvares-Teodoro J. Medication adherence and persistence of psoriatic arthritis patients treated with biological therapy in a specialty pharmacy in Brazil: a prospective observational study. *Pharm Pract (Granada)*. 2021;19(2):2312.
61. Vega-Morales D, Garza-Alpírez A, Martínez-Guerra MF, Montoya-Montes AE. Prevalence of comorbidities and use of medication in psoriatic arthritis patients: findings from a Mexican cohort. *Revista Colombiana de Reumatología*.
62. Campanholo CB, Maharaj AB, Corp N, et al. Management of Psoriatic Arthritis in Patients With Comorbidities: An Updated Literature Review Informing the 2021 GRAPPA Treatment Recommendations. *The Journal of Rheumatology*. 2023;50(3):426-432.
63. Organización Mundial de la Salud (OMS). *SEA/RC67/24-Key issues arising out of the Sixty-seventh World Health Assembly and the 134th and 135th sessions of the WHO Executive Board*. OMS, Oficina regional para el sudeste asiático, 2014.
64. Espinoza Hernández CJ, Lacy Niebla RM, Soto López ME, Kresch Tronik NS, Vega-Memije ME. [Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis]. *Gac Med Mex*. 2014;150(4):311-316.
65. Kimball AB, Guérin A, Tsaneva M, et al. Economic burden of comorbidities in patients with psoriasis is substantial. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV*. 2011;25(2):157-163.
66. Stern RS. Inpatient hospital care for psoriasis: a vanishing practice in the United States. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2003;49(3):445-450.
67. Coalición Mundial contra la Psoriasis e IFPA. *En el interior de la enfermedad psoriásica: Enfermedades cardiovasculares*. 2020.
68. Coalición Mundial contra la Psoriasis e IFPA. *En el interior de la enfermedad psoriásica: Diabetes*. 2020.
69. Coates LC, Soriano ER, Corp N, et al. El Grupo de Investigación y Evaluación de la Psoriasis y la Artritis Psoriásica (GRAPPA): recomendaciones de tratamiento actualizadas de 2021. *Nature Reviews Rheumatology*. 2022;18(8):465-479.
70. Elmets CA, Leonardi CL, Davis DM, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with awareness and attention to comorbidities. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2019;80(4):1073-1113.
71. Bautista-Molano W, Ibatá L, Martínez S, Chacón A. Burden of Disease in Psoriatic Arthritis in Latin America: a Systematic Literature Review. *Clin Rheumatol*. 2024;43(2):677-693.
72. Armstrong AW, Mehta MD, Schupp CW, Gondo GC, Bell SJ, Griffiths CEM. Psoriasis Prevalence in Adults in the United States. *JAMA dermatology*. 2021;157(8):940-946.
73. Romiti R, Amoné M, Menter A, Miot HA. Prevalence of psoriasis in Brazil – a geographical survey. *International Journal of Dermatology*. 2017;56(8):e167-e168.
74. Liu J, Thatiparthi A, Martin A, Egeberg A, Wu JJ. Prevalence of psoriasis among adults in the US 2009-2010 and 2013-2014 National Health and Nutrition Examination Surveys. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2021;84(3):767-769.
75. Levy AR, Davie AM, Brazier NC, et al. Economic burden of moderate to severe plaque psoriasis in Canada. *Int J Dermatol*. 2012;51(12):1432-1440.
76. AJMC. Boosting Health Care Sustainability: The Role of Biosimilars in Latin America. <https://www.centerforbiosimilars.com/view/boosting-health-care-sustainability-the-role-of-biosimilars-in-latin-america>. Publicado en 2024. Consultado en enero de 2025.
77. Penna G. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. *Brasília: Ministério da Saúde*. 2011.
78. Singh JA, Furst DE, Bharat A, et al. 2012 update of the 2008 American College of Rheumatology recommendations for the use of disease-modifying antirheumatic drugs and biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64(5):625-639.
79. Figueroa P BC, Parigini A, Eimer I, Suar I, De Pablo A, Busso C, . Prevalence and incidence of latent tuberculosis in patients with moderate to severe psoriasis under systemic treatment in the Dermatology Service of the Hospital Universitario Austral. <https://www.wcd2019milan-dl.org/abstract-book/documents/abstracts/35-psoriasis/prevalence-and-incidence-of-latent-2177.pdf>. Publicado en 2019. Consultado en diciembre de 2024.
80. Rojano Rada J, Terán Pereira P, López Grassa L. Clinical and epidemiological characterization of patients with psoriasis and the prescription of biological therapy in Venezuela: a cross-sectional study. *Medwave*. 2020;20(10):e8064.
81. Garziera G, Morsch ALB, Otesbelgue F, et al. Latent tuberculosis infection and tuberculosis in patients with rheumatic diseases treated with anti-tumor necrosis factor agents. *Clin Rheumatol*. 2017;36(8):1891-1896.
82. Mancuso JD, Diffenderfer JM, Ghassemieh BJ, Horne DJ, Kao TC. The Prevalence of Latent Tuberculosis Infection in the United States. *Am J Respir Crit Care Med*. 2016;194(4):501-509.

IFPA
FORUM
AMERICAS 2025