



Acceso a la atención sanitaria y detección precoz de la enfermedad psoriásica

El tratamiento de la enfermedad psoriásica requiere un acceso equitativo a la atención sanitaria y una detección precoz. En toda América, las variaciones en los sistemas sanitarios y la asequibilidad de los tratamientos subrayan la necesidad de soluciones a medida.

Los afroamericanos utilizan menos productos biológicos que los caucásicos, a pesar de que tienen enfermedades más graves¹

El 13,3 %
de afroamericanos

El 46,2 %
de personas caucásicas



El 26 %

de las personas que viven en Latinoamérica con enfermedades que afectan a la piel tardan entre **2 y 10 horas en desplazarse** para acudir a cada cita sanitaria.²

Acceso equitativo a la atención sanitaria

Muchas personas con enfermedad psoriásica que viven en el continente americano se enfrentan a grandes obstáculos para acceder a los servicios sanitarios debido a factores socioeconómicos como los ingresos, la raza y la cobertura del seguro.³ En EE. UU., las personas con ingresos más bajos o un seguro inadecuado corren un mayor riesgo de hospitalización.³ En Latinoamérica, las personas con seguro privado tienen muchas más probabilidades de buscar atención médica que las que dependen de la sanidad pública.⁴

Diagnóstico y tratamiento tempranos

El diagnóstico y el tratamiento tempranos son esenciales para mejorar los resultados sanitarios y la calidad de vida de las personas que padecen enfermedad psoriásica.⁵ En el caso de la artritis psoriásica, retrasar la visita al médico tan solo seis meses puede provocar daños irreversibles en las articulaciones y discapacidades a largo plazo.⁶ La escasez de dermatólogos y reumatólogos es cada vez mayor en todo el mundo, especialmente en las zonas rurales. Como consecuencia, muchos pacientes se enfrentan a largos tiempos de espera y tienen que recorrer grandes distancias para recibir la atención que necesitan.^{7,8}

Acceso a los productos biológicos

Los tratamientos biológicos proporcionan resultados significativamente mejores para las personas con la enfermedad psoriásica⁹, pero siguen existiendo diferencias notables entre las terapias recomendadas y su disponibilidad en el mundo real en todo el continente americano.¹⁰ Las barreras para el acceso incluyen los altos costes del tratamiento, la escasa adherencia al tratamiento, la cobertura limitada de los seguros médicos y los problemas de almacenamiento.^{10,11}

Objetivos clave

Hacer frente a las disparidades en el acceso a la atención sanitaria y la detección precoz para la enfermedad psoriásica requiere un enfoque multidisciplinar. Responsables políticos, profesionales sanitarios y los grupos de defensa del paciente deben colaborar para:

Mejorar la capacidad del sistema sanitario

Aumentar la sensibilización y llegar a las comunidades marginadas.

Reforzar las infraestructuras sanitarias en las zonas insuficientemente atendidas.

Ampliar las iniciativas de telemedicina para facilitar las consultas a distancia.

Garantizar la asequibilidad y accesibilidad de los tratamientos

Mejorar la cobertura de los seguros y la asequibilidad de los tratamientos.

Aumentar la financiación y las subvenciones para los tratamientos biológicos.

Mejorar el acceso a las farmacias y la logística de distribución.

Promover el diagnóstico precoz a través de la atención primaria

Reforzar las directrices sobre la enfermedad psoriásica en atención primaria.

Proporcionar formación dermatológica mejorada para médicos de cabecera.

Educar a los pacientes sobre el uso adecuado de la medicación, su conservación y cumplimiento.



1. Kerr GS, Qaiyumi S, Richards J, et al. Psoriasis and psoriatic arthritis in African-American patients—the need to measure disease burden. *Reumatología clínica*. 2015;34:1753-1759.
2. COLAPPIEL. Encuesta sobre necesidades no cubiertas en pacientes con enfermedades cutáneas en la región de LATAM. 2024;
3. Hsu DY, Gordon K, Silverberg JI. The inpatient burden of psoriasis in the United States. *J Am Acad Dermatol*. Jul 2016;75(1):33-41. doi:10.1016/j.jaad.2016.03.048
4. 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*. 2023/02/02 2023;22(1):25. doi:10.1186/s12939-023-01828-3
5. 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? *Ann Rheum Dis*. Dic 2011;70(12):2152-4. doi:10.1136/ard.2011.150938
6. Haroon M, Gallagher P, FitzGerald O. Diagnostic delay of more than 6 months contributes to poor radiographic and functional outcome in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. Jun 2015;74(6):1045-50. doi:10.1136/annrheumdis-2013-204858
7. McMullen E, Kirshen C. Solutions for Addressing the Dermatologist Shortage in Rural Canada: A Review of the Literature. *J Cutan Med Surg*. Jul-Ago 2024;28(4):365-369. doi:10.1177/12034754241247521
8. Schmitt JV, Miot HA. Distribution of Brazilian dermatologists according to geographic location, population and HDI of municipalities: an ecological study. *An Bras Dermatol*. Nov-Dic 2014;89(6):1013-5. doi:10.1590/abd1806-4841.20143276
9. 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. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. Mar 2014;28(3):333-7. doi:10.1111/jdv.12106
10. Maul J-T, Fröhlich F, Maul LV, et al. Access to psoriasis treatment in Brazil and Chile: A cross-sectional multicentre Global Healthcare Study on Psoriasis. *British Journal of Dermatology*. 2023;188(4):533-541. doi:10.1093/bjd/ljac128
11. Soriano ER, Zazzetti F, Alves Pereira I, et al. Physician-patient alignment in satisfaction with psoriatic arthritis treatment in Latin America. *Clin Rheumatol*. Jun 2020;39(6):1859-1869. doi:10.1007/s10067-019-04870-1