

Compromiso y vocación

Las enfermedades reumáticas suponen un alto coste emocional y económico para la persona que las sufre, su entorno familiar y laboral. Al mismo tiempo, tienen un impacto importante en la sociedad española y el Sistema Nacional de Salud.

Estas patologías están íntimamente ligadas a los determinantes sociales de la salud, especialmente marcadas por el envejecimiento, el género, el entorno social y el ámbito territorial, produciéndose situaciones de inequidad en los accesos a servicios sanitarios que cuenten con especialistas de Reumatología que puedan tratar de forma adecuada a las personas con enfermedades reumáticas musculoesqueléticas y autoinmunes sistémicas.

Cerca de 11 millones de personas sufren alguna enfermedad reumática en España¹.

Desde la Sociedad Española de Reumatología (SER) mostramos nuestra profunda preocupación por el futuro próximo de estos pacientes debido a la alta prevalencia de estas patologías, que va a continuar aumentando en los próximos años por el devenir demográfico de nuestro país, y nos ofrecemos a ser parte de la solución.

En este sentido, queremos trabajar conjuntamente con las administraciones públicas para paliar las inequidades sociales en la salud y conseguir la mejor atención para los pacientes reumáticos, utilizando de manera eficaz los recursos sanitarios y velando por la estabilidad y continuidad del Sistema Público de Salud.

Las enfermedades musculoesqueléticas y autoinmunes sistémicas afectan a 1 de cada 4 adultos en España²

1

Hay más de 200 enfermedades reumáticas. Afectan a huesos, músculos y articulaciones, así como a órganos vitales, pudiendo incluso causar la muerte.

La artritis reumatoide, la gota, la espondilitis anquilosante, el lupus eritematoso sistémico, las vasculitis, la fibromialgia, la osteoporosis y la artrosis son algunas de las más conocidas por la población.

2

Pueden afectar a cualquier rango de edad, desde niños hasta personas mayores³.

Aún se desconocen las causas que explican su aparición⁴. Pueden producir dolor, inflamación, rigidez, limitación de movimiento y deformidad, lo que disminuye la calidad de vida de estas personas, más aún que enfermedades de pulmón y corazón⁵.

3

La morbilidad es muy elevada y tienen una alta carga de comorbilidad, con el consiguiente deterioro de la calidad de vida del paciente⁶.

4

Suponen la primera causa de incapacidad en España. Son responsables del 24% de las discapacidades temporales y el 50% de las discapacidades permanentes⁷.

5

La gravedad de muchas de estas patologías causan una disminución de la esperanza de vida, especialmente las enfermedades inflamatorias y autoinmunes, dada la gravedad de sus manifestaciones clínicas y algunos efectos secundarios de la terapéutica utilizada⁸.

6

Suponen la segunda causa de consulta en Atención Primaria por su prevalencia y cronicidad.

7

Impactan sustancialmente en el gasto farmacéutico y los costes indirectos derivados de las complicaciones, incapacidad y bajas laborales. El abordaje terapéutico de las enfermedades musculoesqueléticas y autoinmunes sistémicas ha avanzado en los últimos años. Las terapias avanzadas que se utilizan requieren un consumo importante de recursos sanitarios, pero este se minimiza cuando las enfermedades se atienden de forma precoz, antes de que se produzca el daño estructural irreversible que conduce a la discapacidad. El abordaje precoz y el seguimiento estrecho para detectar los brotes inflamatorios y aplicar la estrategia terapéutica adecuada minimizan notablemente los costes directos e indirectos que suponen estas enfermedades. Los costes derivados de una enfermedad mal controlada son muy superiores a una bien controlada.

2. <https://inforeuma.com/a-z-de-las-enfermedades-reumaticas/?st=Enfermedad%20musculoesquelética>

3. Fundación Española de Reumatología. Qué es la Reumatología. [1]

4. Cardiel M. (Octubre, 2011) Presente y futuro de las enfermedades reumáticas en Iberoamérica. ¿Estamos preparados para hacerles frente? Reumatología Clínica. [1]

5. Fundación Española de Reumatología. Qué es la Reumatología. [1]

6. Vermeer M, Kuper HH, Hoekstra M, Haagsma CJ, Posthumus MD, Brus HL, et al. Implementation of a treat-to-target strategy in very early rheumatoid arthritis: Results of the Dutch Rheumatoid Arthritis Monitoring remission induction cohort study. Arthritis & rheumatism 2011;63(10):2865-2872

7. Gómez-Reino J. (11 de julio de 2019). Las enfermedades reumáticas causan el 50% de las discapacidades permanentes. Médicos y Pacientes. Com. [1]

8. Reumatología Clínica. (2021). Causas de mortalidad asociadas a enfermedad reumática autoinmune en un hospital de referencia. [1]

8

La prevalencia de estas enfermedades aumenta a causa del envejecimiento de la población, como pone de manifiesto la Encuesta Nacional de Salud Pública⁹, que refleja un aumento de enfermedades relacionadas con el aparato locomotor, la artrosis y el dolor lumbar. Las enfermedades inflamatorias pueden aparecer a cualquier edad, siendo incluso mucho más graves en niños y adultos jóvenes.

9

El diagnóstico, manejo y tratamiento precoz reducen notablemente la gravedad de estas enfermedades. Son varios los estudios que lo demuestran. En el caso de la artritis reumatoide, por ejemplo, la probabilidad de una remisión clínica sostenida es mucho mayor cuando el tratamiento se instaura en las 12 primeras semanas desde el inicio de los síntomas¹⁰.

10

Para su correcto abordaje y con el fin de evitar el impacto que supone sobre los pacientes, su entorno y el consumo de recursos, se precisan consultas ágiles y disponer del número de especialistas recomendado por la OMS. **Sin embargo, no hay suficientes especialistas en Reumatología.** Según el estudio "Realidad de la Reumatología en España y sus Comunidades Autónomas antes de la pandemia", la tasa de especialistas en Reumatología por 100.000 habitantes en España es de 2,17¹¹, muy inferior a la recomendada por la OMS y a la tasa de otras especialidades implicadas en el abordaje del aparato locomotor como es Ortopedia y Traumatología, con 9,6 especialistas por 100.000 habitantes¹².

Todas estas variables representan una importante preocupación para los pacientes, las familias, el sistema de salud y la economía ya que **afectan negativamente la calidad de vida e implican un alto consumo de recursos sanitarios.**



Son enfermedades altamente condicionadas por los determinantes sociales de la salud



El género, la edad, el nivel socioeconómico y educativo o el territorio son algunos de los determinantes sociales estructurales que influyen en las enfermedades reumáticas.

Asimismo, los hábitos de vida tienen un efecto directo en la aparición o evolución de las enfermedades musculoesqueléticas y autoinmunes sistémicas. Según la Estrategia Nacional de Salud Pública, "la inactividad física, una dieta inadecuada, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol" son algunos de ellos¹³.

A día de hoy continúa habiendo mucho desconocimiento de estas enfermedades por parte de **la población**, lo que afecta inevitablemente a la corresponsabilización y participación de las personas en la gestión de su propia salud, así como a la identificación de signos de alarma que lleven al paciente a consultarlos de forma precoz. Creemos que la educación sanitaria es fundamental y forma parte del cometido de nuestra sociedad científica.



Determinantes sociales estructurales

1

Sexo y género: En España es 1,5 veces más probable que las mujeres vean limitada su actividad a causa de una enfermedad reumática, en comparación a los hombres¹⁴.

————— **Por cada hombre con artritis reumatoide hay tres pacientes mujeres.** La artritis reumatoide, con una prevalencia global de entre el 0.5 y el 1% de la población adulta, afecta mayoritariamente a las mujeres con edades comprendidas entre 40 y 60 años. Lo que supone en España unas 200.000 personas afectadas, con un alto predominio entre las mujeres. Además, casi el 90% de los pacientes de alta actividad son mujeres con artritis reumatoide de larga evolución, con niveles altos de dolor y fatiga¹⁵.

————— **La osteoporosis afecta a casi el doble de mujeres que de hombres.** En España, 2,2 millones de mujeres mayores de 50 años padecen osteoporosis, un 15,6% de mujeres frente al 8,4% de los hombres¹⁶. Se estima que cada año se producen aproximadamente 7 fracturas osteoporóticas de cadera por cada 1.000 habitantes mayores de 60 años (74% en mujeres y 26% en hombres; edad media de 80 años)¹⁷.

¹³ https://www.sanidad.gob.es/ca/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_en_enfermedades_reumaticas_Accesible.pdf

¹⁴ Informe Mujer y Salud 2008-2009. Ministerio de Sanidad. <https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/docs/mujerSalud2008.pdf>

¹⁵ Coordinadora Nacional de ConArtritis. 2020. Encuesta sobre impacto y control de la artritis reumatoide en España.

¹⁶ Sociedad Española de Reumatología. 2000. Estudio EPISE.

¹⁷ Herrera A, Martínez AA, Ferrández L, Gil E, Moreno A. (Febrero de 2006). Epidemiology of osteoporotic hip fractures in Spain.

Mujeres y hombres están expuestos a diferentes riesgos derivados de sus distintas condiciones de trabajo. Las mujeres siguen asumiendo mayor carga de trabajo doméstico y, además, continúan ostentando en el 90% de los casos el rol de cuidadoras de menores de edad o familiares en situación de dependencia, lo que repercute aún más negativamente en el caso de las mujeres con enfermedades reumáticas, pero también en su entorno social y laboral.

A pesar de ello hasta ahora no se ha llevado a cabo un abordaje diferenciado por sexo y género que pueda suponer una mayor efectividad en el abordaje terapéutico de estas enfermedades.

Edad

Hay una correlación entre la edad y la aparición de algunas de estas enfermedades. La artrosis o la osteoporosis, entre otras, tienen una correlación directa con la edad que tienen los pacientes.

Estrato social y nivel de formación

Existe mayor prevalencia de problemas crónicos musculoesqueléticos entre las personas con un menor nivel socioeconómico. Un 2% de la población con estudios superiores sufre osteoporosis; sin embargo, el porcentaje crece hasta el 17% en personas sin estos estudios. Del mismo modo, la proporción de población con estudios superiores que padece lumbalgia crónica es del 12%, mientras que crece hasta el 33,5% cuando se trata de personas sin estudios.

Territorio: las CC.AA presentan diferencias relevantes

Pese a los altos niveles de envejecimiento, las comunidades con mayor despoblación rural de personas jóvenes cuentan con menor proporción de especialistas. Existen variaciones importantes entre las Comunidades Autónomas donde se ha identificado una proporción menor de especialistas de Reumatología en las autonomías que acusan más la despoblación: Asturias (1,2 especialistas por 100.000 habitantes), Castilla y León (1,4), Extremadura (1,7) y Aragón (1,8)¹⁸. Existiendo también diferencias entre las distintas áreas sanitarias de una misma Comunidad.

Un número insuficiente de efectivos médicos compromete la oferta de cuidados y el cumplimiento de los niveles de calidad asistencial requeridos, aumentando la tasa de discapacidad.

Hábitos de vida

————— **La obesidad repercute en la aparición de la lumbalgia o de algunos tipos de artrosis.** Según la Estrategia publicada por el Ministerio de Sanidad, la artrosis de rodilla y de cadera están relacionadas con la obesidad, al igual que la lumbalgia, y tanto el fortalecimiento de la musculatura, como los ajustes ergonómicos pueden influir en su prevención. Por otra parte, un bajo IMC (índice de masa corporal) es factor de riesgo para osteoporosis.

————— **El ejercicio físico moderado y adaptado mejora la evolución de la artrosis y la artritis, así como de las enfermedades autoinmunes, ya que reduce el dolor, disminuye la inflamación y aumenta la movilidad.** La realización de ejercicio físico a partir de los 65 años reduce la fragilidad y el riesgo de caídas. Cuando ya se presentan enfermedades reumáticas, hacer ejercicio físico mejora los principales síntomas, como dolor, inflamación, limitación funcional y fatiga; y mejora otros problemas asociados como obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas y pulmonares, ansiedad y depresión, entre otros¹⁹.

————— **El tabaquismo puede contribuir al desarrollo de enfermedades reumáticas y agravar su evolución** ²⁰. Aunque la artritis reumatoide está influenciada por factores genéticos, la evidencia científica ha demostrado en los últimos años el papel indiscutible del consumo del tabaco como factor de riesgo para la aparición de la artritis reumatoide y, en menor medida, de lupus eritematoso sistémico, y también influye en la gravedad de la enfermedad e incluso en la respuesta a algunos tratamientos.

————— **El consumo “nocivo o perjudicial” de alcohol es un factor de riesgo** para el desarrollo de osteoporosis, artritis gotosa o enfermedades musculares.

Falta de información en la población y necesidad de mejorar el conocimiento de la opinión pública

————— **Pese a ser las dolencias crónicas más prevalentes, estas enfermedades aún son grandes desconocidas para la opinión pública, que las banaliza y las achaca a la normalidad del envejecimiento**²¹. Además, el hecho de que sean enfermedades sumamente complejas dificulta la aplicación de los conceptos relacionados con la promoción de la salud, y la tarea de plantear líneas de trabajo que faciliten su puesta en práctica²².

————— **Este escenario afecta inevitablemente a la corresponsabilización y participación de las personas en la gestión de su propia salud.** El paciente debe disponer de nociones suficientes para entender su enfermedad porque de no ser así, esto va a afectar negativamente a su calidad de vida. Al mismo tiempo, será difícil realizar un diagnóstico y tratamiento precoz, suponiendo un impacto mayor en los recursos sanitarios, tanto directos como indirectos.

¹⁹ <https://infoeuma.com/wp-content/uploads/2020/07/ReumatitdocumentoFinal.pdf>

²⁰ Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud

²¹ Ministerio de Sanidad y Política Social. 2008. Colección Estudios: Serie Personas Mayores. Las dimensiones subjetivas del envejecimiento.

²² López-Dicastillo, Olga et al. (Junio de 2017). Gaceta Sanitaria. Cinco paradojas de la promoción de la salud. [1]



El valor del profesional de Reumatología

2

El reumatólogo es el especialista de las enfermedades musculoesqueléticas y autoinmunes sistémicas. Una formación adecuada permitirá garantizar una asistencia de calidad y la seguridad del paciente²³. Asimismo, se podrá mejorar la detección precoz para conseguir que el daño sea menor y evitar que se produzca incapacidad.

El papel del reumatólogo en el diagnóstico y el tratamiento es clave y diferencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En el ámbito del dolor crónico, la prevalencia de la fibromialgia en nuestra población es elevada y afecta al 2,45% de la población adulta, especialmente a mujeres de edad media. Además, conllevan un gasto sanitario asociado importante, tanto en lo relativo al consumo de recursos sanitarios directos como a los gastos indirectos derivados de pérdidas de jornadas laborales²⁴. En este sentido, la alta especialización profesional del reumatólogo, junto con el conocimiento de las opciones terapéuticas²⁵ ofrecen un gran potencial para disminuir la morbilidad de la población y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En el ámbito de las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), el reumatólogo es el único especialista que, en su periodo de formación MIR, se cualifica en su manejo, tal y como figura en el programa formativo oficial del Ministerio de Sanidad.²⁶

Dispone de herramientas para el manejo de las terapias avanzadas. La Sociedad Española de Reumatología ha desarrollado recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica posible, dotando al profesional de conocimientos que suponen un gran valor para el abordaje terapéutico. Garantizando la formación continua y actualizada y disminuyendo la variabilidad en el enfoque clínico de los pacientes.



23 WHO working group. The principles of quality assurance. Qual Assur Health Care 1989; 1: 79-95
24 Recomendaciones SER sobre el manejo de los pacientes con fibromialgia: https://www.ser.es/wp-content/uploads/area_privada/recomendaciones/Recomendaciones_SER_Fibromialgia_parte1.pdf
25 <https://www.ser.es/diez-razones-por-las-que-escoger-reumatologia/>
26 <https://www.boe.es/boe/dias/2009/10/26/pdfs/BOE-A-2009-16994.pdf>

— **Cuenta con formación específica de gran valor para el manejo de estas enfermedades.** La Sociedad Española de Reumatología cumple una función fundamental impulsando la docencia para la mejora de la formación de estos especialistas, con el objetivo de poder ofrecer la mejor asistencia y calidad de vida a los pacientes reumáticos. Cada año, se organizan tres eventos fundamentales para la mejora de la especialidad: el Congreso Nacional – cita formativa de referencia en el ámbito de la Reumatología– y dos simposios monográficos. Además, se llevan a cabo en torno a una veintena de iniciativas formativas anuales: cursos, escuelas, jornadas, y actividades de formación online. Gracias a estos esfuerzos y la excelencia formativa que promueve la SER se proporciona una formación de excelencia a los reumatólogos de todo el país, que permite la permanente actualización y, por tanto, contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

— **Su coordinación con Atención Primaria (AP) le otorga un rol integrador que redunda en una mayor eficiencia asistencial.** Al tratarse de una especialidad preferentemente clínica, uno de los pilares fundamentales sigue siendo realizar una correcta historia clínica y exploración. Hay que dedicar el tiempo suficiente a estos aspectos para poder realizar posteriormente un diagnóstico adecuado, que contribuye a reducir el consumo de pruebas diagnósticas externas. Para dar respuesta a la coordinación con AP, en los últimos años, los reumatólogos han comenzado a realizar una parte de su actividad asistencial en los centros de atención especializada (CAE) y en los centros de AP. Asimismo, los especialistas de Reumatología se han adaptado a los nuevos modelos asistenciales alternativos, como las consultas virtuales, principalmente en zonas geográficas rurales para facilitar el acceso de la población residente en esta área al servicio sanitario²⁷. De esta manera se ha conseguido garantizar la continuidad asistencial y prestar una atención coordinada en la que participaban el paciente, el médico de AP y el reumatólogo, esencial para evitar el retraso diagnóstico y terapéutico de las enfermedades reumáticas. En definitiva, una correcta atención y derivación al reumatólogo a tiempo, puede evitar que aparezcan lesiones graves, evitando a su vez la discapacidad que estas pueden generar.



Soluciones y compromisos

3

— **Es fundamental aumentar la ratio de reumatólogos por habitante.** Ante la situación descrita sobre la prevalencia de las enfermedades reumáticas, la labor y recursos disponibles del especialista de Reumatología es esencial para hacer frente, en primera instancia, al progresivo aumento de estos pacientes²⁸. En este contexto, es fundamental que el aumento de la ratio de reumatólogos por habitante evolucione en consonancia con esta variable demográfica y las necesidades de la población. Una adecuación correcta permitirá garantizar una asistencia de calidad y la seguridad del paciente. De esta manera se podrá mejorar la detección precoz de las enfermedades musculoesqueléticas y autoinmunes sistémicas para disminuir el daño, evitar la incapacidad y mejorar notablemente la calidad de vida de estos pacientes, disminuyendo la repercusión en su entorno familiar, laboral y social.

————— **Resulta fundamental abordar la “Reumatología Vaciada” asegurando que los pacientes tengan acceso a un reumatólogo en igualdad de condiciones, independientemente del lugar de España donde vivan.** Deben desarrollarse herramientas de salud digital que permitan dar respuesta también a esta realidad cuando sea posible.

————— **El abordaje de estas enfermedades debe incorporar la perspectiva de sexo y género,** así como dar respuesta al resto de determinantes sociales de la salud, con el objetivo de modificar las condiciones anteriormente descritas que causan un perjuicio sobre la calidad de vida de estos pacientes. Al mismo tiempo, un impulso de la promoción de la salud de estas enfermedades contribuirá enormemente, tal y como se ha demostrado, a reducir el impacto de la enfermedad y a controlar el gasto sanitario.

————— **La Reumatología como especialidad de referencia para el abordaje de estas enfermedades.** Es necesaria una delimitación de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para alcanzar los objetivos de salud de las enfermedades reumáticas, de manera que la Reumatología sea reconocida como la especialidad de referencia de las enfermedades musculoesqueléticas y de las enfermedades autoinmunes sistémicas.

————— **Formación profesional continuada. Al fin de incrementar las capacidades de la profesión ante los retos que se presentan,** se insta a la administración sanitaria a impulsar y fomentar la formación continuada de los profesionales en el Sistema Nacional de Salud.

————— **Informes de Posicionamiento Terapéutico.** La Sociedad Española de Reumatología se pone a disposición del Ministerio de Sanidad y las entidades reguladoras para contribuir a desarrollar los Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT). En esta línea, reivindicamos oficialidad y una incorporación real de la visión de la SER en el proceso de políticas sanitarias y farmacéuticas.

————— **Una mayor sensibilización de la opinión pública producirá mayor conocimiento de estas enfermedades.** Con el fin de mejorar el diagnóstico precoz de estas patologías instamos a que, desde el Ministerio de Sanidad y las administraciones autonómicas, se promuevan campañas de concienciación para la población general sobre las enfermedades reumáticas.

————— **Mejorar el manejo de los tratamientos.** Considerando la penetración de fármacos innovadores en el abordaje de estas enfermedades, ponemos a disposición del Ministerio de Sanidad nuestra experiencia en la elaboración de planes y estrategia para el uso adecuado, seguro y eficiente de estos medicamentos.

————— **Una mayor integración para una mejor coordinación.** Nos ponemos a disposición de las comunidades autónomas para desarrollar programas de derivación precoz, así como para potenciar la comunicación permanente entre Atención Primaria y especializada, y mejorar la integración de los diferentes niveles asistenciales en el sistema sanitario.

————— **Dar respuesta al nuevo paradigma de los pacientes.** Instamos a la actualización de la Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud, así como a una revisión periódica, al fin de adecuarla a la nueva realidad en la que se desarrollan dichas enfermedades reumáticas.