

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Maestría

Autor: Gabriel Andrés De Angelis

CONDUCTA PRESCRIPTIVA DE LOS PROFESIONALES REUMATOLÓGOS DE LA C.A.B.A. PARA LA ATENCIÓN DE LA ARTRITIS REUMATOIDE DURANTE EL AÑO 2018

2022

Directora: Mg. Marcela Agulló

Citar como: De Angelis, G. A. (2022). Conducta prescriptiva de los profesionales reumatólogos de la C.A.B.A. para la atención de la Artritis Reumatoide durante el año 2018. [Trabajo final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/1/349>



Índice

RESUMEN	4
1. Introducción.....	5
1.1 Presentación.....	5
1.2 Tema/problema.....	7
1.3 Relevancia/justificación.....	7
2. Planteamiento del problema	8
2.1 Formulación del problema de la tesis	8
2.2 Objetivos	9
3. Marco Teórico.....	10
3.1 Artritis reumatoide.....	10
3.1.1 Diagnóstico y tratamiento.....	12
3.2.1 Principales medicamentos para el tratamiento de la AR.....	19
3.2 Eficacia de los medicamentos	23
3.3 Conducta prescriptiva	24
3.3.1 Uso Racional de Medicamentos.....	25
3.3.1.1 Etapas del proceso de prescripción racional.....	27
3.3.2 Enfoque teórico: economía del comportamiento	29
3.3.3 Aspectos que influyen la conducta prescriptiva	31
4. Metodología	32
4.1 Tipo de Investigación.....	32
4.2 Dimensiones, variables, indicadores	33
4.3 Universo y características de la muestra.....	33
4.4 Fuentes de información y técnicas de recolección de datos	34
5. Resultados.....	35
5.1 Características de la muestra	36
5.2 Experiencia profesional y formación en la especialidad de los médicos reumatólogos.....	38
Conclusiones	63
Bibliografía.....	65

ANEXO 70

I. Encuesta a profesionales médicos reumatólogos de la Ciudad de Buenos Aires 70

RESUMEN

La Artritis Reumatoide es una enfermedad autoinmune inflamatoria progresiva, con efectos articulares y sistémicos. Se desconoce su causa exacta, pero los factores genéticos y ambientales son contribuyentes. Prescribir es una tarea compleja y desafiante que debe ser parte de una acción basada en información precisa y objetiva y no una acción automatizada, sin pensamiento crítico o una respuesta a la presión comercial de las empresas farmacéuticas. A través de protocolos y guías clínicas mundialmente establecidas que se adecuan a una conducta que carezca de riesgos o que los mismos sean menores en relación a los beneficios para el paciente.

Este estudio pretende conocer cuál es la conducta prescriptiva de los profesionales reumatólogos de C.A.B.A -durante el año 2018-, indagando en el conocimiento que éstos poseen respecto de los medicamentos existentes en el mercado -tanto nacional, como internacional- para tratar la artritis reumatoide con el objetivo de que esta información permita generar una mejor relación en la prescripción de medicamentos destinados a tratar esta enfermedad.

El diseño de esta investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, tras la revisión bibliográfica de artículos científicos, libros y manuales académicos, protocolos internacionales y guías de buenas prácticas. Para la recolección de la información se aplicó un cuestionario a una muestra aleatoria de 50 médicos reumatólogos de C.A.B.A.

Palabras clave

Artritis Reumatoide – enfermedades autoinmunes – prescripción de medicamentos - conducta prescriptiva – uso racional de la Medicina.

1. Introducción

1.1 Presentación

La artritis reumatoide (AR) es la artritis inflamatoria más común, con una prevalencia de por vida de hasta 1 por ciento en todo el mundo (Firestein y Kelley, 2009). El inicio puede ocurrir a cualquier edad, pero alcanza un máximo entre 30 y 50 años, representando una discapacidad común y significativa.

La AR es una enfermedad autoinmune crónica. Ésta genera que las articulaciones se edematicen provocando dolor agudo, rigidez y pérdida progresiva de la función. Además de los síntomas mencionados en las articulaciones, las personas con AR también pueden presentar sintomatología secundaria como pérdida de peso, fiebre baja y fatiga (National Institution for Health and Clinical Excellence, 2013).

La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica inflamatoria crónica que afecta principalmente a las articulaciones periféricas, lo que lleva a inflamación sinovial seguida de destrucción de cartílago y hueso. Durante el desarrollo de la enfermedad, la membrana sinovial prolifera, se engrosa e incorpora una gran cantidad de células inmunitarias infiltrantes para convertirse en un nuevo tejido llamado pannus que causa daño al cartílago y al hueso (Arend WP, 2012).

La inflamación de la AR puede causar daño permanente en las articulaciones si no se realiza un tratamiento adecuado. Las principales consecuencias de AR son los daños estructurales en las articulaciones que conducen al deterioro de la calidad de vida de los pacientes. En la última década, la disponibilidad de terapias biológicas efectivas ha llamado la atención sobre la necesidad de que los reumatólogos evalúen con precisión la actividad de la enfermedad. A medida que progresa el daño articular, en casos severos puede causar deformidad y pérdida de la función ósea/ articular. Puede comenzar a interferir con las actividades diarias, tornándolas más difíciles y dolorosas.

AR impacta negativamente la capacidad de los pacientes para realizar actividades diarias y sobre su calidad de vida. La discapacidad funcional y el dolor corporal se asocian directamente con el bienestar anímico. Los informes mostraron que el 10-13% de los

pacientes con AR sufren depresión, esto se ve en pacientes cuyos pasatiempos o actividades sociales se vieron afectados negativamente debido a los síntomas de la AR por lo que mostraron una mayor tasa de depresión en los años siguientes. Además, la AR se asocia con una peor calidad del sueño y un aumento de la fatiga física (Matcham, 2014).

Los medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARD) controlan la actividad de la enfermedad, reducen las erosiones de las articulaciones y mejoran la calidad de vida de los pacientes en AR. (Singh JA., 2012) Las pautas *del American College of Rheumatology* 2012 para el tratamiento de la AR recomiendan el inicio temprano y el uso agresivo de los DMARD en pacientes con AR. Estas directrices recomiendan el inicio del tratamiento de DMARD en la AR temprana (<6 meses de duración como monoterapia para pacientes con baja actividad de la enfermedad) y como terapia de combinación para la actividad de enfermedad moderada o alta. Los productos biológicos deberían ser la elección inicial de medicamentos en personas con alta actividad de AR y factores pronósticos deficientes. El uso de otros medicamentos para la AR se asocia con un importante número de reacciones adversas (RAM), como gastritis, leucopenia, hepatotoxicidad, estomatitis, prurito y trombocitopenia. Estudios anteriores han demostrado que la mayoría de las RAM supervisadas que requieren interrupción del medicamento. (Singh, 2012) Para poder evitar y mejorar la calidad de vida de los pacientes los médicos que prescriben dichos medicamentos deben informar y concientizar a los pacientes de dicha sintomatología con el fin de que su tratamiento sea lo más eficiente posible.

En el tratamiento, la prescripción de medicamentos tiene un rol fundamental, debido a que dicha acción de prescribir se realiza previa examinación y diagnóstico del paciente, completando la acción de salud, entregando las medidas farmacológicas y no farmacológicas acordes a las necesidades del paciente.

En la prescripción, los medicamentos seleccionados no solo deben ser eficaces y seguros para el paciente, sino que además su costo económico debe ser accesible o adecuado para que el paciente pueda realizar el tratamiento. La consideración de estas variables por el profesional, permite que el paciente pueda tener la mejor alternativa terapéutica al costo más razonable, para él mismo o para el sistema de salud que absorba su costo. (National Institution for Health and Clinical Excellence, 2013).

Los medicamentos biológicos para el tratamiento de la artritis reumatoide fueron presentados alrededor del año 2000 como un gran avance. (Wolfe y Michaud, 2010; Van Vollenhoven et al, 2012) Una serie de ensayos controlados aleatorios mostraron que los productos biológicos redujeron la actividad de la enfermedad y mejoraron la calidad de vida de quienes la padecen.

El uso de productos biológicos ha aumentado rápidamente durante la última década, y la prescripción de estos medicamentos se ha extendido a los pacientes con enfermedades menos graves. (Nam JL, 2013) Sin embargo, la prescripción de productos biológicos no ha sido ampliamente estudiada. Las estadísticas de la OMS muestran que "en el mundo más del 50 % de todos los medicamentos en general se recetan, se dispensan o se venden en forma inadecuada. Al mismo tiempo, alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales y el 50% de los pacientes los toman de forma incorrecta" (OMS, 2002: 1). Lo anterior revela la necesidad de establecer estrategias de Uso Racional, que permitan obtener una utilización adecuada, propicia y eficiente de las alternativas farmacoterapéuticas disponibles, optimizando los resultados sanitarios y manejando eficientemente los recursos que se disponen (OMS, 2002).

1.2 Tema/problema

El tema que aborda esta investigación pretende indagar sobre la conducta de los profesionales reumatólogos de la C.A.B.A. sobre la prescripción de medicamentos biológicos respecto al tratamiento de pacientes con Artritis Reumatoide.

1.3 Relevancia/justificación

Se cree relevante realizar esta investigación debido a que en el país los estudios académicos de conducta prescriptiva sobre el uso eficiente de medicamentos biológicos son escasos por parte de los médicos, y se pretende de este modo hacer un aporte teórico-práctico a la literatura del campo. La Artritis Reumatoide es una enfermedad generalizada en una parte de la población y también creemos que los resultados a los que

se lleguen pueden servir para proveer de un mejor conocimiento sobre el tema que tenga una repercusión positiva sobre profesionales y pacientes.

De tal modo se busca conocer la conducta prescriptiva de los profesionales reumatólogos de la C.A.B.A , que se establece como las variables que el profesional considera sobre la eficiencia y beneficio de recetar la medicación adecuada a un paciente tras el análisis detallado de su historia clínica. Dichas variables están establecidas y el profesional debe conocerlas y su juicio no debe estar sesgado por ningún otro interés que el del cuidado, beneficio y mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

2. Planteamiento del problema

2.1 Formulación del problema de la tesis

Una prescripción médica constituye un proceso final que tiene en consideración al momento de ser realizada, los fármacos disponibles y la información que ha sido difundida sobre ellos (Shanke y Govindarajan, 1995).

La Legislación Argentina a través de la Ley N°25.649, sancionada el 28 de agosto de 2002, establece que toda receta y/o prescripción médica u odontológica debe efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento, seguida de forma farmacéutica, cantidad de unidades por envase y concentración.

Esta prescripción que el médico extiende al final de realizarse un diagnóstico, debiera ser el reflejo resumido de sus actitudes y expectativas en relación con el curso de la enfermedad, y con el papel que los fármacos podrían jugar en su tratamiento, además de las leyes nacionales vigentes sobre la prescripción de medicamentos genéricos. Este desconocimiento puede producir gastos innecesarios, ya que en ocasiones pueden ser alternativas más económicas con el mismo resultado terapéutico (Shanke y Govindarajan, 1995).

En esta investigación se pretende conocer cuál es la conducta prescriptiva de los profesionales reumatólogos de C.A.B.A -, indagando en el conocimiento que éstos poseen respecto de los medicamentos existentes en el mercado -tanto nacional, como internacional- para tratar la artritis reumatoide, con el objetivo de que esta información permita mejorar la prescripción de medicamentos destinados a tratar esta enfermedad.

A partir de ello, los interrogantes de investigación pueden resumirse del siguiente modo, al indagar en profesionales reumatólogos de C.A.B.A. es posible comenzar a deducir aspectos que delinear o marcan una conducta prescriptiva:

- ¿Conocen los profesionales reumatólogos los distintos medicamentos existentes en el mercado para tratar la artritis reumatoide?
- ¿Qué medicamentos conocen y utilizan los médicos para tratar la artritis reumatoide?
- ¿Qué causas se encuentran en esa conducta prescriptiva?

2.2 Objetivos

Objetivo general:

- Analizar la conducta prescriptiva de los profesionales reumatólogos de C.A.B.A. durante el año 2018 respecto de los medicamentos para tratar la artritis reumatoide.

Objetivos específicos:

- Determinar el conocimiento que tienen los profesionales reumatólogos de C.A.B.A. durante el año 2018 de los medicamentos existentes en el mercado para tratar la artritis reumatoide.
- Comprender el proceso que debe completarse para conseguir una acción prescriptiva consiente y acorde a las necesidades del paciente por parte de los profesionales médicos.
- Analizar las motivaciones y valoraciones de los profesionales reumatólogos de C.A.B.A. durante el año 2018 respecto de la prescripción de medicamentos para tratar la artritis reumatoide.

3. Marco Teórico

3.1 Artritis reumatoide

Detallar en profundidad esta enfermedad en la tesis, excede las principales líneas de la misma. Pero podrá avanzarse con algunos puntos de interés. La etiología de la AR aún no está descifrada; diferentes investigaciones han descripto diversas posibles causas como factores de riesgo, que incluyen (Weinblatt y Kuritzky, 2007; NIAMS, 2009):

- **Genética:** Las personas con familiares que tienen AR pueden tener más probabilidades de tenerlo.
- **Hormonas:** Las hormonas femeninas pueden jugar un papel en el desarrollo de la enfermedad.
- **Virus o bacterias:** La AR puede estar relacionada con virus o bacterias.

Asimismo, diversos factores ambientales y biológicos son asociados como posibles contribuyentes a la patogénesis de la AR (MacGregor et al, 2000; Orozco y Barton, 2010; Balsa et al., 2010; Wasserman, 2011):

- **Tabaquismo:** Fumar es el principal desencadenante ambiental de la AR, especialmente en aquellos con una predisposición genética.
- **Actividad del factor de necrosis tumoral.**
- **Actividad anormal e inapropiada de linfocitos B, es decir, producción anormal de anticuerpos.**
- **Detección de autoanticuerpos circulantes, denominados factor reumatoide, los cuales pueden estar implicados en la presentación inadecuada de antígenos a las células T por parte de las células B.**
- **Actividad anormal de ciertas vías de señalización en el tejido sinovial.** En pacientes con AR, se ha informado que las células sinoviales tienen una actividad anormalmente alta del gen Wnt. En la actualidad, no se sabe si estas anomalías son causantes o son el resultado de anomalías más fundamentales.

Algunos de los síntomas más comunes que una persona con AR puede experimentar son rigidez por la mañana y dolor e hinchazón de las articulaciones, a menudo en la misma articulación en ambos lados del cuerpo.

A medida que la AR progresa, el daño articular puede empeorar. Esto también puede causar que los músculos, ligamentos y tendones circundantes se vuelvan débiles e incapaces de trabajar normalmente.

Los síntomas de la enfermedad pueden aparecer, desaparecer por un tiempo y luego regresar, lo que hace el diagnóstico aún más difícil. La AR es una enfermedad que progresa con el tiempo, es por eso que es tan importante obtener un diagnóstico preciso tan pronto como sea posible (Smolen y Steiner, 2003).

La AR afecta a las personas de diferentes maneras: los síntomas pueden desarrollarse lentamente durante varios años o la enfermedad puede progresar rápidamente. Éstos pueden ser leves o muy severos, puede pasar por fases llamadas erupciones o brotes cuando los síntomas son graves y en otras ocasiones, puede parecer que la enfermedad y sus síntomas desaparecieron, lo que se denomina remisión.

El dolor y la inflamación de las articulaciones pueden ocurrir lentamente y pueden ocurrir durante semanas o meses. Las articulaciones pequeñas en las muñecas y las manos a menudo se inflaman primero. Con el tiempo, otras articulaciones pueden ser dolorosas e hinchadas debido a la AR.

Entre los signos y síntomas de la AR se encuentran los que se detallan a continuación (NIAMS, 2009):

- Articulaciones dolorosas
- Articulaciones inflamadas
- Rigidez en las articulaciones, especialmente en la mañana
- Fiebre baja
- Fatiga
- Pérdida de apetito
- Sentir debilidad

- Bultos debajo de la piel, especialmente en las manos o los codos
- Pérdida de peso
- Con el tiempo, disminución del rango de movimiento
- Ojos y boca secos.

A medida que la enfermedad progresa, destruye los tejidos de las articulaciones y reduce la movilidad de las articulaciones a través de la erosión y el anclaje de los tendones. Esto significa que el tendón se fija a los tejidos adyacentes, lo que restringe su movimiento.

Eventualmente, se pierde el uso de las articulaciones en las manos y las extremidades, y los dedos de las manos y los pies se pueden deformar gravemente. En la piel, se forman nódulos subcutáneos y también se puede diagnosticar vasculitis, que es la destrucción crónica de los vasos sanguíneos. La AR se ha asociado tradicionalmente con la morbilidad y una mortalidad significativamente más temprana.

Dicho cuadro clínico es posible ser tratado a través de medicamentos que no revierten la enfermedad, pero pueden aliviar en algunos casos la sintomatología mencionada previamente. Dependiendo de las manifestaciones que cada paciente reporta se dirige el tratamiento por parte del profesional reumatológico.

3.1.1 Diagnóstico y tratamiento

El síntoma principal de la AR es la inflamación de las articulaciones, la cual puede ocurrir además en otros tejidos, incluidos el corazón, los pulmones, los riñones y la pleura. No hay una prueba específica que en todos los casos pueda diagnosticar AR. Los profesionales recurren a pruebas hematológicas, radiológicas y bioquímicas, entre otras, para confirmar el diagnóstico.

Es por ello que se debe utilizar para su diagnóstico una combinación de herramientas (ACR, 2017):

A. Historia médica y familiar

- ¿Tiene un pariente con AR?
- ¿Qué medicamentos ha estado tomando?
- ¿Tiene alguna otra condición médica?

B. Examen físico

- Reflejos, fuerza muscular y salud general.
- Capacidad para caminar, doblarse y llevar a cabo actividades de la vida diaria.
- Evidencia de inflamación en los pulmones.

C. Síntomas

- Dolor, rigidez y problemas con el rango de movimiento.

D. Pruebas de laboratorio

- Factor reumatoide (RF).

Prueba de anticuerpos contra péptidos citrulinados cíclicos (anti-CCP).

- Otras pruebas incluyen recuento de glóbulos blancos, prueba de anemia, tasa de sedimentación globular (ESR) y proteína C-reactiva.

E. Rayos X

- Para determinar el grado de daño en las articulaciones.

También se toman en cuenta para su diagnóstico sus efectos distintivos en las articulaciones y en la piel, y el diagnóstico se ve reforzado por la presencia en el suero del factor reumatoide (FR), aunque su presencia no es obligatoria para el diagnóstico de AR.

La AR es sistémica, ya que puede atacar varias articulaciones diferentes y, en muchos casos, parece afectar diferentes articulaciones en diferentes momentos. Con el tiempo, se produce un daño irreparable a la articulación debido a la inflamación de la membrana sinovial, que forma el revestimiento de las vainas del tendón y las articulaciones.

El Colegio Americano de Reumatología (ACR) y la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) desarrollaron criterios de clasificación (2010) que pueden ayudar a realizar el diagnóstico de AR. Los criterios atribuyen puntos en función del número de articulaciones sensibles o hinchadas y tiene que haber al menos una articulación con sinovitis clínica. Se incluyen pruebas de laboratorio: RF, anticuerpo antiCCP y reactivos de fase aguda. Sin embargo, la positividad de anticuerpos y los reactivos de fase aguda elevados no son esenciales para realizar el diagnóstico. Una puntuación total de más de 6 puntos se considera artritis reumatoide definitiva. Para pacientes con enfermedad de larga data, pueden clasificarse como con artritis reumatoide si cumplían previamente los criterios de diagnóstico.

Es importante obtener un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado tan pronto como sea posible. Aunque los síntomas pueden no parecer AR (por ejemplo, fatiga, debilidad, fiebre baja y pérdida de peso), deben contemplarse todos los síntomas. El diagnóstico precoz de la AR es el primer paso para controlar la enfermedad y sus síntomas. El reconocimiento temprano de los síntomas y el diagnóstico es clave para un resultado más exitoso del paciente. La revisión temprana permite un inicio más rápido del tratamiento y la supresión de la inflamación.

Después de que se diagnosticó la AR y se realizó una evaluación inicial, el tratamiento debe comenzar. Las pautas recientes se han dirigido al manejo de la AR, pero la preferencia del paciente también juega un papel importante (Saag et al, 2008; Deighton et al, 2009).

Existen consideraciones especiales para las mujeres en edad fértil debido a que muchos medicamentos tienen efectos nocivos en el embarazo. Los objetivos de la terapia incluyen minimizar el dolor y la inflamación de las articulaciones, prevenir la deformidad -como la desviación cubital- y el daño radiográfico -como erosiones-, mantener la calidad de vida tanto personal como laboral y controlar las manifestaciones extra-articulares.

Los estudios han demostrado claramente que la respuesta al tratamiento con no están relacionada con la duración de los síntomas antes del diagnóstico. El diagnóstico de la AR se puede realizar con auto-anticuerpos/marcadores inflamatorios normales. Los profesionales médicos de atención primaria no deben esperar los resultados de los estudios que ordenen -antes de la derivación- si se sospecha de artritis reumatoide. La

referencia temprana a una clínica de reumatología especializada puede derivar en mejores resultados para la salud del paciente.

En la instancia de Atención primaria, cuando los pacientes presentan síntomas articulares sugestivos de artritis inflamatoria, el tratamiento inicial de atención primaria debe centrarse en la analgesia. Esto puede incluir paracetamol, codeína o analgésicos compuestos. Los corticosteroides solo deben iniciarse en atención secundaria después de la revisión. A menudo se usan de manera aguda cuando se ha realizado el diagnóstico de AR: los esteroides sistémicos se utilizan con frecuencia; y los esteroides intraarticulares se pueden usar para las articulaciones particularmente hinchadas o dolorosas.

Los esteroides tienen potentes efectos antiinflamatorios regulando la transcripción génica y estimulando la síntesis de lipocortina. Por lo general, se ofrecen a corto plazo cuando los pacientes se presentan por primera vez ante el sector de Atención Primaria.

En materia de tratamientos convencionales para la AR, hasta mitad de la década del '80, el oro intramuscular fue el tratamiento dominante. En los años siguientes, el MTX se utilizó cada vez más y gradualmente se convirtió en el primer fármaco de elección para el tratamiento de la AR (Weinblatt et al, 1985).

Más tarde, surgieron datos sobre la terapia de combinación, que logró una mejora en la respuesta clínica, pero los resultados radiográficos no fueron convincentes (Boers et al, 1997; O'Dell et al, 2002). El MTX, la sulfasalazina, la hidroxicloroquina, la ciclosporina y la leflunomida constituyen los tratamientos convencionales más utilizados en la actualidad. Es un grupo heterogéneo de drogas, que son administradas por vía oral (con la excepción de que MTX también se puede administrar por vía parenteral) con mecanismos de acción parcialmente desconocidos (Van Vollenhoven, 2009). Los medicamentos antirreumáticos modificadores son la base de la terapia de AR.

El MTX es un antagonista de folato. Es citotóxico en dosis altas, pero no en las dosis utilizadas para el tratamiento de la AR. El mecanismo de acción en dosis bajas permanece incompletamente entendido. Tiene efectos modificadores de la enfermedad tanto clínicos como radiográficos (Weinblatt et al, 1985) y tiene demostrado que es muy adecuado para combinaciones de tratamiento con otros tratamientos convencionales, así como con los agentes biológicos. La sulfasalazina tiene efectos antiinflamatorios y antimicrobianos y es adecuada para terapia mono o combinada con, p. hidroxicloroquina y MTX (Mottonen et

al, 1999). La hidroxiclороquina en monoterapia tiene solo un efecto modesto en la AR. Su papel principal en el tratamiento de la AR es la combinación con MTX y/o sulfasalazina.

Por su parte, el Cyclosporine se usa principalmente en dosis bajas en combinación con MTX y reduce la progresión radiográfica (Marchesoni et al, 2003). Actúa a través de linfocitos T, que se consideran centrales en la patogénesis de la AR temprana.

Las preocupaciones sobre los efectos secundarios renales han limitado su uso, aunque con regímenes de dosis bajas, los efectos secundarios son pocos. La leflunomida bloquea la síntesis de pirimidina. Se usa principalmente como una alternativa al MTX en pacientes seleccionados.

Los tratamientos convencionales tienen un inicio de acción retardado, mientras que los glucocorticoides alivian los signos y síntomas en cuestión de días, parecen tener algún potencial modificador de la enfermedad y a menudo se utilizan como terapia de puente. La administración intraarticular de los glucocorticoides puede usarse para obtener un control rápido de la enfermedad con toxicidad mínima.

Por otro lado, entre las nuevas modalidades de tratamiento se encuentran las investigaciones sobre el uso de agentes biológicos. El desarrollo de agentes biológicos abrió una nueva era en el tratamiento de la AR. Los agentes biológicos son moléculas de proteínas complejas, que se crean mediante tecnología molecular. Cada clase de agentes biológicos está dirigida hacia una molécula específica de citoquina o superficie celular involucrada en las vías fisiopatológicas de la AR. Los primeros agentes biológicos que se registraron fueron inhibidores tumorales del factor de necrosis alfa.

TNF- α juega un papel fundamental a través de la promoción de la angiogénesis, la mejora de la proliferación de las células T y B, la inducción de otras citocinas inflamatorias y quimiocinas y la supresión de las células Treg. El bloqueo del TNF es ampliamente utilizado como tratamiento para la AR con alta eficacia. La IL-6 también tiene funciones pleiotrópicas en la AR, como la estimulación de la producción de anticuerpos por las células B, la diferenciación de las células Th1 y Th17 y la promoción de las respuestas de fase aguda y la anemia. El bloqueo del receptor de IL-6 también ha mostrado resultados exitosos en el tratamiento de pacientes con AR. (Jung, 2012). La IL-17 ha sido implicado en los daños en los huesos y cartílagos a través de la inducción de metaloproteinasas de matriz (MMP) y osteoclastos, así como la inhibición de la síntesis de proteoglicanos.

Los sinoviocitos de tipo fibroblástico (FLS) derivados de mesénquima también desempeñan un papel importante en la patogénesis de la AR. FLS de pacientes con AR se expresan en un alto nivel de citoquinas, quimiocinas, moléculas de adhesión e inhibidores tisulares de la metaloproteinasa. Promueven la activación sostenida de las células T y las células B y participan en la destrucción del cartílago y el hueso. (Jung, 2012) La erosión ósea ocurre en la AR en respuesta a un aumento prolongado de la inflamación. En el lugar de la AR activa, existe un desequilibrio dramático entre la resorción ósea y la formación de hueso. El receptor activador del ligando factor nuclear kappa B (RANKL) promueve la diferenciación de los osteoclastos y la resorción ósea. TNF- α , IL-1, IL-6 e IL-17 inducen la osteoclastogénesis y de ese modo promueven la erosión ósea durante la inflamación. El bloqueo de estas moléculas mostró efectos inhibitorios sobre la erosión ósea en la AR. (Jung, 2012)

Los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológica (bDMARD), también conocidos como productos biológicos para AR, cubren los inhibidores de TNF y son un objetivo importante para las evaluaciones económicas debido a los altos costos asociados. Las revisiones bibliográficas previas sugieren que los productos biológicos podrían ser más rentables entre pacientes con respuesta de tratamiento insuficiente a cDMARD pero no en pacientes que no habían recibido cDMARD. (Tsao, 2012)

Se debe contemplar además un cuidado multidisciplinario. El tratamiento de la artritis reumatoide implica un enfoque multidisciplinario a través de una clínica de reumatología (terapia ocupacional, fisioterapia, psicología y apoyo al paciente) junto con la educación del paciente.

Los siguientes profesionales pueden participar en la atención de pacientes con artritis reumatoide como parte del equipo multidisciplinario:

- Terapeuta ocupacional: ayuda con las actividades cotidianas; férulas, soportes para la muñeca, consejos de estimulación.
- Fisioterapeuta: funcionamiento muscular / articular específico, programas excéntricos de ejercicios concéntricos.

- GP: evaluación y tratamiento de las comorbilidades, incluido el riesgo cardiovascular y la consideración de la salud ósea

Una vez que se arribó a un diagnóstico de AR, es muy importante comenzar el tratamiento tan pronto como sea posible. Los objetivos del tratamiento son:

- Reducir el dolor.
- Disminuir o detener el daño en las articulaciones.
- Mejorar la función física.

Asimismo, existen varios enfoques no farmacológicos para tratar la AR, con el objetivo de complementar las terapias basadas en medicamentos. Estos incluyen los siguientes:

- Ejercicio
- Dormir
- Dieta
- Pérdida de peso
- Manejo de comorbilidades (por ejemplo, riesgo cardiovascular, control glucémico)
- Dejar de fumar.

Los detalles del plan de tratamiento dependerán del progreso de la enfermedad. El reumatólogo puede sugerir diversas opciones de tratamiento, como cambios en el estilo de vida, medicamentos y, a veces, cirugía. La mayoría de las personas con artritis reumatoide toman medicamentos. Los medicamentos se pueden usar para aliviar el dolor, reducir la hinchazón y evitar que la enfermedad empeore. Lo que prescribe un médico depende de:

- La salud general del paciente.
- Qué tan grave es la artritis reumatoide.
- Qué tan grave puede ser la artritis reumatoide.

- Cuánto tiempo la persona tomará la droga.
- Qué tan bien funciona el medicamento.
- Posibles efectos secundarios.

En base a nuestro objetivo de estudio, comprendemos que el primer paso que debe establecerse ante una correcta conducta prescriptiva por parte del profesional, es la comprensión de la demanda del paciente en base a su cuadro clínico. Ello involucra las necesidades que este mismo relata tras la aparición de la enfermedad y las dificultades que presenta en su vida cotidiana por la sintomatología que reporta. Es preciso que el profesional comprenda que la prescripción de los medicamentos debe perseguir el objetivo de mejorar la calidad de vida deteriorada que el paciente consultante manifiesta, como principal motor del tratamiento.

3.2.1 Principales medicamentos para el tratamiento de la AR.

El tratamiento de la artritis reumatoide (AR) ha cambiado drásticamente en los últimos 30 años. Pocos agentes terapéuticos existían entonces, que fueran mínimamente eficaces, debido a la toxicidad y al hecho de que la dosificación óptima y la acción de algunos agentes aún no se habían dilucidado (Visser, 2009). Las terapias disponibles comenzaron más tarde que temprano según el curso de la enfermedad. Los primeros ensayos clínicos comenzaban a emerger y sus éxitos impulsaron la reevaluación de los criterios de clasificación, que se enfocaba principalmente en la enfermedad de larga data.

Durante los comienzos de la terapia no se había definido una meta terapéutica, porque el alivio de los síntomas parecía ser el objetivo más importante y el concepto de apuntar a estados de enfermedad como la remisión era, en el mejor de los casos, aspiracional. (Aletaha, 2005)

Con el paso del tiempo se comenzaron a desarrollar terapias que, a través de fármacos, mejoraban la calidad de vida de los pacientes en torno a poder soportar los dolores y hasta retomar sus actividades cotidianas.

Tabla 1. Principales medicamentos para el tratamiento de la AR.

FARME (FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS QUE MODIFICAN LA ENFERMEDAD).

Disminuyen la progresión de la artritis reumatoide

Rheumatrex (metotrexato) es el FARME más comúnmente utilizado.

Plaquenil (hidroxicloroquina) y **Azulfidine** (sulfasalazina) se utilizan para la AR leve.

Arava (leflunomida) funciona tan bien como el metotrexato y puede funcionar aún mejor en combinación con él.

Neoral (ciclosporina) es una droga poderosa que por lo general se utiliza para tratar la AR severa.

Imuran (azatioprina) se utiliza para muchas diversas condiciones inflamatorias

Minocin (minociclina) es un antibiótico pero puede ayudar a detener la inflamación de la AR, aunque la FDA no la haya aprobado para este uso.

ANTAGONISTAS TNF-ALFA

Drogas para la artritis reumatoide, inyectables subcutaneas

Enbrel (etanercept): Se utilizan en AR que no responde a metotrexato, AR grave, activa y evolutiva en primera intención, artritis idiopática juvenil, artritis psoriática grave, y espondiloartritis anquilosante.

Remicade (infiximab): Reducción de los signos y síntomas en pacientes con AR activa, cuando la respuesta a los tratamientos de fondo ha sido inadecuada.

Humira (adalimumab)

Kineret (anakinra)

Orencia (abatacept)

Rituxan (rituximab)

Cimzia (certolizumab pegol)

Simponi (golimumab.)

GLUCOCORTICOIDES

Son utilizados como antiinflamatorios e inmunodepresores

NATURALES

Cortisona

Hidrocortisona (Cortisol)

Corticosterona

SINTÉTICOS

Dexametasona (y derivados: la dexametasona fosfato sódico y la dexametasonaacetato): se absorbe rápidamente por vía oral.

Fludrocortisona: se usa para ayudar a controlar la cantidad de sodio y los líquidos del cuerpo.

Prednisona: se suele tomar por vía oral, pero puede ser administrado por vía intramuscular.

Triamcinolona: suele usarse para reemplazar glucocorticoides que el organismo no puede fabricar, o que no fabrica lo suficiente.

Betametasona: se usa para tratar el prurito (picazón), enrojecimiento, sequedad, la formación de costras, despellejamiento, inflamación y el malestar provocados por diversas afecciones a la piel.

FÁRMACOS ANTI INFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE)

Analgésicos y de venta libre que reducen la inflamación a excepción del paracetamol.

Aspirina
Ibuprofeno
Ketoprofeno
Naproxeno
Paracetamol (acetaminofén)

Fuente: elaboración propia

Los medicamentos actualmente suministrados y que se consideran como "más efectivos para el manejo de la AR" son conocidos como DMARDs, que significa Disease-Modifying AntiRheumatic Drug (Medicamento antirreumático modificador de la enfermedad). Estos medicamentos no sólo alivian el dolor. También demoran o detienen los cambios en sus articulaciones.

Tabla 2. Medicamentos utilizados en el tratamiento de AR, nombre genérico y laboratorio que lo produce (Fuente: Elaboración propia)

Nombre Comercial	Nombre Genérico	Laboratorio
Simponi®	Golimumab	Jansenn
Enbrel®	Eternercep	Pfizer
Humira®	Adalimumab	AbbVie
Cimzia®	Certolizumab Pegol	Montpellier
Orencia®	Abatacep	Bristol
Remicade®	Infliximab	Janssen

Fuente: elaboración propia

A continuación, se mencionan los precios estimativos de las marcas mencionadas sin ningún tipo de descuento por parte de las obras sociales (Kairos, s/f):

Tabla 3. Precios estimativos

Nombre de la Marca	Nombre Genérico	Presentación	PRECIO (Mayo 2017)
Simponi®	Golimumab	50 mg. Jga. Prella. X 1	\$ 54,589.14
Enbrel®	Eternercep	50 mg. Jga. Prella. X 4	\$ 46,139.27
Humira®	Adalimumab	50 mg. X 2 x 08	\$ 43,760,064
Cimzia®	Certolizumab Pegol	50 mg. Jga. Prella. X 2 x 1	\$ 44,337,67
Orencia®	Abatacep	125 mg. Jga. Prell. X 4	\$ 44.297,65
Remicade®	Infliximab	100 mg. F.A X 1	\$ 40,744,74

Fuente: Kairos (s/f)

La prescripción de los medicamentos mencionados debe ser realizada previa cita del paciente con el profesional de la salud. El mismo debe confeccionar, junto con los datos que le brindados y los análisis realizados en el laboratorio, si es que fueron ordenados, una historia clínica que le permita realizar el diagnóstico correspondiente para así encarar el tratamiento más adecuado disponible para el paciente.

3.2 Eficacia de los medicamentos

El medicamento es un bien de consumo con características propias que, según el punto de vista que se aborde, puede tratarse de una mercancía y, por tanto, sujeta a las leyes de mercado, técnicas de producción y publicidad, fijación de precios y otras aristas de cualquier bien de consumo en la sociedad moderna. Por otra parte, puede considerarse el medicamento como una herramienta para modificar el curso natural de una enfermedad o prevenirla, lo que acerca el fármaco a un producto resultado del desarrollo científico-técnico, pero también a una óptica mágica, porque va dirigido a aliviar el dolor, a recuperar la salud y alejar la muerte de los seres humanos (Chetley, 1995). Estos conceptos, dolor, salud y muerte están fuertemente influidos por los patrones culturales y morales de las sociedades humanas y, por tanto, asociados con la filosofía de la existencia. Ambas percepciones se funden y según el contexto socioeconómico y cultural donde se desempeñen, prevalecen los diferentes matices de este complejo producto que es el medicamento (Chetley, 1995).

En relación a esto se encuentra el término uso racional, que se usará aquí para expresar una ventajosa relación entre los recursos invertidos y los resultados obtenidos; es decir, definir cuál fármaco y su forma de utilización produce mejores resultados para la salud, según los recursos invertidos, una vez identificados, medidos y comparados los costos, riesgos y beneficios de los programas, servicios o terapias donde se usen. Lo que se pretende de esta manera es medir la eficacia no solo por el costo del medicamento comparado con otro sino que se trata de relacionar dichos costos con los efectos obtenidos (Sacristán, 1994).

En esta investigación se tratará la eficacia de los medicamentos relacionados con la artritis, en base al control de su realización y la información necesaria para ejecutarla (Sacristán, 1994):

3.3 Conducta prescriptiva

La prescripción es un proceso basado en una información global y objetiva acerca del problema de salud que presenta un paciente. En este proceso, a partir del conocimiento adquirido, el prescriptor escucha el relato de síntomas del paciente, efectúa un examen físico en busca de signos, realiza exámenes clínicos, si corresponden, y concluye en una orientación diagnóstica y toma una decisión terapéutica.

La prescripción debe ser considerada como un acto formal, entre el diagnóstico y la ejecución del tratamiento y no como un acto reflejo, o una respuesta a las presiones comerciales o del paciente. La prescripción médica corresponde a un acto complejo, que requiere de conocimientos, experiencia profesional, habilidades específicas, un gran sentido de responsabilidad y una actitud ética.

Asimismo, se debe recordar que el prescriptor asume la responsabilidad legal por las implicancias de la prescripción. En este sentido, la prescripción de medicamentos es una tarea compleja y desafiante que debe basarse en información precisa y objetiva y no en una acción automatizada, sin pensamiento crítico o una respuesta a la presión comercial. Existen evidencias en todo el mundo de prescripción inadecuada debido a errores y prescripción inapropiada o irracional (Aronson, 2006).

3.3.1 Uso Racional de Medicamentos

Las entidades sanitarias internacionales han definido que hay Uso Racional de Medicamentos cuando los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad (OMS, 2010).

El Uso Racional de Medicamentos, cuando se aplica de una forma sistematizada al interior de los sistemas de salud, tanto públicos como privados, así como a nivel de la comunidad, logra importantes beneficios tanto para la salud individual como colectiva, ya que permite optimizar los resultados farmaco-terapéuticos, como en el caso de las estrategias de contención de la resistencia bacteriana; además permite la disminución de la aparición y gravedad de los efectos adversos, con la subsecuente mejora en la calidad de vida de los pacientes y el ahorro para los sistemas de salud al no tener que tratar o contener estas reacciones; y finalmente, permite una reducción de los gastos asociados a medicamentos, ya que permite un uso eficiente de los recursos destinados a ellos.

Cuando los medicamentos se prescriben o se usan de forma errónea, suponen serios riesgos para la salud del paciente y las implicaciones económicas asociadas significativas (OMS, 2010).

Se han identificado los factores responsables de la mala prescripción, como la deficiencia de la capacitación, la falta de percepción de la importancia de la tarea, la falta de identificación de los errores y las opciones terapéuticas cada vez más frecuentes (Weingart et al., 2000).

Al prescribir un tratamiento, el médico puede elegir entre terapia con medicamentos, una combinación de terapia con y sin medicamentos o solo un enfoque sin medicamentos. En el caso de una terapia basada en medicamentos, es un proceso que implica decisiones basadas en la eficacia, la seguridad, la conveniencia y el costo. Además, la prescripción correcta implica la garantía de acceso a la medicación prescrita y la dispensación adecuada, seguridad del uso apropiado por parte del paciente (Aronson, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró una Guía de buena prescripción a partir de la cual se busca capacitar a los estudiantes para aprender un proceso lógico deductivo para seleccionar medicamentos según los principios de eficacia, seguridad, conveniencia y costo y para escribir una receta correcta (Aronson, 2006; OMS, 2010).

Los lineamientos formulados por la OMS (2010) buscan la promoción de:

- Adopción de una actitud crítica con respecto a la búsqueda, selección y análisis de los diferentes medicamentos y de las fuentes de información.
- Adopción de criterios individualizados para elegir adecuadamente medicamentos para cada condición clínica de acuerdo a los principios de eficacia, seguridad, conveniencia y costo.
- Adopción de criterios para indicar tratamiento individualizado (tratamiento farmacológico y / o no farmacológico) para cada paciente.
- Escribir recetas completas y precisas.
- Proporcionar a los pacientes información, instrucciones y advertencias con respecto a la terapia prescrita.
- Verificar todos los pasos usados para resolver el problema, preparando un plan terapéutico de acuerdo con el estado de cada paciente.

En cada prescripción se reflejan: los medicamentos disponibles, la información que ha sido difundida acerca de ellos -que ha llegado al médico y lo que él ha interpretado- y las condiciones en que se lleva a cabo la atención médica.

El profesional en la prescripción debe además compartir las expectativas con su paciente, brindarle la información que requiera, comprobar que conoce los riesgos a que se somete al utilizar un medicamento y, por sobre todo, procurar que el tratamiento prescrito esté al alcance de sus posibilidades económicas.

La selección correcta de un fármaco se debe realizar tomando en cuenta criterios de eficacia, seguridad, conveniencia y costo. Además, se debe brindar un apropiado esquema de tratamiento, de acuerdo con las características individuales del paciente, indicándolo en forma verbal y escrita, para poder facilitar el cumplimiento de la prescripción. De igual o mayor relevancia, es garantizar un seguimiento apropiado de nuestra conducta prescriptiva y planificar una evaluación sistemática, no solo de la evolución clínica de la enfermedad, sino de las consecuencias del tratamiento prescrito -relación beneficio-riesgo-, en la práctica clínica real.

El uso racional de medicamentos implica obtener el mejor beneficio, con el menor número posible de medicamentos, durante el menor tiempo posible y a un costo razonable (Walley, Haycox y Boland, 2005). Sin embargo, la prescripción irracional o inadecuada de medicamentos ocurre a menudo. La utilización excesiva de medicamentos, a veces por complacencia, contribuye a perpetuar o acentuar las expectativas erróneas del paciente, y en ocasiones del propio prescriptor, de que los problemas de salud se solucionan siempre con medicamentos y que cada síntoma o signo debe conducir a una intervención farmacéutica.

Entre los objetivos de una buena prescripción pueden mencionarse los siguientes:

- Contribuir a preservar o mejorar la salud y bienestar del paciente.
- Maximizar la efectividad en el uso de los medicamentos.
- Minimizar los riesgos a los que se expone al paciente al usar un medicamento.
- Minimizar los costos en la atención de salud por medio del uso racional del medicamento.
- Respetar las opiniones de los pacientes en toda decisión terapéutica.

3.3.1.1 Etapas del proceso de prescripción racional

1. Definir el o los problemas del paciente:

Los pacientes generalmente acuden a la consulta médica cuando presentan algún problema, el que en ocasiones puede tratarse sólo de un síntoma o signo aislado, por lo que un paso indispensable antes de decidir un tratamiento es establecer un buen diagnóstico.

Un correcto diagnóstico se basa en la integración de la información suministrada por el paciente y otra obtenida de la observancia médica; una detallada historia clínica, un examen físico completo y el uso de exámenes auxiliares, cuando éstos sean necesarios. Asimismo, antes de la prescripción, es importante verificar qué medicamentos está

tomando el paciente, considerando tanto aquellos de prescripción como los de venta directa.

2. Especificar los objetivos terapéuticos

Antes de tomar la decisión de prescribir un tratamiento, es esencial especificar el objetivo terapéutico.

3. Diseñar un esquema terapéutico apropiado para el paciente

Un esquema terapéutico apropiado no significa necesariamente la prescripción de un medicamento. Puede ser que el paciente requiera de otro tipo de indicaciones, tales como medidas higiénicas y/o dietéticas, ejercicios y/o cambio de hábitos inapropiados. El diseño del esquema terapéutico requiere de información apropiada, así como de esfuerzo y experiencia por parte del prescriptor.

Una vez que se ha definido el o los objetivos terapéuticos se hará un listado de los posibles tratamientos, eligiendo, si corresponde, los fármacos de entre los productos disponibles para un determinado fin terapéutico, sobre la base del perfil farmacológico, eficacia, seguridad, conveniencia y costo del tratamiento.

La selección radica sobre la base de los siguientes aspectos:

A. Eficacia:

La eficacia de un tratamiento se define como su capacidad para modificar favorablemente un síntoma, el pronóstico o el curso clínico de una enfermedad. Se mide en ensayos clínicos controlados, en los que se compara el curso clínico de diferentes grupos de pacientes tratados con distintas modalidades terapéuticas.

B. Seguridad:

Es la característica de un medicamento que garantiza su uso con una probabilidad muy pequeña de causar reacciones adversas o efectos colaterales. Son excepciones las reacciones alérgicas y otras menos frecuentes, denominadas reacciones de idiosincrasia.

C. Conveniencia:

Tiene relación con las características de cada paciente considerando, además de la patología a tratar, los efectos indeseados y contraindicaciones del fármaco, la facilidad para su administración e interacciones con otros fármacos o alimentos; así como otros

factores tales como enfermedades asociadas, edad, actividad que desarrolla y características socioculturales.

D. Costo:

Aspecto importante a tener en consideración al momento de prescribir un medicamento, pues de ello puede depender que el paciente cumpla con el tratamiento indicado. En este contexto, se debe considerar siempre el costo total del tratamiento y no solamente el costo por unidad. Cuando se prescriben demasiados medicamentos el paciente quizás sólo pueda pagar por algunos de ellos o recibir dosis o tiempos parciales de tratamiento. Deben prescribirse fármacos que sean realmente necesarios y se encuentren disponibles y asequibles para el paciente.

4. Indicar el tratamiento a seguir

La indicación del tratamiento, se expresa por lo general en una receta médica, pudiendo incluir medidas farmacológicas y no farmacológicas.

5. Brindar información, instrucciones y advertencias

La adherencia del paciente a la terapéutica recomendada se puede favorecer a través de una correcta prescripción (tratamiento bien seleccionado), una óptima relación médico-paciente y la dedicación de tiempo para una adecuada explicación acerca de la importancia del tratamiento, sus beneficios y riesgos, incluyendo las advertencias que sean necesarias. El incumplimiento del tratamiento puede traer consecuencias lamentables para el paciente.

3.3.2 Enfoque teórico: economía del comportamiento

Históricamente, la mayoría de las políticas de salud han sido diseñadas bajo el supuesto de que el comportamiento individual puede ser explicado por el modelo del agente racional (maximización de utilidades). Dentro de este marco, los individuos representadas por una función de utilidad. Y dicha utilidad se maximiza con base en información acerca de las alternativas existentes y de sus consecuencias en el bienestar.

El modelo racional de toma de decisiones establece que los seres humanos son agentes racionales que toman decisiones mediante un proceso de ecuaciones de costo – beneficio

en el cual toman en consideración los recursos disponibles para maximizar su beneficio personal. Este modelo, sin embargo, no logra explicar por qué persisten en la población las conductas riesgosas. Por ejemplo, muchas de las decisiones que las personas toman atentan contra sus propios intereses de largo plazo, como por ejemplo no dejar de fumar, no asistir a los controles preventivos de salud, entre otros.

Sin embargo, las personas no toman decisiones equivocadas. Lo que hacen es elegir la mejor opción según sus preferencias, recursos e información. La teoría económica ha mostrado que en ciertas circunstancias –por ejemplo de información completa, preferencias consistentes en el tiempo e interés propio de los agentes económicos–, la agregación de decisiones racionales conduce a lo socialmente óptimo. No obstante, cuando tales condiciones no se cumplen (fallas de mercado), la combinación de las decisiones individuales óptimas da lugar a un nivel subóptimo de bienestar.

Actualmente, existe evidencia suficiente (Kahneman, 2003) para demostrar que la gran mayoría de las decisiones de los sujetos se encuentran fuertemente influenciadas por una serie de sesgos – juicios, creencias o influencias externas- que desvían al proceso de toma de decisiones de lo estrictamente racional. Entre los sesgos hallados más comunes se destacan cuestiones asociadas a la no incorporación plena de la información disponible para la toma de decisiones, el exceso de confianza de las personas que puede minimizar riesgos al realizar una acción, el status quo (preferencias por una opción predeterminada), heurística del afecto o tomar decisiones por cuestiones emocionales, entre otros (Kahneman, 2003).

Este nuevo enfoque sobre la conducta, denominado “economía del comportamiento”, proporciona un marco descriptivo para explicar la toma de decisiones “real” de los sujetos. La teoría de la economía del comportamiento, basada en principios de la psicología, la sociología y la antropología, es muy útil para dar cuenta de cómo las personas se comportan realmente ante diversos escenarios y situaciones en lugar de estudiar cómo deberían comportarse si fuesen perfectamente racionales.

Las desviaciones de la racionalidad perfecta se pueden clasificar en tres categorías. La primera es la racionalidad limitada e incluye errores sistemáticos que se cometen cuando se usa el sistema automático en el proceso de seleccionar el comportamiento óptimo. Los individuos cuentan con la información relevante sobre las opciones disponibles y sus

posibles consecuencias, pero no logran convertirla en una decisión racional. Por ejemplo, las personas tienden a comprar productos que se encuentran a la mano cerca de la entrada de las tiendas o de las registradoras, en lugar de buscar opciones más saludables adentrándose en el local. El segundo grupo de desviaciones de la racionalidad es el de la fuerza de voluntad limitada. Esta se manifiesta en aquellos casos en que el sistema reflexivo logra seleccionar el comportamiento óptimo, pero el individuo es incapaz de cumplir su decisión cuando se llega al momento de actuar. Esto por lo general sucede cuando la decisión y la acción no ocurren de manera simultánea. Por último, el tercer grupo de desviaciones de la racionalidad es el del egoísmo limitado, y comprende aquellas situaciones en que la decisión y la acción se ven afectadas por lo que los demás piensan (efecto de pares). (Kahneman, 2003).

La economía del comportamiento, entonces, es adecuada para estudiar los sesgos cognitivos más comunes en el proceso de toma de decisiones, es decir, las desviaciones sistemáticas del comportamiento racional. Por lo tanto, esta teoría puede ayudar a que los responsables de la formulación de políticas entiendan las barreras con las que confrontan cuando intentan que las personas modifiquen su comportamiento, algo que comúnmente buscan las intervenciones de salud de prevención y tratamiento. Cabe resaltar que algunos de estos sesgos se pueden aprovechar para motivar a las personas a que adopten comportamientos más saludables, que es precisamente una de las características atractivas de la economía del comportamiento. Bajo este marco, entonces, será posible diseñar intervenciones que conduzcan a mejores resultados sin limitar las opciones disponibles o sin tratar de modificar la naturaleza del comportamiento humano, sino más bien redefiniendo el contexto de las opciones.

3.3.3 Aspectos que influyen la conducta prescriptiva

En la acción de prescribir, no solo interviene la capacidad lógica deductiva del profesional de la salud que realiza una evaluación diagnóstica, sino que también una serie de aspectos externos que pueden delimitar e influenciar esta actividad y que deben ser considerados al momento de realizarla:

A. Aspectos Normativos.

La prescripción es un acto personalísimo, que realiza un profesional de la salud.

B. Publicidad y Promoción de los fabricantes o distribuidores de medicamentos.

Los mecanismos de promoción y publicidad que realiza la industria farmacéutica están dirigidos a influenciar los hábitos de prescripción.

C. Educación y Promoción del Conocimiento.

Para que el profesional de salud que prescribe se encuentre en condiciones de tomar decisiones terapéuticas de calidad, es de vital importancia la formación adecuada en terapéutica médica, iniciada en el período de pregrado, continuada en el postgrado y actualizada a lo largo de toda su ejercicio profesional.

D. Aspectos socio-económicos:

Todo profesional de la salud que prescribe medicamentos debe tener necesariamente en cuenta las condiciones socioeconómicas de la población, ya que éstas ejercen una influencia en la actuación profesional y su consecución en la acción de salud. Así, el profesional de la salud que prescribe debe siempre considerar los limitados recursos económicos del paciente, sus concepciones culturales, su grado de instrucción y conocimiento sobre el uso de medicamentos, su entorno familiar, el costo de la atención de salud y de los medicamentos, entre otros.

4. Metodología

4.1 Tipo de Investigación

El diseño de esta investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. Se utilizan fuentes primarias y secundarias, orientándose al análisis de las conductas prescriptivas de los profesionales reumatólogos de la C.A.B.A. Para ello se realizará un trabajo de campo donde se aplicará un instrumento de encuesta semi-estructurada a profesionales reumatólogos de C.A.B.A. durante el año 2018.

4.2 Dimensiones, variables, indicadores

Dimensión 1	Formación y Prácticas profesionales
	Capacitaciones realizadas sobre actualizaciones en AR
	Nivel de conocimiento respecto a la guía de la buena prescripción que realizó la OMS
	Frecuencia respecto a la utilización de medicamentos para tratar la AR
	Inclusión de medicamentos en los tratamientos de la AR
	Capacitaciones realizadas sobre medicamentos para tratar la AR
Dimensión 2	Conocimiento de medicamentos para tratar la AR
	Nivel de conocimiento respecto de los medicamentos que existen en el mercado para tratar la AR
	Nivel de conocimiento respecto del costo, eficacia, seguridad y conveniencia de los medicamentos existentes en el mercado para tratar la AR
	Nivel de conocimiento respecto a la existencia en el mercado de medicamentos costo-efectivos para tratar la AR
	Acceso a información sobre medicamentos disponibles en el mercado para tratar la AR
Dimensión 3	Acto de prescripción de medicamentos para tratar la AR
	Medicamentos que se prescriben para tratar la AR
	Medicamentos costo - efectivos que se prescriben para tratar la AR
	Motivaciones respecto a la prescripción de los medicamentos para tratar la AR
	Valoración de atributos de los medicamentos que se prescriben para tratar la AR

4.3 Universo y características de la muestra

El universo está conformado por profesionales reumatólogos de la C.A.B.A. La población total de profesionales reumatólogos radicados en C.A.B.A. al 2018 es de 482. El 70% (338) del total de profesionales están asociados a la SAR y el restante 30% (144) no están asociados. La unidad de análisis es la "Conducta prescriptiva de los profesionales reumatólogos de la C.A.B.A. respecto de medicamentos costo-efectivo, para la atención de la Artritis Reumatoide durante el año 2018".

La muestra se compone de profesionales pertenecientes a la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR) y de profesionales no asociados radicados en C.A.B.A. La justificación de esta segmentación se basa en que los socios de la SAR pueden presentar un comportamiento diferente de los no asociados respecto al conocimiento y uso de los medicamentos costo-efectivos en su relación terapéutica para tratar la artritis reumatoide. Es por esto que se busca elaborar una muestra lo más representativa posible de la población de profesionales de la reumatología.

El corte de la muestra del estudio será de 50 profesionales reumatólogos radicados en C.A.B.A. durante el año 2018. La decisión metodológica de usar ese tamaño muestra consiste en las posibilidades y limitaciones de realizar la investigación con los recursos materiales y económicos con los que se dispone al mismo tiempo de las posibilidades temporales de poder desarrollar la misma en un plazo temporal razonable (Hernández Sampieri et al., 2007).

La muestra se distribuye de la siguiente manera para garantizar representatividad del universo: 35 profesionales reumatólogos asociados a la SAR y 15 profesionales no asociados.

4.4 Fuentes de información y técnicas de recolección de datos

- Fuentes primarias: encuesta semi-estructurada a profesionales reumatólogos de C.A.B.A. durante el año 2018.
- Fuentes secundarias: Bibliografía, documentación, datos y estadísticas sobre la problemática objeto de estudio.

Como método de estudio se empleará un abordaje bibliográfico-documental, mediante el cual se recabará y analizará información vinculada a la artritis reumatoide, como así también a las conductas prescriptivas en profesionales de la Salud.

Asimismo, se desarrollará una investigación de campo de tipo no experimental con el fin de determinar si la promoción de políticas públicas orientadas al tratamiento y contención de los pacientes que presentan AR resulta indispensable para optimizar la conducta prescriptiva de los profesionales reumatólogos de la C.A.B.A. frente al abordaje de dicha problemática. Se aplicará un cuestionario semi-estructurado a los profesionales

reumatólogos radicados en C.A.B.A. que forman parte de la muestra, indagando sobre las siguientes variables:

Dimensiones y variables de análisis:

Dimensión 1: *Nivel de conocimiento de los profesionales reumatólogos de los medicamentos para la artritis reumatoide.*

Variable: 1. Conocimiento sobre los medicamentos que hay en el mercado para la artritis reumatoide. **2.** Medicamentos que recetan los médicos para tratar la artritis reumatoide. **3.** Conocimiento sobre la relación costo-efectividad de los medicamentos para tratar la artritis reumatoide. **4.** Causas por las cuales recetan unos medicamentos y no otros.

Dimensión 2: *Tipos de medicamentos costo-efectivos para tratar la artritis reumatoide en su relación terapéutica.*

Variables: 1. Oferta de medicamentos existentes en el mercado para tratar la artritis reumatoide. **2.** Jerarquía de precios en los medicamentos para tratar la artritis reumatoide. **3.** Efectividad terapéutica de los medicamentos para tratar la artritis reumatoide. **4.** Medicamentos más vendidos para tratar la artritis reumatoide.

Esta investigación cumple los estándares éticos requeridos en una investigación en el campo de la salud, considerando que no se tratará de un trabajo experimental con humanos de por medio, siendo su recorte objetual el aspecto económico en el campo de la medicina y la farmacología. En este sentido, el trabajo de campo a efectuarse tendrá un carácter anónimo, con el fin de preservar la identidad e intimidad de las personas encuestadas.

5. Resultados

Con el objetivo de conocer la conducta prescriptiva de los profesionales reumatólogos de C.A.B.A., específicamente en relación al conocimiento y prescripción de medicamentos

costo-efectivos para tratar la AR, se aplicó un cuestionario (Anexo 1) a un total de 50 profesionales reumatólogos que desempeñan su actividad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, siguiendo el siguiente esquema muestral: 35 encuestas a profesionales asociados a SAR (Sociedad Argentina de Reumatología) y 15 a profesionales no asociados. Como se mencionó en el apartado de metodología, la muestra es representativa del universo de profesionales reumatólogos que desempeñan su actividad en C.A.B.A. La muestra del estudio incluyó profesionales entre los 28 y 69 años de edad; de los cuales 28 fueron mujeres y 22 hombres.

5.1 Características de la muestra

Ámbito del ejercicio profesional

Del total de 50 profesionales encuestados, el 50% afirma trabajar en el sector público de salud, mientras que el 30% se encuentra trabajando en el sector privado y sólo el 20% asegura trabajar en ambos sectores.

Cuadro 1. Ámbito de ejercicio de la profesión de los médicos reumatólogos de C.A.B.A.

Ámbito	Frecuencia
Público	25
Privado	15
Ambos	10

Gráfico 1. Ámbito de ejercicio de la profesión de los médicos reumatólogos de C.A.B.A.



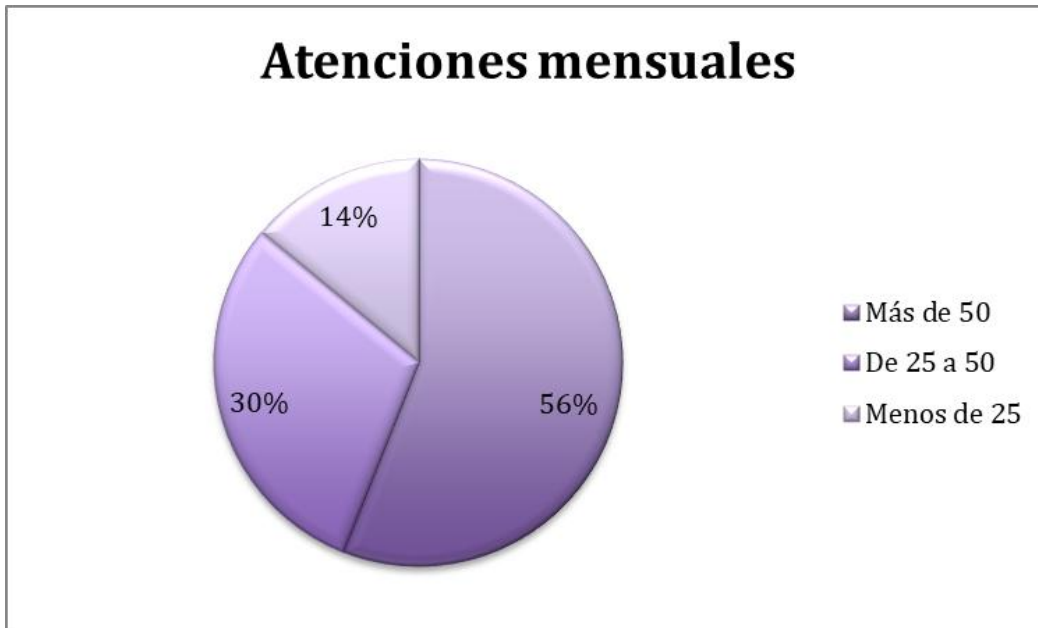
Atención mensual de pacientes

Respecto a la atención de pacientes con AR, se pudo determinar que del total de encuestados, el 56% afirma atender a más de 50 pacientes mensualmente, mientras que el 30% declara atender entre 25 y 50 pacientes al mes y sólo el 14% informó atender menos de 25 pacientes mensualmente.

Cuadro 2. Cantidad de pacientes atendidos por mes por los médicos reumatólogos de C.A.B.A.

Cantidad pacientes	Frecuencia
Más de 50	28
De 25 a 50	15
Menos de 25	7

Gráfico 2. Cantidad de pacientes atendidos por mes por los médicos reumatólogos de C.A.B.A.



5.2 Experiencia profesional y formación en la especialidad de los médicos reumatólogos

Como se mencionó anteriormente, la prescripción médica corresponde a un acto complejo, que requiere de conocimientos, experiencia profesional, habilidades específicas, un gran sentido de responsabilidad y una actitud ética. En este sentido, se indagó sobre la experiencia profesional de los médicos, la asistencia a cursos y actualizaciones en la especialidad, la asistencia a capacitaciones brindadas por los laboratorios respecto a los medicamentos para tratar la AR y el grado de conocimiento respecto a la buena prescripción de medicamentos que recomienda la Organización Mundial de la Salud.

Ejercicio de la profesión como especialista reumatólogo

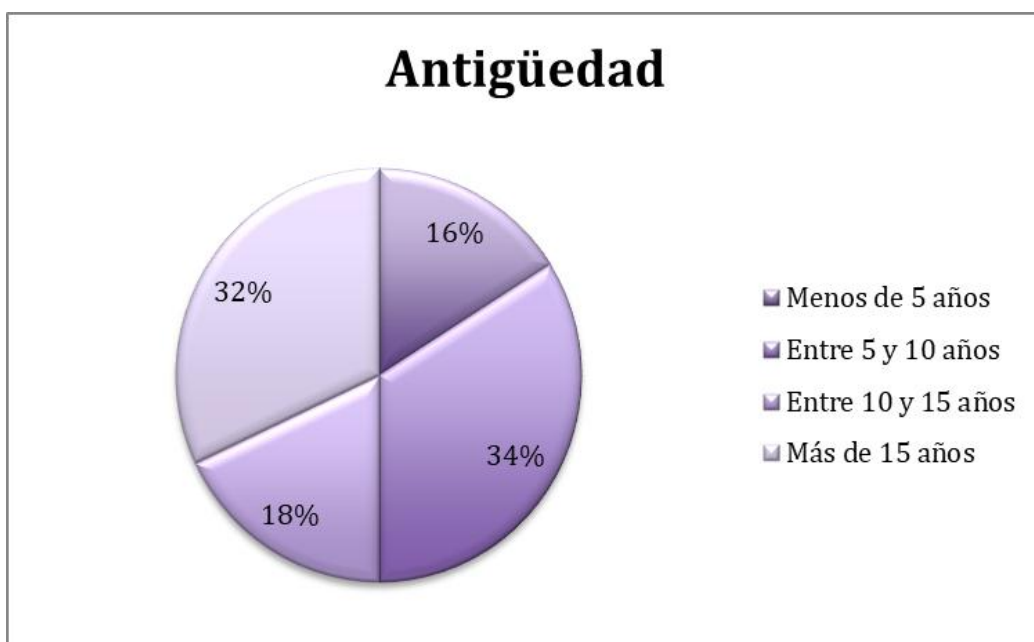
De un total de 50 profesionales, el 16% menciona tener 5 o menos años de experiencia en el ejercicio de la profesión, el 34% confirma tener entre 5 y 10 años, el 18% dice ejercer

la profesión entre 10 a 15 años y el 32% acredita una antigüedad de más de 15 años en su función como especialista en reumatología.

Cuadro 3. Antigüedad en la profesión de los médicos reumatólogos de C.A.B.A expresada en años.

Antigüedad	Frecuencia
Menos de 5 años	8
Entre 5 y 10 años	17
Entre 10 y 15 años	9
Más de 15 años	16

Gráfico 3. Antigüedad en la profesión de los médicos reumatólogos de C.A.B.A expresada en años.



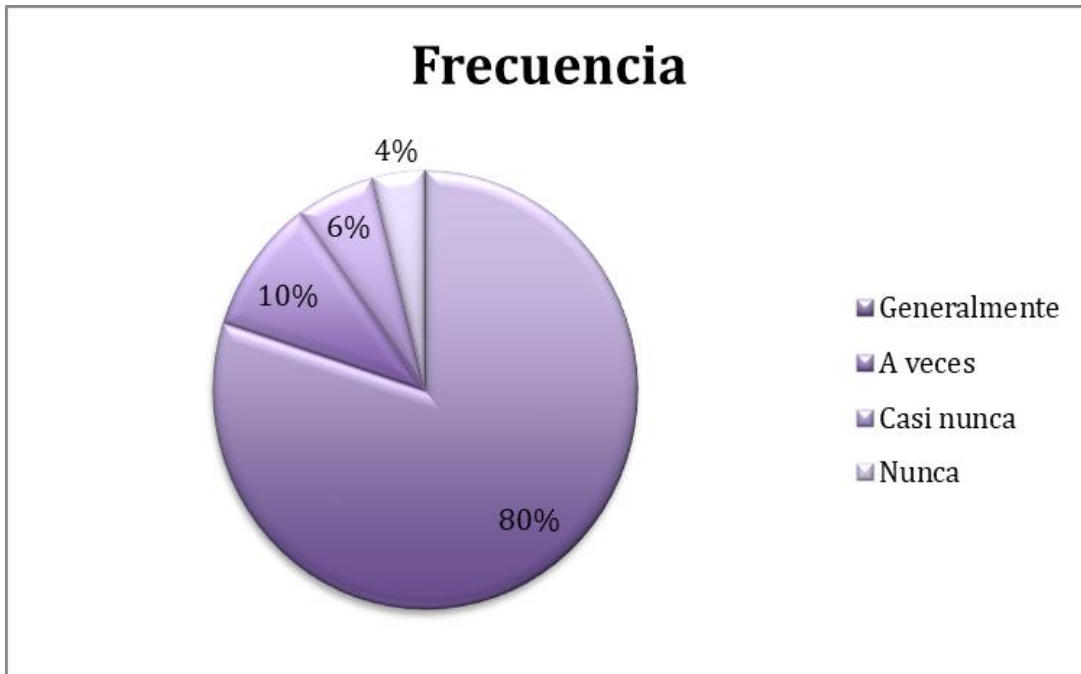
Frecuencia de actualizaciones y capacitaciones recibidas

La mayoría de los profesionales reumatólogos encuestados (80%) afirma recibir o participar de actualizaciones y capacitaciones de modo periódico, el 10% de ellos dice recibirlas a veces, el 6% declara participar con muy poca frecuencia ("casi nunca"), y el 4% de los profesionales consultados dicen no recibir ni participar nunca de diferentes capacitaciones o actualizaciones.

Cuadro 4. Frecuencia de actualizaciones.

Frecuencia de actualizaciones	Frecuencia
Generalmente	40
A veces	5
Casi nunca	3
Nunca	2

Gráfico 4. Frecuencia con la que los médicos reumatólogos de C.A.B.A realizan actualizaciones de su especialidad.



Cantidad de capacitaciones realizadas en los últimos 5 años

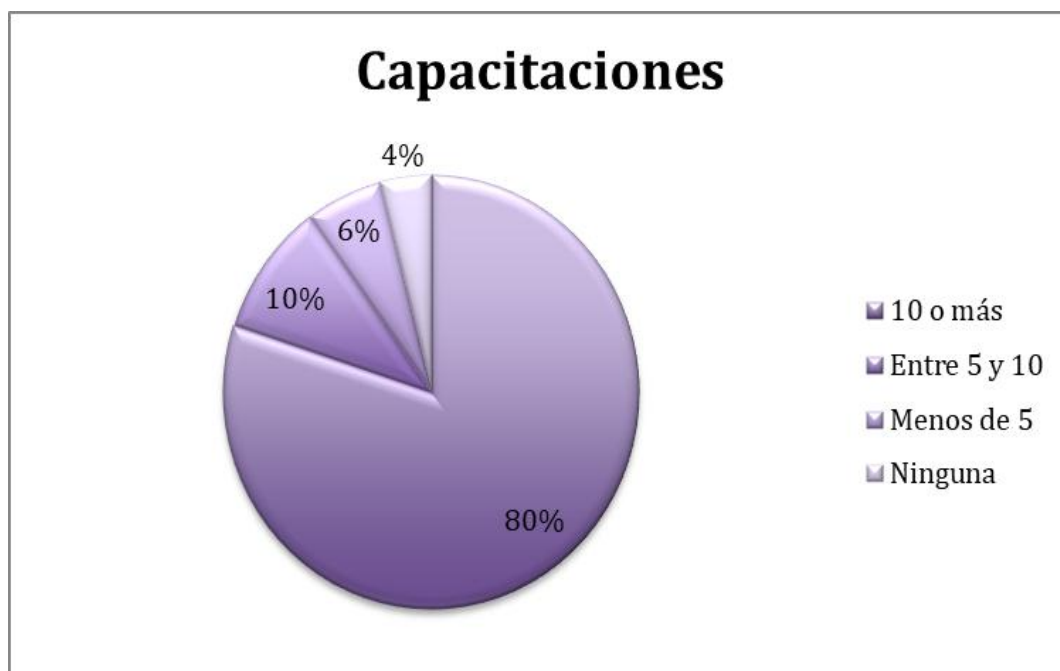
En base a las respuestas obtenidas, los resultados fueron agrupados en rangos para facilitar su análisis: el 80% de los profesionales consultados, es decir la mayoría de ellos, afirma haber participado de más de 10 capacitaciones en los últimos 5 años, mientras que el 10% dice haber concurrido a un número entre 10 a 5 jornadas, el 6% afirma haber presenciado menos de 5 en los últimos 5 años y, finalmente, el 4% dicen no haber participado de ninguna.

Cuadro 5. Cantidad de capacitaciones realizadas en los últimos 5 años por los médicos reumatólogos de C.A.B.A.

Cantidad de capacitaciones	Frecuencia
10 o más	40
Entre 5 y 10	5
Menos de 5	3

Ninguna	2
----------------	----------

Gráfico 5. Cantidad de capacitaciones realizadas en los últimos 5 años por los médicos reumatólogos de C.A.B.A.



Conocimientos de la guía de buenas prácticas de la OMS

Como se comentó en los apartados del marco teórico, la OMS elaboró una Guía de buena prescripción a partir de la cual se buscó capacitar a los profesionales sobre el proceso lógico deductivo para seleccionar medicamentos según los principios de eficacia, seguridad, conveniencia y costo, y para escribir una receta correcta. En este sentido, se consultó a los médicos reumatólogos sobre el conocimiento de esta herramienta, dado que la misma contribuye a la promoción de un uso racional de los medicamentos. Los resultados demostraron que el total de profesionales encuestados conoce la guía de la buena prescripción de medicamentos elaborada por la Organización mundial de la Salud.

Conocimiento de la Guía	Frecuencia
Si	50
No	0

Gráfico 6. Cantidad de médicos reumatólogos que mencionan conocer la guía de buenas prácticas de la OMS.



Gráfico 6. Cantidad de médicos reumatólogos que mencionan conocer la guía de buenas prácticas de la OMS.

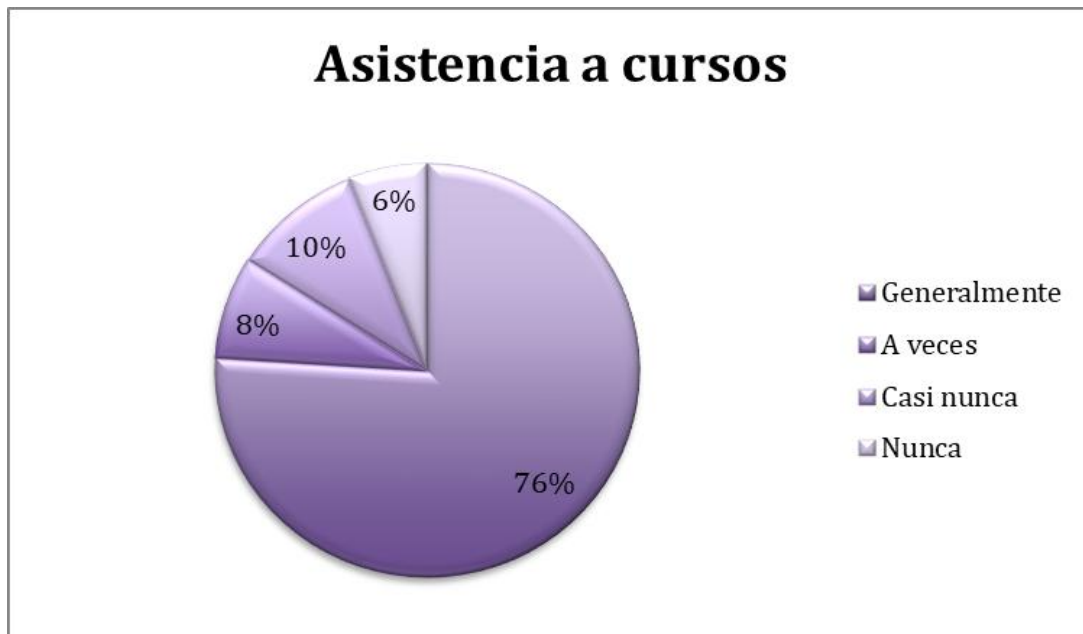
Asistencia a cursos o capacitaciones realizadas por los fabricantes de medicamentos que producen los medicamentos que se prescriben.

En línea con lo que se viene analizando en relación a la asistencia a capacitaciones y actualizaciones sobre la profesión -donde se determinó que la mayoría suele hacer esta práctica-, también se logró evidenciar que un gran número de profesionales (76%) declaran que suelen participar de los congresos y jornadas que realizan los laboratorios que producen los medicamentos que se prescriben. Un 8% dice participar a veces de estas instancias, mientras que un 10% confirma que casi nunca participa. Sólo un 6% dice no participar nunca.

Cuadro 7. Frecuencia de asistencia a cursos de capacitación realizados por los laboratorios fabricantes de los medicamentos por parte de los médicos reumatólogos de C.A.B.A.

Frecuencia de asistencia a cursos realizados por los laboratorios	Frecuencia
Generalmente	38
A veces	4
Casi nunca	5
Nunca	3

Gráfico 7. Frecuencia de asistencia a cursos de capacitación realizados por los fabricantes de medicamentos por parte de los médicos reumatólogos de C.A.B.A.



Como síntesis de este apartado, puede decirse que los médicos reumatólogos de C.A.B.A. ostentan en su mayoría una antigüedad de más de 5 años de ejercicio en la profesión, mientras que la gran mayoría de ellos declara que asiste generalmente a capacitaciones y actualizaciones profesionales, como así también a cursos brindados por los laboratorios respecto a medicamentos para tratar la AR. Además, todos dicen conocer la guía de buenas prácticas de prescripción de medicamentos de la OMS. En este sentido, se observa una alta capacitación y formación profesional por parte de los médicos reumatólogos encuestados.

5.3 Conocimiento de los medicamentos existentes en el mercado para tratar la artritis reumatoide.

Como se ha expuesto anteriormente, un aspecto esencial para lograr un uso racional de los medicamentos para tratar la AR por parte de los profesionales reumatólogos es, en primer lugar, conocer los medicamentos que existen en la actualidad para el tratamiento de la enfermedad y su disponibilidad en el mercado y, en segundo lugar, acceder al conocimiento sobre ciertos atributos que poseen los mismos como el costo, la eficacia clínica, el impacto sobre la calidad de vida, la conveniencia, la seguridad y las recomendaciones de las guías. Sin en el acceso a esta información, resulta poco probable que los médicos puedan manifestar una conducta racional de prescripción de medicamentos a sus pacientes. En este sentido, en este apartado se analiza el grado de conocimiento que poseen los médicos reumatólogos de C.A.B.A. respecto a los medicamentos existentes en el mercado para tratar la artritis reumatoide.

Nivel de conocimiento que poseen los médicos sobre los medicamentos que prescriben

La mayoría de los profesionales reumatólogos consultados (74%) afirma tener un conocimiento muy alto sobre los medicamentos que prescriben, el 20% menciona que su conocimiento es alto, mientras que sólo el 6% lo categoriza como normal.

Cuadro 8. Nivel de conocimiento sobre los medicamentos que prescriben los médicos reumatólogos.

Nivel de conocimiento	Frecuencia
Muy alto	37
Alto	10
Normal	3
Bajo	0

Gráfico 8. Nivel de conocimiento sobre los medicamentos que prescriben los médicos reumatólogos.



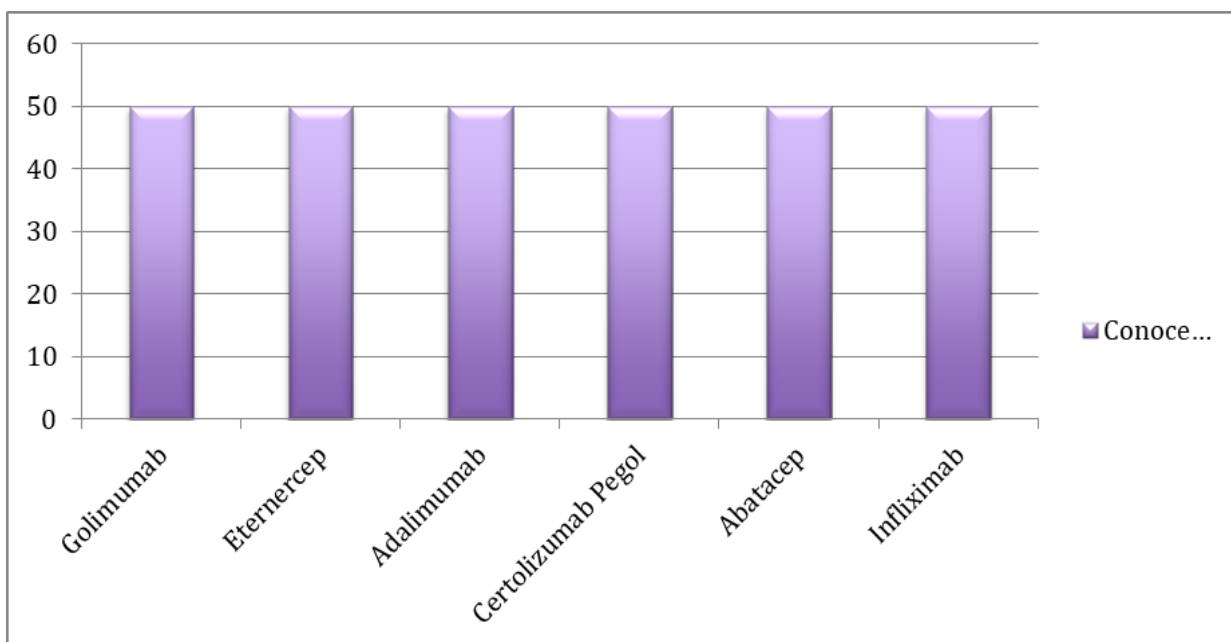
Conocimiento sobre las marcas de los medicamentos que existen en el mercado para tratar la AR

Al consultar a los profesionales reumatólogos de C.A.B.A. sobre el conocimiento de las marcas de los medicamentos que existen en el mercado actualmente para tratar la AR, se observó que todos los consultados conocen las marcas existentes.

Cuadro 9. Conocimiento por parte de los médicos reumatólogos de las marcas y medicamentos existentes en el mercado para tratar la AR.

Moléculas	Conoce...
Golimumab	50
Eternercep	50
Adalimumab	50
Certolizumab Pegol	50
Abatacep	50
Infliximab	50

Gráfico 9. Conocimiento por parte de los médicos reumatólogos de las marcas de los medicamentos existentes en el mercado para tratar la AR.



Conocimiento sobre los costos, eficacia clínica y seguridad de los medicamentos que existen en el mercado para tratar la AR

Se les consultó a los profesionales sobre su conocimiento respecto a ciertos atributos que poseen los medicamentos para tratar la AR, en tanto el acceso a dicha información favorece un proceso lógico deductivo para seleccionar los medicamentos costo – efectivos.

En este sentido, se buscó evaluar el grado de conocimiento por parte de los médicos reumatólogos respecto al costo, eficacia clínica y seguridad de los medicamentos existentes en el mercado para tratar la AR, quedando sin analizar la conveniencia del medicamento, ya que este aspecto tiene relación directa con las características propias de cada paciente.

Cuadro 10. Nivel de conocimiento de los médicos reumatólogos del costo, eficacia clínica y seguridad de los medicamentos existentes para tratar la AR.

Moéculas	Costo	Eficacia clínica	Seguridad
	Frecuencia		
Golimumab	30	50	50
Eternercep	28	50	50
Adalimumab	31	50	50
Certolizumab Pegol	29	50	50
Abatacep	25	50	50
Infliximab	25	50	50

En términos generales puede decirse que no se observa un conocimiento total por parte de los médicos reumatólogos respecto al costo de los medicamentos para tratar la AR. Considerando todos los medicamentos existentes, que todos dicen conocer, se evidencia un conocimiento promedio de los costos del 56%.

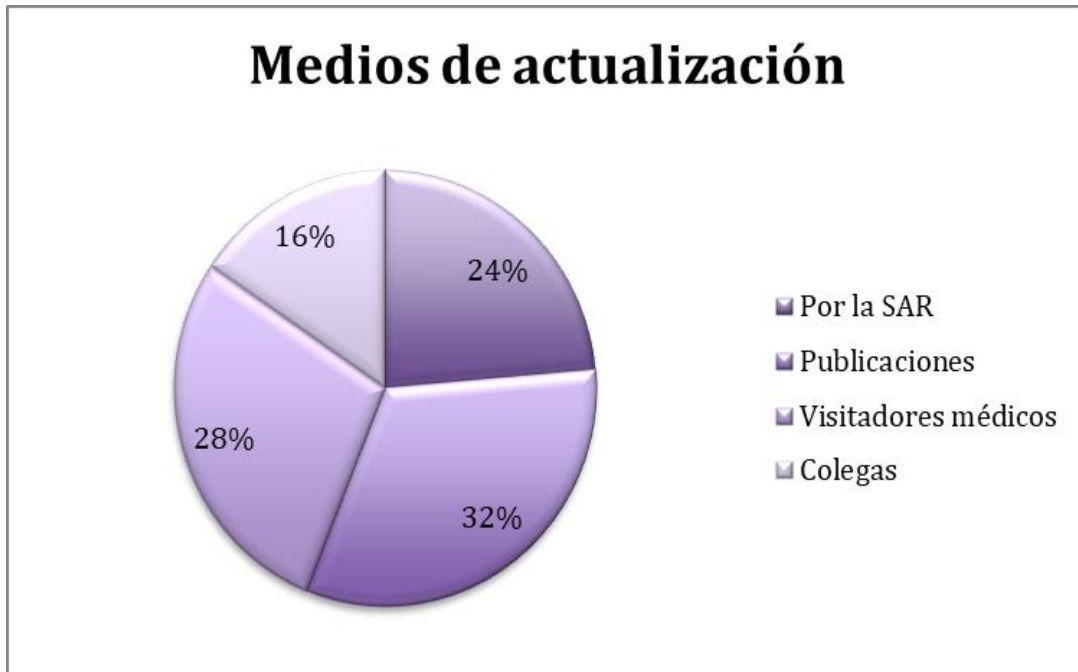
A diferencia de lo que sucede con el costo, el total de los profesionales consultados dice conocer la eficacia clínica y la seguridad de todos los medicamentos existentes en el mercado para tratar la AR.

Al consultarle a los médicos respecto a cómo se actualizan respecto a los medicamentos utilizados para tratar la AR, la mayoría (96%) declara que lo hace a partir de publicaciones. Luego, el 82% dice recibir información sobre los agentes de propagada médica y el 70% dice asesorarse sobre nuevos medicamentos e innovaciones a través de la SAR. Sólo el 44% mencionó a sus colegas como método de actualización.

Cuadro 11. Medios que utilizan los médicos reumatólogos para actualizarse sobre marcas y medicamentos.

Medios de actualización	Frecuencia
Por la SAR	35
Publicaciones	48
Visitadores médicos	42
Colegas	23

Gráfico 10. Medios que utilizan los médicos reumatólogos para actualizarse sobre marcas y medicamentos.



Puede decirse que todos los médicos reumatólogos conocen los medicamentos existentes en el mercado para tratar la AR. Sin embargo, no conocen en su totalidad todos los principios que guían el uso racional de los medicamentos en pos de realizar una prescripción de medicamentos costo-efectiva. Como es de esperar dada la formación médica, los profesionales dicen conocer los aspectos clínicos de los medicamentos (eficacia y seguridad) más no el costo en su totalidad. En este sentido, se observó que poco más de la mitad de los profesionales, en promedio, conocen los costos de los medicamentos que existen en el mercado para tratar la AR.

5.4 Prescripción de medicamentos para tratar la artritis reumatoide por parte de los médicos reumatólogos de C.A.B.A

Para poder evaluar la conducta prescriptiva de los médicos, fue preciso consultar acerca del acto de la prescripción propiamente dicha. En este sentido, se les consultó sobre las marcas mayormente elegidas para tratar a los pacientes con AR y los determinantes de su elección.

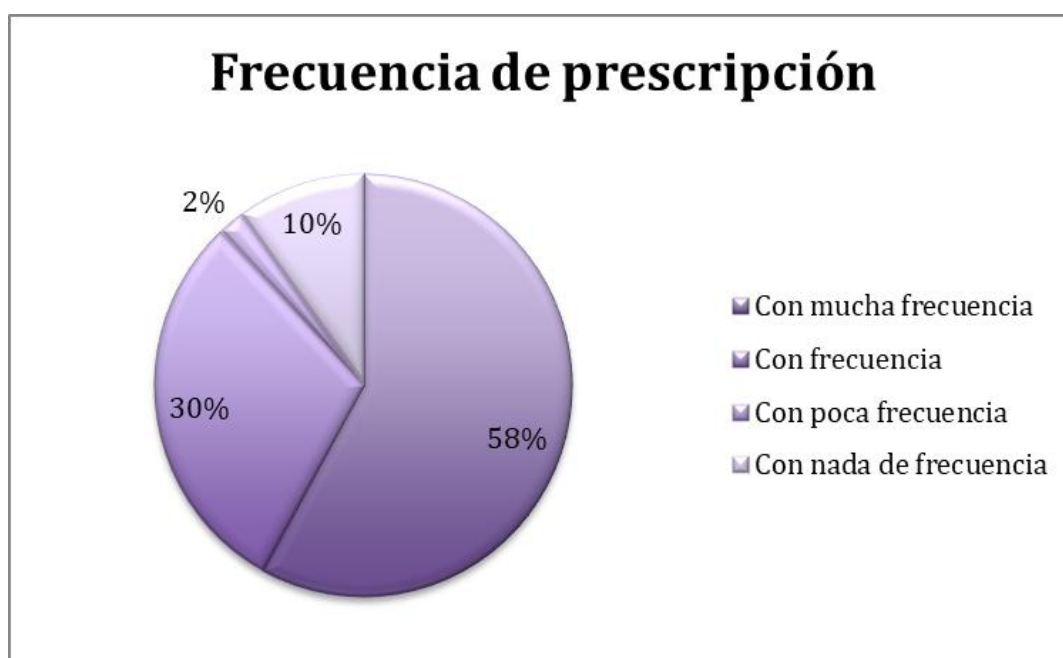
Frecuencia con la que se prescriben medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoidea

La prescripción de medicamentos para tratar la AR parece ser un comportamiento habitual por parte de los médicos reumatólogos. La gran mayoría (88%) dice hacerlo frecuentemente (58% con mucha frecuencia y 30% con frecuencia); Mientras que el 12% afirma que lo hace con poca o nada de frecuencia.

Cuadro 12. Frecuencia de prescripción de medicamentos para tratar la AR por parte de los médicos reumatólogos.

Frecuencia con la que se prescriben medicamentos	Frecuencia
Con mucha frecuencia	29
Con frecuencia	15
Con poca frecuencia	1
Con nada de frecuencia	5

Gráfico 11. Frecuencia de prescripción de medicamentos para tratar la AR por parte de los médicos reumatólogos.



Aspectos a tener en cuenta por parte de los profesionales al momento de prescribir un medicamento

A continuación, se evalúa el grado de influencia que tienen ciertos atributos de los medicamentos como el precio, eficacia clínica, efectos colaterales y conveniencia, entre otros aspectos como los consensos científicos, consejos de colegas y el vínculo con los laboratorios fabricantes, respecto a la elección de una marca para recetar a los pacientes. Conocer la relevancia que se le otorga a cada determinante es esencial para analizar la conducta prescriptiva.

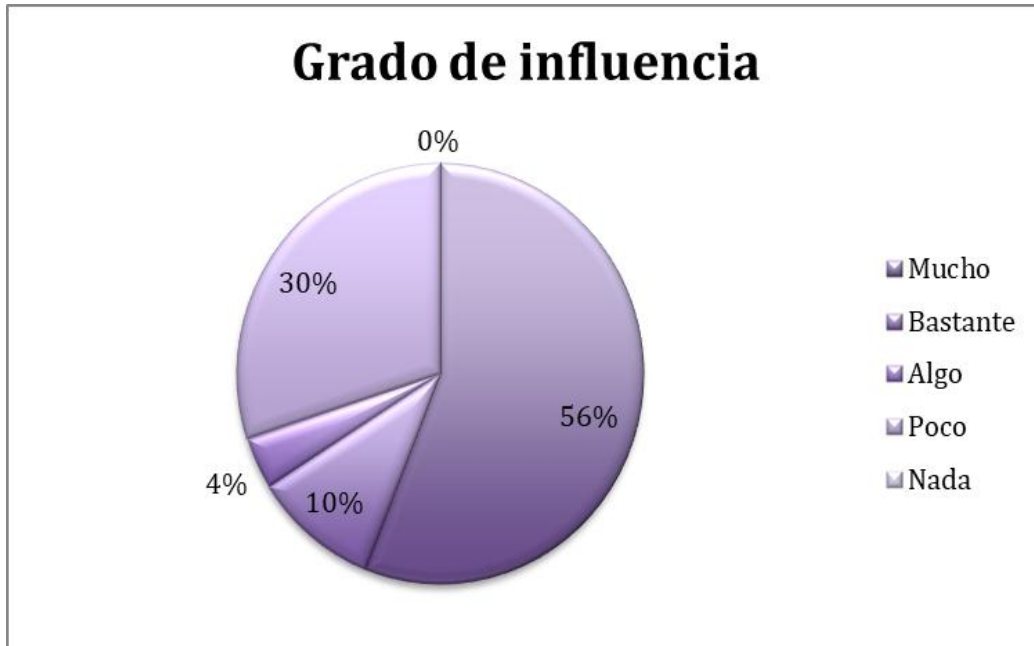
Prescripción según el precio

El precio del medicamento influye mucho o bastante para el 66% de los médicos reumatólogos al momento de la prescripción, mientras que influye algo o poco para el 34% restante. Debido a que la consideración del costo de un medicamento es una de las buenas prácticas de las guías establecidas por las organizaciones mundiales, a pesar de que muchos de estos medicamentos en Argentina son de prescripción gratuita o tiene cobertura por las obras sociales, este aspecto debe ser considerado como uso racional de las buenas practicas prescriptivas.

Cuadro 13. Grado de influencia del precio del medicamento al momento de la prescripción por parte de los médicos reumatólogos.

Grado de influencia	Frecuencia
Mucho	28
Bastante	5
Algo	2
Poco	15
Nada	0

Gráfico 12. Grado de influencia del precio del medicamento al momento de la prescripción por parte de los médicos reumatólogos.



Prescripción según quién produce el medicamento

En relación a quien produce el medicamento como determinante de la elección, se observan respuestas heterogéneas: el 36% de los profesionales reumatólogos dice que el laboratorio que produce el medicamento influye mucho al momento de recetarlo, el 24% dice que influye bastante, mientras que el 20% afirma que influye algo y el 20% restante dice verse poco influenciado por quién produce el medicamento en el mercado.

Cuadro 14. Grado de influencia de la producción del medicamento al momento de la prescripción por parte de los médicos reumatólogos.

Grado de influencia	Frecuencia
Mucho	18
Bastante	12
Algo	10
Poco	10
Nada	0

Gráfico 13. Grado de influencia de la producción del medicamento al momento de la prescripción por parte de los médicos reumatólogos.



Prescripción según la Eficacia clínica

El 100% de los profesionales que participaron de este estudio aseguran hacer un alto hincapié en la eficacia clínica del medicamento al momento de prescribir un medicamento a sus pacientes.

Cuadro 15: Grado de influencia de la eficacia clínica del medicamento al momento de la prescripción por parte de los médicos reumatólogos.

Grado de influencia	Frecuencia
Mucho	50
Bastante	0
Algo	0
Poco	0
Nada	0

Prescripción según los efectos colaterales de los medicamentos

Al igual que sucede con la eficacia clínica, todos los profesionales participantes de este estudio dicen considerar mucho los efectos colaterales de los medicamentos a la hora de prescribirlos a sus pacientes.

Cuadro 16. Grado de influencia de los efectos colaterales del medicamento al momento de la prescripción por parte de los médicos reumatólogos.

Grado de influencia	Frecuencia
Mucho	50
Bastante	0
Algo	0
Poco	0
Nada	0

Prescripción según conveniencia del paciente

Todos los médicos consultados aseguran prescribir el medicamento en base a las conveniencias del paciente.

Cuadro 17. Grado de influencia de la conveniencia del medicamento al momento de la prescripción por parte de los médicos reumatólogos.

Grado de influencia	Frecuencia
Mucho	50
Bastante	0
Algo	0
Poco	0
Nada	0

Prescripción según consensos científicos

La mayoría de los profesionales (92%) declara que los consensos científicos acerca de los medicamentos a prescribir para tratar la AR influyen mucho en su decisión y el 8% restante afirma que los consensos influyen bastante. En este sentido, se observa que los consensos son un determinante fuerte de la elección de un medicamento.

Cuadro 18. Grado de influencia de los consensos científicos al momento de la prescripción por parte de los médicos reumatólogos.

Grado de influencia	Frecuencia
Mucho	46
Bastante	4
Algo	0
Poco	0
Nada	0

Prescripción según las recomendaciones de colegas

Los profesionales suelen guiarse por recomendaciones de colegas al momento de la prescripción: el 96% de los médicos reumatólogos dice estar muy influenciado por dichas recomendaciones, mientras que sólo el 4% dice estarlo poco.

Cuadro 19. Grado de influencia de las recomendaciones de colegas al momento de la prescripción por parte de los médicos reumatólogos.

Grado de influencia	Frecuencia
Mucho	38
Bastante	10
Algo	0
Poco	2
Nada	0

Gráfico 14. Grado de influencia de las recomendaciones de colegas al momento de la prescripción por parte de los médicos reumatólogos.



Análisis de los determinantes de la elección de un medicamento por parte de los profesionales para tratar la AR

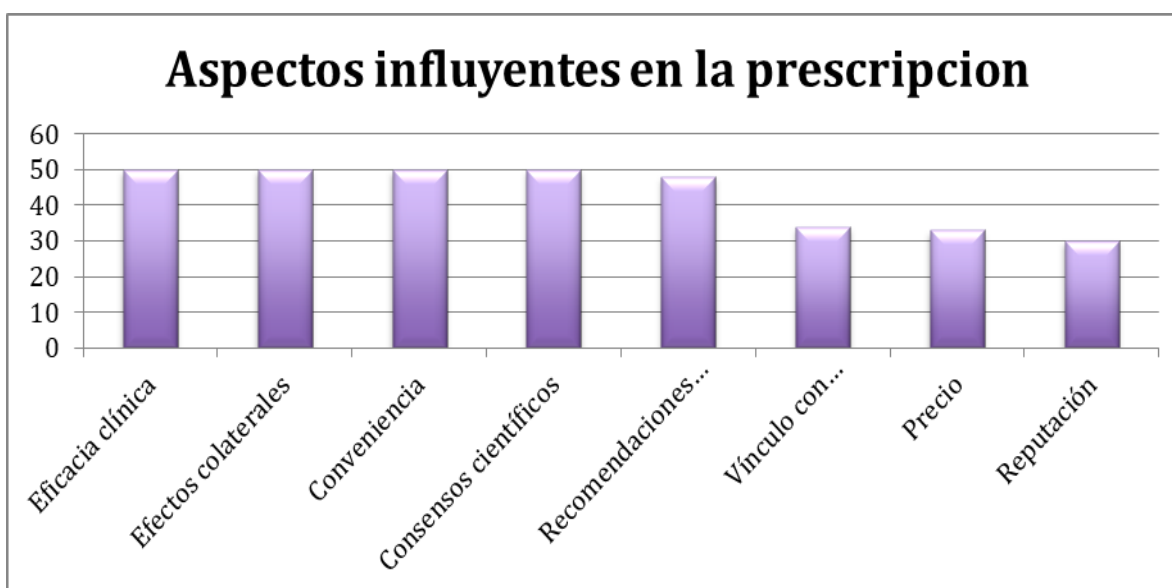
Considerando las respuestas “mucho” y “bastante” de los médicos reumatólogos en relación a los aspectos que influyen al momento de la prescripción de los medicamentos, se puede establecer el siguiente ranking de prioridad:

Cuadro 20. Ranking de aspectos que influyen (mucho + bastante) al momento de la prescripción de un medicamento por parte de los médicos reumatólogos.

Aspectos que influyen en la prescripción	Mucho + bastante
Eficacia clínica	50
Efectos colaterales	50
Conveniencia	50

Consensos científicos	50
Recomendaciones de colegas	48
Vínculo con laboratorios	34
Precio	33
Reputación	30

Gráfico 15. Ranking de aspectos que influyen (mucho + bastante) al momento de la prescripción de un medicamento por parte de los médicos reumatólogos.



En primer lugar, debe decirse que a partir del instrumento de medición que se utilizó en esta investigación para evaluar la conducta prescriptiva, es imposible establecer el determinante "real" de la elección de un medicamento para tratar la AR por parte de los profesionales; Pero sí se puede realizar una aproximación en relación a los aspectos que más influyen al momento de la decisión de prescribir un medicamento en base a las respuestas declarativas de los médicos. En este caso, se observa que los aspectos asociados a los atributos clínicos de los medicamentos – eficacia clínica, efectos colaterales

y conveniencia – parecen ser los más determinantes en los procesos decisorios del medicamento a recetar a los pacientes, mientras que aspectos como el precio o la reputación no generarían una marcada influencia en la decisión. Esto puede resultar en un problema, debido a que el uso racional de medicamentos incluye al costo como un aspecto esencial que debe considerarse al momento de la prescripción.

Ranking de elección de medicamentos

Para conocer la conducta prescriptiva de los médicos reumatólogos, se les solicitó que establezcan un ranking de prescripción (del 1 al 6) de los medicamentos para tratar la AR que más recetan a los que menos recetan habitualmente. A continuación, se muestran las menciones de las marcas que fueron elegidas como primeras en el ranking:

Cuadro 21. Ranking de elección de medicamentos para tratar la AR por parte de los médicos reumatólogos.

Moléculas	1° en elección
Eternercep	15
Abatacep	9
Certolizumab Pegol	8
Adalimumab	7
Golimumab	6
Infliximab	5

Grafico 16. Ranking de elección de medicamentos para tratar la AR por parte de los médicos reumatólogos.



Como puede observarse, Eternecept es el medicamento más recetado por los médicos reumatólogos. Le siguen en orden de prioridad Abatacept y Certolizumab Pegol, y mucho más abajo en el ranking se encuentran Golimumab, Adalimumab y Infiximab, los cuales suelen ser los menos recetados.

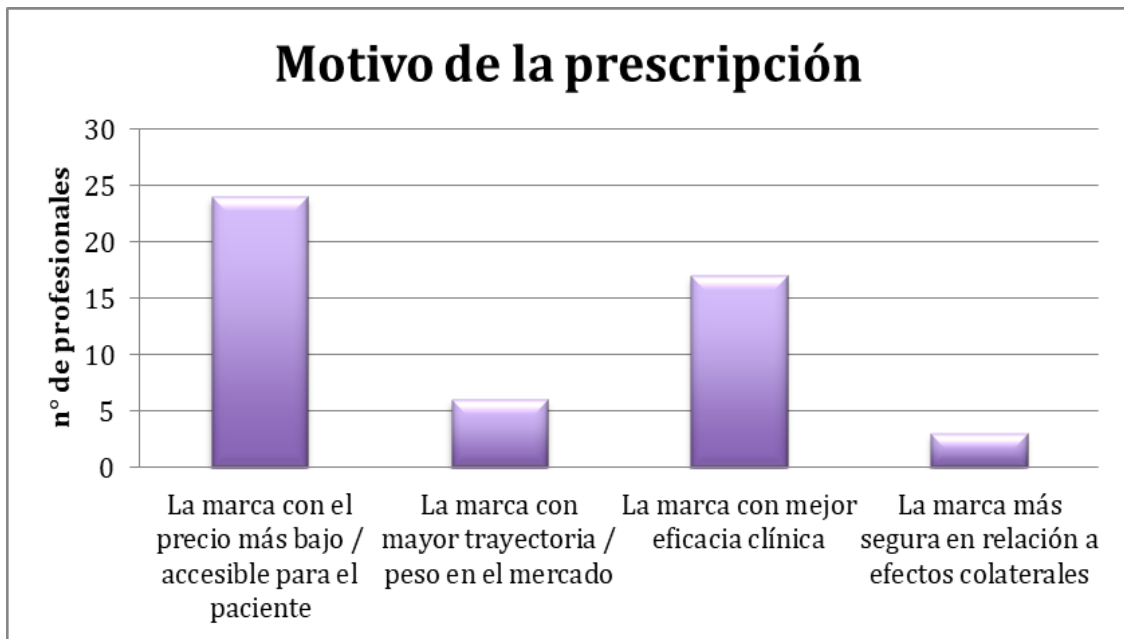
Motivos de prescripción de los medicamentos

Al consultar a los profesionales por los motivos de la prescripción, se observa que el precio y la eficacia clínica suelen ser los más nombrados: el 48% de los profesionales consultados considera al precio como un motivo fundamental al momento de prescribir el medicamento y el 32% decide prescribir la marca que ellos consideran que tiene la mejor eficacia clínica. Como los menos nombrados, aparece la trayectoria (12%) y los efectos secundarios o colaterales que el medicamento puede generar en el paciente (8%).

Cuadro 22. Motivos de prescripción de medicamentos por parte de los médicos reumatólogos.

Motivos de prescripción	Frecuencia
La marca con el precio más bajo / accesible para el paciente	24
La marca con mayor trayectoria / peso en el mercado	6
La marca con mejor eficacia clínica	17
La marca más segura en relación a efectos colaterales	3

Gráfico 17. Motivos de prescripción de medicamentos por parte de los médicos reumatólogos.



Conclusiones

El objetivo de esta investigación fue analizar la conducta prescriptiva de los profesionales reumatólogos de C.A.B.A. respecto de los medicamentos para tratar la artritis reumatoide. Para lograr conocer el comportamiento de los médicos, se aplicó una encuesta estructurada a los mismos.

Como se mencionó a lo largo de este trabajo, una conducta prescriptiva responsable se manifiesta cuando los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado, y al menor costo posible para ellos y para la comunidad. Esto es posible si los profesionales cuentan con determinados conocimientos de medicamentos existentes para tratar la enfermedad y sus características y experiencia profesional que los habilite a realizar una prescripción correcta. Los principios para seleccionar medicamentos que recomienda la OMS son eficacia, seguridad, conveniencia y costo.

Como se expresó anteriormente, en el mercado de Argentina existen 6 medicamentos para tratar la enfermedad de artritis reumatoide Etanercept, Adalimumab, Abatacept, Certolizumab Pegol, Golimumab y Infliximab. Sin embargo, sus precios de mercado varían y son de muy alto costo.

En este sentido, siendo que, si bien los médicos reumatólogos de C.A.B.A. muestran una alta capacitación y formación profesional (la mayoría pertenece a la SAR), existe cierto desconocimiento sobre las alternativas medicamentosas para la artritis reumatoide. Esto podría deberse a diversos factores causales, entre los que se destacan: desconocimiento de los medicamentos disponibles, los procedimientos que los laboratorios llevan a cabo para buscar comercializar sus medicamentos realizando todo tipo de estrategia de marketing disponible. Respecto de esto último, se destaca el accionar de los Agentes de propaganda Médica (APM), quienes visitan consultorios, hospitales y diferentes instituciones de salud con el fin de promocionar la marca que representan. Con la saturación del mercado de drogas y medicamentos, la competencia en muchos casos se vuelve feroz y los laboratorios ofrecen réditos o premios a los médicos que más medicamentos de determinado laboratorio hayan recetado (Jara, 2007).

Este desconocimiento de alternativas medicamentosas para la artritis reumatoide, podría ser un factor que afecte una conducta racional de prescripción de medicamentos, ya que ciertos medicamentos que podrían ser costo efectivos quedan fuera del alcance de las opciones en la prescripción médica.

A su vez, esta investigación permitió determinar que el precio de los medicamentos es un aspecto que influye bastante menos que otros como la eficacia clínica, los efectos colaterales o la conveniencia del medicamento al momento de la prescripción por parte de los médicos reumatólogos. Esto último, puede tener una implicancia en el uso racional de los recursos, ya que la conducta de los médicos podría estar influenciada por otras cuestiones como la trayectoria de la marca en el mercado, los intereses que generan los laboratorios en los profesionales, entre otros.

Este estudio constituye un primer paso en el abordaje de la conducta prescriptiva de medicamentos de alto costo y baja incidencia. La misma, parte de supuestos que van más allá de la clásica interpretación de los fundamentos de las conductas, que básicamente se asocian a una racionalidad pura; por el contrario, este tipo de abordajes buscan comprender por qué los profesionales se comportan de determinada manera en diversos contextos puntuales, con el objetivo de poder diseñar intervenciones más adecuadas para el cambio en el uso racional de medicamentos.

Bibliografía

Aletaha D, Breedveld FC, Smolen JS. The need for new classification criteria for rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2005;52:3333–6.

AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY (2017) *Understanding Rheumatoid Arthritis*. AbbVie Inc. North Chicago, IL. Julio, 2017.

Arend WP, Firestein GS. Pre-rheumatoid arthritis: predisposition and transition to clinical synovitis. *Nat Rev Rheumatol* (2012) 8:573–86.10.1038/nrrheum.2012.134

ARONSON, JK. (2006) A prescription for better prescribing. *Br J Clin Pharmacol* 2006, 61 (5):487–91.

BALSA, A., CABEZÓN, A. y OROZCO, G. (2010) Influence of HLA DRB1 alleles in the susceptibility of rheumatoid arthritis and the regulation of antibodies against citrullinated proteins and rheumatoid factor. *Arthritis Res Ther*, 12(2): R62.

BECKER RC, MEADE TW, BERGER PB, EZEKOWITZ M, O'CONNOR CM, VORCHHEIMER DA, et al. The primary and secondary prevention of coronary artery disease: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8a. edición). *Chest*. 2008; 133(6S):776S-814S.

BERENGUER, J. 1994 *Gestión de los servicios asistenciales. Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias*. Buenos Aires. Ed. Vicens Vives.

BOERS M, VERHOEVEN AC, MARKUSSE HM, VAN DE LAAR MA, WESTHOVENS R, VAN DENDEREN JC ET AL. (1997) Randomised comparison of combined step-down prednisolone, methotrexate and sulphasalazine with sulphasalazine alone in early rheumatoid arthritis. *Lancet* 1997; 350(9074):309-18.

BOTTARO, O.E. (1995) El rendimiento de la inversión como parámetro de decisión ante alternativas excluyentes, *Revista Nexos* N^o 2, Volumen 2, 1995. Facultad de Cs. Económicas y Administrativas, Universidad Austral de Chile.

CHETLEY, A. (1995) Medicamento problema. ¿Qué es un medicamento? En: López Linares R, ed. LIMA: AIS-LAC, 1995: 7-20.

DEIGHTON, C., O'MAHONY, R. y TOSH J. (2009) Guideline Development Group. Management of rheumatoid arthritis: summary of NICE guidance. *BMJ*, 338:b702.

ELSOHLY, M.A. y SLADE, D. (2005) Chemical constituents of marijuana: the complex mixture of natural cannabinoids. *Life Sci.* 2005; 78(5):539-48.

FIRENTEIN, G.S. y KELLEY, W.N. (2009) Etiology and pathogenesis of rheumatoid arthritis. Philadelphia: Saunders/Elsevier.

FITZCHARLES, M.A., MCDUGALL, J., STE-MARIE, P.A. y PADJEN, I. (2012) Clinical implications for cannabinoid use in the rheumatic diseases: potential for help or harm? *Arthritis Rheum*, 64(8):2417-25.

GINES GONZALEZ GARCIA (2005). Medicamentos: Salud, Políticas y Economía. Argentina

GOLDENBERG, D.L., CLAUW, D.J. y FITZCHARLES, M.A. (2011) New Concepts in Pain Research and Pain Management of the Rheumatic Diseases. *Semin Arthritis Rheum*.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, R., FERNÁNDEZ COLLADO, C., BAPTISTA LUCIO, P. (2007) Fundamentos de la metodología de la investigación. España: McGraw-Hill.

JARA, M. Traficantes de salud: cómo nos venden medicamentos peligrosos y juegan con la enfermedad. Barcelona: Icaria-Antrazyt, 2007.

JUNG, Y. O., & KIM, H. A. (2012). Recent Paradigm Shifts in the Diagnosis and Treatment of Rheumatoid Arthritis. *The Korean Journal of Internal Medicine*, 27 (4), 378–387. <http://doi.org/10.3904/kjim.2012.27.4.378>

KAIROS (s/f) Revista de ciencia y Tecnología para la farmacia. Ciudad de Buenos Aires. Página web: <http://ar.kairosweb.com/>

KALANT, H. (2001) Medicinal use of cannabis: history and current status. *Pain Res Manag.* 2001;6(2):80-91.

Kahneman, D. (2003). Maps of bounded rationality: Psychology for behavioral economics. *American economic review*, 93(5), 1449-1475.

LYNCH, M.E. y CAMPBELL, F. (2011) Cannabinoids for Treatment of Chronic Non-Cancer Pain; a Systematic Review of Randomized Trials. *Br J Clin Pharmacol*.

MACGREGOR, A.J., SNIEDER, H. y RIGBY A. (2000) Characterizing the quantitative genetic contribution to rheumatoid arthritis using data from twins. *Arthritis Rheum*, 43(1): 30-37.

Matcham F., Scott I.C., Rayner L., Hotopf M., Kingsley G.H., Norton S., Scott D.L., Steer S. The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: a systematic review and meta-analysis. *Semin. Arthritis Rheum*. 2014;44(2):123–130. doi: 10.1016/j.semarthrit.2014.05.001

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2010). Guía para las buenas prácticas de prescripción: metodología para la prescripción racional de medicamentos Ministerio de Salud de Chile. Dpto. Políticas Farmacéuticas y Profesiones médicas división de políticas públicas saludables y promoción. Subsecretaria de Salud Pública. Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19008es/s19008es.pdf>

MOTTONEN T, HANNONEN P, LEIRISALO-REPO M, NISSILA M, KAUTIAINEN H, KORPELA M. ET AL. (1999) Comparison of combination therapy with single-drug therapy in early rheumatoid arthritis: a randomised trial. FIN-RACo trial group. *Lancet* 1999; 353(9164):1568-73.

Nam JL, Ramiro S, Gaujoux-Viala C, Takase K, Leon-Garcia M, Emery P, et al. Efficacy of biological disease-modifying antirheumatic drugs: a systematic literature review informing the 2013 update of the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2014; 73: 516– 528. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204577 PMID: 24399231

NATIONAL INSTITUTE OF ARTHRITIS AND MUSCULOSKELETAL AND SKIN DISEASES - NIAMS. (2009) Handout on health: rheumatoid arthritis. Recuperado de: http://www.niams.nih.gov/Health_Info/Rheumatic_Disease/default.asp.

National Institution for Health and Clinical Excellence. Guide to the methods of technology appraisal 2013. 2013. Available: <http://publications.nice.org.uk/pmg9>

NCBI (s/f) National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine. Página web: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

O'DELL JR, LEFF R, PAULSEN G, HAIRE C, MALLEK J, ECKHOFF PJ ET AL. (2002) Treatment of rheumatoid arthritis with methotrexate and hydroxychloroquine,

methotrexate and sulfasalazine, or a combination of the three medications: results of a two-year, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum* 2002; 46(5):1164-70

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002) Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Perspectivas Políticas sobre Medicamentos de la OMS. Septiembre. Ginebra: Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf>

OROZCO, G. y BARTON, A. (2010) Update on the genetic risk factors for rheumatoid arthritis. *Expert Rev Clin Immunol*, 6(1): 61-75.

PERTWEE, R.G. (2001) Cannabinoid receptors and pain. *Progress in neurobiology*. 2001;63(5):569-611.

PERTWEE, R.G. (2006) Cannabinoid pharmacology: the first 66 years. *Br J Pharmacol*. 2006;147 Suppl 1:S163-71.

SAAG, K.G., TENG, G. y PATKAR N. (2008) American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of nonbiologic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, 2008; 59(6): 762-784.

SACRISTÁN, J.A. (1994) "Farmacoeconomía: el cálculo de la eficiencia". *Med clin* 1994; 103:143-9

SHANKE J., GOVINDARAJAN V. *Gerencia Estratégica de Costos*. 1995. Bogotá. Ed. Norma.

SINGH JA, FURST DE, BHARAT A, CURTIS JR, KAVANAUGH AF, KREMER JM, 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;64:625-39

SMOLEN JS, y STEINER, G. (2003) Therapeutic strategies for rheumatoid arthritis. *Nat Rev Drug Discov* 2003;2: 473-88.

STE-MARIE, P.A., FITZCHARLES, M.A., GAMSA, A., WARE, M.A. y SHIR, Y. (2012) Association of herbal cannabis use with negative psychosocial parameters in patients with fibromyalgia. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64(8):1202-8.

SWIFT, W., GATES, P. y DILLON, P. (2005) Survey of Australians using cannabis for medical purposes. *Harm Reduct J.* 2005; 2:18.

Tsao NW, Bansback NJ, Shojania K, Marra C a. The issue of comparators in economic evaluations of biologic response modifiers in rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2012; 26: 659–676

VAN VOLLENHOVEN, R.F., GEBOREK, P., FORSLIND, K., ALBERTSSON, K., ERNESTAM, S., PETERSSON, I.F., CHATZIDIONYSIOU, K. y BRATT, J. (2012) Conventional combination treatment versus biological treatment in methotrexate-refractory early rheumatoid arthritis: 2 year follow-up of the randomised, non-blinded, parallel-group Swefot trial. *Lancet*, 379: 1712–1720.

Visser K, van der Heijde D. Optimal dosage and route of administration of methotrexate in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature. *Ann Rheum Dis* 2009;68:1094–9.

WALLEY, T., HAYCOX, A., y BOLAND, A. (2005) FARMACOECONOMIA. España: S.A. ELSEVIER.

WARE, M.A., ADAMS, H. y GUY G. (2005) The medicinal use of cannabis in the UK: results of a nationwide survey. *Int J Clin Pract.* 2005; 59(3):291-5.

WEINBLATT M. Y KURITZKY L. (2007) RAPID: rheumatoid arthritis. *J Fam Pract.;* 56(4 Suppl):S1-S7; abril de 2007.

WEINBLATT ME, COBLYN JS, FOX DA, FRASER PA, HOLDSWORTH DE, GLASS DN ET AL. (1985) Efficacy of low-dose methotrexate in rheumatoid arthritis. *N Engl J Med* 1985; 312(13):818-22.

WOLFE, F. y MICHAUD, K. (2010) The loss of health status in rheumatoid arthritis and the effect of biologic therapy: a longitudinal observational study. *Arthritis Res Ther*, 12: R35.

YARDIN, A. (2002) ¿Prorrato de costos indirectos fijos o análisis de evitabilidad? XXI Congreso Argentino de Profesores Universitario de Costo. Buenos Aires –Octubre 2002. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/157307536/PRORRATEO-DE-COSTOS-INDIRECTOS-FIJOS-O-ANALISIS-DE-EVITABILIDAD>

ANEXO

I. Encuesta a profesionales médicos reumatólogos de la Ciudad de Buenos Aires

La presente encuesta forma parte de un trabajo de investigación sobre la prescripción de medicamentos para tratar la Artritis Reumatoide. Los datos serán confidenciales y se usarán únicamente con fines estadísticos. Será de gran utilidad para esta investigación poder contar con su opinión.

Datos sociodemográficos y profesionales

1. ¿Podría indicar su edad y sexo?

1.1 Sexo (marcar con una x la opción en la segunda columna)

Masculino	
Femenino	

1.2 Edad (completar en años)

2. ¿Se encuentra en la actualidad asociado a la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR)? (marcar con una x la opción en la segunda columna)

Si	
No	

3. ¿Hace cuántos años que ejerce la profesión de medicina con especialidad en reumatología?

Años:

4. ¿En qué ámbito/s desempeña su profesión? (marcar con una x la opción en la segunda columna)

Público	
Privado	
Ambos	

5. ¿Podría indicar la cantidad promedio de pacientes con artritis reumatoide que atiende Ud. por mes?

Cantidad promedio de pacientes por mes:

Formación y Prácticas profesionales

6. ¿Suele realizar capacitaciones y actualizaciones de su especialidad? (marcar con una x la opción en la segunda columna)

Generalmente	
A veces	
Casi nunca	
Nunca	

7. En los últimos 5 años, ¿Cuántas capacitaciones puede decir que ha realizado sobre actualizaciones en artritis reumatoide?

Cantidad de capacitaciones (completar en números)

--

8. ¿Conoce la guía de la buena prescripción de medicamentos que realizó la Organización Mundial de la Salud? (marcar con una x la opción en la segunda columna)

Si	
No	

9. ¿Con qué frecuencia suele prescribir medicamentos para tratar pacientes con artritis reumatoide? (marcar con una x la opción en la segunda columna)

Con mucha frecuencia	
Con frecuencia	
Con poca frecuencia	
Con nada de frecuencia	

10. Considerando las últimas 10 consultas de pacientes con artritis reumatoide, ¿En qué porcentaje los tratamientos incluyeron prescripción de medicamentos?

% de las consultas

11. ¿Suele asistir a cursos/capacitaciones realizadas por los laboratorios sobre medicamentos para tratar la artritis reumatoide? (marcar con una x la opción en la segunda columna)

Generalmente	
A veces	
Casi nunca	

Nunca	
--------------	--

Conocimiento de medicamentos para tratar la artritis reumatoide

12. En relación a los medicamentos existentes en el mercado para tratar la artritis reumatoide, ¿usted diría que su conocimiento es...(marcar con una x la opción en la segunda columna)

Muy alto	
Alto	
Normal	
Bajo	
Muy bajo	

13. ¿Podría indicar si conoce las siguientes marcas de medicamentos para tratar la artritis reumatoide? (si conoce, marcar con una x en la segunda columna las marcas que conoce)

Marcas	Conoce...
Embrel	
Humira	
Orencia	
Cimzia	
Simponi	
Remicade	
Otra	Nombre:

14. ¿Podría indicar si conoce el costo, eficacia clínica y seguridad de las siguientes marcas de medicamentos para tratar la artritis reumatoide? (colocar el precio de las marcas que conoce y marcar con una x en la columna de las marcas que conoce la eficacia clínica y seguridad)

Marcas	Costo	Eficacia clínica	Seguridad
Embrel	\$		
Humira	\$		
Orencia	\$		
Cimzia	\$		
Simponi	\$		
Remicade	\$		

15. ¿Cómo se entera de los medicamentos y/o marcas que existen para tratar la artritis reumatoide?

Escribir breve texto

Prescripción de medicamentos para tratar la artritis reumatoide

16. Al momento de prescribir una marca de un medicamento para tratar la artritis reumatoide, ¿Cuánto diría que influye cada uno de los siguientes aspectos en su elección? LA PREGUNTA NO ES SOBRE RELEVANCIA DE CADA ATRIBUTO SINO DE CUÁNTO INFLUYE CADA UNO EN SU ELECCIÓN

16.1 El precio de la marca

Mucho	
Bastante	
Algo	
Poco	
Nada	

16.2 La trayectoria/ser pionera en el mercado

Mucho	
Bastante	
Algo	
Poco	
Nada	

16.3 La eficacia clínica

Mucho	
Bastante	
Algo	
Poco	
Nada	

16.4 La seguridad respecto a efectos colaterales

Mucho	
Bastante	
Algo	
Poco	
Nada	

16.5 La conveniencia en relación con las características de cada paciente

Mucho	
Bastante	
Algo	
Poco	

Nada	
-------------	--

16.6 Los consensos académicos o científicos

Mucho	
Bastante	
Algo	
Poco	
Nada	

16.7 Las recomendaciones de otros colegas especialistas

Mucho	
Bastante	
Algo	
Poco	
Nada	

16.8 El vínculo con el laboratorio que produce el medicamento

Mucho	
Bastante	
Algo	
Poco	
Nada	

17. Pensando en el último año, ¿podría rankear de la más habitual a la menos habitual qué marca de medicamento suele recetar a sus pacientes para tratar la artritis reumatoide? Marcar del 1 (más habitual) al 6 (menos habitual) en la segunda columna.

Marcas	Prescribe habitualmente (ranking)
--------	-----------------------------------

Embrel	
Humira	
Orencia	
Cimzia	
Simponi	
Remicade	

18. ¿Podría explicar las razones de la elección de la marca que prescribe habitualmente para tratar la artritis reumatoide?

Escribir breve texto

19. Pensando en esa marca que elige habitualmente para tratar pacientes con artritis reumatoide ¿usted diría que la elección de la marca se basa en...(marcar con una x la opción que más lo identifica) SOLO UNA OPCIÓN / LA DE MAYOR PESO

La marca con el precio más bajo / accesible para el paciente	
La marca con mayor trayectoria / peso en el mercado	
La marca con mejor eficacia clínica	

La marca más segura en relación a efectos colaterales	
--	--

¡Muchas gracias por contestar!