



CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Situación de la **artritis reumatoide** en Colombia

2018

Situación de la artritis reumatoide en Colombia 2018

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo
Cuenta de Alto Costo [CAC]

ISSN: 2590-9037

Periodicidad: una edición anual

Bogotá, D.C., Colombia, julio de 2019

© Todos los derechos reservados

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este libro sin autorización escrita
de la Cuenta de Alto Costo

Situación de la artritis reumatoide en Colombia 2018

CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo



CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Junta Directiva

Presidente
Pablo Fernando Otero
SURA EPS

Jaime González Montaña
COOSALUD EPS

Carlos Marino Escobar
COOMEVA EPS S.A.

Justo Paz Wilches
MUTUAL SER ESS EPS-S

Helena Patricia Aguirre
EPS FAMISANAR LTDA.

José Joaquín Cortés
CAJACOPI ATLÁNTICO

Beda Margarita Suárez
ANAS WAYUU EPSI

José Fernando Cardona
NUEVA EPS

Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

Coordinadores técnicos y equipos de trabajo
de las coordinaciones de la Cuenta de Alto Costo:

Luis Alberto Soler
Coordinador de Gestión del Riesgo

Fernando Valderrama
Coordinador de Gestión de la Tecnología

María Teresa Daza
Coordinadora de Auditoría y Gestión de la Información

Juan Camilo Fuentes
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Grupo desarrollador

Lizbeth Acuña
Directora ejecutiva

Juan Camilo Fuentes
Coordinador de gestión del conocimiento

Paula Ximena Ramírez Barbosa
Líder de gestión del conocimiento

Julieth Carolina Castillo Cañón
Especialista en analítica

Ana Milena Gil Quijano
Especialista en analítica

Andrea Castillo Niuman
Especialista en analítica

Andrés Alejandro Orjuela
Estadístico

Hernando Alvarado Quintero
Estadístico

Luis Alejandro Moreno
Líder médico de auditoría

Revisor clínico

Paul Alejandro Méndez Patarroyo

Medico internista, reumatólogo

Presidente de la Asociación Colombiana de Reumatología 2017-2019

Comité editorial

Lizbeth Acuña
Presidenta

Juan Camilo Fuentes
Secretario

Luis Alberto Soler
Vocal

Fernando Valderrama
Vocal

María Teresa Daza
Vocal

Liliana Barbosa Vaca
Vocal

Corrección de estilo, diseño y diagramación:
Alejandro Niño Bogoya - UCD y Esteban Roa Calderón - UCD

CONTENIDO

Abreviaturas.....	19
Lista de entidades que reportaron información a la Cuenta de Alto Costo	21
Glosario	25
Introducción.....	27
Aspectos Éticos y Legales	29
Aspectos Metodológicos.....	31
Metodología de la recolección de los datos y el análisis estadístico para garantizar la calidad de la información.....	31
Periodo evaluado	31
Población	31
Registro inicial de casos a la CAC.....	32
Auditoría de la información	32
Auditoría de campo.....	32
Ajuste de los datos después de la auditoría.....	33
Análisis epidemiológico.....	33
Definiciones epidemiológicas.....	38
Generalidades metodológicas	38
1.Características Generales de las Personas con Diagnóstico de AR.....	39
1.1 Distribución por edad y sexo	39
1.2 Distribución por régimen de afiliación.....	41
1.3 Distribución por entidad	41
1.4 Distribución por entidad territorial	44

1.5 Distribución por región.....	46
1.6 Edad al diagnóstico y tiempo de evolución de la enfermedad	46
1.7 Comorbilidades en los pacientes con AR	47
1.8 Características generales de los casos incidentes de AR	49
2. Morbilidad y Mortalidad en las Personas con AR	51
2.1 Prevalencia e incidencia nacional de la AR.....	52
2.2 Prevalencia e Incidencia de la AR en la población afiliada	56
2.3 Mortalidad nacional en AR.....	58
2.4 Mortalidad de la AR en población afiliada al SGSSS.....	60
3. Diagnóstico de la AR	63
3.1 Estudios de apoyo para la confirmación del diagnóstico de la AR.....	63
3.2 Hallazgos radiográficos al diagnóstico de la AR.....	66
4. Atención de la AR	69
4.1 Consulta con especialista.....	69
4.2 Atención por hospitalizaciones en las personas con AR	72
4.3 Estudio de pronóstico y seguimiento	74
4.4 Seguimiento de las pruebas de laboratorios y radiográfico en las personas con AR.....	79
4.5 Reemplazo articular	81
5. Tratamiento Farmacológico.....	83
5.1 Tratamiento farmacológico no FARMES.....	83
5.2 Uso de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad	85
5.3 Uso de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad en los casos incidentes.....	93
5.4 Costos del tratamiento de los fármacos modificadores de la enfermedad en los casos de AR	96
6. Indicadores de Gestión del Riesgo	101
7. Discusión y Conclusiones.....	117
Referencias Bibliográficas	123

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Número de casos de AR por entidad según el sexo y el régimen de afiliación, 2018	44
Tabla 2. Número de casos de AR por entidad territorial según el sexo, 2018	46
Tabla 3. Índice de masa corporal en la población con AR según el sexo, 2018	51
Tabla 4. Medidas de morbilidad y mortalidad en AR, 2016 - 2018.....	54
Tabla 5. Prevalencia e incidencia de AR por entidad territorial, 2018.....	54
Tabla 6. Prevalencia de la AR según la entidad y el régimen de afiliación, 2018	58
Tabla 7. Mortalidad nacional de AR por 100.000 habitantes, 2018.....	60
Tabla 8. Mortalidad en AR según la entidad y el régimen de afiliación, 2018	62
Tabla 9. Estudios realizados durante el diagnóstico de la AR.....	66
Tabla 10. Distribución de los casos de hospitalización por régimen de afiliación, 2018	75
Tabla 11. Estado de actividad actual de la AR según el DAS28 en los casos incidentes y prevalentes	78
Tabla 12. Comparación del estado de actividad de la enfermedad inicial y actual de la AR según DAS28 en los casos prevalentes de AR.....	78
Tabla 13. Estadísticos descriptivos de la escala HAQ en la medición inicial y la última medición en los casos incidentes de AR, 2018.....	81
Tabla 14. Resultados de las principales pruebas de laboratorio realizados en la población con AR	81
Tabla 15. Resultados de las principales pruebas de laboratorio realizados en la población con AR	83

Tabla 16. Porcentaje de uso de FARMES por régimen de afiliación	87
Tabla 17. Uso de tipos de FARMES por régimen de afiliación. 2018	88
Tabla 18. Uso de tipos de FARMES según la entidad de afiliación, 2018	89
Tabla 19. Distribución de los tipos de FARMES según el régimen de afiliación.....	92
Tabla 20. Número de casos con AR que usan FARMES según entidad territorial.....	94
Tabla 21. Uso de los tipos de FARMES según el régimen de afiliación en casos incidentes de AR	95
Tabla 22. Costo anual reportado a la CAC de los pacientes con AR, 2018	99
Tabla 23. Costo anual reportado a la CAC de los pacientes con AR según el estado actual de la enfermedad medido con DAS28, 2018.....	99
Tabla 24. Costo anual por incapacidades relacionadas con la AR, 2018.	100
Tabla 25. Medición de los indicadores de la gestión del riesgo para AR (2016-2018).....	104
Tabla 26. Cumplimiento de las entidades de los indicadores de AR, 2018	106
Tabla 27. Medición de los indicadores de la gestión del riesgo para la AR según el régimen de afiliación, 2018.....	108
Tabla 28. Medición de los indicadores de la gestión del riesgo para AR según la entidad de reporte, indicadores 1 a 7	111
Tabla 29. Medición de los indicadores de la gestión del riesgo para AR según la entidad de reporte, indicadores 8 a 14.....	114

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Población adulta, proyectada para Colombia por el DANE según la entidad territorial, 2018.....	35
Figura 2. Número de afiliados por EAPB, 2018.....	37
Figura 4. Razón hombre - mujer de las personas con AR, 2018	40
Figura 5. Piramide poblacional de los casos con AR, 2018.....	40
Figura 6. Distribución de la edad según el régimen de afiliación, 2018	41
Figura 7. Porcentaje de casos de AR según el sexo y las regiones en Colombia	46
Figura 8. Distribución de la edad al diagnóstico según el régimen de afiliación, 2018	47
Figura 9. Distribución de comorbilidades en pacientes con AR según el sexo, 2018	48
Figura 10. Porcentaje de comorbilidades en pacientes con AR según el sexo, 2018	48
Figura 11. Pirámide poblacional de los casos incidentes de AR, 2018	49
Figura 12. Porcentaje de pacientes con comorbilidades al momento del diagnóstico de la AR, 2018	50
Figura 13. Porcentaje de las comorbilidades al momento del diagnóstico de la AR según el sexo, 2018	50
Figura 14. Número de casos reportados como incidentes, prevalentes y fallecidos de AR según el sexo, 2016-2018.....	51
Figura 15. Distribución del uso de estudios de apoyo para la confirmación del diagnóstico de la AR, 2018.....	63
Figura 16. Porcentaje de realización de pruebas para el diagnóstico de AR por el régimen de afiliación.....	64

Figura 17. Resultados de las pruebas en la confirmación diagnóstica de la AR	65
Figura 18. Resultados de VSG y PCR para el diagnóstico de la AR	66
Figura 19. Porcentaje de realización de radiografías en las personas con AR según el régimen de afiliación, 2018.....	67
Figura 20. Resultados de las radiografías de manos y pies en los casos incidentes de AR, 2018.....	67
Figura 21. Distribución de los casos con erosiones en radiografías de manos o pies según el resultado del FR y anti-CCP, 2018	68
Figura 22. Porcentaje de atención en pacientes con AR según tipo de profesional de la salud, 2018.....	69
Figura 23. Porcentaje de atención en pacientes con AR según el tipo de profesional de la salud y el régimen de afiliación, 2018	70
Figura 24. Número de consultas por médico especialista en las personas con AR, 2018.....	71
Figura 25. Porcentaje de consultas en personas con AR por médico especialista en las personas con AR, 2018.....	71
Figura 26. Distribución de las personas con AR hospitalizadas según el grupo de edad, 2018	72
Figura 27. Distribución del número de hospitalización en los pacientes con AR, 2018	73
Figura 28. Distribución del resultado del último DAS28 en los pacientes con AR, 2018	74
Figura 29. Distribución del estado de la actividad de la AR según los grupos de edad, 2018	75
Figura 30. Distribución del resultado del último DAS28 en los pacientes con AR según el régimen de afiliación, 2018.....	75
Figura 31. Distribución de los casos de AR según el resultado de la escala HAQ, 2018	77
Figura 32. Distribución de los casos según el resultado de la última escala HAQ por régimen de afiliación, 2018.....	78
Figura 33. Resultados de las pruebas de seguimiento a los pacientes con AR, 2018	80

Figura 34. Distribución porcentual de reemplazos articulares según el tipo de articulación	82
Figura 35. Porcentaje de uso de medicamentos no FARMES en la población con AR, 2018	83
Figura 36. Porcentaje de uso de analgésicos en la población con AR, 2018..	84
Figura 37. Distribución del tiempo de uso de glucocorticoides a dosis de 10mg/día o dosis mayores en la población con AR.....	85
Figura 38. Porcentaje de casos de AR con FARMES por grupo de edad según el tipo de FARMES,2018	86
Figura 39. Uso de los sFARMES en los casos prevalentes de AR, 2018.....	90
Figura 40. Uso de los bFARMES en los casos prevalentes de AR, 2018	91
Figura 41. Uso de los FARMES en los casos incidentes de AR según los grupos de edad, 2018.....	94
Figura 42. Uso de sFARMES en los casos incidentes de AR, 2018.....	94
Siglas: sFARMES: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos.....	94
Figura 43. Uso de bFARMES en los casos incidentes de AR, 2018	95
Figura 44. Uso de combinaciones de FARMES en casos incidentes de AR	96
Figura 45. Costo anual total de las incapacidades laborales por EPS, 2018	99
Figura 46. Costo anual de las incapacidades laborales por persona según la EPS, 2018	99



LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Prevalencia nacional de la AR, 2018.....	54
Mapa 2. Incidencia nacional de la AR, 2018	55
Mapa 3. Mortalidad nacional de la AR por 100.000 habitantes, 2018	59
Mapa 4. Uso de los bFARMEs en los casos de AR en Colombia, 2018.....	92



ABREVIATURAS

ALT	Alanina aminotransferasa
AR	Artritis reumatoide
AINES	Anti-inflamatorios no esteroideos
ANTI- TNF	Inhibidor del factor de necrosis tumoral
ANTI-CCP	Anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico
BDUA	Base de Datos Única de Afiliados
bFARMES	Fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad biológicos
CAC	Cuenta de Alto Costo-Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo
CIE10	Clasificación internacional de enfermedades, versión 10
csFARMES	Fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad sintéticos convencionales
DAS28	Disease Activity Score 28 (medida de la actividad de la enfermedad)
DE	Desviación estándar
dl	Decilitro
EAPB	Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
EPS	Empresa Promotora de Salud
FARMES	Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad
FR	Factor reumatoide
g	Gramo
GPC	Guía de Práctica Clínica
h	Hora
IMC	Índice de masa corporal
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
min	Minuto
mg	Miligramo



ml	Mililitro
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
mm	Milímetro
mm³	Milímetro cúbico
PCR	Proteína C reactiva
RIQ	Rango intercuartilico
sFARMEs	Fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad sintéticos
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
tsFARME	Fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad sintéticos contra objetivo específico (target)
VSG	Velocidad de Sedimentación Globular



LISTA DE ENTIDADES QUE REPORTARON INFORMACIÓN A LA CUENTA DE ALTO COSTO

Lista de entidades que reportaron información a la Cuenta de Alto Costo

Código de la entidad	Nombre de la entidad
Régimen contributivo	
EASo16	Empresas Públicas de Medellín. Departamento Médico Antioquia-Medellín
EPSo33	Saludvida EPS. S.A.
EASo27	Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.
EPSoo1	Aliansalud
EPSo12	Comfenalco Valle EPS.
EPSo23	Cruz Blanca EPS. S.A.
EPSo18	Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S.
EPSo17	EPS Famisanar Ltda.
EPSoo8	Compensar EPS
EPSoo5	Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.
EPSoo2	Salud Total S.A. Entidad Promotora de Salud
EPSo10	EPS SURA
EPSo16	Coomeva EPS S.A.
EPSo37	Nueva EPS. S.A.
EPSoo3	Cafesalud
Régimen subsidiado	
CCF102	Comfachoco-CCF del Choco
EPSIo4	Anas Wayuu EPS Indígena
CCFo23	Caja de Compensación Familiar de la Guajira
EPSIo6	Pijaos Salud EPSI
EPSIo1	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar -Dusakawi
CCFo33	Caja de Compensación Familiar de Sucre- Comfasucre
ESSoo2	Empresa Mutual para el Desarrollo Integral de la Salud ESS Emdisalud
CCFo53	Comfacundi-CCF de Cundinamarca
CCFo50	Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano- Comfaorient
EPSS41	Nueva EPS Subsidiado
EPSIo3	Asociación Indígena del Cauca -A.I.C.
CCFo07	Comfamiliar Cartagena EPS- CCF de Cartagena



Lista de entidades que reportaron información a la Cuenta de Alto Costo (continuación)

Código de la entidad	Nombre de la entidad
CCF009	Caja de Compensación Familiar de Boyacá
ESS076	Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó E.S.S. -AMBUQ
EPSI05	Entidad Promotora de Salud -Mallamas EPSI
ESS091	Entidad Cooperativa Solidaria de Salud -Ecoopsos
CCF055	Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico
CCF015	Comfacor EPS-CCF de Córdoba
CCF027	Comfamiliar Nariño EPS - CCF
EPSS33	Saludvida EPS S.A.
EPS022	Entidad Administradora del Régimen Subsidiado Convida
ESS133	Cooperativa de Salud Comunitaria -Comparta
EPSS03	Cafesalud
EPSS34	Capital Salud
ESS024	Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda. Coosalud E.S.S.
CCF024	Caja de Compensación Familiar de Huila- Comfamiliar Huila
ESS207	Asociación -Mutual Ser- Empresa Solidaria de Salud ESS
ESS062	Asociación Mutual La Esperanza ASMET Salud
ESS118	Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud Emssanar ESS
EPSS40	Savia Salud EPS
Régimen especial	
REUE04	Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena
RES006	Caja de Previsión Social Universidad Industrial de Santander
REUE09	Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico
RES012	Unidad Administrativa Especial de Salud Universidad de Córdoba
EMPo23	Colsanitas
RES009	Universidad del Cauca
REUE05	Fondo de Seguridad Social en Salud Universidad de Nariño
RES014	Unisalud- UPTC Tunja
EMPo17	Colmédica Medicina Prepagada
RES011	Unidad de Salud de la Universidad de Antioquia
RES007	Universidad del Valle
EMPo29	AXA Colpatría Medicina Prepagada
RES008	Universidad Nacional de Colombia - Unisalud
EMPo28	Coomeva EMP



Lista de entidades que reportaron información a la Cuenta de Alto Costo (continuación)

Código de la entidad	Nombre de la entidad
Régimen de excepción	
RES002	Ecopetrol
RES001	Policía Nacional
RES003	Fuerzas Militares
RES004	Magisterio
No asegurado	
5000	Dirección Departamental de Salud de Antioquia
11001	Secretaria de Salud de Bogotá
25000	Dirección Departamental de Salud de Cundinamarca



GLOSARIO

ARTRITIS REUMATOIDE. Es una enfermedad sistémica crónica, autoinmune e inflamatoria, que afecta principalmente las articulaciones, y que genera deformidades y discapacidad.

ANTICUERPOS ANTIPÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO. También conocidos como anticuerpos anticitrulina. Son autoanticuerpos que reconocen un aminoácido modificado enzimáticamente (citrulinado). Su presencia en el suero se ha documentado incluso antes del inicio de los síntomas clínicos de artritis reumatoide, por lo que es considerado como un predictor del riesgo de desarrollar artritis reumatoide. Es una prueba útil para el diagnóstico, y ha demostrado ser un factor independiente en la predicción de progresión radiográfica (erosiones articulares) en el paciente con artritis reumatoide (1).

DAS28 (DISEASE ACTIVITY SCORE). Índice para evaluar la actividad en artritis reumatoide. Consiste en el conteo de las articulaciones dolorosas e inflamadas (de 28 posibles), la VSG (velocidad de sedimentación globular) y la valoración global del paciente mediante una escala visual análoga (0 - 100) (1).

FACTOR REUMATOIDE. Anticuerpo dirigido contra la región Fc de la inmunoglobulina G, ampliamente usado como marcador diagnóstico y pronóstico de la artritis reumatoide. Es poco específico de la enfermedad y puede estar presente en adultos mayores sanos o en pacientes con otros desordenes autoinmunes o infecciosos (1).

MIPRES. Es una herramienta tecnológica que implementa el Ministerio de Salud y Protección Social para garantizar el acceso, reporte de prescripción, suministro verificación, control, pago y análisis de la información de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC¹ y servicios complementarios (2)

SÍNDROME DE SJÖGREN. Trastorno inflamatorio crónico de carácter autoinmune que se caracteriza por infiltración linfocítica de las glándulas lagrimales, salivales y de múltiples lugares extra glandulares como pulmones, tiroides, riñón, páncreas o tracto hepatobiliar. Su patogenia incluye diversos factores genéticos, medioambientales y hormonales, y coexiste en un número amplio de personas con artritis reumatoide (2).

VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR. Es una prueba para evaluar la respuesta a estímulos inflamatorios en los seres humanos, la cual se



eleva ante estos estímulos, por lo que se conoce como reactante de fase aguda a la inflamación. De forma aislada no tiene utilidad diagnóstica ni pronóstica en artritis reumatoide, pero en combinación con los anticuerpos anticitrulina y factor reumatoide aumenta la probabilidad de este diagnóstico en los pacientes que la tienen elevada (1).



INTRODUCCIÓN

Colombia ha priorizado la artritis reumatoide (AR) como una enfermedad de alto costo, porque existe una mayor probabilidad de complicaciones, requiere de un consumo más elevado de recursos del sistema de salud y porque genera un gasto de bolsillo en las personas que la padecen (3). Esta enfermedad inflamatoria que afecta en gran medida las articulaciones sinoviales, también puede originar problemas en otros órganos como el corazón, los pulmones y los ojos (4), siendo necesario garantizar una atención integral que garanticen su monitoreo y evaluación permanentes.

Si bien la prevalencia mundial es baja, oscilando entre 0,2% y 5%, genera altos costos directos relacionados con el uso de las terapias, el uso de servicios de apoyo y el manejo de las complicaciones. Sin embargo detrás de estos costos, también se encuentran aquellos relacionados con los efectos de la mortalidad temprana, la pérdida de productividad, el impacto personal y familiar (4).

Esta condición que no tiene cura, implica el uso de tratamientos que alivian los síntomas como el dolor, y que mejoran la calidad de vida de los pacientes; cuyos costos deben ser racionales en un sistema de salud donde los recursos son finitos. En Estados Unidos por ejemplo, se han estimado gastos específicos de AR por paciente al año, entre 2.408 y 5.762 dólares (USD) para todos los pacientes con AR que usaron cualquier régimen de tratamiento y 17.480 a 23.487 USD para los usuarios de medicamentos biológicos(5). La Guía de Práctica Clínica Colombiana (1) también ha estimado costos promedios para alcanzar la remisión a un año, evidenciando para ese momento, que una terapia triple de antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos generaban un costo de \$1.346.066 pesos colombianos (COP) mientras que la terapia combinada implicaba \$31.771.770 COP.

La Cuenta de Alto Costo, como parte del seguimiento que le hace a esta enfermedad, pone a su disposición la información relevante de la cohorte de pacientes con AR atendida en el Sistema General de Seguridad Social en Salud entre el 1º de julio de 2017 y el 30 de junio de 2018. Esta información incluye la caracterización demográfica y epidemiológica, la atención clínica y los tratamientos más usados así como una aproximación a los costos que genera esta condición, relacionados con el uso de los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARMES), de la atención y las inca-



pacidades. También se exponen los principales indicadores de gestión del riesgo que permiten analizar cómo están siendo manejados los pacientes con AR en términos de calidad de la atención orientado a indicadores de proceso y de resultado.

Esta información permitirá a las entidades que gestionan el riesgo de las personas con AR, conocer cuáles son los puntos clave de la atención para plantear sus planes de mejora y estar más cerca de las metas propuestas en el consenso de indicadores para esta enfermedad con el que cuenta el país (6).



ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Toda la información presentada en este documento corresponde al análisis de los datos obtenidos del reporte obligatorio que las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y entidades obligadas a compensar (EOC) realizaron a la CAC en el año 2018.

Su objeto es producir y difundir información y conocimiento útiles para la toma de decisiones, desde las perspectivas clínica y administrativa, orientadas a la protección y promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de las enfermedades de alto costo, con el propósito de contribuir a mejorar los resultados en la salud pública e individual de los colombianos, y promover el uso eficiente y equitativo de los recursos limitados del sistema de salud; generando valor social, científico, informativo e investigativo para el país.

Los autores declaran ausencia de conflictos de intereses de tipo económico, político, de prestigio académico o cualquier interés compartido.

El contenido de este informe es producto de un riguroso ejercicio académico correspondiente a una investigación documental retrospectiva clasificada sin riesgo, en la que se insta por la pluralidad en la obtención de información en Colombia, garantizando que la información recolectada de fuentes de datos primarias se administra, conserva, custodia y mantiene en anonimato, confidencialidad, privacidad e integridad, según las normas internacionales para la investigación con seres humanos (Declaración de Helsinki, Informe Belmont y Pautas CIOMS) y la normativa colombiana establecida (7) por la Resolución 8430 de 1993, por la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y para este caso en particular, la protección de datos clínicos derivados del manejo de la historia clínica reglamentada por la Resolución 1995 de 1999 y la Ley Estatutaria de habeas data 1581 de 2012, por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales sancionada mediante la Ley 1581 de 2012 y reglamentada por el Decreto Nacional 1377 del 2013, que regula el manejo adecuado de datos sensibles.



ASPECTOS METODOLÓGICOS

Metodología de la recolección de los datos y el análisis estadístico para garantizar la calidad de la información

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, estableció mediante la Resolución 1393 del 2015, las características del reporte para el registro de los pacientes con AR. Este reporte fue realizado a la CAC por parte de las EAPB y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), con la información suministrada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas y mixtas. Los datos son parte de la bodega de información de la CAC, la cual se estructuró de acuerdo con el instructivo que se encuentra en la resolución correspondiente.

El grupo de las entidades que reportaron esta información está conformado por:

- 45 Empresas Promotoras de Salud (EPS) y EOC
- 3 Secretarías departamentales y distritales de salud
- 14 entidades de régimen especial
- 1 entidad del régimen de excepción (Fuerzas Militares)

Periodo evaluado

Se tuvo en cuenta la población reportada con diagnóstico de AR a la fecha de corte; entre el 1° de julio de 2017 y el 30 de junio de 2018. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico anterior al periodo evaluado, y aquellos con nuevo diagnóstico durante el periodo. Se reportó también la información de la población que falleció durante el periodo de observación.

Población

De acuerdo con lo establecido por la resolución, la información de toda la población con AR (igual o mayor a 18 años) correspondió a los siguientes códigos de la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10): J990,



Mo51, Mo52, Mo53, Mo58, Mo59, Mo60, Mo62, Mo63, Mo68, Mo69. No se incluyeron la AR juvenil y otras enfermedades músculo esqueléticas.

Registro inicial de casos a la CAC

Las entidades reportaron 97.873 pacientes con artritis reumatoide para el corte del 31 de junio de 2018.

Auditoría de la información

Se auditó la información reportada con el fin de verificar la autenticidad de los datos y obtener resultados confiables a partir de los datos disponible. Este proceso se realizó a través de la verificación que hace el sistema de información por medio de una malla de validación, el cruce de datos con otras fuentes de interés y la auditoría de la información directamente contra la historia clínica para una muestra. A continuación se describen estos tres componentes:

Malla de validación en sistemas de información

La malla de validación identificó, para cada variable, los errores presentados en el reporte. El objetivo de este paso fue retroalimentar a las entidades encargadas del reporte, sobre los posibles errores al momento de cargar la información en el sistema; teniendo en cuenta la estructura, la consistencia y la coherencia entre las variables.

Verificación de pacientes con otras fuentes

Se realizó la verificación de los casos a través del cruce de datos con la Base Unica de Afiliados (BDUA) la cual identifica la situación administrativa relacionada con el estado de afiliación y novedades relacionadas con el estado vital (paciente vivo o fallecido).

Auditoría de campo

Se llevó a cabo un proceso de auditoría para todas las entidades que reportaron, en el cual se verificaron los datos reportados contra las historias clínicas y los soportes requeridos para confirmación de diagnóstico y tratamiento de cada caso seleccionado según una muestra aleatoria definida apriori.

El objetivo fundamental de este proceso fue constatar la existencia de las personas con diagnóstico de AR en el SGSSS, evaluando y detallando la calidad de la información en las EAPB, EOC y Direcciones Departamentales



y Distritales de Salud. Para tal fin, se realizó la verificación de soportes clínicos, promoviendo como objetivos subsecuentes la gestión del riesgo y el seguimiento de estas cohortes.

De 97.873 casos reportados, fueron auditados 43.386 pacientes con artritis reumatoide, distribuidos en cuatro tipos de medición: pacientes con AR reportados como nuevos para la CAC ($n=16.768$), pacientes con AR reportados en periodos anteriores ($n=23.448$), pacientes reportados por los entes territoriales que entregaron tratamiento fuera del plan de beneficios en salud ($n=81$) y pacientes antiguos que reportaron cambio de información entre 2017-2018 ($n=3.089$).

Ajuste de los datos después de la auditoría

Durante el proceso de auditoría se identificaron los pacientes únicos; en aquellos casos en los que la información reportada difería de lo observado, el auditor pudo capturar la información real y corregir el dato. Una vez se obtuvo la información de la auditoría de campo y se realizaron los ajustes definitivos, se migraron los datos a una única bodega de datos, para realizar los análisis respectivos.

Fue necesario llevar al comité administrativo 1.074 pacientes para definir su situación relacionada con el diagnóstico de la enfermedad a la luz de las orientaciones de la Guía de Práctica Clínica Colombiana. De estos, 12 casos fueron llevados a un comité clínico para definir la veracidad del diagnóstico de acuerdo con los soportes entregados por la entidad respectiva.

Finalmente del total de casos auditados, 6.377 (15%) fueron pacientes en los que no se pudo soportar el diagnóstico de la AR por no disponer de evidencia en la historia clínica de la confirmación del diagnóstico, por lo cual no fueron tenidos en cuenta para este análisis.

En conclusión se obtuvieron 79.379 registros utilizados en el cálculo de los indicadores de AR, de los cuales 79.199 fueron considerados registros únicos para el análisis de la morbimortalidad. El mayor número de registros para el análisis de indicadores se debe a que es posible que un paciente esté siendo manejado por una EPS y también por la entidad de medicina prepagada lo que hace que el registro estuviera duplicado, pero que debía ser medido en las dos entidades para evaluar la gestión del riesgo de cada una de ellas.

Análisis epidemiológico

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo que incluyó las variables sociodemográficas y clínicas. Entre las variables sociodemográficas se describieron: la edad, el sexo, el grupo de edad, el régimen de afiliación y la entidad territorial; y entre las variables clínicas se detallaron los aspectos relaciona-



dos con el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento. Como medidas de morbimortalidad se calcularon la prevalencia, la incidencia y la mortalidad.

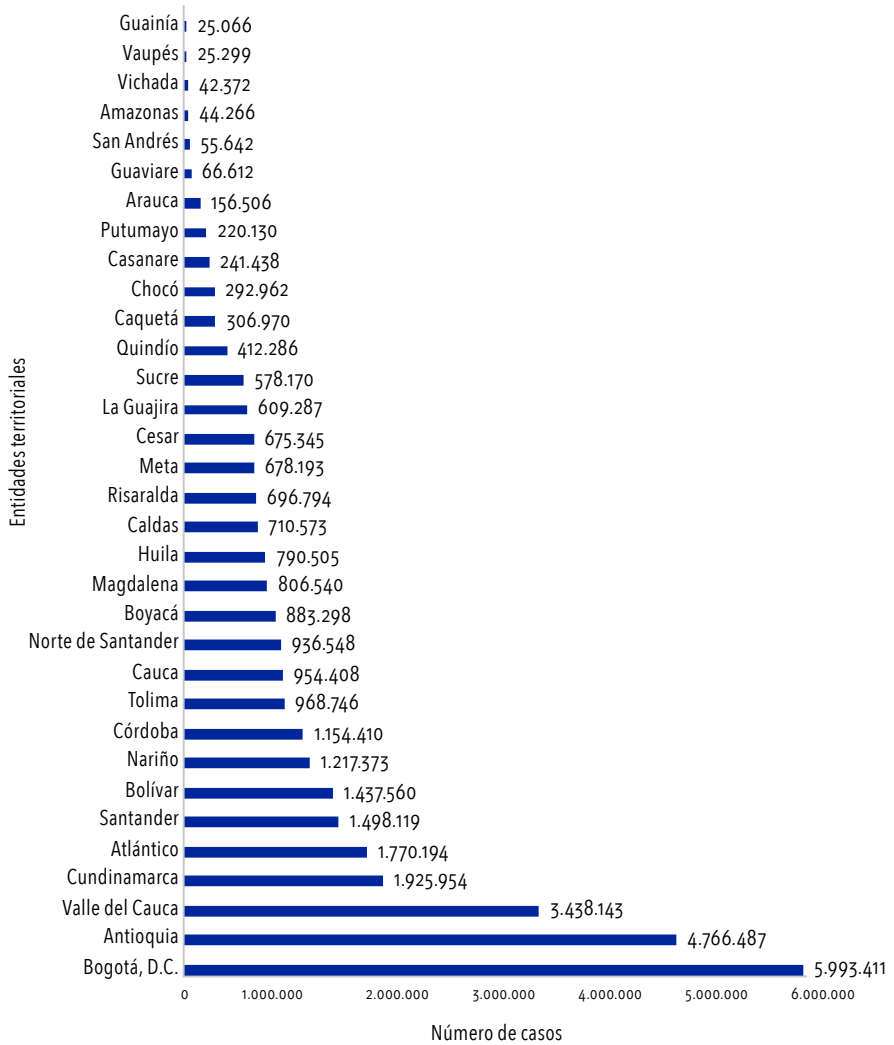
Para el análisis descriptivo de los costos de la AR se tomaron las variables relacionadas con los costos anuales de FARMEs del PBS, los costos anuales de FARMEs no incluidos en el PBS, el costo anual de la atención y el costo anual de las incapacidades laborales relacionados con la AR en las personas afiliadas y cotizantes, describiendo el costo total para cada variable, el valor mínimo, el máximo y el promedio; tomando solo los datos de los casos auditados con valor válido (mayor de \$1.000 COP), dado que estos casos fueron verificados directamente con el soporte de la información registrada como contratos y facturas de las entidades que reportaron la información y que fueron verificados en el proceso de auditoría.

También se realizó un análisis de los indicadores para la gestión del riesgo en artritis, establecidos por la CAC según el documento “Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con AR en Colombia” (6), comparando la línea de base y los resultados para este periodo.

Las variables cuantitativas fueron analizadas mediante medidas de tendencia central y dispersión; y las cualitativas mediante frecuencias y proporciones. Los indicadores de morbimortalidad se analizaron de manera cruda y ajustada por la edad. Para el ajuste de los indicadores se utilizó el método directo, tomando como referencia la población adulta colombiana (≥ 18 años) estimada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE ($n=34.379.607$) (figura 1) según quinquenios, para el corte de 30 junio de 2018.



Figura 1. Población adulta, proyectada para Colombia por el DANE según la entidad territorial, 2018



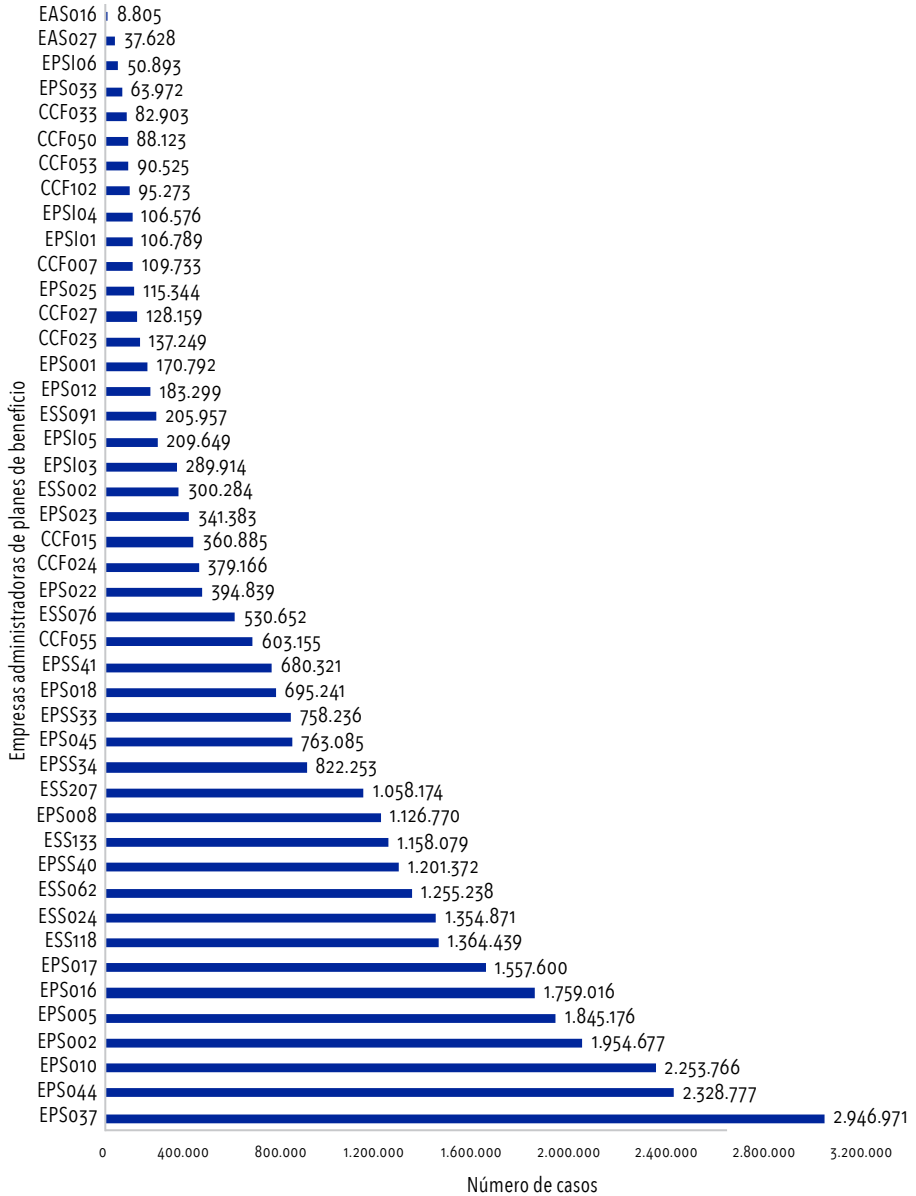
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyección a junio de 2018



Para los análisis que tuvieron como denominador la población adulta afiliada (≥ 18 años), se usó la información suministrada por la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) del Ministerio de Salud y Protección Social, con corte al 30 de junio de 2018 ($n=32.076.009$) (figura 2), en la cual, 17.273.873 afiliados pertenecían al régimen contributivo (53,85%) y 14.802.136 al subsidiado (46,15%). No se realizó el ajuste en los regímenes de excepción y especial, ni en las direcciones departamentales, dado que no se contó con el universo de esta población.



Figura 2. Número de afiliados por EAPB, 2018



Fuente: Base Única de Afiliados, Ministerio de Salud y Protección Social, corte 30 de junio de 2018.



Definiciones epidemiológicas

Prevalencia

Los casos prevalentes para AR fueron considerados como las personas con diagnóstico de AR reportadas en el periodo a la Cuenta de Alto Costo.

Incidencia

Los casos incidentes para AR fueron considerados como las personas con diagnóstico de AR en el periodo de reporte.

Mortalidad

Las muertes se establecieron con base en las novedades administrativas del reporte, por las glosas encontradas en la auditoría, y el cruce con la base de datos de mortalidad provenientes del Registro Único de Afiliados (RUAF) del Ministerio de Salud y Protección Social, es decir, los pacientes reportados con novedad administrativa de muerte y con fecha de fallecimiento en el periodo de reporte.

Generalidades metodológicas

Este tercer análisis de la situación de AR en Colombia, al igual que el informe anterior, se concentra en los resultados de la población con AR. La base de datos que resulta de este proceso de reporte y verificación de la información, se constituye en un registro administrativo y es fuente primaria para el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), el cual genera nuevas salidas de información a través de la creación de indicadores y tableros de control que permiten el seguimiento a las cohortes de alto costo, haciendo posible la identificación de los resultados de morbilidad, mortalidad, calidad, acceso a los servicios y oportunidad de la atención; y que son insumos indispensables para la adecuada planeación de los servicios de salud.



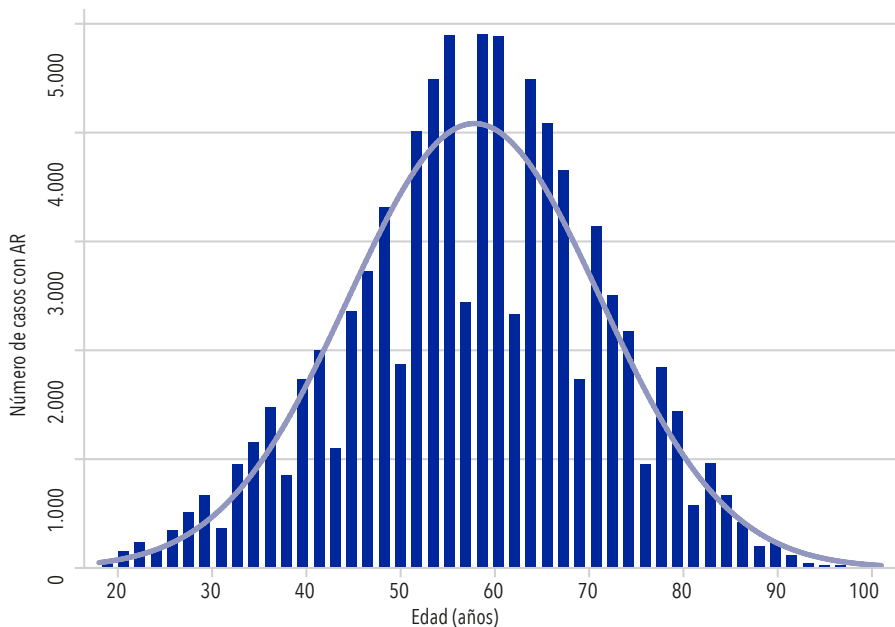
1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE AR

Para el corte reportado se registraron 79.199 personas con AR, presentando un aumento del 9,2% comparado con el periodo anterior, cuando la cifra era de 72.478 casos. De estos, 4.738 fueron casos de nuevo diagnóstico en el periodo.

1.1 Distribución por edad y sexo

La edad de los pacientes reportados osciló entre los 18 y 101 años, con una media de edad de 57,8 años (Desviación estándar-DE $\pm 13,3$ años) y una mediana de 58,0 años (Rango intercuartilico-RIQ 49 -67 años)(figura 3).

Figura 3. Distribución de los pacientes con AR según la edad, 2018





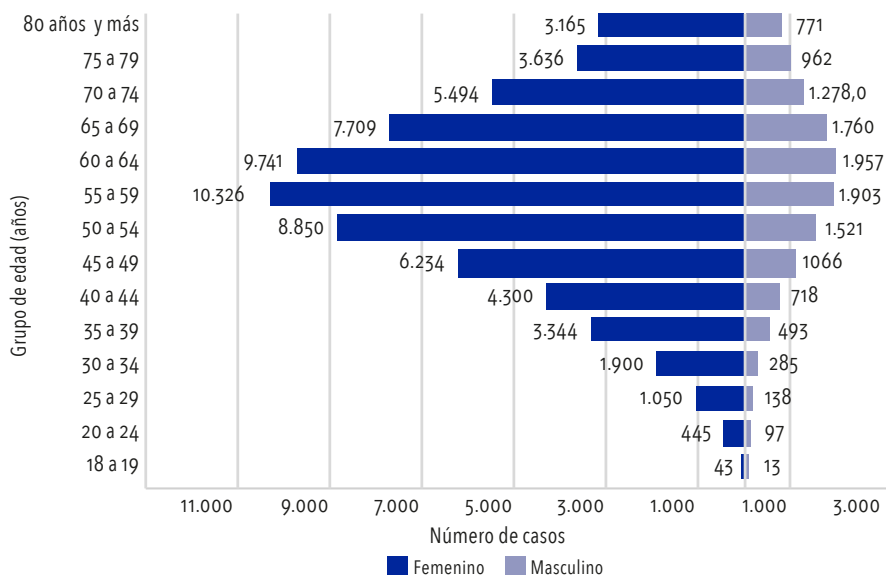
Según el sexo, el 83,6% de los casos (n=66.237) corresponden a las mujeres y el 16,3% (n=12.962) corresponden a los hombres, con una razón hombre mujer de 1:5 (figura 4).

Figura 4. Razón hombre - mujer de las personas con AR, 2018



Los grupos de edad con mayor proporción de casos estuvieron entre los 50 y los 69 años. En la figura 5 se muestra el número de casos por sexo y grupo de edad al momento del corte.

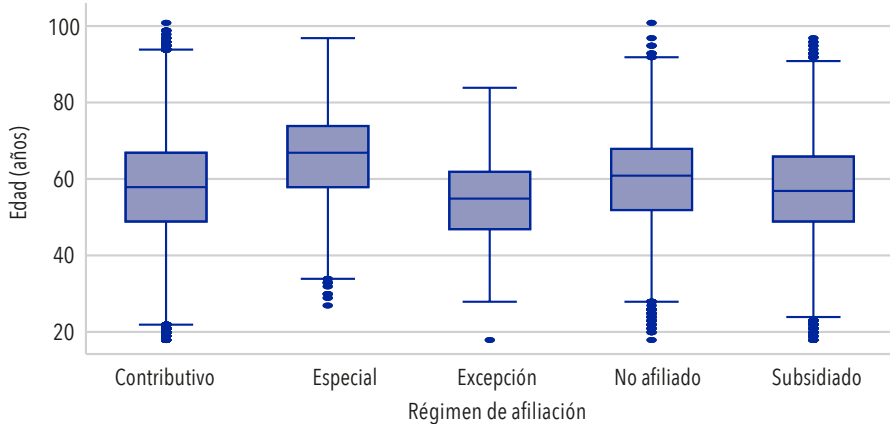
Figura 5. Piramide poblacional de los casos con AR, 2018



Según el régimen de afiliación, se observó una población de mayor edad en el régimen especial, en tanto la población más joven fue la del subsidiado (figura 6).



Figura 6. Distribución de la edad según el régimen de afiliación, 2018



1.2 Distribución por régimen de afiliación

La población con el mayor reporte de pacientes con AR perteneció al régimen contributivo (73,02%), seguido por el régimen subsidiado (20,47%), el de excepción (5,77%) y el especial (0,68%). Se encontraron 50 personas no afiliadas (0,06%).

1.3 Distribución por entidad

Las entidades con mayor proporción de casos fueron la EPS044 (13,9%), la EPS037 (12,7%) y la EPS016 (8,6%). En la tabla 1 se presenta el número de casos de AR por entidad, según el sexo para cada una de las entidades.

**Tabla 1.** Número de casos de AR por entidad según el sexo y el régimen de afiliación, 2018

Régimen	Código	Sexo		Total	Porcentaje de casos del total de casos
		Femenino	Masculino		
Contributivo	EASo16	49	12	61	0,077
	EASo27	243	49	292	0,369
	EPSoo1	614	143	757	0,956
	EPSoo2	3.929	816	4.745	5,991
	EPSoo5	3.414	609	4.023	5,080
	EPSoo8	2.909	621	3.530	4,457
	EPSo10	4.984	848	5.832	7,364
	EPSo12	744	133	877	1,107
	EPSo16	5.816	1.021	6.837	8,633
	EPSo17	4.315	954	5.269	6,653
	EPSo18	2.231	393	2.624	3,313
	EPSo23	1.407	346	1.753	2,213
	EPSo33	58	10	68	0,086
	EPSo37	8.334	1.744	10.078	12,725
	EPSo44	9.156	1.928	11.084	13,995
Subsidiado	CCFo07	100	13	113	0,143
	CCFo15	275	33	308	0,389
	CCFo23	22	2	24	0,030
	CCFo24	984	238	1.222	1,543
	CCFo27	242	63	305	0,385
	CCFo33	55	13	68	0,086
	CCFo50	65	12	77	0,097
	CCFo53	123	26	149	0,188
	CCFo55	278	47	325	0,410
	CCF102	6	1	7	0,009
	EPSo22	467	95	562	0,710
	EPSo25	56	8	64	0,081
	EPSo45	693	130	823	1,039
	EPSIo1	26	0	26	0,033
	EPSIo3	157	26	183	0,231

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE AR

Tabla 1. Número de casos de AR por entidad según el sexo y el régimen de afiliación, 2018 (continuación)

Régimen	Código	Sexo		Total	Porcentaje de casos del total de casos
		Femenino	Masculino		
Subsidiado	EPSIo4	20	2	22	0,028
	EPSIo5	194	27	221	0,279
	EPSIo6	27	4	31	0,039
	EPSS33	467	91	558	0,705
	EPSS34	908	209	1.117	1,410
	EPSS40	1.874	292	2.166	2,735
	EPSS41	84	10	94	0,119
	ESS0o2	115	16	131	0,165
	ESSo24	1.157	166	1.323	1,670
	ESSo62	1.473	311	1.784	2,253
	ESSo76	127	16	143	0,181
	ESSo91	138	38	176	0,222
	ESS118	1.719	326	2.045	2,582
	ESS133	476	85	561	0,708
	ESS2o7	1.377	206	1.583	1,999
Especial	RES0o6	3	2	5	0,006
	RES0o7	54	6	60	0,076
	RES0o8	147	29	176	0,222
	RES0o9	10	1	11	0,014
	RESo11	39	10	49	0,062
	RESo12	7	0	7	0,009
	RESo14	12	2	14	0,018
	REUEo4	4	1	5	0,006
	REUEo5	8	1	9	0,011
	REUEo9	5	0	5	0,006
	EMPo15	2	1	3	0,004
	EMPo23	122	21	143	0,181
EMPo29	39	9	48	0,061	
Excepción	RES0o1	860	251	1.111	1,403
	RES0o2	253	66	319	0,403
	RES0o3	464	106	570	0,720
	RES0o4	2.257	316	2.573	3,249



Tabla 1. Número de casos de AR por entidad según el sexo y el régimen de afiliación, 2018 (continuación)

Régimen	Código	Sexo		Total	Porcentaje de casos del total de casos
		Femenino	Masculino		
No afiliado	5000	9	1	10	0,013
	11001	15	3	18	0,023
	18000	1	0	1	0,001
	23000	4	0	4	0,005
	25000	1	1	2	0,003
	50000	1	0	1	0,001
	52000	1	0	1	0,001
	63000	1	0	1	0,001
	66000	2	0	2	0,003
	68000	3	0	3	0,004
	73000	3	0	3	0,004
	76000	0	1	1	0,001
	85000	2	1	3	0,004
	TOTAL		66.237	12.962	79.199

1.4 Distribución por entidad territorial

Las entidades territoriales con mayor número de casos reportados continúan siendo Bogotá, D.C., Antioquia y Valle del Cauca. En la tabla 2 se muestra el número de casos por entidad según el sexo.

Tabla 2. Número de casos de AR por entidad territorial según el sexo, 2018

Entidad territorial	Sexo		Total	Porcentaje de casos del total de casos
	Femenino	Masculino		
Amazonas	9	0	9	0,01
Antioquia	11.982	2.179	14.161	17,88
Arauca	58	19	77	0,10
Atlántico	2.293	338	2.631	3,32
Bogotá, D.C.	18.764	4.231	22.995	29,03
Bolívar	1.624	252	1.876	2,37
Boyacá	1.471	371	1.842	2,33



Tabla 2. Número de casos de AR por entidad territorial según el sexo, 2018 (continuación)

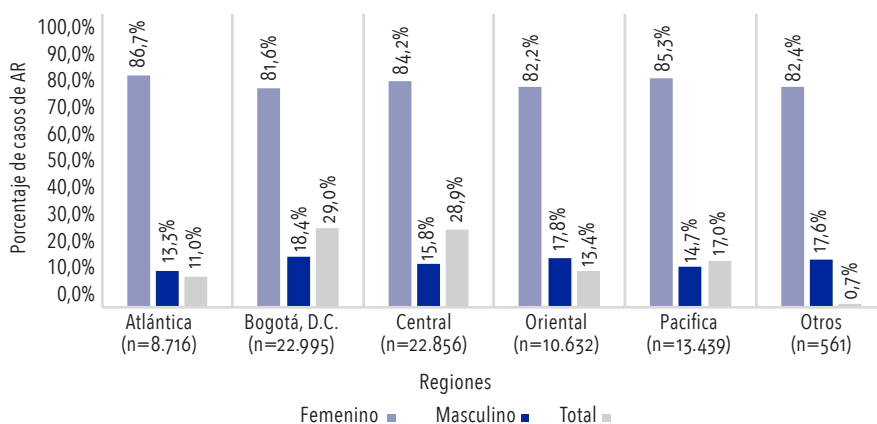
Entidad territorial	Sexo		Total	Porcentaje de casos del total de casos
	Femenino	Masculino		
Caldas	1.856	420	2.276	2,87
Caquetá	255	54	309	0,39
Casanare	221	48	269	0,34
Cauca	1.102	216	1.318	1,66
Cesar	591	86	677	0,85
Chocó	73	7	80	0,10
Córdoba	1.411	216	1.627	2,05
Cundinamarca	2.382	608	2.990	3,78
Guainía	2	0	2	0,00
Guaviare	16	4	20	0,03
Huila	1.723	356	2.079	2,63
La Guajira	187	22	209	0,26
Magdalena	678	102	780	0,98
Meta	749	141	890	1,12
Nariño	2.450	567	3.017	3,81
Norte de Santander	1.208	254	1.462	1,85
Putumayo	141	27	168	0,21
Quindío	1.080	183	1.263	1,59
Risaralda	2.360	408	2.768	3,49
San Andrés	10	0	10	0,01
Santander	1.911	368	2.279	2,88
Sucre	772	144	916	1,16
Tolima	1.016	153	1.169	1,48
Valle del Cauca	7.837	1.187	9.024	11,39
Vaupés	1	0	1	0,00
Vichada	4	1	5	0,01
Total	66.237	12.962	79.199	100,00



1.5 Distribución por región

Según las regiones en Colombia establecidas de acuerdo con la distribución del PIB nacional, el mayor porcentaje de casos de AR se reportó en Bogotá D.C., seguido de la Región Central. En la figura 7 se muestra el porcentaje de casos por sexo, siendo la región Atlántica la de mayor porcentaje de mujeres comparando con las otras regiones.

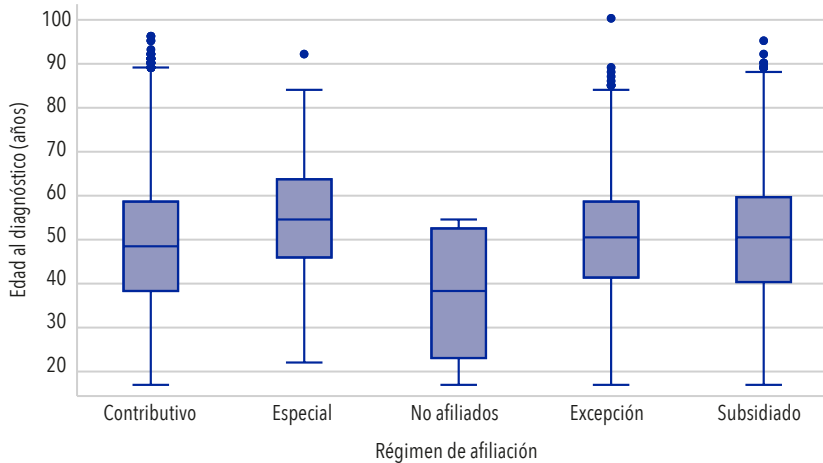
Figura 7. Porcentaje de casos de AR según el sexo y las regiones en Colombia



1.6 Edad al diagnóstico y tiempo de evolución de la enfermedad

De los 79.199 casos con AR, en el 75,3% (n=59.682) se conocía la fecha del diagnóstico de la enfermedad, a partir de la cual se calculó la edad al diagnóstico en personas adultas. Se encontró que, el promedio de edad al diagnóstico fue de 49,5 años (DE ±13,9 años), siendo de 49,0 años para el sexo femenino y 52,3 años en el masculino.

En la figura 8 se muestra la distribución de la edad al diagnóstico según el régimen de afiliación, evidenciando que la población no afiliada fue la más joven diagnosticada.

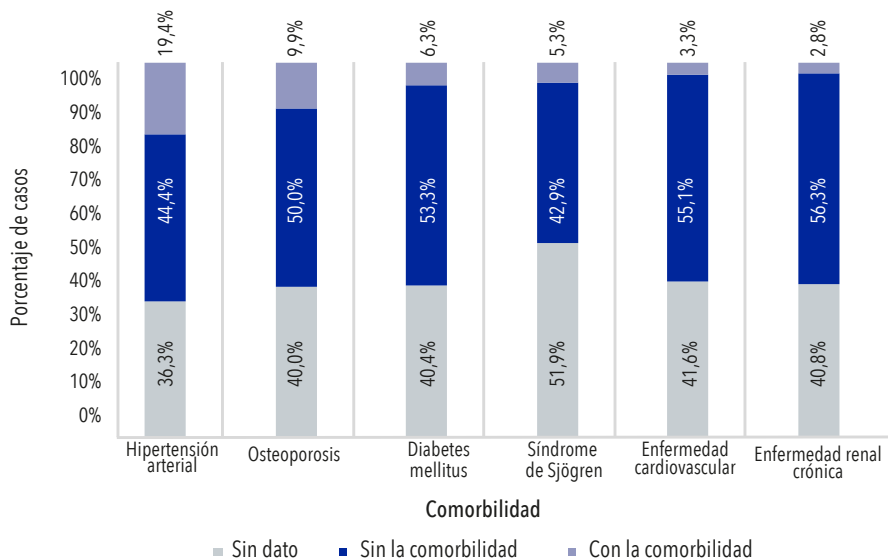
Figura 8. Distribución de la edad al diagnóstico según el régimen de afiliación, 2018

1.7 Comorbilidades en los pacientes con AR

En promedio, en 46.056 personas se obtuvo información relacionada con las comorbilidades, es decir que solo en el 58% de las personas con AR se registraron los antecedentes patológicos relacionadas con esta enfermedad de acuerdo con la información solicitada por la CAC. A partir de los datos disponibles, se evidenció que las comorbilidades más frecuentes son la hipertensión arterial, la osteoporosis y la diabetes mellitus. En la figura 9 se muestra el porcentaje de los pacientes con AR con la comorbilidad, sin la comorbilidad y sin dato reportado.

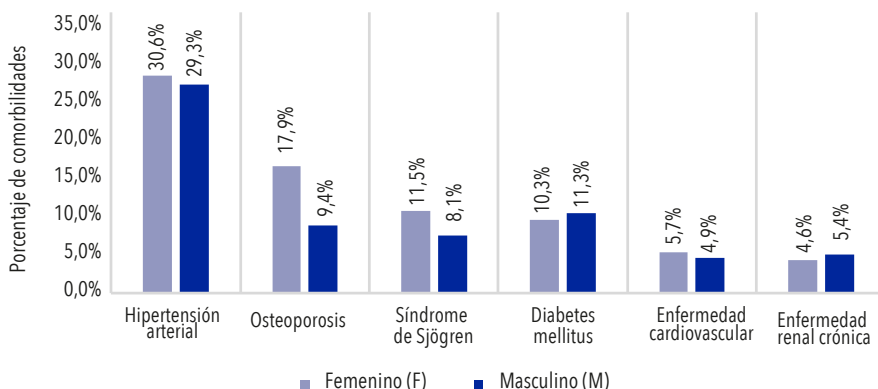


Figura 9. Distribución de comorbilidades en pacientes con AR según el sexo, 2018



En la figura 10 se muestra el porcentaje de comorbilidades para cada sexo, observando en el femenino una mayor proporción de casos con hipertensión arterial y osteoporosis, mientras que, en los pacientes del sexo masculino se evidenció una mayor frecuencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica.

Figura 10. Porcentaje de comorbilidades en pacientes con AR según el sexo, 2018



Ahora bien, en cuanto la valoración del índice de masa corporal (IMC), se encontró información para el 92% de la población, observando una media



1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE AR

del IMC de 25,8 kg/m² (DE ±4,7) y mediana de 25,3 kg/m² (RI 22,7 - 28,3). El 40,1% de las personas con AR tenían un IMC normal, cifra que mejoró en comparación con el año anterior cuando fue de 37,9%. En la tabla 3 se muestran las categorías del IMC según el sexo.

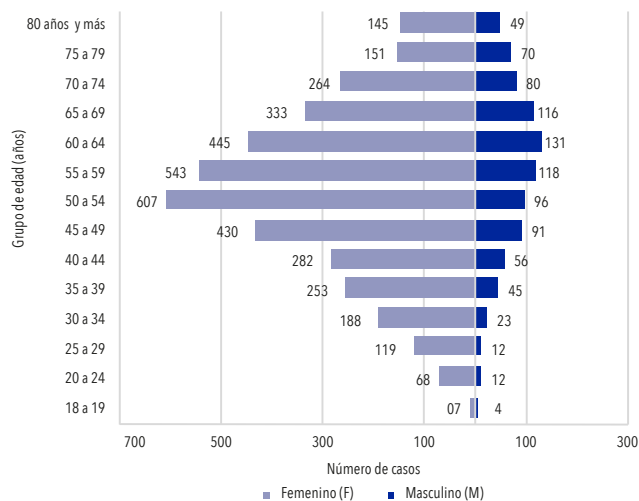
Tabla 3. Índice de masa corporal en la población con AR según el sexo, 2018

IMC	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Bajo Peso	2.207	3,33	370	2,9	2.577	3,3
Normal	26.213	39,57	5.551	42,8	31.764	40,1
Sobrepeso	22.311	33,68	4.363	33,7	26.674	33,7
Obesidad	10.364	15,65	1.496	11,5	11.860	15,0
Sin dato	5.142	7,76	1.182	9,1	6.324	8,0
Total	66.237	100,00	12.962	100,0	79.199	100,0

1.8 Características generales de los casos incidentes de AR

Para el corte se reportaron 4.738 casos incidentes de AR, de los cuales el 80,9% eran de sexo femenino (n=3.835) y el 19,1% de sexo masculino (n=903). La mediana de edad estuvo en 55 años y la media fue de 54,8. Se observó una desviación estándar de 14,3 años. El grupo de edad quinquenal con mayor reporte para este año fue de 50 a 54 años (figura 11).

Figura 11. Pirámide poblacional de los casos incidentes de AR, 2018

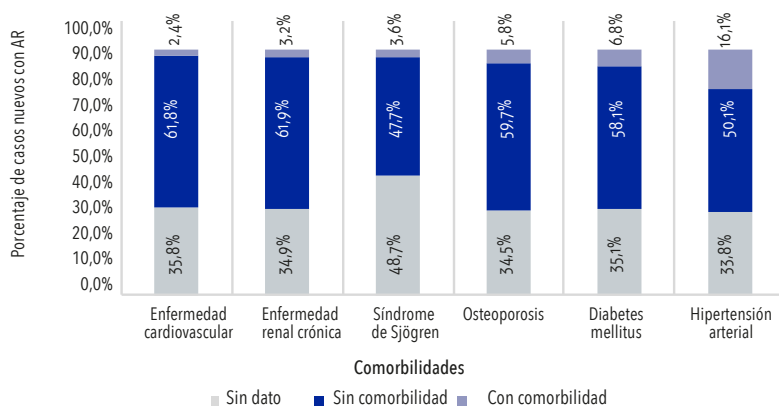




1.9 Comorbilidades en los casos incidentes de AR

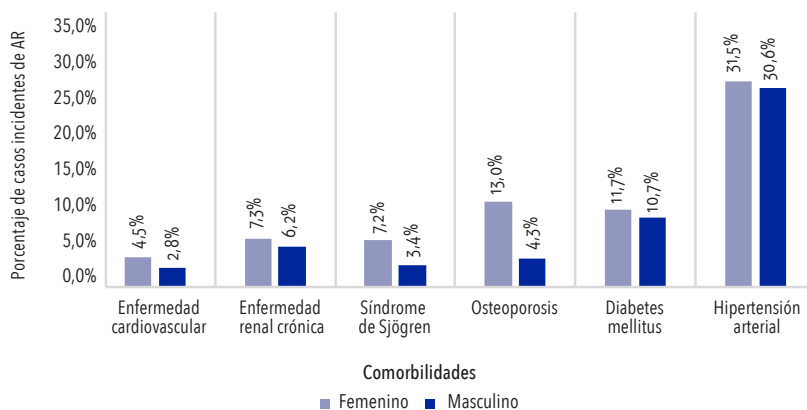
En los casos incidentes (n=4.738), aproximadamente en el 63% se reportó la información relacionada con la presencia o no de comorbilidades, evidenciando un mayor porcentaje de hipertensión arterial en la población con AR, seguido de la diabetes mellitus y la osteoporosis (figura 12).

Figura 12. Porcentaje de pacientes con comorbilidades al momento del diagnóstico de la AR, 2018



En la figura 13 se muestra el porcentaje de comorbilidades en los casos incidentes para cada sexo, encontrando una mayor proporción de casos de hipertensión arterial y osteoporosis en las mujeres, y en los hombres hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Figura 13. Porcentaje de las comorbilidades al momento del diagnóstico de la AR según el sexo, 2018



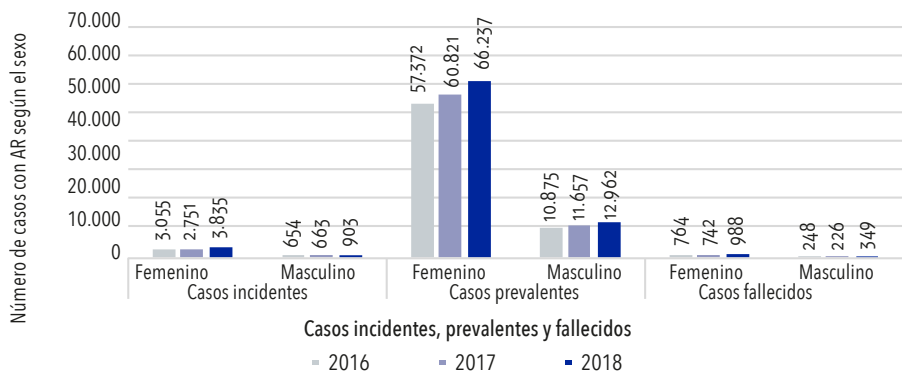


2. MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LAS PERSONAS CON AR

En el año 2018 se reportaron 79.119 casos de AR, evidenciando un aumento del 10% con respecto al año anterior, pasando de una prevalencia de 0,21% a 0,23%. Es así como en la Cuenta de Alto Costo, se ha observado un aumento en el número de casos de artritis reumatoide en los tres últimos años. Al comparar el año 2016 con el 2017 el incremento fue del 11% y para este año fue del 10%. En cuanto a los casos incidentes, se pasó de 3.414 casos nuevos en el año 2017 a 4.738 para el último periodo de reporte, es decir un incremento del 37% comparado con el año anterior. Ahora bien, en relación con la mortalidad, se evidenció un mayor número de muertes pasando de 1.012 casos en el 2016 a 1.337 para el 2018, es decir un incremento en las muertes del 36% en el último año.

En la figura 14 se muestra el número de casos por sexo para las tres mediciones de morbimortalidad, en los tres últimos años.

Figura 14. Número de casos reportados como incidentes, prevalentes y fallecidos de AR según el sexo, 2016-2018



Al analizar estos indicadores epidemiológicos, se observó un aumento en las tres mediciones. En la tabla 4 se presentan estas medidas de manera comparativa en la población nacional y en la población afiliada al SGSSS.

**Tabla 4.** Medidas de morbilidad y mortalidad en AR, 2016 - 2018

Indicadores de morbimortalidad por habitantes	Años		
	2016	2017	2018
Incidencia por 100.000 habitantes	10,35	10,09	13,78
Prevalencia por 100 habitantes	0,19	0,21	0,23
Mortalidad por 100.000 habitantes	2,82	2,86	3,89
Indicadores de morbimortalidad por afiliados	2016	2017	2018
Incidencia por 100.000 afiliados	10,64	10,49	14,29
Prevalencia por 100 afiliados	0,19	0,22	0,23
Mortalidad por 100.000 afiliados	2,90	2,98	4,02

2.1 Prevalencia e incidencia nacional de la AR

Las entidades territoriales con mayor prevalencia de artritis reumatoide comparada con la nacional fueron Bogotá, D.C, Risaralda, Caldas y Antioquia. Mientras que las mayores cifras de casos nuevos de AR se reportaron en Caquetá, Huila y Nariño. Para este año la prevalencia de AR en Colombia fue de 0,23 casos por 100 habitantes y la incidencia de 13,78 por 100.000 habitantes. En la tabla 5 se muestran el número de casos reportados por entidad y el dato ajustado por edad.

Tabla 5. Prevalencia e incidencia de AR por entidad territorial, 2018

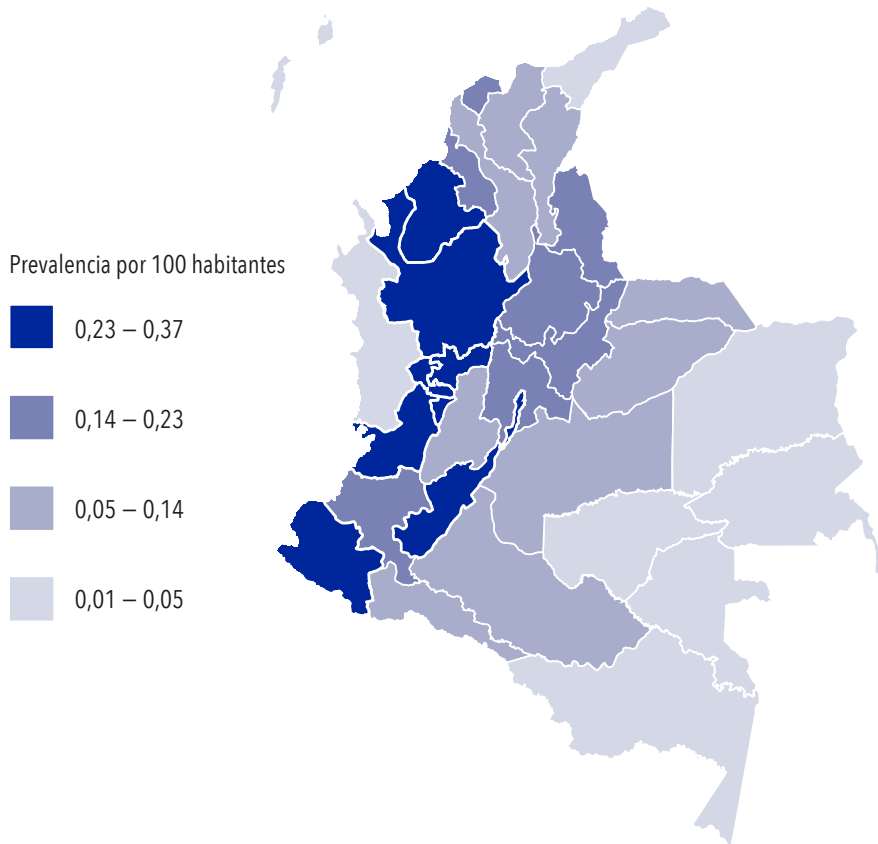
Entidad territorial	Prevalencia por 100 habitantes			Incidencia por 100.000 habitantes		
	Casos prevalentes	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	Casos incidentes	Incidencia cruda	Incidencia ajustada
Amazonas	9	0,02	0,03	0	0,00	0,00
Antioquia	14.161	0,30	0,29	625	13,11	12,85
Arauca	77	0,05	0,05	6	3,83	4,13
Atlántico	2.631	0,15	0,15	121	6,84	6,82
Bogotá, D.C.	22.995	0,38	0,37	1393	23,24	22,58
Bolívar	1.876	0,13	0,14	94	6,54	6,78
Boyacá	1.842	0,21	0,19	116	13,13	12,54
Caldas	2.276	0,32	0,29	116	16,32	15,41
Caquetá	309	0,10	0,11	105	34,21	39,58
Casanare	269	0,11	0,13	34	14,08	16,00
Cauca	1.318	0,14	0,15	69	7,23	7,58

Tabla 5. Prevalencia e incidencia de AR por entidad territorial, 2018 (continuación)

Entidad territorial	Prevalencia por 100 habitantes			Incidencia por 100.000 habitantes		
	Casos prevalentes	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	Casos incidentes	Incidencia cruda	Incidencia ajustada
Cesar	677	0,10	0,11	64	9,48	10,46
Chocó	80	0,03	0,03	1	0,34	0,40
Córdoba	1.627	0,14	0,15	142	12,30	13,35
Cundinamarca	2.990	0,16	0,16	122	6,33	6,41
Guainía	2	0,01	0,01	0	0,00	0,00
Guaviare	20	0,03	0,04	4	6,00	7,87
Huila	2.079	0,26	0,28	211	26,69	28,16
La Guajira	209	0,03	0,04	16	2,63	3,02
Magdalena	780	0,10	0,10	48	5,95	6,19
Meta	890	0,13	0,14	52	7,67	8,12
Nariño	3.017	0,25	0,26	350	28,75	29,84
Norte de Santander	1.462	0,16	0,16	110	11,75	12,12
Putumayo	168	0,08	0,09	28	12,72	15,14
Quindío	1.263	0,31	0,28	59	14,31	12,97
Risaralda	2.768	0,40	0,36	89	12,77	11,82
San Andrés	10	0,02	0,02	0	0,00	0,00
Santander	2.279	0,15	0,15	167	11,15	10,80
Sucre	916	0,16	0,16	52	8,99	9,39
Tolima	1.169	0,12	0,11	51	5,26	5,07
Valle del Cauca	9.024	0,26	0,25	492	14,31	13,85
Vaupés	1	0,00	0,01	0	0,00	0,00
Vichada	5	0,01	0,01	1	2,36	1,66
Total	79.199	0,23	0,23	4.738	13,78	13,78

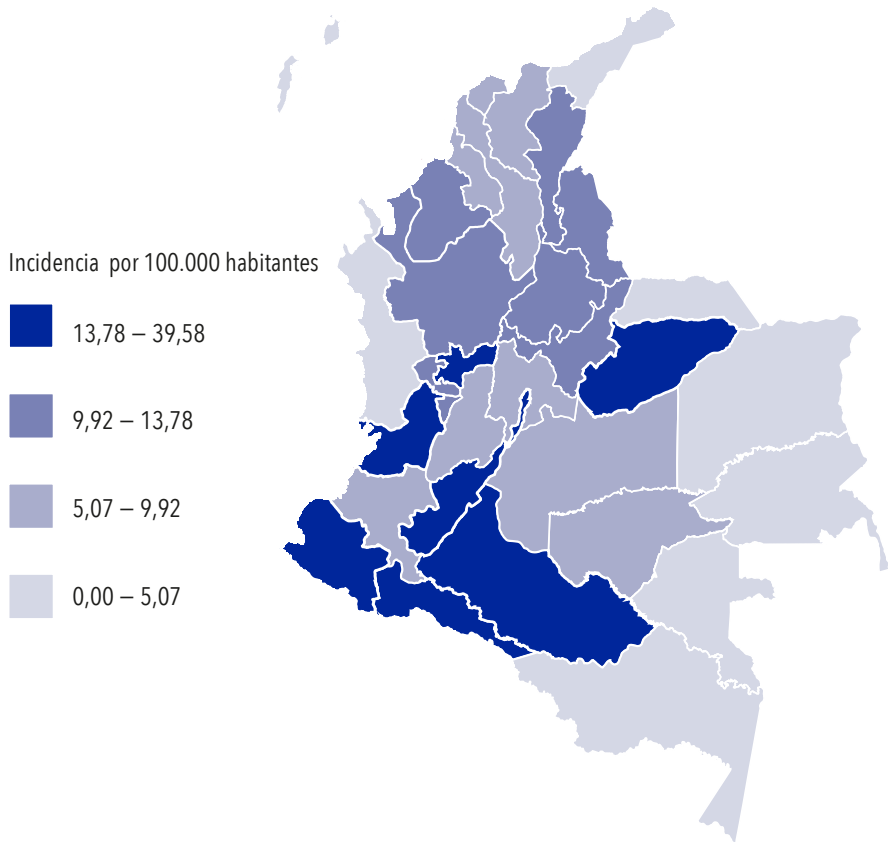


Mapa 1. Prevalencia nacional de la AR, 2018





Mapa 2. Incidencia nacional de la AR, 2018



Si se compara la prevalencia nacional por sexo, esta fue mayor en el femenino con 0,70 casos por 100 habitantes mientras que en el masculino fue de 0,17. La incidencia también mostró un mayor número de casos en el sexo femenino con 41,01 por 100.000 habitantes. En el masculino la incidencia fue de 11,6.



2.2 Prevalencia e Incidencia de la AR en la población afiliada

Al analizar la prevalencia en la población afiliada, 74.041 casos pertenecían a una entidad de los regímenes contributivo o subsidiado, calculándose una prevalencia de 0,23 por 100 afiliados. En cuanto a incidentes, 4.585 casos nuevos pertenecían a uno de estos dos regímenes, con una incidencia de 14,29 por 100.000 afiliados. En la tabla 6 se presentan estos dos indicadores por entidad.

Tabla 6. Prevalencia de la AR según la entidad y el régimen de afiliación, 2018

Régimen	Entidad	Prevalencia por 100 afiliados			Incidencia por 100.000 afiliados		
		Casos prevalentes	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	Casos incidentes	Incidencia cruda	Incidencia ajustada
Contributivo	EASo16	61	0,69	0,35	3	34,07	12,49
	EASo27	292	0,78	0,51	2	5,32	3,67
	EPSoo1	757	0,44	0,37	31	18,15	15,05
	EPSoo2	4.745	0,24	0,31	212	10,85	12,36
	EPSoo5	4.023	0,22	0,23	56	3,03	3,06
	EPSoo8	3.530	0,31	0,33	83	7,37	7,41
	EPSo10	5.832	0,26	0,30	216	9,58	10,55
	EPSo12	877	0,48	0,47	62	33,82	33,21
	EPSo16	6.837	0,39	0,40	323	18,36	18,30
	EPSo17	5.269	0,34	0,41	403	25,87	29,32
	EPSo18	2.624	0,38	0,43	110	15,82	15,98
	EPSo23	1.753	0,51	0,56	57	16,70	18,20
	EPSo33	68	0,11	0,13	1	1,56	1,45
	EPSo37	10.078	0,34	0,25	562	19,07	15,05
	EPSo44	11.084	0,48	0,49	853	36,63	36,88
	Subtotal	57.830	0,33	0,34	2.974	17,22	17,28
	Subsidiado	CCFo07	113	0,10	0,10	3	2,73
CCFo15		308	0,09	0,09	20	5,54	5,76
CCFo23		24	0,02	0,02	0	0,00	0,00
CCFo24		1.222	0,32	0,32	61	16,09	15,76
CCFo27		305	0,24	0,25	27	21,07	22,04
CCFo33		68	0,08	0,09	1	1,21	1,35

2. MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LAS PERSONAS CON AR

Tabla 6. Prevalencia de la AR según la entidad y el régimen de afiliación, 2018 (continuación)

Régimen	Entidad	Prevalencia por 100 afiliados			Incidencia por 100.000 afiliados		
		Casos prevalentes	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	Casos incidentes	Incidencia cruda	Incidencia ajustada
Subsidiado	CCFo50	77	0,09	0,08	13	14,75	13,86
	CCFo53	149	0,16	0,16	9	9,94	9,93
	CCFo55	325	0,05	0,06	19	3,15	3,89
	CCF102	7	0,01	0,01	0	0,00	0,00
	EPS022	562	0,14	0,12	0	0,00	0,00
	EPS025	64	0,06	0,06	9	7,80	7,72
	EPS045	823	0,11	0,10	5	0,66	0,63
	EPS101	26	0,02	0,03	0	0,00	0,00
	EPS103	183	0,06	0,07	51	17,59	20,05
	EPS104	22	0,02	0,02	0	0,00	0,00
	EPS105	221	0,11	0,12	25	11,92	13,46
	EPS106	31	0,06	0,07	3	5,89	6,89
	EPSS33	558	0,07	0,07	9	1,19	1,25
	EPSS34	1.117	0,14	0,12	419	50,96	44,94
	EPSS40	2.166	0,18	0,17	103	8,57	7,87
	EPSS41	94	0,01	0,01	31	4,56	4,65
	ESS002	131	0,04	0,05	2	0,67	0,71
	ESS024	1.323	0,10	0,10	134	9,89	10,12
	ESS062	1.784	0,14	0,14	233	18,56	18,48
	ESS076	143	0,03	0,03	5	0,94	1,00
	ESS091	176	0,09	0,08	1	0,49	0,62
	ESS118	2.045	0,15	0,15	287	21,03	21,50
	ESS133	561	0,05	0,05	8	0,69	0,67
	ESS207	1.583	0,15	0,16	133	12,57	13,13
	Subtotal	16.211	0,11	0,11	1.611	10,88	10,81
	Total	74.041		0,23	4.585	14,29	

Si se compara el régimen contributivo con el subsidiado, la prevalencia fue mayor en el contributivo con 0,34 casos por 100 afiliados mientras que en el subsidiado fue de 0,11. En cuanto a la incidencia también se observó que este dato es mayor en el contributivo, siendo de 17,28 por 100.000 afiliados, mientras que en el subsidiado fue de 10,81 por 100.000 afiliados.



2.3 Mortalidad nacional en AR

Para el año 2018 se reportaron 1.337 muertes por todas las causas en la población con AR, para una mortalidad nacional de 3,89 casos por 100.000 habitantes, cifra superior al año anterior que fue de 2,86 muertes por 100.000 habitantes. Del total de fallecidos, el 73,9% (n=988) eran del sexo femenino y el 26,1% (n=349) del masculino, al ajustar por edad y sexo, la mortalidad en las mujeres fue de 10,06 por 100.000 habitantes y de 4,76 por 100.000 habitantes entre los hombres. Las entidades territoriales con mayor mortalidad fueron Huila, Bogotá D.C y Antioquia (tabla 7). En el mapa 3 se observa la representación gráfica de la mortalidad por cada ente territorial.

Tabla 7. Mortalidad nacional de AR por 100.000 habitantes, 2018

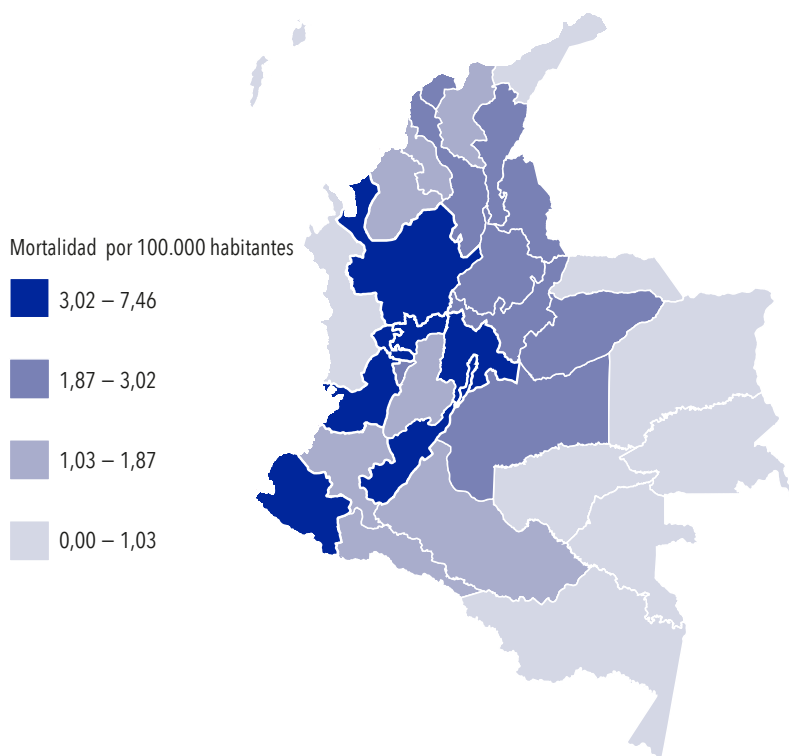
Entidad territorial	Casos fallecidos	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
Amazonas	0	0,00	0,00
Antioquia	248	5,20	5,15
Arauca	1	0,64	0,79
Atlántico	47	2,66	2,79
Bogotá, D.C.	406	6,77	7,05
Bolívar	32	2,23	2,29
Boyacá	21	2,38	2,01
Caldas	34	4,78	3,93
Caquetá	3	0,98	1,15
Casanare	4	1,66	2,45
Cauca	14	1,47	1,47
Cesar	11	1,63	1,87
Chocó	1	0,34	0,46
Córdoba	14	1,21	1,32
Cundinamarca	62	3,22	3,22
Guainía	0	0,00	0,00
Guaviare	0	0,00	0,00
Huila	55	6,96	7,46
La Guajira	5	0,82	1,03
Magdalena	9	1,12	1,18
Meta	15	2,21	2,60
Nariño	51	4,19	4,39



Tabla 7. Mortalidad nacional de AR por 100.000 habitantes, 2018 (continuación)

Entidad territorial	Casos fallecidos	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
Norte de Santander	24	2,56	2,67
Putumayo	2	0,91	1,06
Quindío	15	3,64	3,02
Risaralda	39	5,60	4,81
San Andrés	0	0,00	0,00
Santander	33	2,20	2,04
Sucre	9	1,56	1,56
Tolima	12	1,24	1,05
Valle del Cauca	170	4,94	4,64
Vaupés	0	0,00	0,00
Vichada	0	0,00	0,00
Total	1.337	3,89	3,89

Mapa 3. Mortalidad nacional de la AR por 100.000 habitantes, 2018





2.4 Mortalidad de la AR en población afiliada al SGSSS

Al calcular la mortalidad de la AR en la población afiliada, 1.289 casos pertenecían a una entidad del régimen contributivo o subsidiado, calculándose una mortalidad de 4,02 por 100.000 afiliados, cifra mayor que el año anterior (2,98 por 100.000 afiliados). Al ajustar las tasas por edad y comparar con el año 2017, se evidenció que la mortalidad del régimen contributivo que fue de 4,38 por 100.000 afiliados, en el 2017 pasó a 6,00 por 100.000 afiliados y que en el régimen subsidiado esta cifra pasó de 1,41 a 2,12 muertes por 100.000 afiliado. En la tabla 8 se presenta la mortalidad para las entidades que corresponden a estos regímenes.

Tabla 8. Mortalidad en AR según la entidad y el régimen de afiliación, 2018

Régimen	Entidad	Casos fallecidos	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
Contributivo	EASo16	2	22,71	8,39
	EASo27	6	15,95	3,52
	EPSo01	11	6,44	5,69
	EPSo02	64	3,27	5,78
	EPSo05	88	4,77	5,63
	EPSo08	41	3,64	4,74
	EPSo10	65	2,88	4,84
	EPSo12	12	6,55	8,38
	EPSo16	97	5,51	6,32
	EPSo17	96	6,16	10,51
	EPSo18	25	3,60	6,50
	EPSo23	34	9,96	15,75
	EPSo33	1	1,56	2,51
	EPSo37	268	9,09	5,24
	EPSo44	148	6,36	7,09
Subtotal		958	5,55	6,00
Subsidiado	CCFo07	6	5,47	5,46
	CCFo15	1	0,28	0,32
	CCFo23	0	0,00	0,00
	CCFo24	35	9,23	8,57
	CCFo27	12	9,36	10,09



Tabla 8. Mortalidad en AR según la entidad y el régimen de afiliación, 2018 (continuación)

Régimen	Entidad	Casos fallecidos	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada	
Subsidiado	CCFo33	1	1,21	0,79	
	CCFo50	2	2,27	2,15	
	CCFo53	2	2,21	2,02	
	CCFo55	10	1,66	2,00	
	CCF102	0	0,00	0,00	
	EPS022	19	4,81	3,48	
	EPS025	2	1,73	1,73	
	EPS045	12	1,57	1,24	
	EPSI01	1	0,94	1,21	
	EPSI03	1	0,34	0,44	
	EPSI04	0	0,00	0,00	
	EPSI05	2	0,95	1,22	
	EPSI06	0	0,00	0,00	
	EPSS33	11	1,45	1,33	
	EPSS34	18	2,19	1,82	
	EPSS40	57	4,74	4,02	
	EPSS41	0	0,00	0,00	
	ESS002	2	0,67	0,64	
	ESS024	23	1,70	1,74	
	ESS062	36	2,87	2,68	
	ESS076	3	0,57	0,60	
	ESS091	3	1,46	1,21	
	ESS118	35	2,57	2,57	
	ESS133	13	1,12	1,05	
	ESS207	24	2,27	2,36	
	Subtotal		331	2,24	2,12
	Total		1.289	4,02	4,02

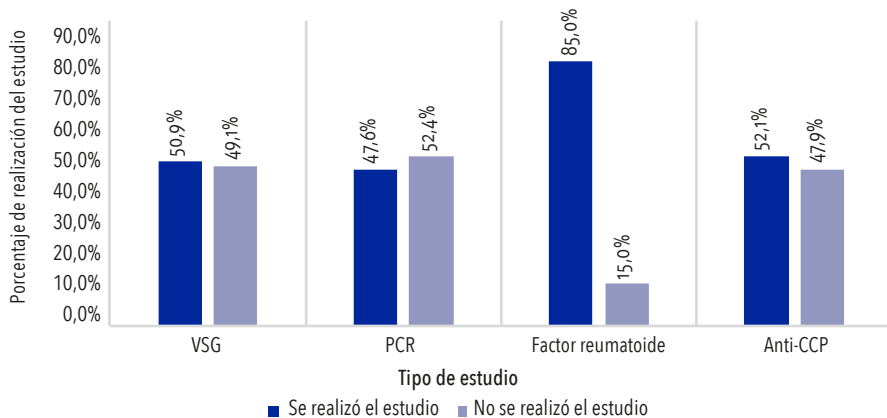


3. DIAGNÓSTICO DE LA AR

3.1 Estudios de apoyo para la confirmación del diagnóstico de la AR

En los casos incidentes (n=4.738) se analizaron los estudios de apoyo inicial para el diagnóstico de AR, observando un mayor uso del factor reumatoide (FR) (85,0%), seguido del Anti-CCP (52,1%). En la figura 15 se muestra la proporción de casos en los que se realizaron cada una de las pruebas. Llama la atención la alta frecuencia de no realización de estos estudios, indicando la falta de adherencia a los criterios EULAR en los nuevos casos.

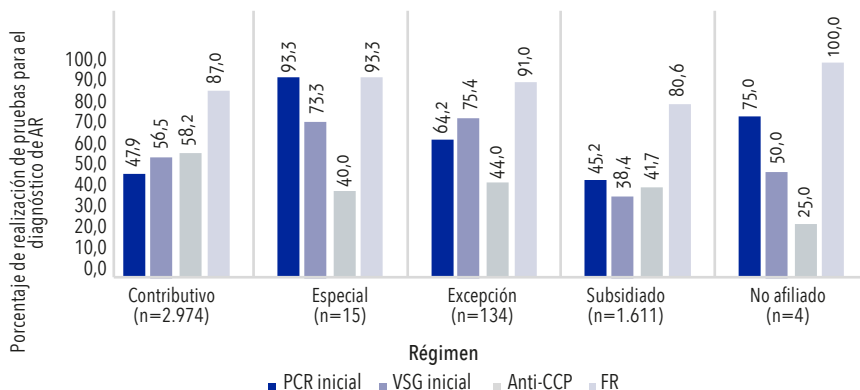
Figura 15. Distribución del uso de estudios de apoyo para la confirmación del diagnóstico de la AR, 2018



Siglas: Anti-CCP: anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular

Si se analiza el porcentaje de realización de estas pruebas por régimen de afiliación, se observa que el contributivo tiene mayor realización de las pruebas comparando con el subsidiado. En todos los no afiliados se realizó FR, sin embargo solo fueron 4 casos nuevos (figura 16).

Figura 16. Porcentaje de realización de pruebas para el diagnóstico de AR por el régimen de afiliación



Siglas: Anti-CCP: anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular

Al analizar los resultados en aquellos pacientes a los que se les realizó alguna de las pruebas, se encontró positividad en el 62,1% del FR y en el 59,8% del PCR. En la tabla 9 se muestran los resultados de estos estudios en los casos incidentes.

Tabla 9. Estudios realizados durante el diagnóstico de la AR

Estudio	Categorización	Número	Porcentaje
VSG	Menor o igual a 20	1.104	45,8
	De 21 a 100	1.309	54,2
	Total	2.413	100,0
PCR	No reactiva	908	40,2
	Reactiva	1.349	59,8
	Total	2.257	100,0
Factor reumatoide	Negativo	1.525	37,9
	Positivo	2.501	62,1
	Total	4.026	100,0
Anti-CCP al diagnóstico	Negativo	1.378	55,8
	Positivo	1.090	44,2
	Total	2.468	100,0

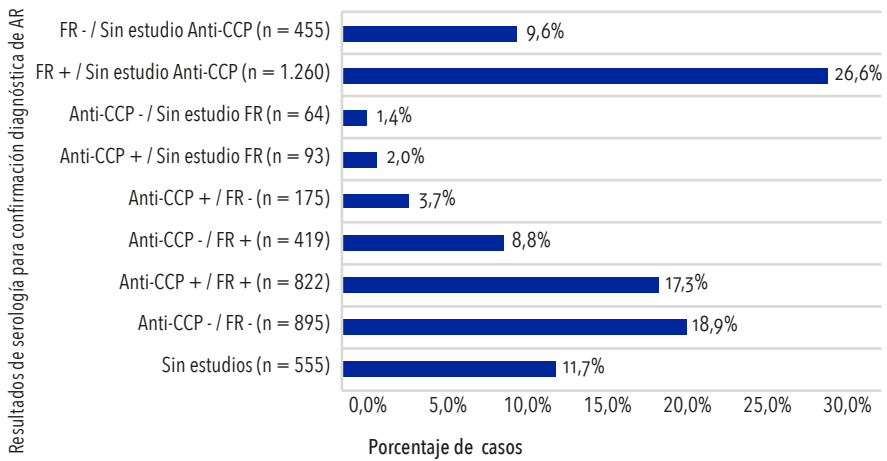
Siglas: Anti-CCP: anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico; FR: factor reumatoide; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular



3. DIAGNÓSTICO DE LA AR

Cuando se analizaron los resultados serológicos de las pruebas Anti - CCP y FR, se encontró que 555 casos no tenían ninguno de los dos laboratorios (11,7%) y el 17,3% (n=822) mostró positividad en ambas pruebas. En la figura 17 se presentan los resultados de la combinación de los resultados de estas pruebas.

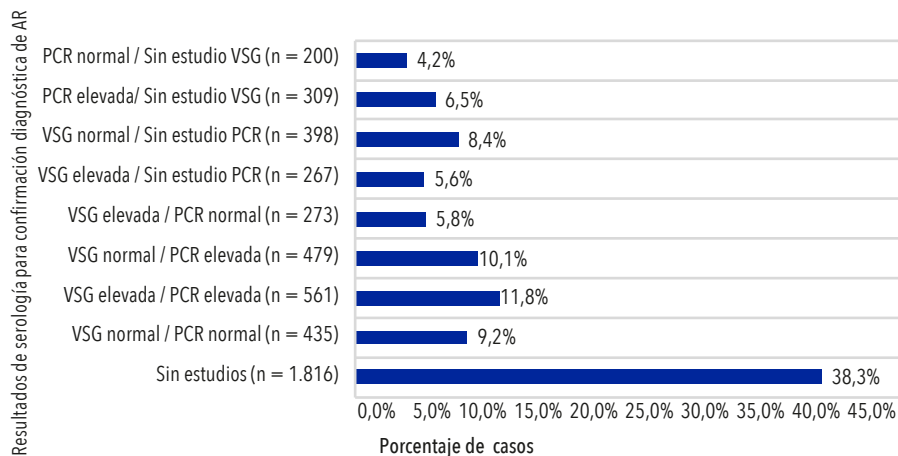
Figura 17. Resultados de las pruebas en la confirmación diagnóstica de la AR



Siglas: Anti-CCP: anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico; anti-CCP +: anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico positivo; anti-CCP -: anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico negativo; FR: factor reumatoide; FR+: factor reumatoide positivo; FR-: factor reumatoide negativo

Al describir los resultados de los reactantes de fase aguda (VSG y PCR), se encontró que el 38,3% de los pacientes (n=1.816) no tenían resultado en las dos pruebas. En el 11,8% (n=561) de los casos incidentes se encontraron valores elevados en ambos estudios. En la figura 18 se presentan los resultados de estas pruebas en los pacientes incidentes.

Figura 18. Resultados de VSG y PCR para el diagnóstico de la AR



Siglas: PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular

Valores de referencia de VSG: edad <50 años: mujeres: 0 a 20 mm/h y hombres: 0 a 15 mm/h; edad >= 50 años: mujeres: 0 a 30 mm/h y hombres: 0 a 20 mm/h

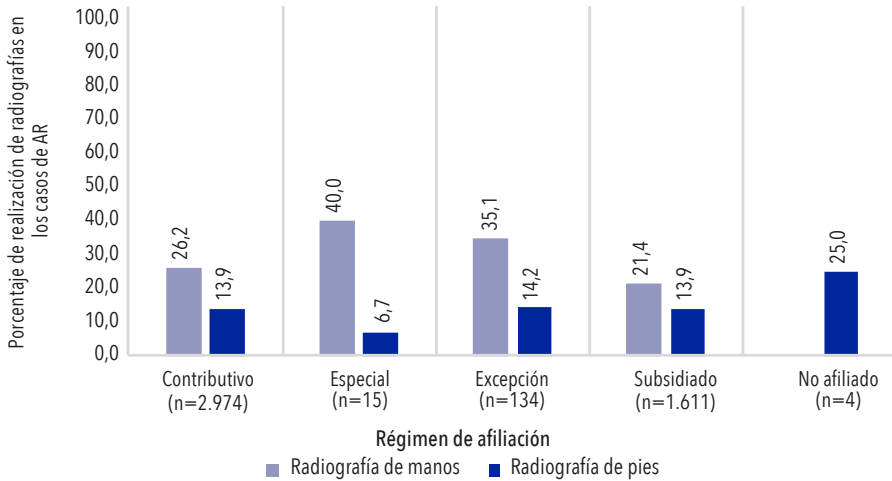
3.2 Hallazgos radiográficos al diagnóstico de la AR

En los casos incidentes, no se realizó radiografía de manos en el 75,2% (n=3.562) y en el 86,1% (n=4.081) no se realizó radiografía de pies. Al 74,3% de los pacientes (n=3.519) no se les realizó ninguna de las dos radiografías.

Si se observa la realización de las radiografías por el régimen de afiliación, se encontró que entre el régimen contributivo y subsidiado, que en el primero se realizó mayor proporción de radiografías de manos (figura 19).

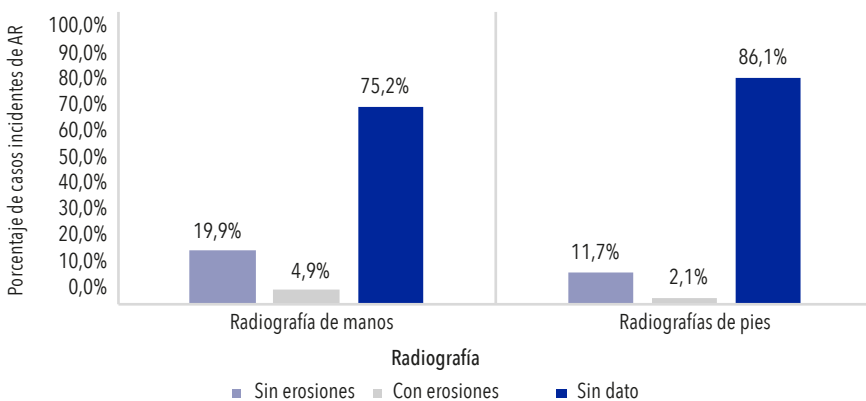


Figura 19. Porcentaje de realización de radiografías en las personas con AR según el régimen de afiliación, 2018



Ahora bien, en cuanto a los resultados de las radiografías en los casos incidentes de AR, se encontró que el 4,9% de los pacientes (n=231) tenían erosión en manos y el 2,1% tenían erosión en pies (n=101). En la figura 20 se muestra el porcentaje de estos resultados (n= 4.738).

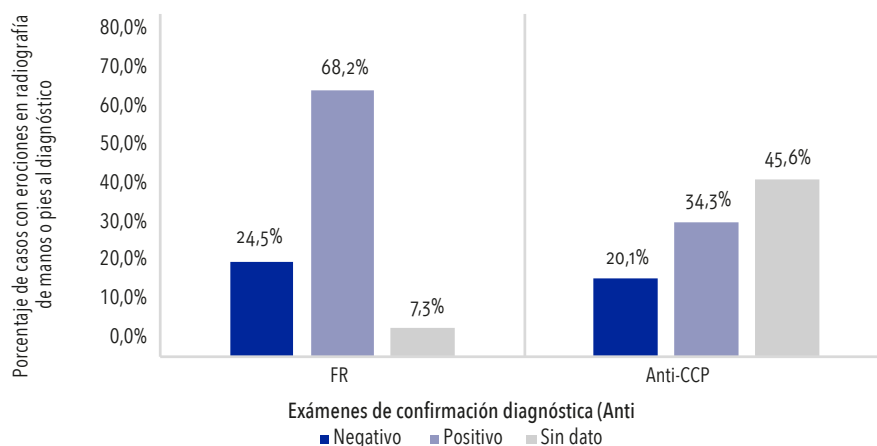
Figura 20. Resultados de las radiografías de manos y pies en los casos incidentes de AR, 2018





De los pacientes que presentaron erosiones en cualquiera de las dos radiografías (n=274), el 68,2% tenían FR positivo y el 34,3% anti-CCP positivo. En la figura 21 se muestra el comportamiento de estos laboratorios en los pacientes con evidencia de erosiones en la evaluación radiográfica.

Figura 21. Distribución de los casos con erosiones en radiografías de manos o pies según el resultado del FR y anti-CCP, 2018



Siglas: Anti-CCP: anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico; FR: factor reumatoide

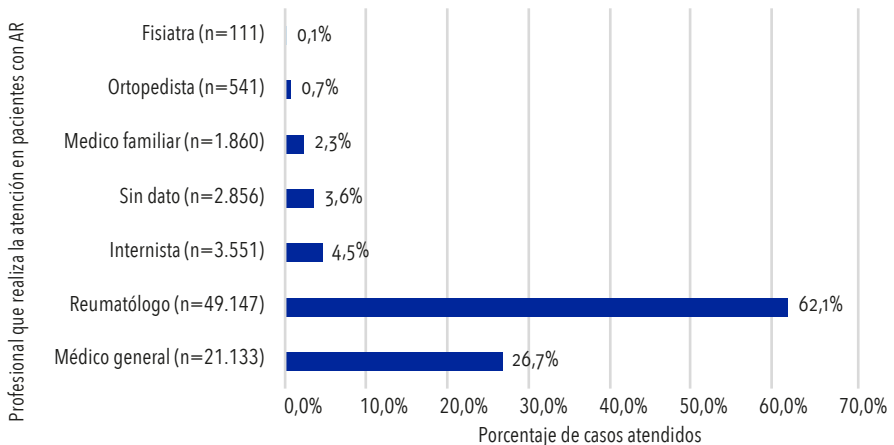


4. ATENCIÓN DE LA AR

4.1 Consulta con especialista

Del total casos reportados (n=79.199), en el 96,4% (n=76.343) se informó el tipo de profesional que realizó la atención clínica para la AR. El análisis de esta variable evidenció que el médico reumatólogo fue el profesional que con mayor frecuencia realizó la atención de los pacientes (62,1%), sin embargo este dato disminuyó en comparación con el año anterior dado que en el 2017 fue el 65,9%. Seguido de este profesional, estuvo el médico general y el internista. En la figura 22 se describe el porcentaje de atención por cada tipo de profesional.

Figura 22. Porcentaje de atención en pacientes con AR según tipo de profesional de la salud, 2018

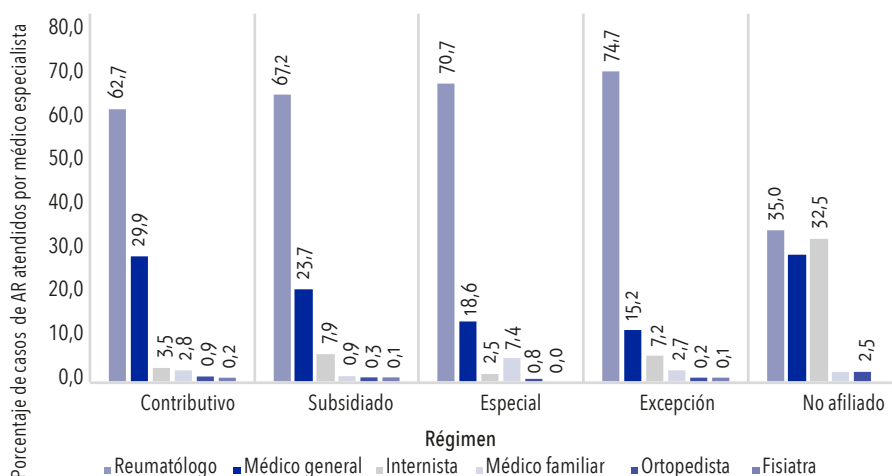




Al analizar los datos por el régimen, se observa que en el de excepción, hubo mayor proporción de atención por el reumatólogo; al comparar los regímenes contributivo y subsidiado, se evidenció mayor atención por parte de este profesional en el subsidiado.

En la figura 23 se describe la proporción de la atención por cada especialista según el régimen.

Figura 23. Porcentaje de atención en pacientes con AR según el tipo de profesional de la salud y el régimen de afiliación, 2018



Es importante anotar que, en los pacientes que recibieron entre 1 y 12 consultas por reumatólogo durante el periodo (n=45.430) se estimó en promedio dos consultas al año, en los que recibieron consulta por médico familiar (n=5.066) de dos consultas y por médico internista (n=4.864) de una consulta. No se registró información en el 2,2% de los casos. En la figura 24 se describe el número de consultas para cada especialista y en la figura 25 se muestra la misma información de manera proporcional y agrupada por número de consultas.



4. ATENCIÓN DE LA AR

Figura 24. Número de consultas por médico especialista en las personas con AR, 2018

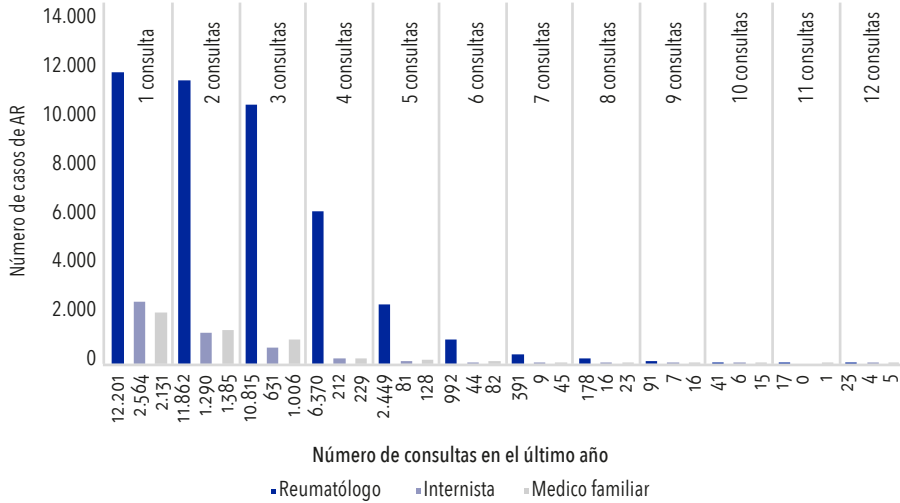
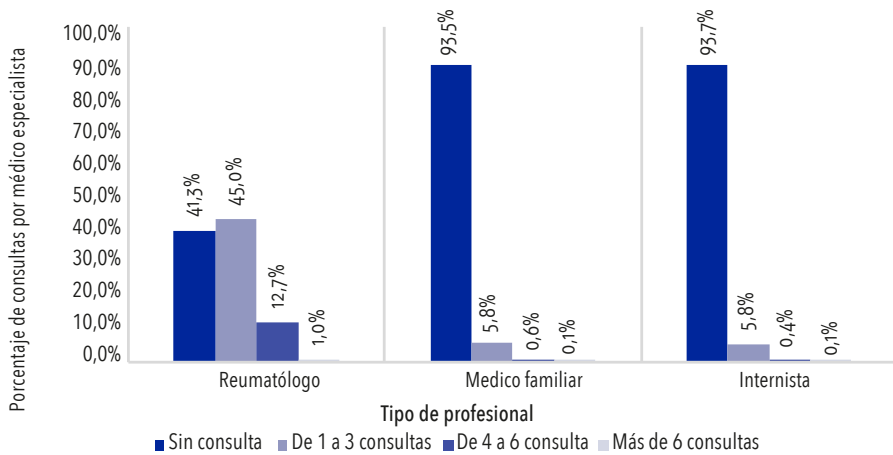


Figura 25. Porcentaje de consultas en personas con AR por médico especialista en las personas con AR, 2018

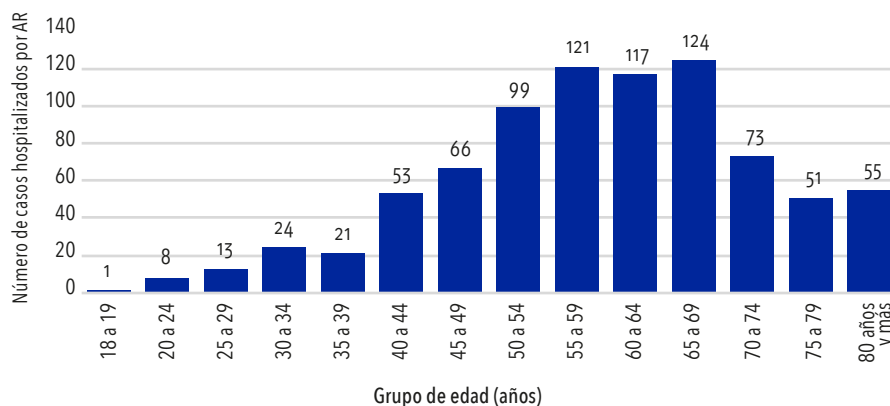


4.2 Atención por hospitalizaciones en las personas con AR

Para el corte más reciente, se registró un menor número de hospitalizaciones por AR comparado con el año anterior ($n=1.511$), para este año fueron 826 pacientes reportados que requirieron hospitalización por reactivación o actividad de la AR o eventos cardiovasculares relacionados, es decir el 1,1% de los casos. En el 1,9% de los casos reportados no se registró información (1.508 / 79.199).

Según el sexo, el 1,08% de los hombres (140 / 12.962) requirió atención por hospitalización, mientras que en las mujeres el 1,03% (686 / 66.237). Por el grupo quinquenal de edad, la población de 65 a 69 años fue el grupo que más requirió de hospitalizaciones por AR (figura 26).

Figura 26. Distribución de las personas con AR hospitalizadas según el grupo de edad, 2018



Según el régimen, los no afiliados tuvieron mayor proporción de hospitalizaciones. Al comparar los regímenes contributivo y subsidiado, las hospitalizaciones fueron más en este último. En la tabla 10 se muestra el porcentaje de hospitalización según el régimen.

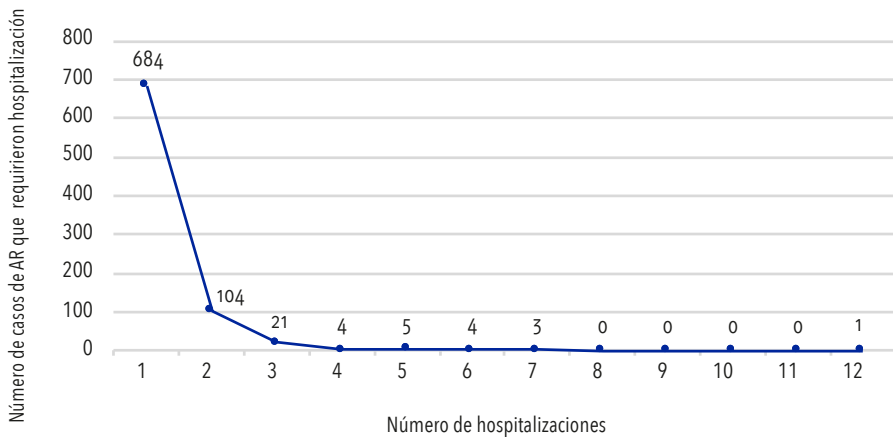


Tabla 10. Distribución de los casos de hospitalización por régimen de afiliación, 2018

Hospitalización	Régimen de afiliación (%)					Total
	Contributivo	Especial	Excepción	No afiliado	Subsidiado	
Con hospitalización	0,9%	0,4%	1,4%	12,0%	1,4%	1,0%
Sin hospitalización	96,9%	99,6%	96,6%	66,0%	97,7%	97,1%
Sin dato	2,2%	0,0%	2,0%	22,0%	0,9%	1,9%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Los pacientes que estuvieron hospitalizados en el año (n=826) por reactivación o actividad de la AR o eventos cardiovasculares relacionados en el último año, requirieron en el 82,8% una hospitalización, el 12,6% dos hospitalizaciones y el 2,5% requirieron 3 hospitalizaciones. El 2,1% restante requirieron entre 4 y 12 hospitalizaciones. En la figura 27 se muestra la distribución de estos casos según la frecuencia de la hospitalización.

Figura 27. Distribución del número de hospitalización en los pacientes con AR, 2018

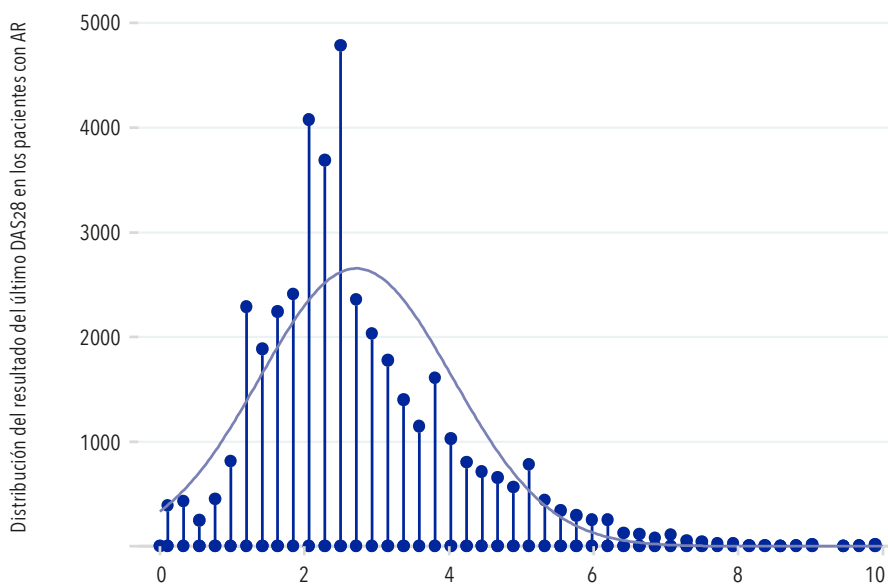




4.3 Estudio de pronóstico y seguimiento

De las 79.199 personas con AR, el 51,5% (n=40.826) tenían seguimiento por DAS28 con un resultado válido entre 0 y 10 durante el año de seguimiento. La mediana del DAS28 fue de 2,4 y la media de 2,7 (DE±1,3). En la figura 28 se muestra el número de casos según el resultado, evidenciando una ligera desviación hacia la derecha, es decir hacia los pacientes con enfermedad de alta actividad ($> 5,1$ y ≤ 10).

Figura 28. Distribución del resultado del último DAS28 en los pacientes con AR, 2018

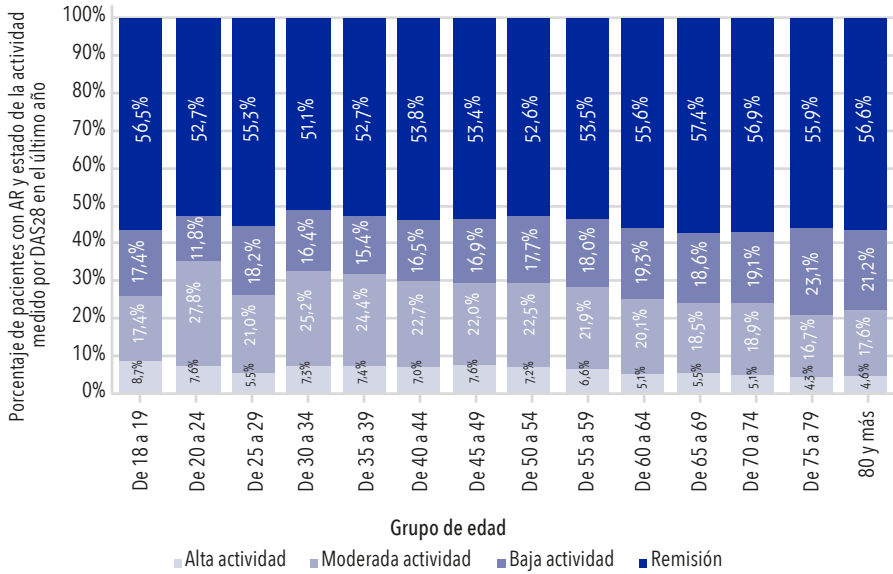


En el análisis por grupos de edad, el rango de 65 a 69 años mostró el mayor porcentaje en estado de remisión; la alta actividad, en comparación con los otros grupos, predominó en el segmento de 18 a 19 años. En la figura 29 se muestra el estado de actividad de la AR según los grupos de edad.



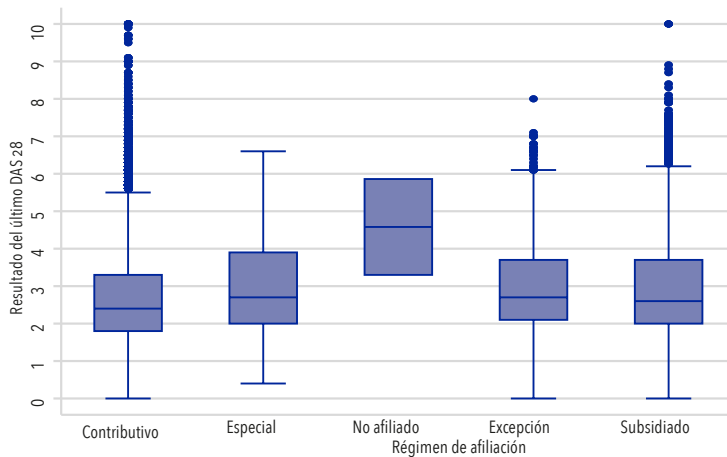
4. ATENCIÓN DE LA AR

Figura 29. Distribución del estado de la actividad de la AR según los grupos de edad, 2018



Al revisar los datos por el régimen de afiliación, se observó una mayor actividad inflamatoria de la enfermedad según el DAS28 en los no afiliados (figura 30).

Figura 30. Distribución del resultado del último DAS28 en los pacientes con AR según el régimen de afiliación, 2018





Si se analizan los resultados de manera agrupada, evaluando el estado de actividad actual de la AR según el DAS28 en los casos incidentes y prevalentes, se observa una mayor proporción de casos en estado de remisión, seguido de la actividad moderada, sin embargo aún un porcentaje elevado de casos no cuentan con la realización del DAS28 en el periodo de corte. En la tabla 11 se muestra el estado de actividad de las personas con AR para ambos grupos.

Tabla 11. Estado de actividad actual de la AR según el DAS28 en los casos incidentes y prevalentes

Estado de actividad actual de la AR según DAS 28	Casos incidentes		Casos prevalentes	
	n	%	n	%
Remisión (≥ 0 a $< 2,6$)	983	20,7	22.339	28,2%
Actividad baja ($\geq 2,6$ a $< 3,2$)	398	8,4	7.511	9,5%
Actividad moderada ($\geq 3,2$ a $\leq 5,1$)	508	10,7	8.487	10,7%
Actividad alta ($> 5,1$)	182	3,8	2.489	3,1%
Sin dato	2.667	56,3	38.373	48,5%
Total	4.738	100	79.199	100

Al analizar en los casos prevalentes el cambio del DAS28, se encontraron 22.984 casos de AR que tuvieron una evaluación inicial de DAS28 y una última evaluación del DAS28, evidenciando que los pacientes que estaban en actividad alta al inicio, pasaron a remisión en la última medición en el 44,1% y que los pacientes que iniciaron en remisión, el 68,7% se mantuvo en este estado. En la tabla 13 se muestra la comparación de los diferentes estados de actividad en las dos mediciones.

Tabla 12. Comparación del estado de actividad de la enfermedad inicial y actual de la AR según DAS28 en los casos prevalentes de AR

DAS28 inicial	DAS28 actual (%)			
	Remisión (n=13.206)	Actividad baja (n=4.017)	Actividad moderada (n=4.471)	Actividad alta (n=1.290)
Remisión (n=8.945)	68,7	15,1	13,1	3,1
Actividad baja (n=3.722)	57,1	20,3	18,2	4,4



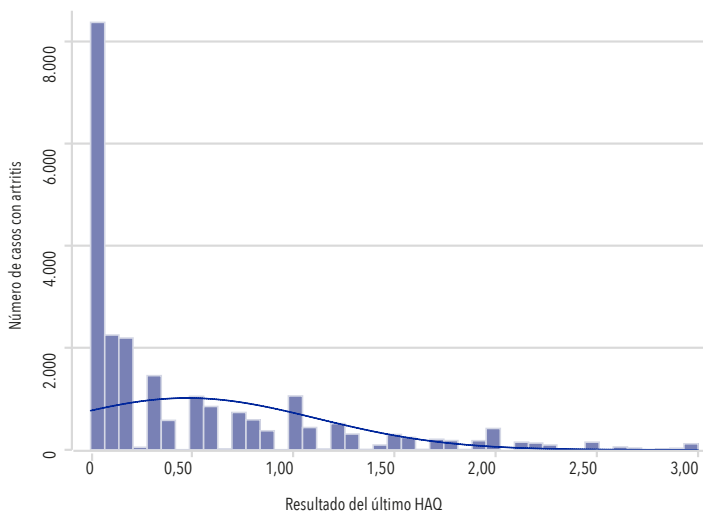
4. ATENCIÓN DE LA AR

Tabla 12. Comparación del estado de actividad de la enfermedad inicial y actual de la AR según DAS28 en los casos prevalentes de AR (continuación)

DAS28 inicial	DAS28 actual (%)			
	Remisión (n=13.206)	Actividad baja (n=4.017)	Actividad moderada (n=4.471)	Actividad alta (n=1.290)
Actividad moderada (n=7.102)	49,6	19,1	25,6	5,7
Actividad alta (n=1.418)	44,1	17,0	25,1	13,8
Total (n=22.984)	57,5	17,5	19,5	5,6

En cuanto al último resultado del HAQ (Health Assessment Questionnaire), se observó la medición de este cuestionario en 23.288 pacientes durante el periodo, es decir el 29,4% de los casos con AR, disminuyendo esta medición en comparación con el año anterior que fue de 30,9%. Esta puntuación que oscila entre 0 y 3 (el cero significa que “el paciente es capaz de realizar la tarea sin ninguna dificultad” y el tres que “el paciente es incapaz de realizar la tarea”), tuvo una mediana de 0,20, una media de 0,48 y una DE de 0,64. El 75% de la población presentó una funcionalidad menor de 0,80, lo que indica una mejor funcionalidad comparada con el año anterior cuando el 75% se encontraba menor a 1 punto. En la figura 31 se muestra el número de casos según los valores que tomó la escala.

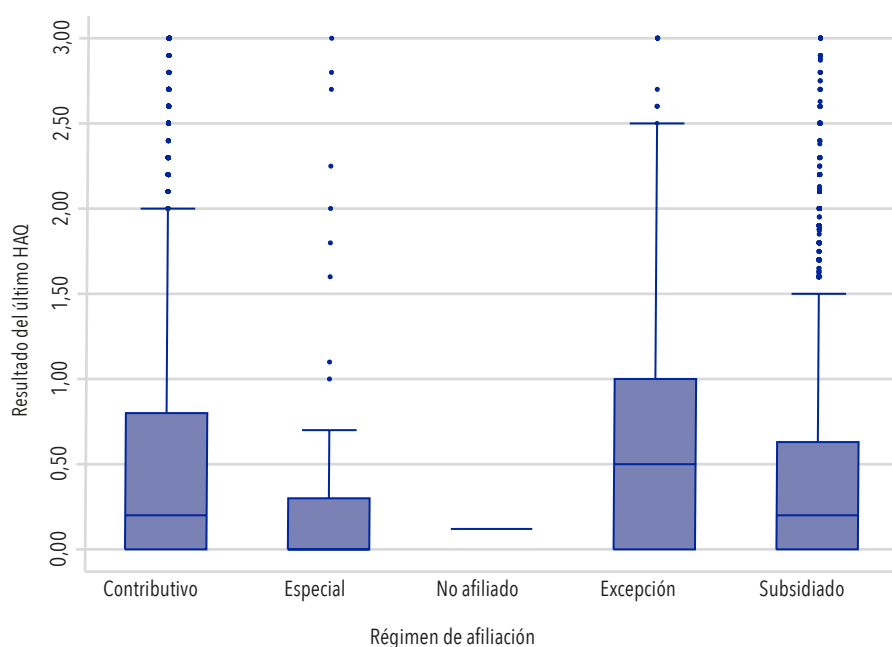
Figura 31. Distribución de los casos de AR según el resultado de la escala HAQ, 2018





El análisis por el régimen de afiliación muestra que el promedio del HAQ en el contributivo fue de 0,49, en el subsidiado de 0,42, en el régimen especial de 0,37, y en el de excepción de 0,66. En los no afiliados fue de 0,12. En la figura 32 se muestra el comportamiento de esta medición en los diferentes regímenes.

Figura 32. Distribución de los casos según el resultado de la última escala HAQ por régimen de afiliación, 2018



Al comparar la valoración del HAQ inicial y actual en la población prevalente, se encontró que 12.412 pacientes tenían el reporte en estos dos momentos; evidenciando en la primera valoración de esta escala una media de 0,50 (DE± 0,65) y mediana de 0,20, mientras que estos mismos pacientes reportaron un último HAQ con una media de 0,49 (DE± 0,64) y una mediana de 0,20. En la tabla 13, se muestran los estadísticos descriptivos para el resultado del HAQ inicial y el último HAQ.



Tabla 13. Estadísticos descriptivos de la escala HAQ en la medición inicial y la última medición en los casos incidentes de AR, 2018

Estadísticos descriptivos de la escala HAQ	HAQ inicial	Último HAQ
Percentil 25	0,00	0,00
Percentil 50	0,20	0,20
Percentil 75	0,96	0,70
Media	0,50	0,49
Desviación estándar	0,65	0,64

4.4 Seguimiento de las pruebas de laboratorios y radiográfico en las personas con AR

Durante el seguimiento de las pruebas de laboratorio a los casos con AR, se evidenció una anomalía en el valor de la alanina aminotransferasa (ALT) en el 7,9% de los casos, proteinuria en el 1,8% y PCR reactiva en el 12,7%. En cuanto a las erosiones en pies y manos determinadas por radiografía se evidenció erosión en el 3,1% y 4,5% respectivamente. En la tabla 14 se muestra el número de casos y la proporción en los resultados para cada uno de ellos, llama la atención la falta del dato en estas pruebas.

Tabla 14. Resultados de las principales pruebas de laboratorio realizados en la población con AR

Pruebas	Resultado	Casos	%
ALT	Normal	37.843	47,8
	Anormal	6.236	7,9
	Sin dato	35.120	44,3
	Total	79.199	100,0
Parcial de orina	Sin proteinuria	31.437	39,7
	Con proteinuria	1.404	1,8
	Sin dato	46.358	58,5
	Total	79.199	100,0
PCR	Reactivo	10.059	12,7
	No reactivo	8.753	11,1
	Sin dato	60.387	76,2
	Total	79.199	100,0
Radiografía de manos	Sin erosión	9.379	11,8
	Con erosión	3.527	4,5
	Sin dato	66.293	83,7
	Total	79.199	100,0



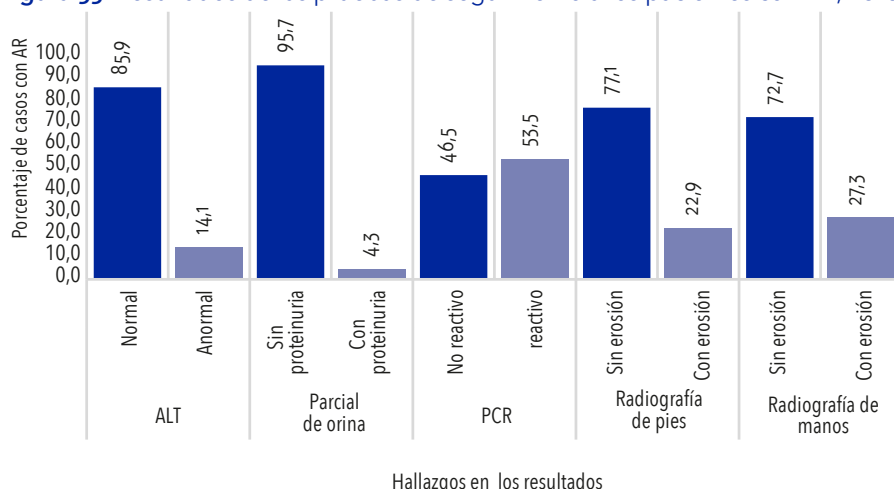
Tabla 14. Resultados de las principales pruebas de laboratorio realizados en la población con AR (continuación)

Pruebas	Resultado	Casos	%
Radiografía de pies	Sin erosión	8.158	10,3
	Con erosión	2.425	3,1
	Sin dato	68.616	86,6
Total		79.199	100,0

Siglas: ALT: alanina aminotransferasa; PCR: proteína C reactiva

En la figura 33 se muestra el porcentaje en las respuestas para cada prueba en los casos que se reportó el dato, evidenciando mayor alteración de la PCR seguida de la erosión de manos.

Figura 33. Resultados de las pruebas de seguimiento a los pacientes con AR, 2018



Siglas: ALT: alanina aminotransferasa; PCR: proteína C reactiva

En cuanto a los laboratorios con resultado cuantitativo, se evidenció la media de la creatinina en 1,01 mg/dl, la tasa de filtración glomerular (TFG) en 84,3 ml/min, la hemoglobina en 13,5 g/dl, la VSG en 23,8 mm/h y los leucocitos de 6.490,2 mm³. En la tabla 15 se muestran los estadísticos descriptivos para cada laboratorio.



Tabla 15. Resultados de las principales pruebas de laboratorio realizados en la población con AR

Laboratorio	Valores de referencia		Estadísticos descriptivos				
	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Desviación estándar	Percentil 25	Percentil 75
Creatinina (g/dl)	0	20	1,01	0,77	1,31	0,67	0,90
TFG (ml/min)	0	250	84,3	83	29,2	66,3	100,7
Hemoglobina (g/dl)	3	30	13,5	13,6	1,8	12,5	14,6
VSG (mm/h)	0	100	23,8	20,0	18,9	9,0	33,0
Leucocitos (mil/mm ³)	0	2.000	6.490,2	6.552,0	2.824,7	5.070,0	8.100,0

Siglas: g: gramo; dl: decilitro; h: hora; mm³: milímetro cúbico

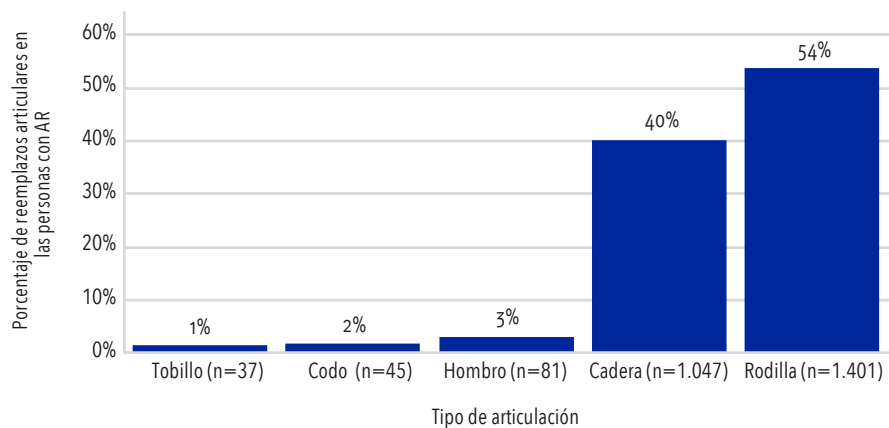
4.5 Reemplazo articular

De los 79.199 pacientes con AR, se dispuso de información válida en 76.480 casos relacionados con el reemplazo articular, encontrando que 2.224 personas requirieron al menos un reemplazo articular después del diagnóstico de la AR (2,81 %). Según el número de reemplazos articulares, el 83,77% (n=1.863) tuvieron reemplazo de un tipo de articulación, el 15,15% de 2 tipos de articulaciones (n=337) y el 0,99% (n=22) de 3 tipos de articulaciones y 2 casos presentaron reemplazo en 4 articulaciones (n=2).

Entre los tipos de articulaciones que son reemplazadas están, en mayor porcentaje, las rodillas seguido de la cadera. En la figura 34 se muestra la distribución porcentual de estos reemplazos por tipo de articulación.



Figura 34. Distribución porcentual de reemplazos articulares según el tipo de articulación





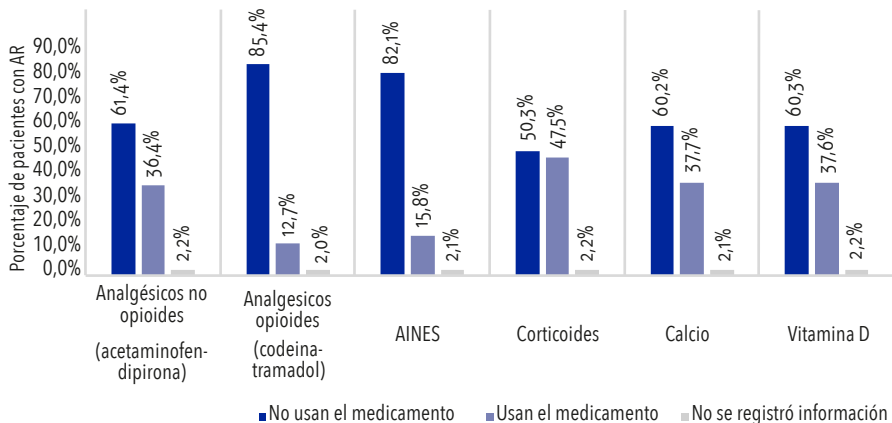
5. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El manejo de farmacológico de la artritis reumatoide incluye el uso de medicamentos como los analgésicos, antiinflamatorios, glucocorticoides, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARMEs) y otros; a continuación se describen los grupos farmacológicos reportados.

5.1 Tratamiento farmacológico no FARMEs

En la figura 35 se muestran los tipos de medicamentos no FARMEs con mayor uso de analgésicos como los opioides y AINES.

Figura 35. Porcentaje de uso de medicamentos no FARMEs en la población con AR, 2018

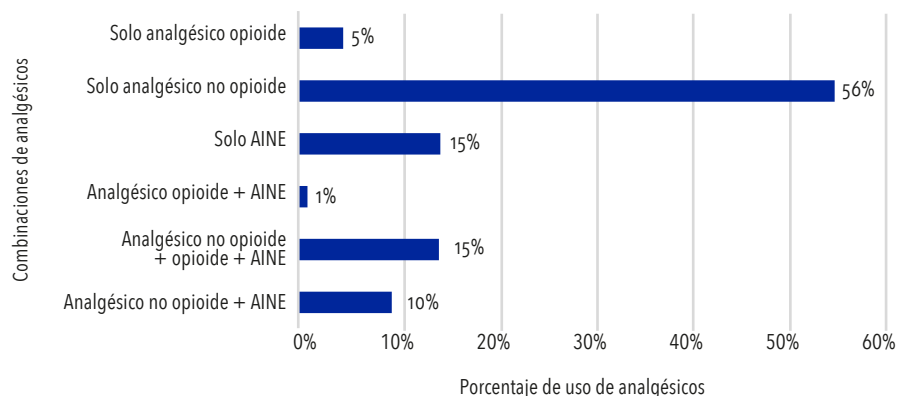


Sigla: AINES: Anti-inflamatorios no esteroideos; FARMEs: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARMEs)



En cuanto al uso de analgésicos, el 40% de los casos tenían algún tipo de analgésico (n=31.436); al observar las posibles combinaciones de este tipo de medicamentos se evidenció mayor uso de analgésicos no opioide; sin embargo hay pacientes con más de un tipo de analgésico. En la figura 36 se muestra el porcentaje de uso de las diferentes combinaciones, siendo el uso combinado de analgésico opioide, no opioide y AINE en el 15%.

Figura 36. Porcentaje de uso de analgésicos en la población con AR, 2018

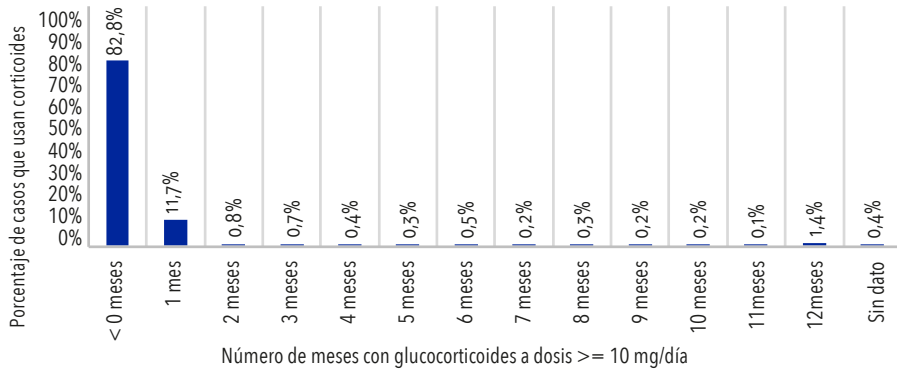


Sigla: AINE: Anti-inflamatorio no esteroide

En aquellos casos en los que se usaron corticoides (n=37.581), se revisó el tiempo de administración de las dosis de 10 mg/día o dosis mayores, evidenciando el mayor uso de estas dosis entre 0 y 1 mes (82,8%, n=31.120), cifra menor que el año anterior (84,5%). No obstante, 1.611 pacientes recibieron estas dosis por más de 3 meses. En la figura 37 se muestra la distribución del tiempo de uso de glucocorticoides a esas dosis.



Figura 37. Distribución del tiempo de uso de glucocorticoides a dosis de 10mg/día o dosis mayores en la población con AR



5.2 Uso de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad

Del total de casos prevalentes en el periodo ($n=79.199$), se obtuvo información relacionada con el uso o no uso de estos medicamentos en promedio, en 77.688 pacientes con AR, es decir en el 98,1% de los casos diagnósticos. En 57.278 personas con AR se encontró el uso de algún tipo de fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) en el periodo, es decir en el 68,9% de los pacientes con AR. En la tabla 16 se muestra el porcentaje de uso de los fármacos antirreumáticos modificador de la enfermedad (FARMEs) por el régimen de afiliación, encontrando mayor uso en el régimen subsidiado si se compara entre el contributivo y subsidiado.

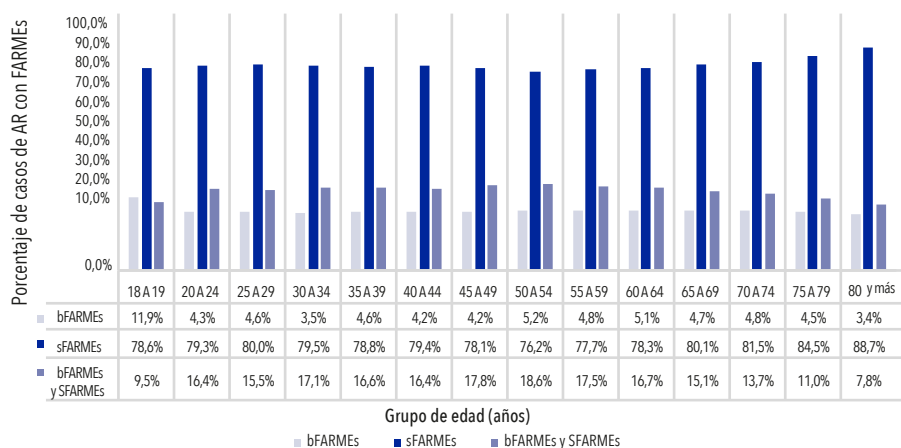
Tabla 16. Porcentaje de uso de FARMEs por régimen de afiliación

Régimen de afiliación	Personas con AR que usan FARMEs	Personas con AR	Porcentaje de uso de FARMEs
Contributivo	41.548	57.830	71,8
Especial	396	535	74,0
No afiliado	29	50	58,0
Excepción	3.578	4.573	78,2
Subsidiado	11.727	16.211	72,3
Total	57.278	79.199	72,3

Siglas: FARMEs: fármacos modificadores de la enfermedad

Al analizar los datos por el uso de los FARMES se encontró que 2.675 casos usaron solo fármacos modificadores de la enfermedad biológicos (bFARMES), 45.464 usaron fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos (sFARMES) y 9.139 usaron tanto bFARMES como sFARMES. En la figura 38 se muestra por grupo de edad el uso de estos grupos, encontrando el mayor uso de los bFARMES en el grupo de 18 a 19 años, de sFARMES en el de mayores de 80 años y ambos tipos de medicamentos en el grupo de 50 a 54 años.

Figura 38. Porcentaje de casos de AR con FARMES por grupo de edad según el tipo de FARMES, 2018



Siglas: bFARMES: fármacos modificadores de la enfermedad biológicos; sFARMES: fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos

En la tabla 17 se muestra el porcentaje de uso de estos medicamentos por el régimen de afiliación, encontrando mayor uso de los esquemas combinados en el régimen especial.

Tabla 17. Uso de tipos de FARMES por régimen de afiliación. 2018

Régimen de afiliación	bFARMES		sFARMES		bFARMES + sFARMES		Casos con uso de FARMES	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Contributivo	2.168	5,20	32.513	78,30	6.867	16,50	41.548	100,00
Especial	70	17,70	240	60,60	86	21,70	396	100,00
No afiliado	2	6,90	26	89,70	1	3,40	29	100,00
Excepción	165	4,60	2.798	78,20	615	17,20	3.578	100,00



Tabla 17. Uso de tipos de FARMES por régimen de afiliación. 2018 (continuación)

Régimen de afiliación	bFARMES		sFARMES		bFARMES + sFARMES		Casos con uso de FARMES	
Subsidiado	270	2,30	9.887	84,30	1.570	13,40	11.727	100,00
Total	2.675	4,70	45.464	79,40	9.139	16,00	57.278	100,00

Siglas: bFARMES: fármacos modificadores de la enfermedad biológicos; FARMES: fármacos modificadores de la enfermedad; sFARMES: fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos

En la tabla 18 se muestra por entidad, los tipos de FARMES usados.

Tabla 18. Uso de tipos de FARMES según la entidad de afiliación, 2018

Entidad	bFARMES		sFARMES		bFARMES + sFARMES		casos con FARMES
	n	%	n	%	n	%	
5000	0	0,0	8	88,9	1	11,1	9
11001	0	0,0	8	100,0	0	0,0	8
18000	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
23000	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2
25000	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2
50000	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
52000	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
63000	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
66000	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
68000	0	0,0	3	100,0	0	0,0	3
73000	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
76000	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
85000	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2
CCFo07	2	3,5	44	77,2	11	19,3	57
CCFo15	1	0,4	212	85,1	36	14,5	249
CCFo23	0	0,0	6	42,9	8	57,1	14
CCFo24	7	1,6	392	89,5	39	8,9	438
CCFo27	2	0,8	240	94,1	13	5,1	255
CCFo33	0	0,0	39	62,9	23	37,1	62
CCFo50	2	3,1	39	60,0	24	36,9	65
CCFo53	3	2,2	125	90,6	10	7,2	138
CCFo55	6	2,9	154	73,3	50	23,8	210



Tabla 18. Uso de tipos de FARMES según la entidad de afiliación, 2018 (continuación)

Entidad	bFARMES		sFARMES		bFARMES + sFARMES		casos con FARMES
	n	%	n	%	n	%	
CCF102	0	0,0	1	33,3	2	66,7	3
EASo16	3	5,5	40	72,7	12	21,8	55
EASo27	8	3,3	221	89,8	17	6,9	246
EMPo15	0	0,0	0	0,0	3	100,0	3
EMPo23	48	35,8	46	34,3	40	29,9	134
EMPo29	6	16,7	26	72,2	4	11,1	36
EPSoo1	83	13,4	391	63,1	146	23,5	620
EPSoo2	230	5,8	3.363	84,5	386	9,7	3.979
EPSoo5	348	10,7	2.266	69,9	630	19,4	3.244
EPSoo8	137	4,4	2.324	74,9	642	20,7	3.103
EPSo10	176	3,4	4.210	80,5	847	16,2	5.233
EPSo12	12	1,8	583	86,8	77	11,5	672
EPSo16	237	4,5	4.131	78,4	899	17,1	5.267
EPSo17	187	4,5	3.293	79,0	690	16,5	4.170
EPSo18	97	5,0	1.639	84,4	207	10,7	1.943
EPSo22	16	4,4	306	84,1	42	11,5	364
EPSo23	30	2,9	770	75,2	224	21,9	1.024
EPSo25	0	0,0	55	85,9	9	14,1	64
EPSo33	3	6,7	18	40,0	24	53,3	45
EPSo37	290	3,3	7.331	82,5	1.266	14,2	8.887
EPSo44	327	10,7	1.933	63,2	800	26,1	3.060
EPSo45	35	8,3	298	71,0	87	20,7	420
EPSIo1	1	4,0	14	56,0	10	40,0	25
EPSIo3	2	1,2	152	91,6	12	7,2	166
EPSIo4	1	5,6	11	61,1	6	33,3	18
EPSIo5	1	0,5	157	86,3	24	13,2	182
EPSIo6	0	0,0	25	92,6	2	7,4	27
EPSS33	9	3,0	210	69,3	84	27,7	303
EPSS34	8	1,1	695	91,6	56	7,4	759
EPSS40	10	0,6	1.634	91,4	144	8,1	1.788
EPSS41	3	4,2	63	87,5	6	8,3	72
ESSoo2	0	0,0	40	87,0	6	13,0	46



Tabla 18. Uso de tipos de FARMES según la entidad de afiliación, 2018 (continuación)

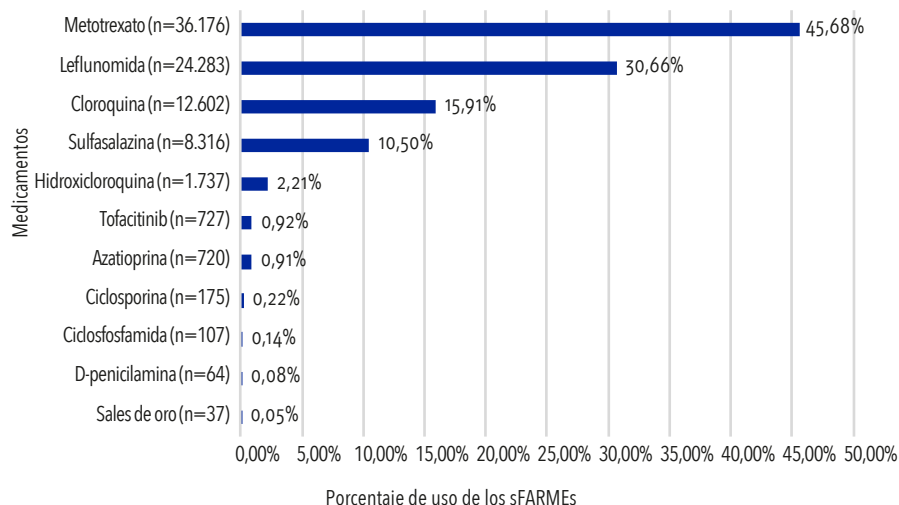
Entidad	bFARMES		sFARMES		bFARMES + sFARMES		casos con FARMES
	n	%	n	%	n	%	
ESSo24	22	2,2	869	85,3	128	12,6	1.019
ESSo62	6	0,5	1.111	85,7	179	13,8	1.296
ESSo76	3	3,9	58	75,3	16	20,8	77
ESSo91	6	6,3	75	78,9	14	14,7	95
ESS118	32	1,7	1.685	92,1	113	6,2	1.830
ESS133	25	6,6	227	59,7	128	33,7	380
ESS207	67	5,1	950	72,8	288	22,1	1.305
RESoo1	32	3,6	710	79,6	150	16,8	892
RESoo2	27	11,4	159	67,1	51	21,5	237
RESoo3	26	7,3	202	57,1	126	35,6	354
RESoo4	80	3,8	1.727	82,4	288	13,7	2.095
RESoo6	0	0,0	3	75,0	1	25,0	4
RESoo7	6	13,6	31	70,5	7	15,9	44
RESoo8	4	3,5	95	84,1	14	12,4	113
RESoo9	1	11,1	4	44,4	4	44,4	9
RESo11	4	12,9	19	61,3	8	25,8	31
RESo12	0	0,0	6	100,0	0	0,0	6
RESo14	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2
REUEo4	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4
REUEo5	0	0,0	5	62,5	3	37,5	8
REUEo9	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2
Total	2.675	4,7	45.464	79,4	9.139	16,0	57.278

Siglas: bFARMES: fármacos antiinflamatorios modificadores de la enfermedad biológicos; FARMES: fármacos antiinflamatorios modificadores de la enfermedad; sFARMES: fármacos antiinflamatorios modificadores de la enfermedad sintéticos

5.2.1 Uso de fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos

En el grupo de pacientes que usaron un sFARMES (n= 54.714), 54.402 de las personas con AR, tenían fármacos antiinflamatorios modificadores de enfermedad sintéticos convencionales y 727 casos tenían un FARMES contra dianas específicas (tofacitinib). En la figura 39 se describe el porcentaje de uso para cada uno de estos medicamentos en los pacientes con AR reportados a la CAC.

Figura 39. Uso de los sFARMEs en los casos prevalentes de AR, 2018



Siglas: sFARMEs: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos

El análisis por régimen de afiliación muestra la frecuencia de uso de los sintéticos separado entre los FARMEs convencionales y de diana específica, observando mayor uso de los de diana específica en los no afiliados (tabla 19).

Tabla 19. Distribución de los tipos de FARMEs según el régimen de afiliación

Régimen de afiliación	sFARMEs				Total de casos con sFARMEs
	Convencionales		Diana específica		
	n	%	n	%	
Contributivo	39.217	99,6	545	1,4	39.380
Especial	321	98,5	9	2,8	326
No afiliado	25	92,6	2	7,4	27
Excepción	3.396	99,5	37	1,1	3.413
Subsidiado	11.443	99,9	134	1,2	11.457
Total	54.402	99,6	727	1,3	54.603

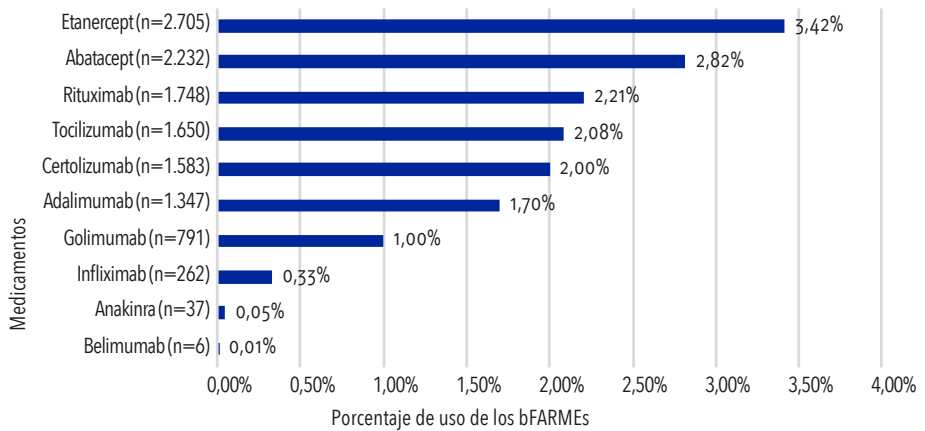
Siglas: sFARMEs: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos



5.2.2 Uso de fármacos modificadores de la enfermedad biológicos

En cuanto al uso de los bFARMEs, estos fueron usados en 11.814 casos prevalentes de AR, es decir el 14,9 % de la población con AR reportada a la CAC. En los pacientes que usaron biológicos, el mayor porcentaje de uso fueron el etanercept y abatacept (figura 40).

Figura 40. Uso de los bFARMEs en los casos prevalentes de AR, 2018



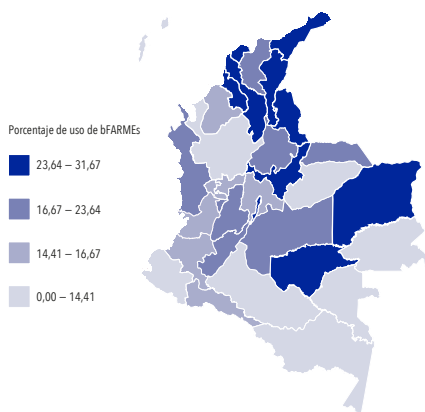
Siglas: bFARMEs: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos

Según la entidad territorial, Norte de Santander fue la de mayor uso de bFARMEs (tabla 20). En el mapa 4 se muestra el porcentaje de uso de los bFARMEs.

Tabla 20. Número de casos con AR que usan FARMes según entidad territorial

Mapa 4. Uso de los bFARMes en los casos de AR en Colombia, 2018

Entidad territorial	bFARMes	
	n	%
Amazonas	0	0
Antioquia	1.661	12,82
Arauca	8	19,51
Atlántico	578	23,64
Bogotá	3.833	18,55
Bolívar	413	25,96
Boyacá	368	28,09
Caldas	326	15,8
Caquetá	31	12,4
Casanare	17	12,78
Cauca	156	16,35
Cesar	187	30,51
Chocó	10	16,67
Córdoba	254	16,25
Cundinamarca	391	16,14
Guainía	0	0
Guaviare	3	27,27
Huila	179	17,16
La Guajira	42	25,77
Magdalena	147	23,41
Meta	78	20,69
Nariño	298	11,98
Norte de Santander	349	31,67
Putumayo	16	14,41
Quindío	129	14,73
Risaralda	348	16,19
San Andrés	0	0
Santander	457	22,78
Sucre	218	26,42
Tolima	172	20,28
Valle del Cauca	1.144	15,4
Vaupés	0	0
Vichada	1	25
Total	11.814	17,6



Siglas: bFARMes: fármacos antirreumáticos - modificadores de la enfermedad biológicos



5.3 Uso de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad en los casos incidentes

Del total de casos incidentes en el periodo (n = 4.738); 3.917 iniciaron FARMES, es decir el 82,6%. De estos pacientes, el 0,6% usaron un bFARMES, el 79,8% usaron un sFARMES y el 2,3% usaron una combinación de estos dos tipos de medicamentos.

En la tabla 21 se muestra el porcentaje de uso de los FARMES.

Tabla 21. Uso de los tipos de FARMES según el régimen de afiliación en casos incidentes de AR

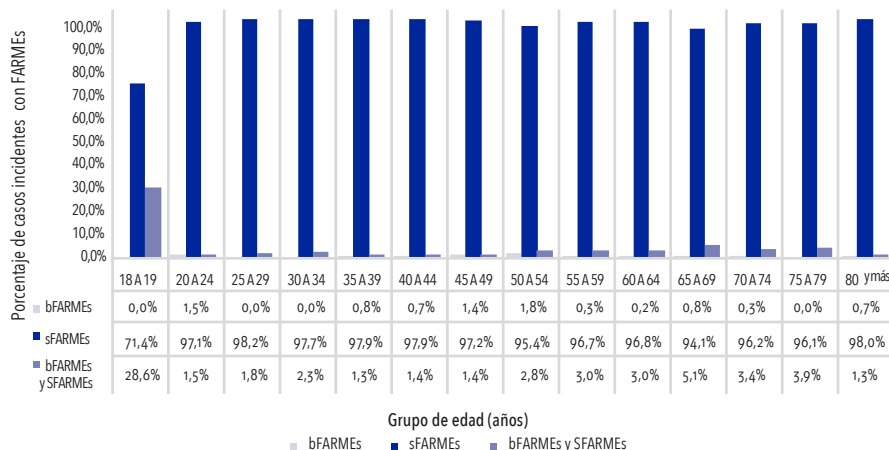
Régimen de afiliación	bFARMES		sFARMES		bFARMES + sFARMES		Sin FARMES		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Contributivo	23	0,8	2.277	76,6	58	2	616	20,7	2.974
Especial	0	0	11	73,3	1	6,7	3	20	15
No afiliado	0	0	2	50	0	0	2	50	4
Excepción	2	1,5	113	84,3	3	2,2	16	11,9	134
Subsidiado	4	0,2	1.376	85,4	47	2,9	184	11,4	1.611
Total	29	0,6	3.779	79,8	109	2,3	821	17,3	4.738

Siglas: bFARMES: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos; FARMES: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; sFARMES: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos

En la figura 41 se muestra por grupos de edad el porcentaje de uso de los tipos de FARMES.



Figura 41. Uso de los FARMES en los casos incidentes de AR según los grupos de edad, 2018

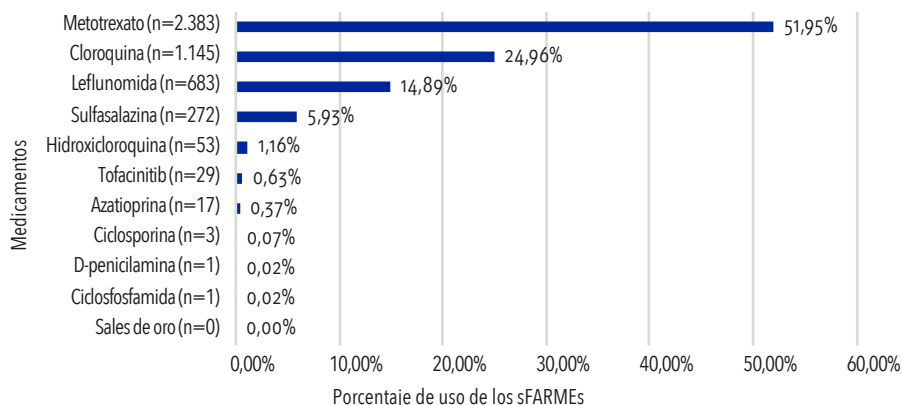


Siglas: bFARMES: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos; sFARMES: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos

5.3.1 Uso de fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos en incidentes

Entre los casos con FARMES, los sFARMES más usados en los casos incidentes fueron el metotrexato y la cloroquina (figura 42).

Figura 42. Uso de sFARMES en los casos incidentes de AR, 2018



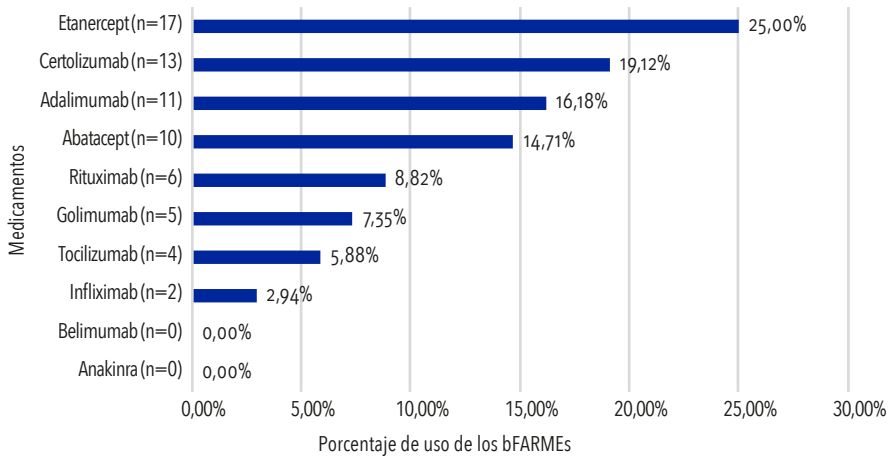
Siglas: sFARMES: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos



5.3.2 Uso de fármacos modificadores de la enfermedad biológicos en incidentes

Entre los casos con FARMES, los bFARMES más usados en incidentes fueron el etanercept y el certolizumab (figura 43).

Figura 43. Uso de bFARMES en los casos incidentes de AR, 2018

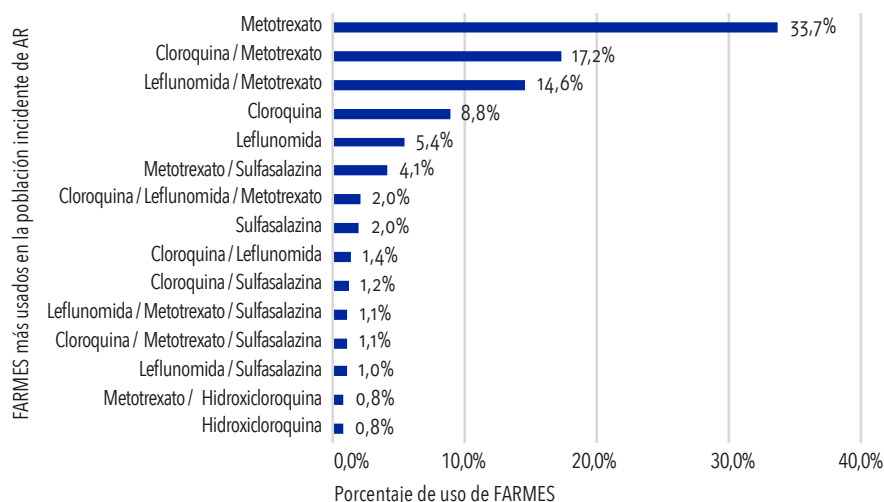


Siglas: bFARMES: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos

5.3.3 Combinación de FARMES en los casos incidentes de AR

Según la última formulación de los FARMES en los casos incidentes se evidenció el uso principalmente de 15 esquemas de tratamiento que corresponden al 95% de los esquemas formulados en los casos nuevos, siendo el uso del metotrexato y la terapia combinada de metotrexato y cloroquina los más usados (figura 44).

Figura 44. Uso de combinaciones de FARMES en casos incidentes de AR



Siglas: FARMES: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad

5.4 Costos del tratamiento de los fármacos modificadores de la enfermedad en los casos de AR

Se realizó una aproximación a los costos del tratamiento de los FARMES en los casos con AR, se tomó del total de casos con AR ($n=79.199$), aquellos que fueron auditados ($n=36.583$), de estos, 5.460 reportaron costos anuales de los FARMES incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), 263 casos con FARMES que no están en el PBS y 9.357 con reporte de los costos anuales de la atención en la AR. Solo se tomaron los casos auditados con esta información dado que era un dato confiable que pudo ser verificado con los soportes reportados y con valores válidos.

En la tabla 22 se muestra el costo para cada una de estas mediciones, al hacer la relación entre el costo total reportado y el número de pacientes que aportaron información, se evidenció que el costo anual de los FARMES del PBS por persona fue alrededor de los 2,5 millones de pesos colombianos (COP), el costo anual de FARMES fuera del PBS fue de 5,7 millones (COP) y el costo anual de la atención alrededor de los 2,5 millones (COP).

**Tabla 22.** Costo anual reportado a la CAC de los pacientes con AR, 2018

Costos	Número de casos auditados con información reportada de costos	Costo total	Costo mínimo	Costo promedio	Costo máximo	Costo por persona
Costo anual de FARME PBS	5.460	14.002.933.180	1.001	2.564.640	50.597.894	2.564.640
Costo anual de FARME no PBS	263	1.515.222.452	10.800	5.783.292	30.868.760	5.783.292
Costo anual de la atención	9.357	24.192.494.920	1.001	2.585.497	88.820.400	2.585.497

Ahora bien, según el estado de la enfermedad (medido con DAS28 en los últimos 6 meses), se obtuvo información de 6.427 pacientes auditados que tenían reporte de DAS28 y con dato válido reportado sobre el costo anual del manejo de esta enfermedad, evidenciando un costo por persona año de \$2.843.841COP, siendo mayor el costo en alta actividad y menor el de remisión. En la tabla 23 se describen los hallazgos.

Tabla 23. Costo anual reportado a la CAC de los pacientes con AR según el estado actual de la enfermedad medido con DAS28, 2018

Estado actual de la enfermedad	Número de casos con DAS28	Costo total del manejo	Costo por persona
Alta actividad	432	1.500.307.214	3.472.933
Baja actividad	1.120	3.061.605.218	2.733.576
Moderada actividad	1.534	5.096.069.707	3.322.079
Remisión	3.341	8.619.387.031	2.579.882
Total	6.427	18.277.369.170	2.843.841

Siglas: COP: pesos colombianos



En cuanto al costo anual de las incapacidades laborales relacionadas con la AR, 13 entidades auditadas reportaron 1.563 pacientes con incapacidades asumidas por el prestador, para un costo total de \$ 1.750.804.128 COP, con un valor mínimo de \$24.590 COP, un valor máximo de \$27.198.693 COP y un valor promedio estimado por persona de \$1.120.156 COP.

Al analizar los datos, por grupo de edad, se observó que el grupo de 50 a 54 años fue el que más costos tuvo por incapacidades (19,31%). En la tabla 24 se muestran los costos de la incapacidad de acuerdo con cada grupo de edad. El menor costo fue en el grupo de 20 a 24 años.

Tabla 24. Costo anual por incapacidades relacionadas con la AR, 2018

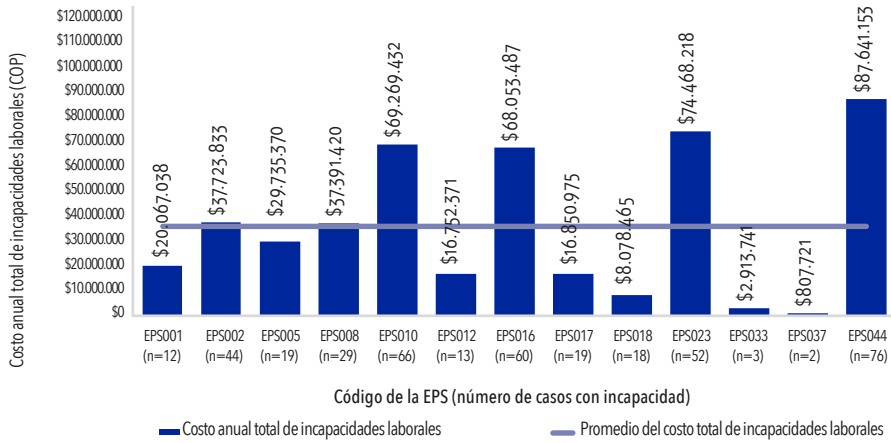
Grupo de edad	Número de casos con incapacidad por AR	Costo total de incapacidad (COP)	Costo persona año (COP)
De 18 a 19 años	1	1.171.845	1.171.845
De 20 a 24 años	16	8.567.534	535.471
De 25 a 29 años	60	40.487.063	674.784
De 30 a 34 años	102	81.250.489	796.573
De 35 a 39 años	180	151.605.707	842.254
De 40 a 44 años	176	166.743.055	947.404
De 45 a 49 años	272	290.950.160	1.069.670
De 50 a 54 años	301	393.383.940	1.306.923
De 55 a 59 años	281	356.560.390	1.268.898
De 60 a 64 años	114	176.964.265	1.552.318
De 65 a 69 años	40	47.036.683	1.175.917
De 70 a 74 años	11	25.983.590	2.362.145
De 75 a 79 años	8	9.308.281	1.163.535
80 años y más	1	791.126	791.126
Total	1.563	1.750.804.128	1.120.156

Siglas: COP: pesos colombianos

Ahora bien, de las 13 EPS, la de mayor costo reportado y auditado por incapacidades fue la EPS024 que reportó un costo total de \$87.641.153 COP en 76 pacientes incapacitados por AR. El menor costo fue de la EPS037 por un costo total de \$807.721 COP y el mayor en la EPS023 por \$74.468.218 COP (figura 45). El costo promedio de incapacidad laboral por persona este fue de \$1.137.417 COP. En la figura 46 se muestra el costo anual de incapacidades laborales por EPS.

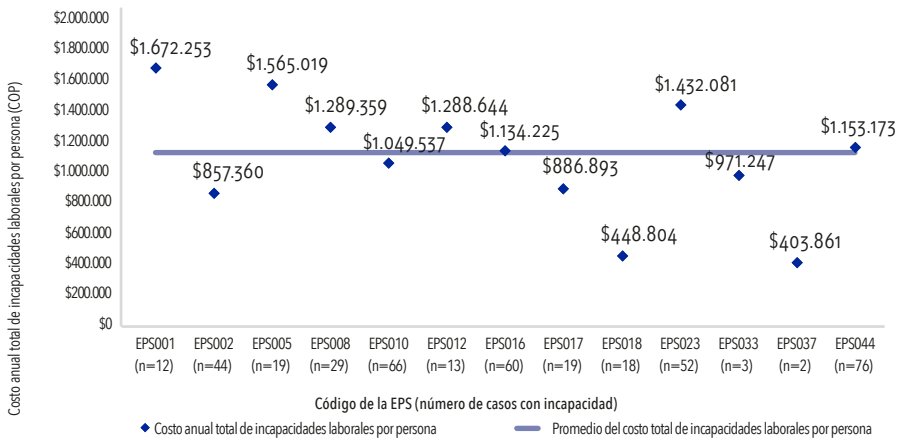


Figura 45. Costo anual total de las incapacidades laborales por EPS, 2018



Siglas: COP: pesos colombianos

Figura 46. Costo anual de las incapacidades laborales por persona según la EPS, 2018



Siglas: COP: pesos colombianos



6. INDICADORES DE GESTIÓN DEL RIESGO

Luego de dos años de seguimiento a los indicadores de gestión de riesgo en las entidades encargadas del seguimiento y control de las personas con artritis reumatoide, se evidencia la necesidad de seguir fortaleciendo la atención de los pacientes, pues solo dos de los catorce indicadores, formulados en el consenso nacional liderado por la CAC, han alcanzado la meta propuesta para el país.

En la tabla 25 se muestra el dominio y nombre de cada indicador según los puntos de corte, así como el resultado de la medición en estos tres años de seguimiento de la CAC. Llama la atención que los indicadores relacionados con el tiempo de oportunidad en la atención para el último año, que evidencian el acceso a los servicios de salud, han permanecido en un parámetro bajo de cumplimiento, lo que señala un aspecto clave a mejorar por parte de las entidades.

En contraste, los indicadores relacionados con las pruebas al momento del diagnóstico mejoraron significativamente en el último reporte, logrando ubicarse en el nivel de cumplimiento alto en dos indicadores. La proporción de pacientes en quienes se evaluó el daño estructural por AR al diagnóstico también mejoró en el último año, pero aún se encuentra por debajo de la meta.



Tabla 25. Medición de los indicadores de la gestión del riesgo para AR (2016-2018)

Dominio	N°	Indicador	Punto de corte			Línea de base*	2017	2018
			Estandar	Medio	Bajo			
Oportunidad	1	Oportunidad de atención por especialista en semanas (tiempo desde el inicio de síntomas hasta la primera atención por especialista)	< 12 semanas	≥ 12 a < 16 semanas	≥ 16 semanas	22,1**	22,1	26,3
	2	Oportunidad de diagnóstico en semanas (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la fecha del diagnóstico)	< 16 semanas	≥ 16 a < 20 semanas	≥ 20 semanas	25,5	22,1	25,8
	3	Oportunidad de tratamiento en semanas (tiempo entre el inicio de síntomas hasta el primer tratamiento con DMARD)	< 20 semanas	≥ 20 a < 24 semanas	≥ 24 semanas	24,7	24,0	26,5
Diagnóstico	4	Proporción de pacientes en quienes se realizó anticuerpos anti-citrulina y el factor reumatoide IgM dentro del proceso diagnóstico	> 40 %	> 30 a ≤ 40 %	≤ 30 %	20,4	18,7	49,6
	5	Proporción de pacientes en quienes se realiza PCR y VSG al momento del diagnóstico	> 40 %	> 30 a ≤ 40 %	≤ 30 %	36,1	93,3	93,4
	6	Proporción de pacientes en quienes se evaluó daño estructural por AR al diagnóstico	> 30 %	> 20 a ≤ 30 %	≤ 20 %	5,5	7,1	13,4



6. INDICADORES DE GESTIÓN DEL RIESGO

Tabla 25. Medición de los indicadores de la gestión del riesgo para AR (2016-2018) (continuación)

Dominio	Nº	Indicador	Punto de corte			Línea de base*	2017	2018
			Estandar	Medio	Bajo			
Evaluación pretratamiento	7	Proporción de pacientes en quienes se realizó tamizaje para tuberculosis previo al inicio de DMARD biológicos o sintéticos con objetivo terapéutico	● > 90 %	● > 80 a ≤ 90 %	● ≤ 80 %	● 9,4	● 15,3	● 15,4
Tratamiento	8	Proporción de pacientes en quienes se inicia DMARD como tratamiento para AR (cobertura de DMARD)	● > 70 %	● > 60 a ≤ 70 %	● ≤ 60 %	● 29,9	● 40,9	● 32,4
	9	Proporción de pacientes que reciben simultáneamente Metotrexato y ácido fólico	● > 90 %	● > 80 a ≤ 90 %	● ≤ 80 %	● 43,9**	● 43,9	● 42,5
Rehabilitación	10	Proporción de pacientes que asisten a terapia ocupacional o terapia física	● > 70 %	● > 60 a ≤ 70 %	● ≤ 60 %	● 4,4**	● 4,4	● 3,6
Seguimiento	11	Proporción de pacientes en quienes se realiza DAS28 al menos una vez en los últimos 6 meses	● > 60 %	● > 50 a ≤ 60 %	● ≤ 50 %	● 31,8	● 45,8	● 43,9
	12	Proporción de pacientes en quienes se realiza HAQ al menos una vez en los últimos 6 meses	● > 60 %	● > 50 a ≤ 60 %	● ≤ 50 %	● 12,9	● 23,7	● 23,8



Tabla 25. Medición de los indicadores de la gestión del riesgo para AR (2016-2018) (continuación)

Dominio	N°	Indicador	Punto de corte			Línea de base*	2017	2018
			Estandar	Medio	Bajo			
Resultado	13	Proporción de pacientes en tratamiento para AR que lograron remisión de la enfermedad (medida por DAS28 de los últimos 6 meses)	● > 20 %	● > 10 a ≤ 20 %	● ≤ 10 %	● 12,5	● 9,3	● 8,6
	14	Proporción de pacientes en tratamiento para AR que lograron baja actividad (medida por DAS28 de los últimos 6 meses)	● > 40 %	● > 30 a ≤ 40 %	● ≤ 30 %	● 2,56	● 2,2	● 2,2

* La línea de base fue calculada a corte del 30 de junio de 2016 durante el desarrollo del documento "Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con artritis reumatoide en Colombia". El documento puede ser consultado en https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Indicadores_de_gestion_de_riesgo_artritis_reumatoide.pdf

**Estos indicadores no fueron medidos a corte del 30 de junio de 2016 por no disponer de la información, por lo que se definió como línea de base los resultados del 2017, según se aclaró en el desarrollo del documento "Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con artritis reumatoide en Colombia".

Siglas: FARMES: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad

Ahora bien, de las 76 entidades que reportaron información se verificó para cada indicador el porcentaje de cumplimiento de la meta. En la tabla 26 se describen las entidades que reportaron el indicador, cuantas cumplieron la meta y el porcentaje.

Tabla 26. Cumplimiento de las entidades de los indicadores de AR, 2018

Indicador	Entidades que alcanzaron el rango alto	Entidades que reportaron indicadores	Porcentaje de cumplimiento de las entidades
Oportunidad de atención por especialista en semanas (tiempo desde el inicio de síntomas hasta la primera atención por especialista)	1	38	2,63%
Oportunidad de diagnóstico en semanas (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la fecha del diagnóstico)	4	39	10,26%



6. INDICADORES DE GESTIÓN DEL RIESGO

Tabla 26. Cumplimiento de las entidades de los indicadores de AR, 2018 (continuación)

Indicador	Entidades que alcanzaron el rango alto	Entidades que reportaron indicadores	Porcentaje de cumplimiento de las entidades
Oportunidad de tratamiento en semanas (tiempo entre el inicio de síntomas hasta el primer tratamiento con DMARD)	5	38	13,16%
Proporción de pacientes en quienes se realizó anticuerpos anti-citrulina y el factor reumatoide IgM dentro del proceso diagnóstico	25	54	46,30%
Proporción de pacientes en quienes se realiza PCR y VSG al momento del diagnóstico	54	54	100,00%
Proporción de pacientes en quienes se evaluó daño estructural por AR al diagnóstico	8	54	14,81%
Proporción de pacientes en quienes se realizó tamizaje para tuberculosis previo al inicio de DMARD biológicos o sintéticos con objetivo terapéutico	1	56	1,79%
Proporción de pacientes en quienes se inicia DMARD como tratamiento para AR (cobertura de DMARD)	20	76	26,32%
Proporción de pacientes que reciben simultáneamente Metotrexato y ácido fólico	0	62	0,00%
Proporción de pacientes que asisten a terapia ocupacional o terapia física	0	62	0,00%
Proporción de pacientes en quienes se realiza DAS28 al menos una vez en los últimos 6 meses	17	76	22,37%
Proporción de pacientes en quienes se realiza HAQ al menos una vez en los últimos 6 meses	10	76	13,16%
Proporción de pacientes en tratamiento para AR que lograron remisión de la enfermedad (medida por DAS28 de los últimos 6 meses)	3	62	4,84%
Proporción de pacientes en tratamiento para AR que lograron baja actividad (medida por DAS28 de los últimos 6 meses)	0	62	0,00%

Siglas: FARMES: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad



Si se analizan los indicadores de acuerdo con el régimen, se evidencia que el indicador relacionado con la remisión se encuentra en un rango medio en el contributivo mientras que en los demás regímenes, incluso en el indicador nacional, se encuentra en rango bajo. El régimen de excepción y el no asegurado tienen un mejor comportamiento de indicadores, sin embargo, el número de pacientes en estos regímenes es menor que los reportados por las otras entidades (tabla 27).

Tabla 27. Medición de los indicadores de la gestión del riesgo para la AR según el régimen de afiliación, 2018

Nombre Indicador	Parámetros de Semaforización			Contributivo	Subsidiado	Especial	Excepción	No Asegurado	Nacional
	Estandar	Medio	Bajo						
Oportunidad de atención por especialista en semanas (tiempo desde el inicio de síntomas hasta la primera atención por especialista)	<12 Semanas ●	>= 12 a <16 Semanas ●	>=16 Semanas ●	26,3 ●	27,1 ●	21,2 ●	22,7 ●	13,7 ●	26,3 ●
Oportunidad de diagnóstico en semanas (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la fecha del diagnóstico)	<16 Semanas ●	>= 16 a <20 Semanas ●	>=20 Semanas ●	25,7 ●	26,9 ●	21,2 ●	22,9 ●	13,7 ●	25,8 ●
Oportunidad de tratamiento en semanas (tiempo entre el inicio de síntomas hasta el primer tratamiento con DMARD)	<20 Semanas ●	>= 20 a <24 Semanas ●	>=24 Semanas ●	26,5 ●	27,3 ●	24,6 ●	22,4 ●	11,4 ●	26,5 ●



6. INDICADORES DE GESTIÓN DEL RIESGO

Tabla 27. Medición de los indicadores de la gestión del riesgo para la AR según el régimen de afiliación, 2018 (continuación)

Nombre Indicador	Parámetros de SemafORIZACIÓN			Contributivo	Subsidiado	Especial	Excepción	No Asegurado	Nacional
	Estandar	Medio	Bajo						
Proporción de pacientes en quienes se realizó anticuerpos anti-citrulina y el factor reumatoide IgM dentro del proceso diagnóstico	>40% ●	>30% a <=40% ●	<=30% ●	54,8 ●	40,8 ●	40 ●	41,8 ●	25 ●	49,6 ●
Proporción de pacientes en quienes se realiza PCR y VSG al momento del diagnóstico	>40% ●	>30% a <=40% ●	<=30% ●	92,6 ●	94,7 ●	100 ●	94,8 ●	100 ●	93,4 ●
Proporción de pacientes en quienes se evaluó daño estructural por AR al diagnóstico	>30% ●	>20% a <=30% ●	<=20% ●	13,4 ●	13,4 ●	6,7 ●	13,4 ●	0,0 ●	13,4 ●
Proporción de pacientes en quienes se realizó tamizaje para tuberculosis previo al inicio de DMARD biológicos o sintéticos con objetivo terapéutico	>90% ●	>80% a <=90% ●	<=80% ●	15,8 ●	13,4 ●	12,8 ●	15,3 ●	0,0 ●	15,4 ●
Proporción de pacientes en quienes se inicia DMARD como tratamiento para AR (cobertura de DMARD)	>70% ●	>60% a <=70% ●	<=60% ●	31,1 ●	38,2 ●	49,2 ●	26 ●	78,8 ●	32,4 ●



Tabla 27. Medición de los indicadores de la gestión del riesgo para la AR según el régimen de afiliación, 2018 (continuación)

Nombre Indicador	Parámetros de Semaforización			Contributivo	Subsidiado	Especial	Excepción	No Asegurado	Nacional
	Estandar	Medio	Bajo						
Proporción de pacientes que reciben simultáneamente Metotrexato y ácido fólico	>90% ●	>80% a <=90% ●	<=80% ●	44,3 ●	41,7 ●	29,1 ●	34,8 ●	***	42,5 ●
Proporción de pacientes que asisten a terapia ocupacional o terapia física	>70% ●	>60% a <=70% ●	<=60% ●	2,5 ●	5,3 ●	1,3 ●	5,7 ●	***	3,6 ●
Proporción de pacientes en quienes se realiza DAS28 al menos una vez en los últimos 6 meses	>60% ●	>50% a <=60% ●	<=50% ●	48,7 ●	33,9 ●	21,6 ●	23 ●	1,3 ●	43,9 ●
Proporción de pacientes en quienes se realiza HAQ al menos una vez en los últimos 6 meses	>60% ●	>50% a <=60% ●	<=50% ●	23,7 ●	28,7 ●	10,1 ●	9,5 ●	1,3 ●	23,8 ●
Proporción de pacientes en tratamiento para AR que lograron remisión de la enfermedad (medida por DAS28 de los últimos 6 meses)	>20% ●	>10% a <=20% ●	<=10% ●	11,0 ●	1,5 ●	0,0 ●	1,5 ●	0,0 ●	8,6 ●
Proporción de pacientes en tratamiento para AR que lograron baja actividad (medida por DAS28 de los últimos 6 meses)	>40% ●	>30% a <=40% ●	<=30% ●	2,7 ●	0,5 ●	0,0 ●	1,3 ●	0,0 ●	2,2 ●



6. INDICADORES DE GESTIÓN DEL RIESGO

De las entidades que reportaron información válida, el 100% de las EPS cumplieron el indicador 5 (toma de PCR y VSG). Los indicadores que no fueron cumplidos por ninguna de las entidades fueron: el uso de metotrexato y ácido fólico simultáneo, asistencia a terapia ocupacional o física y el no logro de la baja actividad de la AR medida por el DAS28. En las tablas 29 y 29 se muestran los indicadores por la entidad que reportó información válida.

Tabla 28. Medición de los indicadores de la gestión del riesgo para AR según la entidad de reporte, indicadores 1 a 7

Régimen	Entidad	Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3	Indicador 4	Indicador 5	Indicador 6	Indicador 7
		< 12 semanas	< 16 semanas	< 20 semanas	> 40 %	> 40 %	> 30 %	>90%
		≥ 12 a < 16 semanas	≥ 16 a < 20 semanas	≥ 20 a < 24 semanas	> 30 a ≤ 40 %	> 30 a ≤ 40 %	> 20 a ≤ 30 %	>80 a ≤ 90%
		≥ 16 semanas	≥ 20 semanas	≥ 24 semanas	≤ 30 %	≤ 30 %	≤ 20 %	≤ 80%
Contributivo	EAS016	***	***	***	66,7	100	0,0	***
Contributivo	EAS027	22,1	16,3	22,1	0,0	100	0,0	9,5
Contributivo	EPS001	20,7	19,3	20,0	93,5	100	35,5	5,6
Contributivo	EPS002	24,6	23,5	24,9	92,9	99,1	9,0	0,0
Contributivo	EPS005	20,1	22,0	24,3	85,7	98,2	28,6	20,9
Contributivo	EPS008	26,0	25,8	25,6	56,6	97,6	56,6	26,6
Contributivo	EPS010	23,9	22,9	25,1	54,6	99,5	3,7	14,3
Contributivo	EPS012	20,8	20,1	22,4	24,2	100	6,5	35,3
Contributivo	EPS016	25,7	25,7	25,5	74,0	96,0	6,8	2,9
Contributivo	EPS017	27,9	28,6	29,6	48,9	81,4	33,0	13,4
Contributivo	EPS018	30,3	29,9	29,7	40,9	94,5	7,3	68,8
Contributivo	EPS023	25,1	19,9	25,7	7,0	100	3,5	15,3
Contributivo	EPS033	***	***	***	100	100	0,0	0,0
Contributivo	EPS037	29,9	29,8	29,5	51,1	97,0	20,1	17,1
Contributivo	EPS044	36,2	25,9	32,0	47,0	87,9	1,8	11,9
Subsidiado	CCF007	41,7	41,7	41,7	33,3	100	0,0	20,0
Subsidiado	CCF015	24,2	26,0	24,2	20,0	100	0,0	20,0
Subsidiado	CCF023	***	***	***	***	***	***	0,0
Subsidiado	CCF024	28,3	29,0	28,8	9,8	100	1,6	6,5
Subsidiado	CCF027	23,0	24,0	25,7	11,1	100	14,8	***



Tabla 28. Medición de los indicadores de la gestión del riesgo para AR según la entidad de reporte, indicadores 1 a 7 (continuación)

Régimen	Entidad	Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3	Indicador 4	Indicador 5	Indicador 6	Indicador 7
		< 12 semanas	< 16 semanas	< 20 semanas	> 40 %	> 40 %	> 30 %	>90%
		≥ 12 a < 16 semanas	≥ 16 a < 20 semanas	≥ 20 a < 24 semanas	> 30 a ≤ 40 %	> 30 a ≤ 40 %	> 20 a ≤ 30 %	>80 a ≤ 90%
		≥ 16 semanas	≥ 20 semanas	≥ 24 semanas	≤ 30 %	≤ 30 %	≤ 20 %	≤ 80%
Subsidiado	CCF033	***	***	***	● 0,0	● 100	● 0,0	● 0,0
Subsidiado	CCF050	● 27,1	● 27,1	● 27,1	● 69,2	● 100	● 0,0	● 33,3
Subsidiado	CCF053	***	***	***	● 55,6	● 100	● 66,7	● 92,3
Subsidiado	CCF055	● 30,1	● 30,1	● 31,4	● 5,3	● 94,7	● 5,3	● 3,2
Subsidiado	CCF102	***	***	***	***	***	***	● 0,0
Subsidiado	EPS022	***	***	***	***	***	***	● 0,0
Subsidiado	EPS025	● 8,7	● 8,7	***	● 33,3	● 100	● 33,3	● 42,9
Subsidiado	EPS045	● 18,6	● 18,6	● 21,9	● 0,0	● 100	● 0,0	● 22,2
Subsidiado	EPSI01	***	***	***	***	***	***	● 0,0
Subsidiado	EPSI03	● 26,2	● 24,3	● 18,4	● 5,9	● 100	● 0,0	● 25,0
Subsidiado	EPSI04	***	***	***	***	***	***	● 0,0
Subsidiado	EPSI05	● 27,1	● 30,6	● 30,9	● 36,0	● 96,0	● 60,0	● 0,0
Subsidiado	EPSI06	***	***	***	● 66,7	● 100	● 0,0	***
Subsidiado	EPSS33	● 14,6	● 14,6	● 21,3	● 22,2	● 100	● 0,0	● 0,0
Subsidiado	EPSS34	***	***	● 21,9	● 68,0	● 82,8	● 1,9	● 40,0
Subsidiado	EPSS40	● 28,6	● 26,1	● 29,1	● 32,0	● 98,1	● 2,9	● 16,8
Subsidiado	EPSS41	● 35,5	● 35,5	● 36,1	● 54,8	● 100	● 12,9	● 0,0
Subsidiado	ESS002	***	***	***	● 0,0	● 100	● 0,0	● 0,0
Subsidiado	ESS024	● 29,1	● 29,0	● 30,5	● 49,3	● 100	● 9,0	● 12,5
Subsidiado	ESS062	● 26,6	● 26,6	● 26,7	● 2,6	● 98,7	● 9,0	● 1,2
Subsidiado	ESS076	***	***	***	● 0,0	● 100	● 0,0	● 0,0
Subsidiado	ESS091	***	***	***	● 0,0	● 100	● 0,0	● 20,0
Subsidiado	ESS118	● 26,6	● 26,2	● 25,9	● 51,9	● 99,0	● 24,4	● 12,8
Subsidiado	ESS133	***	● 30,7	***	● 37,5	● 100	● 0,0	● 0,0
Subsidiado	ESS207	● 26,0	● 25,6	● 25,9	● 37,6	● 97,7	● 51,1	● 14,6
Especial	EMPo15	***	***	***	***	***	***	***



6. INDICADORES DE GESTIÓN DEL RIESGO

Tabla 28. Medición de los indicadores de la gestión del riesgo para AR según la entidad de reporte, indicadores 1 a 7 (continuación)

Régimen	Entidad	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador
		1	2	3	4	5	6	7
		< 12 semanas	< 16 semanas	< 20 semanas	> 40 %	> 40 %	> 30 %	> 90%
		≥ 12 a < 16 semanas	≥ 16 a < 20 semanas	≥ 20 a < 24 semanas	> 30 a ≤ 40 %	> 30 a ≤ 40 %	> 20 a ≤ 30 %	> 80 a ≤ 90%
		≥ 16 semanas	≥ 20 semanas	≥ 24 semanas	≤ 30 %	≤ 30 %	≤ 20 %	≤ 80%
Especial	EMP023	● 25,0	● 25,0	● 28,4	● 100	● 100	● 0,0	● 14,3
Especial	EMP029	***	***	***	***	***	***	● 13,3
Especial	RES006	***	***	***	***	***	***	***
Especial	RES007	● 17,0	● 17,0	● 17,0	● 100	● 100	● 100	***
Especial	RES008	● 14,3	● 14,3	***	● 0,0	● 100	● 0,0	● 20,0
Especial	RES009	***	***	***	***	***	***	● 0,0
Especial	RES011	***	***	***	● 100	● 100	● 0,0	● 25,0
Especial	RES012	***	***	***	***	***	***	● 0,0
Especial	RES014	***	***	***	***	***	***	● 0,0
Especial	REUE04	***	***	***	● 0,0	● 100	● 0,0	***
Especial	REUE05	***	***	***	● 0,0	● 100	● 0,0	● 0,0
Especial	REUE09	***	***	***	***	***	***	***
Excepción	RES001	● 24,4	● 25,4	● 27,1	● 20,8	● 98,1	● 7,5	● 28,6
Excepción	RES002	● 25,0	● 33,0	● 25,0	● 62,5	● 62,5	● 0,0	● 16,0
Excepción	RES003	● 23,8	● 23,2	● 26,3	● 14,3	● 85,7	● 28,6	● 0,0
Excepción	RES004	● 21,1	● 20,0	● 17,9	● 59,1	● 97,0	● 18,2	● 9,5
No afiliado	5000	● 13,7	● 13,7	● 13,7	● 0,0	● 100	● 0,0	● 0,0
No afiliado	11001	***	***	***	● 100	● 100	● 0,0	***
No afiliado	13000	***	***	***	***	***	***	● 0,0
No afiliado	18000	***	***	***	***	***	***	***
No afiliado	23000	***	***	***	***	***	***	***
No afiliado	25000	***	***	***	***	***	***	***
No afiliado	50000	***	***	***	***	***	***	***
No afiliado	52000	***	***	***	***	***	***	***
No afiliado	63000	***	***	● 9,1	● 0,0	● 100	● 0,0	***
No afiliado	66000	***	***	***	***	***	***	***



Tabla 28. Medición de los indicadores de la gestión del riesgo para AR según la entidad de reporte, indicadores 1 a 7 (continuación)

Régimen	Entidad	Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3	Indicador 4	Indicador 5	Indicador 6	Indicador 7
		< 12 semanas	< 16 semanas	< 20 semanas	> 40 %	> 40 %	> 30 %	> 90 %
		≥ 12 a < 16 semanas	≥ 16 a < 20 semanas	≥ 20 a < 24 semanas	> 30 a ≤ 40 %	> 30 a ≤ 40 %	> 20 a ≤ 30 %	> 80 a ≤ 90 %
		≥ 16 semanas	≥ 20 semanas	≥ 24 semanas	≤ 30 %	≤ 30 %	≤ 20 %	≤ 80 %
No afiliado	68000	***	***	***	***	***	***	***
No afiliado	73000	***	***	***	***	***	***	***
No afiliado	76000	***	***	***	● 0,0	● 100	● 0,0	***
No afiliado	85000	***	***	***	***	***	***	***
Total	Total	● 26,3	● 25,8	● 26,5	● 49,6	● 93,4	● 13,4	● 15,4

Tabla 29. Medición de los indicadores de la gestión del riesgo para AR según la entidad de reporte, indicadores 8 a 14

Régimen	Entidad	Indicador 8	Indicador 9	Indicador 10	Indicador 11	Indicador 12	Indicador 13	Indicador 14
		> 70 %	> 90 %	> 70 %	> 60 %	> 60 %	> 20 %	> 40 %
		> 60 a ≤ 70 %	> 80 a ≤ 90 %	> 60 a ≤ 70 %	> 50 a ≤ 60 %	> 50 a ≤ 60 %	> 10 a ≤ 20 %	> 30 a ≤ 40 %
		≤ 60 %	≤ 80 %	≤ 60 %	≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 10 %	≤ 30 %
Contributivo	EAS016	● 65,6	● 40,0	● 0,0	● 52,5	● 4,9	● 0,0	● 0,0
Contributivo	EAS027	● 21,6	● 20,9	● 0,4	● 63,7	● 45,5	● 1,5	● 0,0
Contributivo	EPS001	● 46,4	● 38,2	● 1,3	● 45,3	● 4,9	● 1,2	● 0,5
Contributivo	EPS002	● 72,8	● 41,6	● 1,1	● 50,1	● 17,1	● 1,6	● 0,5
Contributivo	EPS005	● 69,6	● 32,3	● 1,0	● 59,6	● 46,7	● 0,9	● 0,2
Contributivo	EPS008	● 15,6	● 34,8	● 1,8	● 61,4	● 2,3	● 10,3	● 3,5
Contributivo	EPS010	● 28,9	● 65,0	● 5,6	● 66,6	● 45,9	● 29,8	● 7,1
Contributivo	EPS012	● 24,6	● 44,3	● 6,3	● 37,7	● 2,2	● 0,2	● 0,5
Contributivo	EPS016	● 19,9	● 53,4	● 0,9	● 54,8	● 43,6	● 0,5	● 0,3
Contributivo	EPS017	● 40,8	● 49,9	● 3,5	● 37,0	● 2,6	● 2,0	● 0,7
Contributivo	EPS018	● 31,6	● 46,2	● 1,1	● 30,8	● 32,2	● 2,0	● 0,5
Contributivo	EPS023	● 11,4	● 34,6	● 3,8	● 22,6	● 12,7	● 0,0	● 0,1
Contributivo	EPS033	● 91,2	● 28,6	● 0,0	● 22,1	● 5,9	● 0,0	● 0,0



6. INDICADORES DE GESTIÓN DEL RIESGO

Tabla 29. Medición de los indicadores de la gestión del riesgo para AR según la entidad de reporte, indicadores 8 a 14 (continuación)

Régimen	Entidad	Indicador 8	Indicador 9	Indicador 10	Indicador 11	Indicador 12	Indicador 13	Indicador 14
		> 70 %	> 90 %	> 70 %	> 60 %	> 60 %	> 20 %	> 40 %
		> 60 a ≤ 70 %	> 80 a ≤ 90 %	> 60 a ≤ 70 %	> 50 a ≤ 60 %	> 50 a ≤ 60 %	> 10 a ≤ 20 %	> 30 a ≤ 40 %
		≤ 60 %	≤ 80 %	≤ 60 %	≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 10 %	≤ 30 %
Contributivo	EPS037	● 20,3	● 47,7	● 2,2	● 67,2	● 31,4	● 22,9	● 5,2
Contributivo	EPS044	● 19,6	● 28,2	● 2,5	● 24,8	● 6,5	● 2,1	● 0,7
Subsidiado	CCF007	● 13,3	● 29,1	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0
Subsidiado	CCF015	● 28,2	● 44,8	● 2,6	● 50,6	● 6,2	● 1,4	● 1,0
Subsidiado	CCF023	● 29,2	● 37,5	● 0,0	● 20,8	● 12,5	● 0,0	● 0,0
Subsidiado	CCF024	● 64,6	● 30,4	● 0,4	● 6,9	● 0,7	● 0,0	● 0,0
Subsidiado	CCF027	● 63,3	● 49,2	● 1,2	● 65,9	● 68,9	● 0,0	● 0,0
Subsidiado	CCF033	● 23,5	● 80,3	● 0,0	● 73,5	● 67,6	● 5,1	● 0,0
Subsidiado	CCF050	● 2,6	● 51,4	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0
Subsidiado	CCF053	● 42,3	● 55,8	● 24,6	● 68,5	● 4,7	● 0,0	● 0,0
Subsidiado	CCF055	● 55,4	● 42,5	● 1,5	● 8,9	● 1,5	● 0,0	● 0,0
Subsidiado	CCF102	● 57,1	● 42,9	● 0,0	● 0,0	● 0,0	***	***
Subsidiado	EPS022	● 74,2	● 38,1	● 0,9	● 10,5	● 0,0	● 0,6	● 0,6
Subsidiado	EPS025	● 1,6	● 58,1	● 16,1	● 85,9	● 78,1	● 0,0	● 0,0
Subsidiado	EPS045	● 80,2	● 23,9	● 1,6	● 14,1	● 0,4	● 1,1	● 0,0
Subsidiado	EPSI01	● 73,1	● 40,0	● 0,0	● 80,8	● 73,1	● 0,0	● 0,0
Subsidiado	EPSI03	● 56,3	● 56,8	● 1,1	● 1,1	● 0,5	● 0,0	● 0,0
Subsidiado	EPSI04	● 31,8	● 47,6	● 0,0	● 4,5	● 4,5	● 0,0	● 0,0
Subsidiado	EPSI05	● 6,8	● 29,4	● 0,5	● 74,7	● 74,2	● 20,6	● 0,6
Subsidiado	EPSI06	● 83,9	● 43,3	● 0,0	● 12,9	● 0,0	● 0,0	● 0,0
Subsidiado	EPSS33	● 84,5	● 25,8	● 1,4	● 11,1	● 5,2	● 0,0	● 0,0
Subsidiado	EPSS34	● 83,8	● 36,1	● 5,4	● 1,1	● 0,0	● 0,0	● 0,0
Subsidiado	EPSS40	● 7,4	● 42,2	● 0,7	● 46,4	● 44,7	● 0,2	● 0,0
Subsidiado	EPSS41	● 23,9	● 47,1	● 1,0	● 67,3	● 61,9	● 2,5	● 1,3
Subsidiado	ESS002	● 38,9	● 14,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0
Subsidiado	ESS024	● 26,9	● 40,9	● 1,0	● 48,3	● 41,1	● 0,5	● 0,4
Subsidiado	ESS062	● 33,2	● 47,3	● 0,9	● 21,1	● 24,2	● 0,1	● 0,3
Subsidiado	ESS076	● 11,9	● 22,0	● 0,8	● 26,6	● 30,8	● 4,9	● 1,6



Tabla 29. Medición de los indicadores de la gestión del riesgo para AR según la entidad de reporte, indicadores 8 a 14 (continuación)

Régimen	Entidad	Indicador 8	Indicador 9	Indicador 10	Indicador 11	Indicador 12	Indicador 13	Indicador 14
		> 70 %	> 90 %	> 70 %	> 60 %	> 60 %	> 20 %	> 40 %
		> 60 a ≤ 70 %	> 80 a ≤ 90 %	> 60 a ≤ 70 %	> 50 a ≤ 60 %	> 50 a ≤ 60 %	> 10 a ≤ 20 %	> 30 a ≤ 40 %
		≤ 60 %	≤ 80 %	≤ 60 %	≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 10 %	≤ 30 %
Subsidiado	ESS091	● 26,1	● 23,5	● 0,7	● 6,3	● 0,6	● 0,0	● 0,0
Subsidiado	ESS118	● 14,0	● 57,3	● 35,9	● 60,2	● 61,1	● 4,3	● 2,3
Subsidiado	ESS133	● 75,8	● 37,5	● 0,3	● 9,1	● 3,4	● 0,0	● 0,0
Subsidiado	ESS207	● 14,3	● 51,9	● 5,1	● 60,1	● 48,1	● 0,0	● 0,0
Especial	EMP015	● 96,0	● 28,0	● 0,0	● 44,0	● 24,0	● 0,0	● 0,0
Especial	EMP023	● 77,5	● 36,4	● 2,0	● 25,0	● 3,5	● 0,0	● 0,0
Especial	EMP029	● 6,9	● 32,2	● 0,0	● 20,7	● 0,0	● 0,0	● 0,0
Especial	RES006	● 0,0	● 40,0	● 0,0	● 20,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0
Especial	RES007	● 13,3	● 39,3	● 0,0	● 70,0	● 75,0	● 0,0	● 0,0
Especial	RES008	● 61,9	● 18,2	● 1,2	● 4,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0
Especial	RES009	● 0,0	● 36,4	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0
Especial	RES011	● 20,4	● 22,4	● 4,1	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0
Especial	RES012	● 42,9	● 14,3	● 0,0	● 28,6	● 28,6	● 0,0	● 0,0
Especial	RES014	● 28,6	● 7,1	● 0,0	● 0,0	● 0,0	***	***
Especial	REUE04	● 40,0	● 20,0	● 0,0	● 80,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0
Especial	REUE05	● 0,0	● 44,4	● 0,0	● 66,7	● 66,7	● 0,0	● 0,0
Especial	REUE09	● 0,0	● 40,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0
Excepción	RES001	● 28,6	● 41,2	● 11,0	● 5,1	● 2,9	● 0,0	● 0,0
Excepción	RES002	● 38,9	● 25,4	● 1,6	● 39,2	● 13,5	● 6,4	● 2,7
Excepción	RES003	● 24,0	● 26,3	● 0,7	● 17,7	● 4,4	● 0,8	● 0,0
Excepción	RES004	● 23,7	● 35,0	● 4,6	● 29,9	● 13,1	● 1,7	● 1,9
No afiliado	5000	● 50,0	***	***	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0
No afiliado	11001	● 55,6	***	***	● 0,0	● 0,0	***	***
No afiliado	13000	● 0,0	***	***	● 0,0	● 0,0	***	***
No afiliado	18000	● 100	***	***	● 0,0	● 0,0	***	***
No afiliado	23000	● 100	***	***	● 0,0	● 0,0	***	***
No afiliado	25000	● 100	***	***	● 0,0	● 0,0	***	***
No afiliado	50000	● 100	***	***	● 0,0	● 0,0	***	***



6. INDICADORES DE GESTIÓN DEL RIESGO

Tabla 29. Medición de los indicadores de la gestión del riesgo para AR según la entidad de reporte, indicadores 8 a 14 (continuación)

Régimen	Entidad	Indicador 8	Indicador 9	Indicador 10	Indicador 11	Indicador 12	Indicador 13	Indicador 14
		> 70 %	> 90 %	> 70 %	> 60 %	> 60 %	> 20 %	> 40 %
		> 60 a ≤ 70 %	> 80 a ≤ 90 %	> 60 a ≤ 70 %	> 50 a ≤ 60 %	> 50 a ≤ 60 %	> 10 a ≤ 20 %	> 30 a ≤ 40 %
		≤ 60 %	≤ 80 %	≤ 60 %	≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 10 %	≤ 30 %
No afiliado	52000	● 100	***	***	● 100	● 100	***	***
No afiliado	63000	● 0,0	***	***	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0
No afiliado	66000	● 50,0	***	***	● 0,0	● 0,0	***	***
No afiliado	68000	● 100	***	***	● 0,0	● 0,0	***	***
No afiliado	73000	● 100	***	***	● 0,0	● 0,0	***	***
No afiliado	76000	● 100	***	***	● 0,0	● 0,0	***	***
No afiliado	85000	● 100	***	***	● 0,0	● 0,0	***	***
Total	Total	● 32,4	● 42,5	● 3,6	● 43,9	● 23,8	● 8,6	● 2,2

Entre los planes de mejora que deben implementar las entidades para mejorar estos indicadores, están los relacionados con asegurar el acceso oportuno de los pacientes a los diferentes servicios como la atención del especialista, realizar diagnóstico temprano según la Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de los pacientes con AR del país, garantizar las mejores prácticas basadas en la evidencia, aplicar los instrumentos de DAS28 y HAQ, asegurar los recursos para la atención, mitigar los riesgos para evitar daño en el paciente, asegurar que las personas se involucren con su cuidado, educar a los pacientes y a sus familias sobre su tratamiento farmacológico y sobre su enfermedad, mejorar la comunicación entre los pacientes y los profesionales de la salud, participar en programas de apoyo entre pares e implementar estrategias de adherencia a los medicamentos (10,11).



7.DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este documento, pone en evidencia la situación actual de las personas con artritis reumatoide (AR) que fueron atendidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia y reportadas a la Cuenta de Alto Costo (CAC) durante el 2018, mostrando progresivamente, un aumento de los casos durante estos tres periodos de seguimiento realizados por la CAC en cumplimiento a la Resolución 1393 de 2015; pasando de 68.247 pacientes desde el primer reporte realizado en el 2016 a 79.199 para este año, es decir un cambio en la prevalencia de 0,19 por 100 habitantes a 0,23; dichos resultados van acorde a la evidencia mundial que estima una prevalencia entre 0,2% y 1%(10); y similar a países latinoamericanos como Argentina y Brasil que reportaron prevalencias de 0,2% y 0,5% respectivamente(11). Sin embargo un estudio realizado para enfermedades reumatoides en 6 ciudades de Colombia(12), estimó una prevalencia de 1,49% (IC 95% 1,12-1,98), proyectando una población con AR entre 122.997 y 218.056 casos, lo que puede indicar que aún es necesario aumentar los esfuerzos para realizar un diagnóstico temprano a la población. Analizar los cambios respecto a la magnitud de la enfermedad y estimar posibles casos, permite orientar el diseño de políticas en salud, la priorización del uso de tecnologías y la optimización de los recursos para tratar a la población.

Otro aspecto identificado en los indicadores de morbilidad, es el relacionado con el aumento de la incidencia que pasó de 10,35 en el 2016 a 13,78 por 100.000 habitantes, posiblemente por la mayor sensibilización de las entidades por encontrar estos nuevos casos; siendo congruente con la literatura en relación a una predominancia de las pacientes en el sexo femenino; tal es así que este año se identificaron 41 mujeres con AR por cada 100.000 habitantes, cifra que va en consonancia con datos mundiales, que estiman 36 nuevos casos en mujeres por cada 100.000 personas por año. De hecho, esta diferencia se debe principalmente a factores de tipo biológico que son causados por cambios del sistema inmunológico originado por las hormonas sexuales(13) y factores genéticos(14), sin embargo también existen factores conductuales que pueden ser modificados como: el sobrepeso, el hábito tabáquico, las lesiones en las articulaciones, las infecciones y la ocupación (15); actuando a nivel macro con la creación de políticas públicas que



combatan estos factores y a nivel micro en la promoción del autocuidado y la prevención primaria, secundaria y terciaria, se puede no solo reducir la carga de la enfermedad, si no también mejorar la calidad de vida de las personas que ya tienen manifestaciones de la enfermedad.

También se evidenció una mayor concentración de los pacientes en el régimen contributivo, aunque alrededor del 30% de los casos son monitoreados por los demás regímenes, igualmente el mayor número de casos ocurrieron en Bogotá, D.C, Antioquia y Valle del Cauca, tal vez por ser las entidades territoriales de mayor porcentaje de población según el DANE.

Los pacientes con AR presentaron además otras comorbilidades, como la hipertensión arterial, la osteoporosis y el síndrome de Sjögren; estudios han demostrado que las artropatías inflamatorias favorecen la aparición de estas y otras enfermedades, dada la relación entre la inflamación y diferentes procesos fisiológicos (16) poniendo en riesgo otros sistemas, como el cardiovascular, principalmente por los cambios en las paredes arteriales que produce la inflamación sistémica, la disminución del flujo sanguíneo, la elevación de las cifras tensionales, la formación de placa y la afectación del músculo cardíaco; sumándole los posibles eventos adversos de algunos FARMES sobre los sistemas (17). La aparición de las condiciones anteriores debe orientar a los prestadores de servicios de salud a realizar un manejo integral del paciente, no solo por la AR, sino también por los antecedentes patológicos y la posible aparición de otras enfermedades secundarias al proceso inflamatorio o el uso de la terapia farmacológica.

En cuanto a la condición nutricional según el índice de masa corporal, se evidenció que el 49% de la población fue clasificada en obesidad o sobrepeso, lo que indica, según la literatura(18) un 50% menos de posibilidades de resultados positivos luego de 12 meses de terapia con biológicos, dado que el tejido adiposo libera continuamente proteínas que favorecen la inflamación, altera la farmacocinética de los medicamentos y produce una mayor presión sobre las articulaciones aumentando el dolor. Estudios observacionales (18, 19) también han evidenciado un mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad (30% al 70%) en la población con AR pero se relaciona con las características propias de la población. Colombia por ejemplo, según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) 2015 describió que el 56,4% de la población presenta exceso de peso(20).

En cuanto a las brechas en el diagnóstico, aún existe una falta de adherencia a los criterios EULAR, establecidos en la GPC colombiana(14), pues en un 11% de los pacientes no se cumplen con la toma de los reactantes de fase aguda como VSG y PCR o la toma del Factor reumatoide o Anti-CCP; la evidencia sugiere que estas pruebas son factores pronósticos importantes que permiten identificar y controlar a tiempo la AR reduciendo el riesgo de progresión de la enfermedad (4). Además el promedio en el tiempo de



oportunidad entre el inicio de síntomas y el diagnóstico fue de 26 semanas, cuando la meta sugiere menos de 16, ocasionando un diagnóstico tardío que impide que se inicie un tratamiento oportuno que es lo más importante para limitar la progresión de la enfermedad.

Por otra parte, si bien el reumatólogo es el profesional líder encargado de la atención clínica de los pacientes, tan solo el 63% de personas con AR son atendidas por esta subespecialización, situación que puede ser originada por diferentes causas, entre ellas, la falta de oferta de estos profesionales, pues en Colombia se estiman 220 reumatólogos adscritos a la Asociación Colombiana de Reumatología (360 pacientes por 1 reumatólogo), los modelos de contratación con las IPS, entre otras causas que deberían ser estudiadas por parte de los diferentes actores del SGSSS. De cualquier modo deberán emplearse estrategias que aumenten la formación de estos profesionales y se fortalezcan los conocimientos en los demás médicos y equipos de salud que atienden los casos de reumatología en el país a partir de las recomendaciones propias de la evidencia, pues deben tener las competencias y herramientas que les permita diagnosticar oportunamente los casos, iniciar un pronto tratamiento y manejar los efectos de la enfermedad en la vida de las personas y sus familias, en términos del control del dolor y de la fatiga, de la realización de las actividades cotidianas, de la capacidad para trabajar o participar en actividades sociales, del estado de ánimo y demás esferas que estén relacionadas con la calidad de vida(4).

Este análisis también permitió evidenciar la necesidad de fortalecer el seguimiento del estado de la enfermedad a través de la aplicación del DAS28, dado que solo el 51% de los casos reportados contaban con la medición de esta clínica, evidenciando además que de estos, solo el 28,2% están en remisión y el 9,5% en estado de actividad baja; cuando los estándares planteados en el consenso nacional estimaron una meta mayor del 40%. En el mundo por ejemplo se ha evidenciado una remisión sostenida hasta en un 51%, pero alcanzado en población con un diagnóstico temprano(21); es ahí donde se ven reflejadas las acciones que se toman como actores del SGSSS en intervenir prontamente en la AR. Llama la atención la baja adherencia en la realización del DAS28 y del HAQ, que son las herramientas más usadas para evaluar esta enfermedad, a pesar que existen ayudas tecnológicas como aplicaciones o calculadoras que facilitan el diligenciamiento durante la consulta, deberá fortalecerse el registro en la historia clínica de esta información y la buena práctica en su realización.

De otro lado, el diagnóstico tardío o la falta de control de la enfermedad hace que persista el dolor, empeore la función articular, continúe la deformidad progresiva y la sinovitis, llevando en ocasiones a la realización de reemplazos articulares(22), si bien solo el 2,81% de la población reportada ha requerido una cirugía de este tipo, principalmente en la rodilla y cadera,



implica la mejora en la calidad de vida de los pacientes, pero también son riesgos quirúrgicos y costos para el sistema de salud, pues según los datos del manual tarifario nacional vigente para el 2018, solo el procedimiento de un reemplazo de cadera podría costar hasta 9 millones de pesos y el de un reemplazo de rodilla hasta 15 millones de pesos.

También cabe resaltar que si bien se indica que todos los pacientes con AR deben iniciar FARMES dentro de los 3 meses posterior al inicio de los síntomas, se observó el uso de estos medicamentos en el 68,9% de los pacientes reportados, con un promedio entre los síntomas y el uso del FARMES de 26.5 semanas, cuando esta intervención es uno de los predictores de éxito más relevantes(10) ya que logra la reducción hasta en un 33% de la progresión radiológica comparado con el inicio tardío de estos medicamentos(23). El FARME más formulado fue el metotrexato, ya sea solo o en combinación, siendo la más usada con hidroxicloroquina al igual en que en otros países como Chile(10). Otros análisis han evidenciado que el uso del tratamiento triple (metotrexato + hidroxicloroquina + sulfasalazina) o la combinación de metotrexato con FARME biológicos son esquemas efectivos para controlar la actividad de la enfermedad y bien tolerados en pacientes que no recibieron metotrexato en monoterapia o en donde no hubo una respuesta suficiente(24).

En relación a los costos, se pone en evidencia, con la información reportada a la CAC y verificada en la auditoria, un costo promedio anual de los FARMES entre 2,6 y 5,7 millones de pesos colombianos (COP), que comparado con un estudio publicado en Medellín (25), fue similar, pues estimó costos anuales de bFARMES hasta de 2,3 millones de pesos (COL), sin embargo estos costos fueron del año 2009 y se esperaría un mayor costo para este año. Otras fuentes como el SISMED (26) mostraron costos del tratamiento anual con biológicos entre 29 y 36 millones de pesos (COP) y una EPS de Bogotá estimó costos anuales de biológicos entre 31 y 33 millones de pesos (COP) (27); poniendo en evidencia la necesidad de garantizar el reporte de datos coherentes con la realidad nacional y el fortalecimiento de estrategias que reduzcan los precios de estas tecnologías como la compra centralizada, la regulación de precios, el reembolso de las tecnologías en salud, el acceso a medicamentos genéricos o biosimilares, el precio basado en el valor(28) (29), entre otras estrategias que permitan aumentar la accesibilidad a los tratamientos y la limitación de altos precios en un sistema de salud donde los recursos son finitos.

En conclusión, la atención integral de esta enfermedad debe seguir fortaleciéndose a la luz de los hallazgos presentados en este documento, si bien existen indicadores disponibles que permiten evaluar las principales actividades relacionadas con el proceso óptimo de la atención y los resultados en salud, debe fortalecerse los modelos de atención desde la efectividad de los mismos, gestionando el diagnóstico temprano, el inicio oportuno



del tratamiento y las demás actividades que reduzcan la progresión de la enfermedad y el daño crónico; mejorando las tasas de remisión o baja actividad de la enfermedad, de tal manera que se contribuya al bienestar de las personas con AR en Colombia.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social M. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la Artritis Reumatoide. Vol. 26, Ministerio de Salud y Protección Social MSPS. Bogotá, Colombia; 2014.
2. Diccionario académico de la medicina [Internet]. [citado el 28 de agosto de 2018]. Disponible en: http://dic.idiomamedico.net/síndrome_de_Sjögren
3. Ministerio de Salud y la Protección Social. Criterios para identificar patologías de alto costo en Colombia [Internet]. 2011 [citado el 2 de abril de 2019]. p. 1-23. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/CAC/ALTO_COSTO_FINAL_070911.pdf
4. National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline. Rheumatoid arthritis in adults: management. NICE clinical guideline. 2018. p. 1-31.
5. Hresko A, Lin TC, Solomon DH. Medical Care Costs Associated With Rheumatoid Arthritis in the US: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Arthritis Care Res.* 2018;70(10):1431-8.
6. Cuenta de Alto Costo. Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con artritis reumatoide en Colombia. Consenso basado en la evidencia. [Internet]. Colombia: Cuenta de Alto Costo; 2018 [citado el 5 de agosto de 2018]. p. 1-114. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Indicadores_de_gestion_de_riesgo_artritis_reumatoide.pdf
7. Lopera M. Revisión comentada de la legislación colombiana en ética de la investigación en salud. [Internet]. Vol. 37, *Biomédica*. 2017 [citado el 5 de julio de 2018]. p. 577-89. Disponible en: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i4.3333>.
8. Rai SK, Howren A, Wilcox ES, Townsend AF, Marra CA, Avina-Zubieta JA, et al. Exploring strategies to support medication adherence in patients with inflammatory arthritis: a patient-oriented qualitative study using an interactive focus group activity. *Patient Prefer Adherence.* 2018;12:2015-25.
9. Lopatina E, Miller JL, Teare SR, Marlett NJ, Patel J, Barber CEH, et al. The voice of patients in system redesign: A case study of redesigning a centralized system for intake of referrals from primary care to rheumatologists for patients with suspected rheumatoid arthritis. *Heal Expect an Int J public Particip Heal care Heal policy.* diciembre de 2018;
10. Badilla A, Espinoza F, Hassi I, Queirolo A, Monckeberg G, Chicao F, et al. Implementación de una unidad de artritis reumatoide temprana en pacientes chilenos derivados desde centros de atención primaria de salud. *Rev Med Chil.* 2018;



11. Díaz-Rojas JA, Dávila-Ramírez FA, Quintana-López G, Aristizábal-Gutiérrez F, Brown P. Prevalencia de artritis reumatoide en Colombia: una aproximación basada en la carga de la enfermedad durante el año 2005. *Rev Colomb Reumatol.* 2016;
12. Londoño J, Peláez Ballestas I, Cuervo F, Angarita I, Giraldo R, Rueda JC, et al. Prevalencia de la enfermedad reumática en Colombia, según estrategia COP-CORD-Asociación Colombiana de Reumatología. Estudio de prevalencia de enfermedad reumática en población colombiana mayor de 18 años. *Rev Colomb Reumatol.* 2018;
13. Sokka T, Toloza S, Cutolo M, Kautiainen H, Makinen H, Gogus F, et al. Women, men, and rheumatoid arthritis: Analyses of disease activity, disease characteristics, and treatments in the QUEST-RA Study. *Arthritis Res Ther.* 2009;11(1).
14. Nigrovic PA, Raychaudhuri S, Thompson SD. Review: Genetics and the Classification of Arthritis in Adults and Children. *Arthritis and Rheumatology.* 2018.
15. Centers for Disease Control and Prevention NC for CDP and H. Conceptos básicos sobre la artritis. Factores de riesgo. [Internet]. 2019. [citado el 1 de abril de 2019]. p. 1. Disponible en: <https://www.cdc.gov/arthritis/spanish/conceptos-basicos/factores-de-riesgo.htm>
16. Walsh NC, Crotti TN, Goldring SR, Gravallese EM. Rheumatic diseases: the effects of inflammation on bone. *Immunol Rev.* diciembre de 2005;208:228-51.
17. MayoClinic. Factores intervienen en el mayor riesgo de enfermedad cardíaca de las personas con artritis reumatoide [Internet]. 2015. [Citado el 1 de abril de 2019]. Disponible en: <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/varios-factores-intervienen-en-el-mayor-riesgo-de-enfermedad-cardiaca-de-las-personas-con-artritis-reumatoide/>
18. Alvarez-Nemegyei J, Pacheco-Pantoja E, Gonzalez-Salazar M, Lopez-Villanueva RF, May-Kim S, Martinez-Vargas L, et al. Association between Overweight/Obesity and Clinical Activity in Rheumatoid Arthritis. *Reumatol Clin.* diciembre de 2018;
19. Dar L, Tiosano S, Watad A, Bragazzi NL, Zisman D, Comaneshter D, et al. Are obesity and rheumatoid arthritis interrelated? *Int J Clin Pract.* 2018;
20. ENSIN. Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) 2015. Boletín de Prensa No 169 de 2017. 2015.
21. Martire MV, Marino Claverie L, Duarte V, Secco A, Mammani M. Factores asociados a remisión sostenida en pacientes con artritis reumatoide. *Reumatología Clínica.* 2015.
22. Stamp LK, Haslett J, Chapman P, O'Donnell J, Raja R, Rothwell A, et al. Rates of Joint Replacement Surgery in New Zealand, 1999-2015: A Comparison of Rheu-



- matoid Arthritis and Osteoarthritis. *J Rheumatol* [Internet]. el 15 de octubre de 2017;jrheum.170551. [citado el 5 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.jrheum.org/content/early/2017/10/09/jrheum.170551.abstract>
23. Finckh A, Liang MH, Van Herckenrode CM, De Pablo P. Long-term impact of early treatment on radiographic progression in rheumatoid arthritis: A meta-analysis. *Arthritis Care Res.* 2006;
 24. Hazlewood GS, Barnabe C, Tomlinson G, Marshall D, Devoe DJA, Bombardier C. Methotrexate monotherapy and methotrexate combination therapy with traditional and biologic disease modifying anti-rheumatic drugs for rheumatoid arthritis: A network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2016.
 25. Montoya N, Gómez L, Vélez M, Roselli D. Costos directos del tratamiento de pacientes con artritis reumatoide en Medellín, Colombia. *Rev Colomb Reumatol.* 2011;18(1):26-33. [citado el 5 de abril de 2018]. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcr/v18n1/v18n1a03.pdf>.
 26. Colombia. Ministerio de la Protección Social. SIMED. Listado de precios promedio y unidades en la cadena de comercialización de medicamentos. 2010. Disponible en: http://www.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarC-NPM CadenaComercializacionCircu2yPA_%0A028_2_1.aspx.%0A
 27. Cubillos L, Pinto J, Cardona JP, Díaz-Piraquive FGJ. Análisis costo versus efectividad del Etanercept, Infliximab y Adalimumab, en pacientes con artritis reumatoide refractaria [Internet]. Universidad del Rosario; 2017. [citado el 1 de abril de 2019]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/13699/CubillosMendoza-Luz-2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 28. Ben-Aharon O, Shavit O, Magnezi R. Does drug price-regulation affect healthcare expenditures? *Eur J Health Econ* [Internet]. [Citado el 1 de abril de 2019]. 2017;18(7):859-67. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27696009>
 29. Babar Z-U-D, Gammie T, Seyfoddin A, Hasan SS, Curley LE. Patient access to medicines in two countries with similar health systems and differing medicines policies: Implications from a comprehensive literature review. *Res Social Adm Pharm.* marzo de 2019;15(3):231-43.



CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Este documento fue realizado en caracteres
Avenir Next en el mes de junio de 2019
Bogotá, D.C., Colombia



CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Salud y Protección Social
Ministerio de Hacienda y Crédito Público



Libertad y Orden