

REPORTE ESPECIAL

ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN COLOMBIA

2024



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

Reporte especial de la esclerosis múltiple en Colombia 2024



Cuenta de Alto Costo
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Reporte especial de la esclerosis múltiple en Colombia 2024

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo
Cuenta de Alto Costo (CAC)

ISBN: 978-628-96715-7-5

Periodicidad: una edición anual

Bogotá, D. C., Colombia, enero de 2026

© Todos los derechos reservados

Citación sugerida: Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo.
Reporte especial de la esclerosis múltiple en Colombia 2024; Bogotá, D. C. 2026.

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

Junta directiva

Presidente

Jorge Alberto Tamayo Saldarriaga
Salud Total EPS

Beda Margarita Suárez Aguilar
Anas Wayuu EPS Indígena

Julián Guillermo Guerra Camargo
Comfenalco Valle EPS

Eduardo José Verbell De La Rosa
Coosalud EPS

Almanury Pérez Contreras
ComfaOriente

Justo Jesús Paz Wilches
Mutual Ser EPS

Bernardo Armando Camacho Rodríguez
Nueva EPS

Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

Subdirectores técnicos y equipos de trabajo de la Cuenta de Alto Costo:

María Teresa Daza Fonseca
Subdirectora de Gestión de la Información

Ana María Valbuena García
Subdirectora de Gestión del Conocimiento e Investigación

Luis Alberto Soler Vanoy
Subdirector de Gestión del Riesgo y Apropiación

Miguel Ángel García Gómez
Subdirector de Tecnología e Innovación

Sandra Liliana Sabogal Rincón
Coordinadora de Auditoría

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Orlando Andrés Fajardo Tejada
Coordinador de Innovación, Investigación y Desarrollo

Martha Lucía Salas Antolines
Coordinadora de Gestión del Riesgo

Grupo desarrollador

Ana María Valbuena García
Subdirectora de Gestión del Conocimiento e Investigación

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Marcela Vargas Vargas
Especialista en Analítica

Alejandra Velásquez Morales
Epidemióloga

Sandra Liliana Sabogal Rincón
Coordinadora de Auditoría

Yazmín Amira Contreras Garavito
Líder de Auditoría

Comité editorial

Lizbeth Acuña Merchán
Presidenta

Ana María Valbuena García
Secretaria

María Teresa Daza Fonseca
Vocal

Luis Alberto Soler Vanoy
Vocal

Miguel Ángel García Gómez
Vocal

Liliana Barbosa Vaca
Vocal

Luisa Giraldo Marín
Vocal

Revisión y corrección de estilo

Adriana Yulieth Guzmán Matamoros
Correctora de estilo
Elevate's | Media, Talent e Impact

Diseño y diagramación

Angie Tatiana Silva Salamanca
Líder de diseño editorial
Elevate's | Media, Talent e Impact

Revisores clínicos

Cesar Augusto Franco Ruiz

Médico especialista en neurología

Representante de la Asociación Colombiana de Neurología.

Carlos Navas

Médico especialista en neurología

Representante de la Asociación Colombiana de Neurología.

Aviso de Copyright © y Propiedad Industrial de la Cuenta de Alto Costo.

Todos los derechos reservados.

La titularidad de los derechos patrimoniales de autor del presente documento en su integridad y sus distintos acápite, pertenece a la CUENTA DE ALTO COSTO (CAC), así como la vigilancia de los derechos morales en cabeza de las personas naturales que son autores o coautores, por tanto la información allí contenida está protegida en el marco de la Decisión 351 de la Comunidad Andina de Naciones, la Ley 23 de 1982, el Decreto 1360 de 1989, la Ley 44 de 1993, la Ley 1403 de 2010, 1519 de 2012, la Ley 1834 de 2017 y la Ley 1915 de 2018. La CAC permite que se realicen citas referenciales del contenido de las obras académicas, literarias y/o científicas sin solicitud de autorización previa, con la condición de que el usuario respete la integridad de la obra e incluya una nota siguiendo las normas APA, en donde informe la titularidad de la CAC con identificación del recurso o medio impreso y/o digital de donde fue extraída la referencia. Cualquier ausencia de citación y reconocimiento y titularidad de la CAC en los anteriores términos, puede llegar a considerarse como un asunto de defraudación de Derechos de Autor, susceptible de denuncia penal, por las conductas típicas descritas en los Artículos 270 y 271 de la Ley 599 de 2000 - Código Penal de la República de Colombia.

Cualquier información adicional relacionada con el contenido y alcance de la presente nota de Propiedad Intelectual, puede ser solicitada al correo electrónico:

direccion@cuentadealtocosto.org

o a la dirección física de correspondencia de la CAC:

Carrera 45 N° 103 - 34. Oficina 802. Bogotá, D. C., Colombia.

Tabla de control de cambios

Título de la publicación	Versión	Fecha de publicación	Cambios respecto a la versión anterior
Reporte especial de la esclerosis múltiple en Colombia 2024	1.0	29 Enero de 2026	

Tabla de contenido

Abreviaturas	12
Lista de entidades que le reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis	13
Glosario	15
Introducción	18
Aspectos éticos y legales	20
Aspectos metodológicos	21
Auditoría	21
Generalidades del reporte	21
Calidad de la información.....	22
Validación de la información	22
Cruce de datos con fuentes externas	22
Auditoría de soportes.....	22
Población informada y auditada en el periodo evaluado.....	23
Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría	23
Análisis epidemiológico.....	24
Análisis descriptivo	24
Estimación de la morbilidad y la mortalidad	24
1. Caracterización de las personas incidentes con esclerosis múltiple	27
Contenido infográfico capítulo 1	28
1.1. Caracterización demográfica de las personas incidentes con EM	29
1.1.1. Distribución de las personas incidentes según la edad, la etnia y el sexo.....	30
1.1.2. Distribución de las personas incidentes de EM según la región	30
1.1.3. Distribución de las personas incidentes de EM según el régimen de afiliación	31
1.1.4. Distribución de las personas incidentes según la entidad aseguradora	31
1.2. Características clínicas de las personas incidentes con EM	32
1.3. Estudios de apoyo al momento del diagnóstico de la EM en las personas incidentes	33
2. Caracterización de las personas prevalentes con esclerosis múltiple	34
Contenido infográfico capítulo 2	35
2.1. Caracterización demográfica de las personas prevalentes con EM.....	36
2.1.1. Distribución de las personas prevalentes con EM según las características demográficas	36
2.1.2. Distribución de las personas prevalentes con EM según la entidad territorial	38
2.1.3. Distribución de las personas prevalentes de EM por la región y el régimen de afiliación	38

2.1.4. Distribución de las personas prevalentes con EM según el régimen de afiliación	39
2.1.5. Distribución de las personas prevalentes con EM según la entidad aseguradora	40
2.2. Características clínicas de los casos prevalentes de EM.....	41
3. Morbilidad y mortalidad de las personas con esclerosis múltiple	45
Contenido infográfico capítulo 3	46
3.1. Incidencia	47
3.2. Prevalencia.....	48
3.3. Mortalidad	51
4. Atención de la esclerosis múltiple	54
Contenido infográfico capítulo 4	55
4.1. Atención por especialidades médicas.....	56
4.2. Estudios de seguimiento en la población con EM	57
4.2.1. Resultados del seguimiento de la enfermedad	57
4.3. Seguimiento de las pruebas radiográficas y de laboratorio	59
5. Tratamiento de la esclerosis múltiple	63
Contenido infográfico capítulo 5	64
5.1. Tratamiento en las personas con EM	65
5.2. Terapia farmacológica según el régimen de afiliación.....	66
5.3. Cambios en la terapia farmacológica.....	66
5.4. Número de recaídas y hospitalizaciones durante el periodo de seguimiento.....	67
6. Indicadores de la gestión del riesgo	68
Contenido infográfico capítulo 6	69
6.1. Indicadores relacionados con el proceso de diagnóstico de la EM	72
6.2. Indicadores de seguimiento en la atención de los casos prevalentes de EM	73
6.3. IGR de tratamiento de los casos con EM	76
Discusión y conclusiones	78
Referencias bibliográficas	81

Lista de tablas

Tabla 1. Entidades que reportaron información a la CAC sobre EM en 2024	21
Tabla 2. Distribución de los casos auditados, las inconsistencias y la calidad de la información según el régimen del aseguramiento, Colombia 2024.....	22
Tabla 3. Hallazgos clave en la auditoría de registros con EM: desafíos en el reporte y la gestión clínica	23
Tabla 4. Casos incidentes de EM según la región y el sexo, Colombia 2024.....	31
Tabla 5. Características de los casos incidentes de EM según el régimen de afiliación, Colombia 2024	31
Tabla 6. Características clínicas de los casos incidentes según el fenotipo de EM, Colombia 2024.....	33
Tabla 7. Características demográficas de las personas prevalentes con EM según el régimen de afiliación, Colombia 2024	36
Tabla 8. Casos prevalentes de la EM según la región, Colombia 2024	38
Tabla 9. Características de los casos prevalentes de EM según la región y el régimen de afiliación.....	39
Tabla 10. Características de los casos prevalentes de EM según el régimen de afiliación, Colombia 2024	39
Tabla 11. Estudios de seguimiento realizados según el régimen de afiliación, Colombia 2024	41
Tabla 12. Resultados de los estudios de seguimiento en los casos prevalentes con EM, Colombia 2024...	42
Tabla 13. Incidencia de la EM nacional según el sexo, Colombia 2024	47
Tabla 14. Incidencia de la EM según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	47
Tabla 15. Incidencia de la EM según la EAPB, Colombia 2024	47
Tabla 16. Incidencia de la EM según la región, Colombia 2024.....	48
Tabla 17. Prevalencia de la EM en el ámbito nacional según el sexo, Colombia 2024	49
Tabla 18. Prevalencia de la EM según el régimen de afiliación, Colombia 2024	49
Tabla 19. Prevalencia de la EM por EAPB, Colombia 2024	49
Tabla 20. Prevalencia de la EM según la región, Colombia 2024	50
Tabla 21. Mortalidad nacional en las personas con EM según el sexo, Colombia 2024	51
Tabla 22. Mortalidad en las personas con EM por las regiones, Colombia 2024	51
Tabla 23. Mortalidad en las personas con EM según el régimen de afiliación, Colombia 2024	52
Tabla 24. Mortalidad en las personas con EM según la EAPB, Colombia 2024	52
Tabla 25. Atención para las personas con EM por especialidades médicas según el régimen de afiliación, Colombia 2024	56
Tabla 26. Frecuencia de las consultas por especialidades médicas recibidas por personas con EM según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	57
Tabla 27. Resultados de los estudios de minimización del riesgo realizadas en la población con EM según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	60
Tabla 28. Estudios imagenológicos de seguimiento, Colombia 2024.....	62
Tabla 29. Distribución de la frecuencia de uso de las TME según el fenotipo de EM.....	66

Tabla 30. Modificación del esquema terapéutico de la EM, Colombia 2024	66
Tabla 31. Recaídas y hospitalizaciones en las personas con EM, Colombia 2024	67
Tabla 32. Descripción de los IGR en la EM, Colombia 2024.....	70
Tabla 33. Resultados nacionales de la gestión del riesgo en la cohorte de EM, Colombia, 2023 - 2024.....	72
Tabla 34. Proceso diagnóstico en EM según el régimen de afiliación, Colombia 2023 - 2024	73
Tabla 35. Indicadores relacionados con el proceso de diagnóstico de EM según la región, Colombia 2024	73
Tabla 36. Indicadores de seguimiento en la atención de los casos prevalentes de EM según el régimen de afiliación, Colombia 2024	74
Tabla 37. Indicadores de seguimiento en la atención en los casos prevalentes de EM según la región o entidad territorial, Colombia 2024.....	75
Tabla 38. Indicadores de tratamiento de la EM según el régimen de afiliación, Colombia 2023 - 2024	76
Tabla 39. Indicadores relacionados con el tratamiento en personas con EM según la región, Colombia 2024	77

Lista de figuras

Figura 1. Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2024.....	25
Figura 2. Número de afiliados según la Entidad Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2024	26
Figura 3. Casos incidentes de EM, Colombia 2023 - 2024	29
Figura 4. Tendencia mensual del reporte de los casos incidentes de EM, Colombia 2023 - 2024.....	29
Figura 5. Pirámide poblacional de los casos incidentes de EM, Colombia 2024.....	30
Figura 6. Distribución de los casos incidentes de EM por cada EAPB, Colombia 2024	32
Figura 7. Prevalencia de la EM, Colombia 2023 - 2024.....	36
Figura 8. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de EM, Colombia 2024	38
Figura 9. Distribución de los casos prevalentes de EM por cada EAPB, Colombia 2024.....	40
Figura 10. Pirámide poblacional de las personas con EM fallecidas, Colombia 2024	53
Figura 11. Estado actual de la enfermedad en las personas con EM, medido con la EDSS, según el fenotipo de la enfermedad, Colombia 2024	58
Figura 12. Estado de discapacidad medido con EDSS inicial y actual en los casos incidentes de EM, Colombia 2024.....	58
Figura 13. Distribución del estado de discapacidad medida por la EDSS actual según el régimen de afiliación, Colombia 2024	59
Figura 14. Proporción de las personas con EM a quienes se les realizaron los exámenes paraclínicos de seguimiento, Colombia 2023 - 2024	60
Figura 15. Principio activo utilizado en el tratamiento de las personas con EM, Colombia 2024.....	65

Abreviaturas

- BDUA:** Base de datos única de afiliados.
- CAC:** Cuenta de Alto Costo.
- DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
- EAPB:** Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.
- EDSS:** Escala ampliada del estado de discapacidad.
- EM:** Esclerosis múltiple.
- EPS:** Entidades promotoras de salud.
- ET:** Entidad territorial.
- IC:** Intervalo de confianza.
- IGR:** Indicadores de gestión del riesgo.
- INS:** Instituto Nacional de Salud.
- IPS:** Instituciones prestadoras de servicios de salud.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- RIC:** Rango intercuartílico.
- RM:** Resonancia magnética.
- SGSSS:** Sistema general de seguridad social en salud.
- SNC:** Sistema nervioso central.
- SNP:** Sistema nervioso periférico.
- TC:** Tomografía computarizada.
- TME:** Terapias modificadoras de la enfermedad.

Lista de entidades que le reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis

Periodo de reporte: del 1° de enero del 2024 al 31 de diciembre del 2024.

Codigo de la entidad	Nombre de la entidad
Régimen contributivo	
EAS016	Empresas Públicas de Medellín
EAS027	Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia
EPS001	Aliansalud EPS
EPS002	Salud Total EPS
EPS005	Sanitas EPS
EPS008	Compensar EPS
EPS010	Sura EPS
EPS012	Comfenalco Valle EPS
EPS017	Famisanar EPS
EPS018	Servicio Occidental de Salud S.O.S. EPS
EPS037	Nueva EPS
EPS042	Coosalud EPS
EPS046	Salud Mía EPS
EPS047	Salud Bolívar EPS
EPS048	Mutual Ser EPS
Régimen subsidiado	
CCF050	Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano - ComfaOriente
CCF055	Cajacopi EPS
EPS025	Caja de Previsión Social y Seguridad del Casanare - Capresoca EPS
EPSI01	Asociación de Cabildos indígenas del Cesar y La Guajira - Dusakawi EPSI
EPSI03	Asociación Indígena del Cauca - A.I.C. EPSI
EPSI04	Anas Wayuu EPSI
EPSI05	Mallamas EPSI
EPSS34	Capital Salud EPS
EPSS40	Savia Salud EPS
EPSS41	Nueva EPS (Subsidiado)
ESS024	Coosalud EPS
ESS062	Asociación Mutual La Esperanza - Asmet Salud EPS
ESS118	Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud Emssanar ESS
ESS207	Mutual Ser EPS (Subsidiado)
Plan Voluntario	
EMP015	Medisanitas Compañía de Medicina Prepagada
EMP023	Colsanitas Empresa de Medicina Prepagada
Régimen especial	
RES006	Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander
RES007	Universidad del Valle
RES008	Universidad Nacional de Colombia
RES011	Unidad de Salud de la Universidad de Antioquia

Lista de entidades que le reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis

Periodo de reporte: del 1° de enero del 2024 al 31 de diciembre del 2024.

Codigo de la entidad	Nombre de la entidad
REUE05	Fondo de Seguridad Social en Salud Universidad de Nariño
Régimen de excepción	
RES001	Policía Nacional
RES002	Ecopetrol
RES003	Fuerzas Militares
RES004	Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio
No asegurado	
05000	Secretaría Departamental de Salud de Antioquia

Glosario

- Ataxia:** Constituye una alteración en la coordinación de los movimientos, resultado de una disfunción del cerebelo, sus conexiones, así como alteraciones en la médula espinal, nervios periféricos o una combinación de estas condiciones. Las ataxias se clasifican en hereditarias o esporádicas y en adquiridas o secundarias (1).
- Axón:** Es una prolongación neuronal encargada de la conducción de información desde el cuerpo celular hasta la terminal nerviosa. Existen dos tipos principales de axones: mielinizados y no mielinizados. Los axones mielinizados están recubiertos por una vaina de mielina, que es producida por células de Schwann en el sistema nervioso periférico (SNP) y por oligodendrocitos en el sistema nervioso central (SNC). El axón se organiza en tres segmentos: el segmento inicial, donde se generan los potenciales de acción; el axón propiamente dicho, que asegura la transmisión fiable de los impulsos; y la terminal axónica, donde se produce la liberación de neurotransmisores. Además de su función clásica de conducción, el axón participa en procesos complejos de modulación de señales, regulación de la sinapsis y adaptación morfofuncional en respuesta a la actividad neuronal (2).
- Desmielinización:** Es un proceso patológico caracterizado por la pérdida de la capa de mielina que rodea las fibras nerviosas, lo que interfiere con la conducción nerviosa en los tractos de sustancia blanca del cerebro, tronco encefálico y médula espinal. Este proceso afecta principalmente a las vainas de mielina o a las células que las forman y mantienen, mientras que los axones suelen estar relativamente preservados. Sin embargo, debido a las reacciones inflamatorias dirigidas contra la mielina, los axones pueden sufrir daño secundario, aunque este suele ser mucho menos extenso que la destrucción de la mielina (3,4).
- Esclerosis múltiple (EM):** Es una enfermedad crónica del sistema nervioso central, predominantemente de origen inmunomediado, y representa la causa no traumática más común de discapacidad neurológica en adultos jóvenes. Su incidencia y prevalencia están en aumento a nivel mundial, lo que se asocia a la interacción compleja entre factores genéticos y ambientales, como niveles bajos de vitamina D, exposición insuficiente a la luz ultravioleta B, infección por el virus de Epstein-Barr, obesidad y tabaquismo. La EM se caracteriza por episodios de inflamación y desmielinización que afectan la transmisión nerviosa, lo que se traduce en una variedad de manifestaciones clínicas (5,6).
- Espasticidad:** Es un signo clínico frecuente en personas con enfermedades neurológicas que afecta a la movilidad y causa graves complicaciones: dolor, limitación articular, contracturas y úlceras por presión, que conllevan una afectación significativa de la funcionalidad del individuo y de su calidad de vida (7).

Glosario

- Evaluación EDSS:** La EDSS (escala ampliada del estado de discapacidad) es una escala de evaluación administrada por el médico que mide los sistemas funcionales del sistema nervioso central. Se utiliza para describir la progresión de la enfermedad en personas con esclerosis múltiple (EM) y para evaluar la efectividad de las intervenciones terapéuticas en ensayos clínicos. Consiste en un sistema de calificación ordinal que va de 0 (estado neurológico normal) a 10 (muerte por EM), con incrementos de 0,5 a partir de 1. Los valores más bajos de la escala miden las alteraciones basadas en el examen neurológico, mientras que los valores más altos (> 6) evalúan las discapacidades de los pacientes. La determinación de los puntajes entre 4 y 6 depende en gran medida de los aspectos relacionados con la capacidad para caminar (7,8).
- Mielina:** Capa o vaina especializada de estructura multilaminar formada por las células de Schwann en el sistema nervioso periférico (SNP) y por los oligodendrocitos en el sistema nervioso central (SNC). Su función principal es actuar como un aislante eléctrico que permite la rápida y eficiente propagación de los potenciales de acción a lo largo de las fibras axonales mediante la conducción saltatoria. Además de su papel como aislante, la mielina proporciona soporte físico y trófico a las neuronas y regula activamente su función. Su composición es rica en lípidos, lo que refleja la necesidad de una alta síntesis de ácidos grasos para su formación (9,10).
- Parestesia:** Percepción de una sensación anormal en la piel, que incluye sensaciones como hormigueo, pinchazos, sensación de agujas o la impresión de que hormigas caminan sobre o debajo de la piel (11).
- Placas desmielinizantes:** Lesiones focales de la sustancia blanca, en las que lo más llamativo es la pérdida de mielina (desmielinización) con un grado variable de destrucción axonal. Estas lesiones suelen ser múltiples, están distribuidas por todo el SNC y característicamente se localizan en la sustancia blanca periventricular. Su tamaño es, en general, menor de 1,5 cm de diámetro, con tendencia a coalescer, lo que resulta en placas de mayor tamaño (12).
- Recaída:** Episodio agudo caracterizado por la aparición de nuevos síntomas neurológicos o el empeoramiento de síntomas preexistentes, causado por inflamación en el sistema nervioso central. Estas recaídas son una característica distintiva de la EM remitente-recurrente y pueden variar en intensidad, desde manifestaciones leves hasta cuadros que afectan significativamente la capacidad funcional del paciente. Para que un episodio sea considerado una recaída, los síntomas deben durar al menos 24 horas y no estar asociados a infecciones o fiebre. Las recaídas pueden dejar secuelas permanentes si no hay una recuperación completa, impactando la calidad de vida y el pronóstico de la enfermedad (13,15).

Glosario

- Sistema nervioso:** El sistema nervioso es una red compleja de estructuras especializadas responsable de recibir, procesar y responder a información sensorial, controlar movimientos, regular emociones, facilitar la comunicación y gestionar el pensamiento y la memoria. Se divide en dos partes principales: el sistema nervioso central (SNC), que incluye el cerebro y la médula espinal, y el sistema nervioso periférico (SNP), que abarca todos los nervios y ganglios fuera del SNC. El primero está protegido por estructuras óseas (cráneo y columna vertebral), las meninges y el líquido cefalorraquídeo, mientras que el segundo conecta el SNC con el resto del cuerpo, permitiendo la transmisión de señales motoras y sensoriales (16).
- Terapias modificadoras de la enfermedad (TME):** Son medicamentos utilizados en el tratamiento de la EM que tienen como objetivo alterar el curso natural de la enfermedad. Estas terapias actúan principalmente sobre la respuesta inflamatoria, reduciendo la frecuencia y gravedad de las recaídas, disminuyendo la formación de nuevas lesiones visibles en la RM del SNC y ralentizando la progresión de la discapacidad. Existen diversas TME, tanto inyectables como orales, y cada una tiene mecanismos de acción distintos (17,18).
- Trastorno autoinmune:** Una enfermedad autoinmune es una afección en la que el sistema inmunitario, encargado de defender al organismo frente a agentes externos, ataca por error los propios tejidos sanos al confundirlos con elementos extraños. Estas enfermedades, que pueden ser órgano - específicas o sistémicas, tienen una etiología compleja y aún no completamente comprendida, aunque se sabe que en su desarrollo intervienen múltiples factores como la pérdida de la tolerancia inmunológica, predisposición genética (incluidos polimorfismos en genes HLA y no HLA, así como mecanismos epigenéticos), factores ambientales (como infecciones, sustancias químicas y hormonas) y alteraciones inmunológicas (como disfunción de linfocitos reguladores o producción anómala de citoquinas) (19,20).

Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria crónica del sistema nervioso central (SNC) de origen autoinmune. Se caracteriza por la desmielinización, la gliosis, la pérdida neuronal y el daño axonal, que afectan la conducción normal de los impulsos nerviosos. Su fisiopatología implica una compleja interacción entre factores genéticos y ambientales que desencadenan una respuesta inmune anómala dirigida contra componentes del propio SNC. Puede comprometer múltiples áreas del cerebro y la médula espinal, generando una gran variedad de síntomas clínicos que dificultan su proceso diagnóstico. La enfermedad conlleva diversos grados de discapacidad, lo que impacta negativamente en la calidad de vida y genera costos sociales y económicos considerables (21,23).

A nivel mundial, entre 1,88 y 2,9 millones de individuos viven con EM, con una prevalencia entre 23,9 y 35,9 por cada 100.000 habitantes (24,30). La incidencia promedio se estima en 2,1 nuevos casos por cada 100.000 personas/año (28,29). Afecta principalmente a adultos jóvenes, con predominio en las mujeres (relación 2:1) (24,28,29), y la edad de inicio más frecuente está en el rango comprendido entre los 20 y los 40 años (28).

Geográficamente, la carga de la enfermedad es mayor en regiones alejadas del ecuador (Europa y Norteamérica) (24,25), mientras que, en las zonas tropicales y ecuatoriales, como África y el Sudeste Asiático, se presentan menores tasas de prevalencia (24,27,29). Esta distribución se ha asociado a factores de riesgo ambientales como la menor exposición solar, bajos niveles de vitamina D, antecedentes de infección por el virus de Epstein-Barr, el tabaquismo y la obesidad infantil (24,26).

En América Latina, el número de casos existentes es menor en comparación con Europa y América del Norte, con una variabilidad significativa entre países. En América Central, se ha estimado un promedio de 10,1 por cada 100.000 habitantes, con un rango de oscilación desde 0,9 en Nicaragua hasta 77,7 en Puerto Rico (31). En Sudamérica, Uruguay reportó la prevalencia más alta con 30 casos por 100.000 habitantes, seguida por Argentina con 17,01, Chile con 5,69 y Ecuador con 3 a 5 (31,33).

En Colombia, algunos estudios estiman cifras entre 1,48 y 4,98 casos por cada 100.000 habitantes, posicionándose como uno de los países con menor prevalencia en la región (33). En 2013, las tasas más altas se registraron en Bogotá, D. C., con 16,25 por 100.000 habitantes, Quindío con 13,03 y Risaralda con 11,18 (34). Para abril de 2024, el registro nacional de pacientes con enfermedades huérfanas identificó 5.166 personas con EM, lo que la convierte en la enfermedad rara más frecuente en el país (34), con una prevalencia de 19,92 casos por 100.000 habitantes, evidenciando un aumento considerable en relación con los registros históricos, posiblemente vinculado al cumplimiento de las normativas actuales destinadas a la notificación de enfermedades raras.

La confirmación de la enfermedad se basa en la identificación de signos y síntomas clínicos característicos y en la integración de hallazgos paraclínicos (35). Los criterios diagnósticos han evolucionado, actualmente los de McDonald de 2017 (24) incluyen la presentación clínica con 2 o más agresiones, o 2 o más lesiones determinadas por evidencia médica objetiva, o 1 lesión determinada por evidencia médica objetiva junto con una prueba histórica creíble de un ataque anterior; a estos se suman criterios diagnósticos imagenológicos, estudios de minimización del riesgo y estudios de imagen por resonancia magnética (RM) del sistema nervioso (36). La RM es esencial para identificar lesiones características. Se ha fortalecido el papel de la punción lumbar para la detección de bandas oligoclonales en el líquido cefalorraquídeo (LCR), lo cual puede respaldar la confirmación de la enfermedad en casos clínicamente inciertos (37). De forma complementaria, se han investigado biomarcadores séricos como la cadena ligera de neurofilamentos, que podrían contribuir en el futuro a una detección más temprana y al seguimiento de la actividad de la enfermedad (38).

El abordaje terapéutico se fundamenta en tres pilares principales: las terapias modificadoras de la enfermedad (TME), el manejo de los brotes agudos y el tratamiento sintomático. Las TME, tienen como objetivo reducir la frecuencia de recaídas y retardar la progresión de la discapacidad. En años recientes, se ha ampliado el arsenal terapéutico con nuevas moléculas que presentan perfiles de eficacia y seguridad más favorables, así como mecanismos de acción innovadores, como los inhibidores de la tirosina quinasa de Bruton (BTK), los agentes neuroprotectores y los tratamientos remielinizantes. Los brotes agudos suelen tratarse con corticosteroides



intravenosos de alta dosis, como la metilprednisolona, y en casos refractarios se recurre a la plasmaféresis. Así mismo, el tratamiento sintomático aborda manifestaciones como la espasticidad, la fatiga, la disfunción urinaria o el dolor neuropático, mediante un enfoque interdisciplinario, con el propósito de optimizar los resultados clínicos y la calidad de vida de las personas con EM (36, 37).

El presente documento tiene como objetivo principal proporcionar una perspectiva integral y actualizada acerca de la situación de la EM en Colombia, abordando aspectos fundamentales como su epidemiología, los patrones de morbilidad y mortalidad, y los elementos relacionados con la atención integral que reciben las personas en el sistema de salud. A su vez, a través de la recopilación, análisis y consolidación de esta información, se pretenden fortalecer las capacidades del país en materia de vigilancia epidemiológica, facilitando la identificación de tendencias, necesidades y brechas en el abordaje de la enfermedad. Así mismo, este informe busca generar y divulgar conocimiento técnico y científico que sirva como insumo clave para la formulación de políticas públicas, la toma de decisiones clínicas y administrativas, y la implementación de estrategias orientadas a mejorar los resultados en salud y el uso más racional, eficiente y equitativo de los recursos disponibles.

Aspectos éticos y legales

Toda la información incluida en este documento proviene del análisis de los datos reportados de manera voluntaria por las entidades a la Cuenta de Alto Costo (CAC), correspondientes al periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2024.

El propósito de este informe es generar y divulgar información y conocimiento útiles para la toma de decisiones desde enfoques administrativos, clínicos y de gestión. Estos insumos están orientados a fortalecer la protección y promoción de la salud, así como las estrategias de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades de alto costo. La finalidad última es contribuir a mejorar los resultados en salud pública e individual en Colombia, optimizando al mismo tiempo el uso equitativo y eficiente de los recursos limitados del sistema de salud, y generando valor social, científico, informativo e investigativo para el país.

El contenido de este informe es el resultado de un proceso académico riguroso, correspondiente a una investigación documental retrospectiva clasificada como sin riesgo. Esta se fundamenta en la pluralidad de fuentes para la recolección de información en el territorio nacional, asegurando el uso exclusivo de fuentes primarias y el cumplimiento de estándares internacionales en cuanto a la recolección, el almacenamiento, la custodia y el tratamiento de los datos. En virtud de lo anterior, se garantiza el respeto por la confidencialidad, el anonimato, la privacidad y la integridad de la información, conforme con directrices como la Declaración de Helsinki (39), el Informe Belmont (40) y las Pautas CIOMS (41). Así mismo, se da cumplimiento a la normativa nacional establecida en la Resolución 8430 de 1993 (42), la Resolución 1995 de 1999 (43) (sobre la gestión de la historia clínica), la Ley Estatutaria de habeas data 1581 de 2012 (44) (sobre protección de datos personales) y su reglamentación mediante el Decreto 1377 del 2013 (45), que regula el tratamiento adecuado de datos sensibles.



Aspectos metodológicos

Auditoría

Generalidades del reporte

En el contexto del desarrollo del Plan Nacional de Enfermedades Huérfanas, reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), y mediante el trabajo coordinado con los integrantes de la Mesa Nacional de estas mismas enfermedades, la CAC se comprometió a implementar el primer piloto nacional para evaluar la gestión de la población con esclerosis múltiple (EM). De este modo, en 2023 se avanzó en la elaboración del reporte de información, lo que permitió analizar la gestión de la cohorte nacional asociada a esta enfermedad. Reconociendo la dedicación y las valiosas contribuciones de los actores en la identificación de avances y retos para mejorar el acceso a los servicios y el tratamiento de las personas con enfermedades huérfanas, se decidió continuar con la recolección y auditoría de datos de manera anual.

El reporte de la información constituye un ejercicio voluntario por parte de cada entidad promotora de salud (EPS) y entidad obligada a compensar (EOC). Hasta la fecha, se han llevado a cabo dos reportes anuales que recopilan las atenciones en salud ofrecidas por las instituciones prestadoras de servicios (IPS) a esta población durante el periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre.

Para la preparación de este reporte, la CAC llevó a cabo diversas actividades orientadas a fortalecer la gestión en salud de la población de la cohorte. Entre estas acciones se destaca una capacitación dirigida a los miembros de las EPS y EOC, durante la cual se socializaron los resultados y aspectos clave para mejorar la gestión de la enfermedad. Adicionalmente, se ajustó el instructivo del reporte, incorporando las recomendaciones de expertos clínicos y actores participantes del piloto nacional, para fortalecer la caracterización de la población. Adicionalmente, la CAC implementó un proceso de triangulación de la información que incluyó los datos suministrados por el Instituto Nacional de Salud (INS) para este evento, con el objetivo de asegurar que los registros fueran efectivamente integrados a la cohorte.

En el periodo 2024, 41 entidades reportaron información sobre la gestión de la atención en salud de personas con EM, mientras que 22 entidades informaron no haber identificado casos en el periodo de referencia. La totalidad de los registros remitidos a la CAC fueron auditados con el fin de garantizar la calidad de la información necesaria para el análisis, la evaluación y el monitoreo del proceso de atención gestionado por los aseguradores dentro de la cohorte.

La **tabla 1** presenta la distribución detallada de las entidades según su participación en el proceso de reporte a la CAC para el periodo 2024.

Tabla 1. Entidades que reportaron información a la CAC sobre EM en 2024

Tipo de entidad	Entidades existentes	Entidades que reportaron casos de EG	Entidades que reportaron no tener casos	Entidades que no reportaron a la CAC en el periodo
EAPB de excepción	4	4	0	0
EAPB especial	10	5	1	4
EAPVS	6	2	1	3
EPS	32	29	2	1
Secretarías Departamentales y Distritales de Salud	38	1	18	19
Fondo de atención en salud para PPL	1	0	0	1
Total	91	41	22	28

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios; **EAPVS:** Empresas Administradoras de Planes Voluntarios de Salud; **EPS:** Empresas Promotoras de Salud; **PPL:** Personas Privadas de la Libertad.

Fuente: base de datos después de la auditoría a la esclerosis múltiple, medición al 31 de diciembre de 2024.

Calidad de la información

Con el objetivo de garantizar la confiabilidad y calidad de la información reportada, la CAC estableció tres fases clave dentro de su proceso de auditoría:

Validación de la información

Se implementó un validador automatizado diseñado para evaluar la coherencia, estructura y completitud de los datos reportados. Esta herramienta tecnológica permitió identificar errores en la forma, el contenido y las relaciones entre variables, asegurando el cumplimiento de los requisitos técnicos establecidos. Las entidades tuvieron la posibilidad de realizar múltiples cargas de información hasta consolidar una base de datos coherente y proceder con la radicación final.

Una vez vencido el plazo de reporte, fijado para el 15 de febrero de 2025, el sistema fue bloqueado para evitar modificaciones posteriores. Paralelamente, los soportes clínicos y administrativos se organizaron y almacenaron en el repositorio de la CAC, garantizando su trazabilidad y seguridad. Los datos se gestionaron a través de la plataforma SISCAC, la cual asegura un tránsito seguro y controlado de la información. Es importante destacar que la CAC, como entidad certificada en privacidad y seguridad de la información, opera bajo estrictos estándares de protección de datos, lo que refuerza la transparencia y confiabilidad del proceso.

Cruce de datos con fuentes externas

En esta fase, se llevó a cabo un cruce de información con la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) para validar tanto el estado vital como la afiliación de los registros al sistema de salud.

Auditoría de soportes

El equipo de auditores de la CAC verificó la información reportada comparándola con los soportes clínicos y administrativos disponibles. Esto permitió validar la autenticidad de los diagnósticos, confirmar la calidad de los seguimientos clínicos y evaluar la atención. Los hallazgos obtenidos se compartieron con las EAPB, brindándoles la oportunidad de ejercer su derecho de objeción si lo consideraban necesario.

Como parte del proceso de mejora continua, se publicó un informe de calidad personalizado para cada EAPB, con un desglose de los hallazgos más relevantes sobre la gestión clínica y administrativa de los registros. Además, se incluyeron recomendaciones basadas en las oportunidades de mejora detectadas dentro de la red de prestadores, con el objetivo de fortalecer los procesos y optimizar la atención en salud.

A continuación, en la **tabla 2**, se presentan los resultados de la calidad del reporte de la información a nivel nacional, desagregados por regímenes del aseguramiento. Se observó que el 64,50% de los datos fueron reportados con calidad, cumpliendo con lo descrito en los soportes clínicos adjuntos.

Tabla 2. Distribución de los casos auditados, las inconsistencias y la calidad de la información según el régimen del aseguramiento, Colombia 2024

Régimen	Registros informados	Registros con inconsistencias ¹	% Inconsistencias	Datos de calidad (%) ²	Datos ajustados (%) ³	Datos no soportados (%) ⁴	Datos de no gestión (%) ⁵
Excepción	232	26	11,21	57,57	14,83	13,65	13,95
Especial	19	2	10,53	71,43	8,33	11,11	9,13
Contributivo	4.038	54	1,34	79,20	9,03	2,24	9,53
Subsidiado	339	23	6,78	64,47	15,30	7,70	12,53
Ente territorial	1	0	0,00	50,00	19,23	0,00	30,77
Prepagada	99	0	0,00	78,62	10,50	0,11	10,77
Total	4.728	105	2,22	76,99	9,79	3,20	10,02

¹ **Inconsistencia:** casos reportados por primera vez a la CAC en los cuales no se logró evidenciar el sustento del diagnóstico.

² **Datos de calidad:** dato reportado que coincide con el dato observado en los soportes.

³ **Datos ajustados:** dato reportado que no coincide con el observado en los soportes.

⁴ **Datos no soportados:** dato reportado que no cuenta con soportes verificables por la auditoría.

⁵ **Datos de no gestión:** corresponde a un dato que da cuenta de la no realización de una actividad de diagnóstico o seguimiento para los pacientes con EM.

Fuente: base de datos después de la auditoría a la EM, periodo 2024.



Se aplicaron inconsistencias en los registros que no contaban con los soportes válidos o completos para sustentar el diagnóstico. Para 2024, en el 2,22% de los registros informados no se pudo confirmar el diagnóstico, lo que representó un leve aumento con relación a 2023 (1,56%).

Población informada y auditada en el periodo evaluado

La población incluida en el reporte corresponde a personas con diagnóstico confirmado de EM que recibieron atención entre el 1° de enero y el 31 de diciembre del 2024. Se consideraron para los análisis, los registros prevalentes (diagnosticados antes del periodo), los incidentes (diagnosticados durante el periodo) y los que fallecieron dentro del tiempo de observación.

De los 4.728 registros reportados, 4.641 ingresaron al proceso de auditoría. Previo al inicio de este proceso, se inactivaron 87 registros por tener diagnóstico no confirmado que continúan en proceso de gestión por las respectivas EAPB, o registros duplicados reportados por más de una EAPB, detectados a través del cruce con la BDUA. En estos casos, se dejó un registro activo y se inactivaron los duplicados.

Tras la validación inicial de los 4.641 registros sometidos al proceso de auditoría, se inactivaron 158 adicionales, clasificados de la siguiente manera:

- 105 registros correspondían a reportes por primera vez a la CAC, pero carecían del sustento clínico suficiente para confirmar el diagnóstico.
- 46 registros fueron excluidos al confirmarse que los diagnósticos habían sido descartados.
- 7 registros permanecían en gestión por parte de las entidades responsables, pendientes de confirmación o descarte de la enfermedad.

Como resultado del proceso de auditoría, se validaron 4.483 registros definitivos, correspondientes a 4.381 registros con diagnóstico confirmado de EM.

Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría

La EM es una enfermedad crónica autoinmunitaria, compleja, desmielinizante y neurodegenerativa, que afecta el SNC. Su evolución progresiva puede generar un deterioro significativo que conlleva a la discapacidad y la dependencia. Esta enfermedad suele aparecer en adultos jóvenes en edad económicamente activa, impactando sus actividades diarias, su desempeño laboral y, en general, su calidad de vida.

Durante el proceso de auditoría se identificaron diversas oportunidades de mejora para las EAPB y su red de prestadores, particularmente en los siguientes aspectos.

Tabla 3. Hallazgos clave en la auditoría de registros con EM: desafíos en el reporte y la gestión clínica

Temática	Descripción del hallazgo
Registros diagnosticados durante el periodo sin información sobre la realización de una RM	Durante la auditoría, el 6,89% de los registros diagnosticados en el periodo, no contó con información sobre la realización de una RM al momento del diagnóstico. En estos casos la validación diagnóstica se basó en los hallazgos obtenidos en las RM de seguimiento. La RM se considera la técnica paraclínica imagenológica más sensible y confiable para el diagnóstico. En ausencia de esta, no es posible aportar elementos diagnósticos ni contribuir a la predicción de la discapacidad neurológica mediante la identificación de lesiones desmielinizantes cerebrales al inicio de la enfermedad.
Registros diagnosticados en el periodo sin mención de la fecha de inicio de síntomas	La identificación de la fecha de inicio de los síntomas es clave para analizar la evolución de la enfermedad y evaluar el intervalo entre episodios de déficit neurológico. Sin embargo, en un 9,35% de los registros no se obtuvo esta información, lo que complica el diagnóstico temprano, el análisis de la progresión y la identificación de discapacidades. Además, la variedad y frecuencia de los síntomas, como afectaciones visuales, motoras, sensitivas y cognitivas, presentan diferencias notables durante el curso de la enfermedad. La falta de datos completos limita la capacidad de evaluar de manera precisa la progresión de la patología y tomar decisiones médicas fundamentadas.

Tabla 3. Hallazgos clave en la auditoría de pacientes con EM: desafíos en el reporte y la gestión clínica (continuación)

Temática	Descripción del hallazgo
Registros sin descripción del fenotipo	Diferenciar y clasificar las características fenotípicas de la enfermedad es clave para comprender y predecir su evolución clínica. Sin embargo, más del 13% de los registros carecen de información sobre la forma clínica, lo que limita la toma de decisiones y el análisis de su progreso. La evaluación integral de la actividad de la enfermedad, su evolución clínica, la progresión neurológica y el pronóstico resulta esencial para orientar tratamientos personalizados que se adapten a los patrones individuales de cada paciente.
Ausencia de atenciones por fisioterapia vs discapacidad	La EM se caracteriza por una alta variabilidad en su evolución. La evaluación mediante la escala ampliada del estado de discapacidad (EDSS) es fundamental para determinar la gravedad, la progresión y el desarrollo de la discapacidad física. Durante la auditoría, se identificó que el 38,46% de los registros con EDSS indicativo de discapacidad leve a moderada, no recibieron atención de fisioterapia durante el periodo evaluado, lo que resalta la necesidad de un enfoque multidisciplinario en su manejo. De los registros con mayor severidad de discapacidad, el 73,65% no contó con tratamiento de rehabilitación física, a pesar de presentar lesiones multifocales en el SNC y limitaciones significativas en su autonomía para las actividades diarias.
Ausencia de atenciones por terapia ocupacional vs discapacidad	El 80,68% de los registros con EM recurrente-remitente y discapacidad leve a moderada no accedieron a terapia ocupacional en el periodo evaluado. Esta situación se evidenció en el 76,62% de los registros con EM progresiva primaria y en el 72,39% de los que tenían EM progresiva secundaria, ambos con discapacidad leve a moderada. Esto refleja la necesidad urgente de incorporar y garantizar el manejo integral y el acceso a terapias ocupacionales como parte del tratamiento multidisciplinario.

Una vez finalizados los procesos de verificación de los datos y la validación de la coherencia de la información, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) realizaron la aprobación de la base de datos correspondiente a la cohorte. Posteriormente, se llevó a cabo la reunión de cierre de auditoría, en la cual se socializaron los hallazgos específicos identificados para esta población y se hizo entrega del informe de calidad respectivo.

Análisis epidemiológico

Análisis descriptivo

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de interés. En el primer grupo se describieron la edad, el sexo, la entidad territorial, el régimen del aseguramiento y la entidad que realizó el reporte. En el segundo se incluyeron las relacionadas con el diagnóstico (en los casos incidentes), las comorbilidades, los resultados de los laboratorios clínicos e imagenológicos, y el seguimiento a las atenciones y al tratamiento. Las variables cuantitativas fueron analizadas utilizando las medidas de tendencia central y dispersión; y las cualitativas con frecuencias absolutas y relativas.

Estimación de la morbilidad y la mortalidad

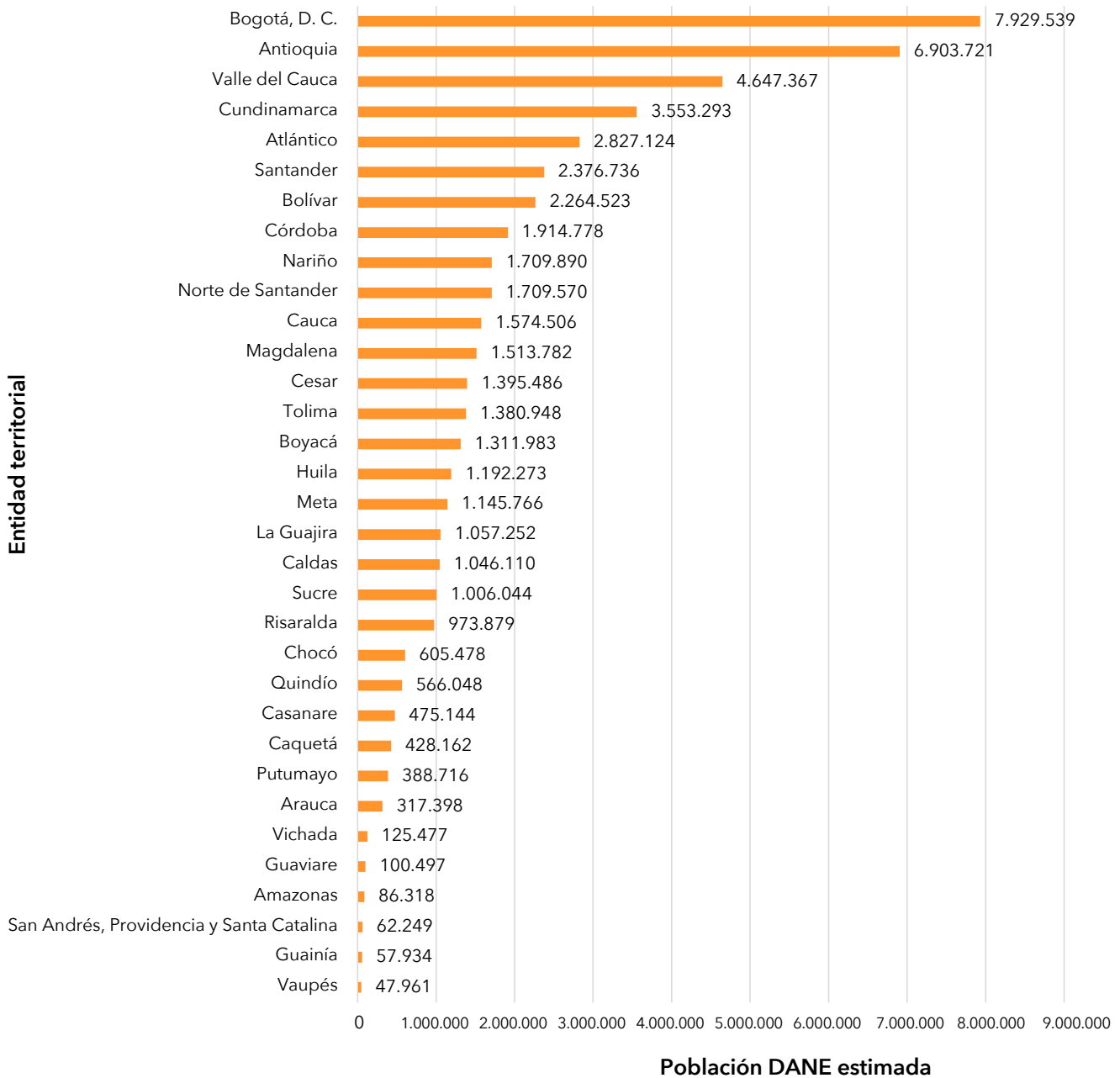
Se calcularon la incidencia, la prevalencia y la mortalidad, definidas para este documento de la siguiente forma:

- **Incidencia:** corresponde a las personas con fecha de diagnóstico de EM entre el 1º de enero y el 31 de diciembre del 2024. Se reporta como el número de casos nuevos por 100.000 habitantes o afiliados, según corresponda.
- **Prevalencia:** se refiere al número de personas con diagnóstico de EM reportadas durante el periodo de interés, independiente del estado vital a la fecha de corte, es decir, se calculó una prevalencia de periodo. Se informa como el número de casos por 100.000 habitantes o afiliados.
- **Mortalidad:** los fallecimientos se definieron con base en las novedades administrativas del reporte y el cruce con la base de datos de mortalidad de la BDUA, considerada como la fuente oficial debido a que su información ha sido cruzada con el Registro Único de Afiliados (RUAF) de la Registraduría Nacional del Estado Civil y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Se reporta como el número de casos de fallecidos por cualquier causa con diagnóstico de EM por 100.000 habitantes o afiliados.



Las medidas de morbilidad se estandarizaron por la edad, utilizando el método directo y tomando como referencia la población colombiana estimada por el DANE (n= 52.695.952) (**figura 1**). Para ajustar las estimaciones nacionales se tomó como referencia a la población estándar mundial, por quinquenios, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (46). La morbilidad se calculó para las regiones del país que son definidas por el DANE según el producto interno bruto.

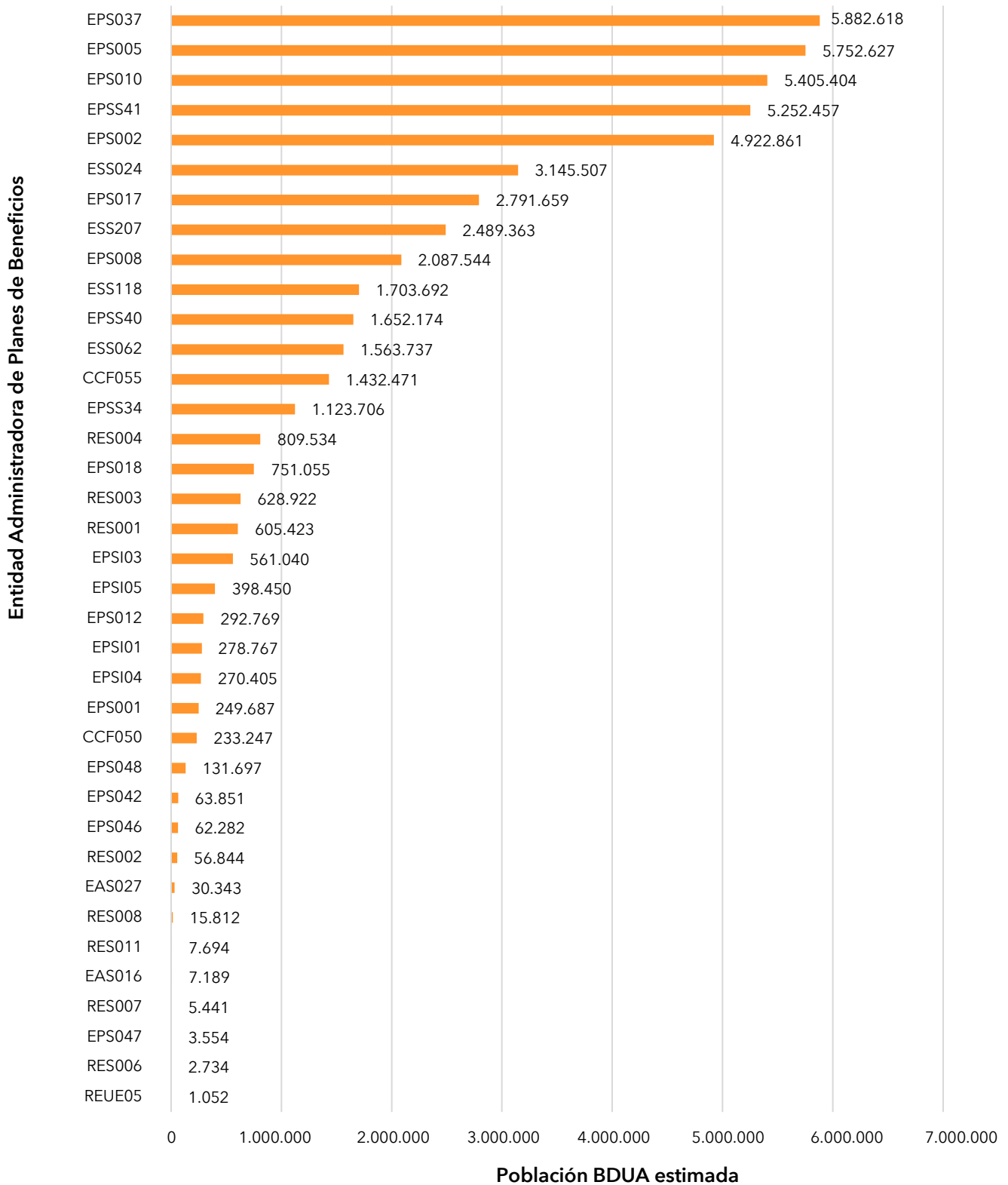
Figura 1. Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2024



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

[Descargar figura](#)

Figura 2. Número de afiliados según la Entidad Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2024



Fuente: base de datos única de afiliados, Ministerio de Salud y Protección Social y reporte de las entidades de los regímenes especial y de excepción, con corte al 31 de julio del 2024.

[Descargar figura](#)

1.

Caracterización de las **personas incidentes** con esclerosis múltiple



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

1.

RESUMEN infográfico

Caracterización de las personas incidentes con esclerosis múltiple

Periodo: del 1° de enero del 2024 al 31 de diciembre del 2024.



Se identificaron **4.381** personas con EM, de las cuales 203 correspondieron a casos nuevos.

El **68,47%** correspondió a **mujeres**

(n= 139), lo que equivale a una razón de 2,17 mujeres por cada hombre.



La mediana de la edad fue de 37 años (RIC: 29 - 47). Al desagregar por sexo, esta medida fue de 36 años en mujeres (RIC: 28 - 46) y de 40 años en hombres (RIC: 32 - 48), cifras que superan la mediana mundial de 20 - 30 años.



Bogotá, D. C., concentró la mayor proporción de casos incidentes (46,80%), posicionándose como la región con la mayor carga de la enfermedad.



En el régimen contributivo se observó una disminución en el número de casos incidentes, al pasar de 183 a 170 (reducción del 7,10%), mientras que en el subsidiado se registró un aumento, pasando de 14 a 27 casos (incremento del 92,86%).



El número de personas con fenotipo recurrente-remitente se redujo levemente, de 134 a 131 casos, lo que representa una disminución del 2,24% respecto al año anterior.

La EDSS fue registrada en el **65,5%** de los **casos incidentes.**

EM: esclerosis múltiple.

RIC: rango intercuartílico.

EDSS: escala ampliada del estado de discapacidad.

[Descargar infografía](#)



1. Caracterización de las personas incidentes con esclerosis múltiple

Entre el 1° de enero y el 31 de diciembre del 2024, se registraron 203 personas con EM. A continuación, se detallan las características sociodemográficas y clínicas más relevantes de esta población.

1.1. Caracterización demográfica de las personas incidentes con EM

En comparación con el año anterior, los casos incidentes de EM aumentaron de 202 a 203, lo que representa una variación porcentual del 0,5%, lo cual refleja una estabilidad relativa en la incidencia de la enfermedad (**figura 3**).

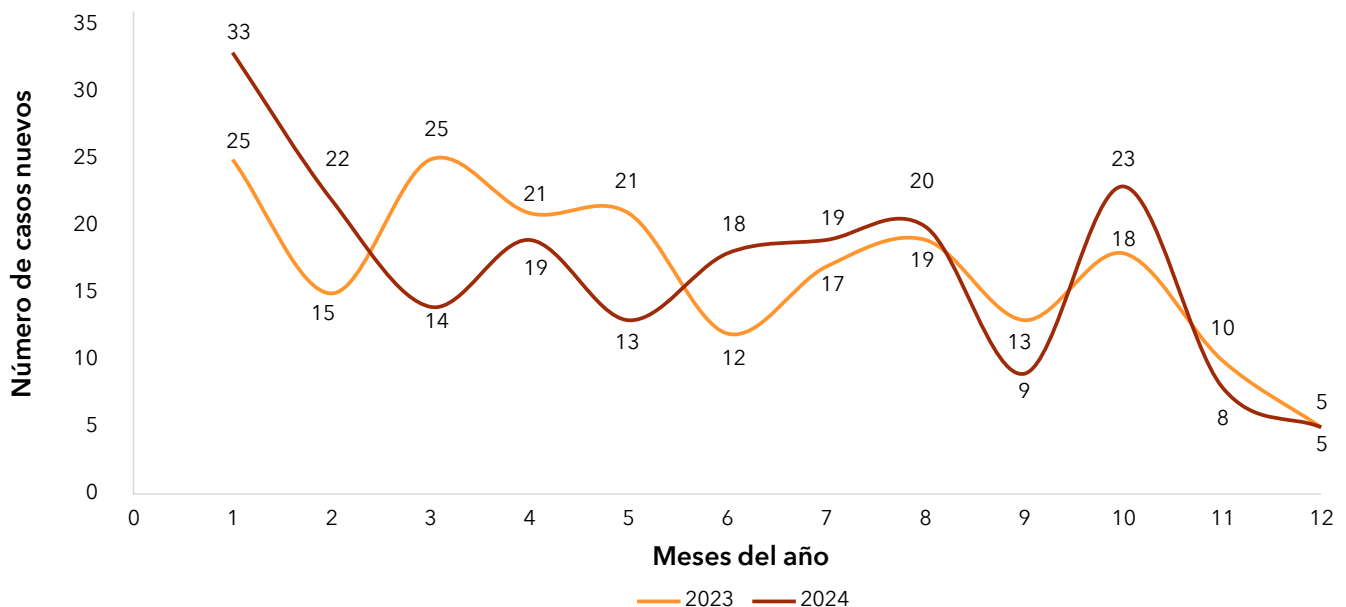
Figura 3. Casos incidentes de EM, Colombia 2023 - 2024



[Descargar figura](#)

En la **figura 4**, se muestra la variación en las tendencias de los reportes mensuales de los años 2023 y 2024. No se observó un patrón estacionario evidente, lo cual es esperable, ya que la EM no tiene una clara estacionalidad.

Figura 4. Tendencia mensual del reporte de los casos incidentes de EM, Colombia 2023 - 2024



Reporte 2023: de enero de 2023 a diciembre del 2023.
Reporte 2024: de enero de 2024 a diciembre del 2024.

[Descargar figura](#)

Reporte especial de la esclerosis múltiple en Colombia, 2024

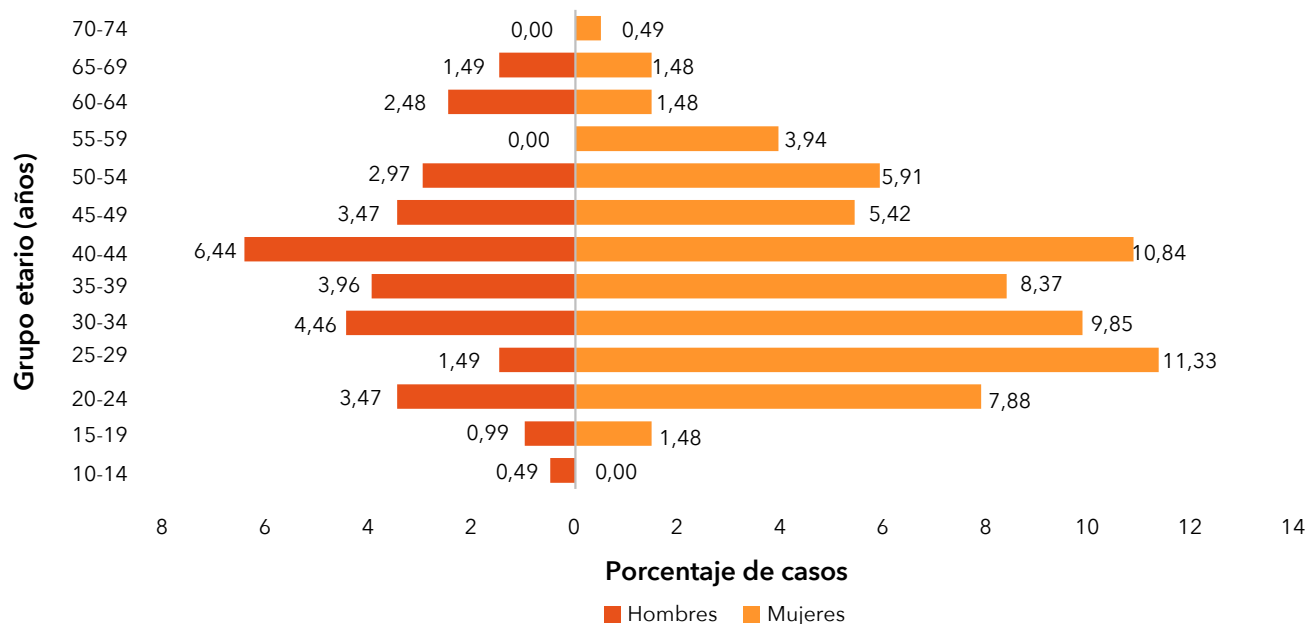
Caracterización de las personas incidentes con esclerosis múltiple

1.1.1. Distribución de las personas incidentes según la edad, la etnia y el sexo

El 68,47% de la población reportada fue femenina (n= 139), lo que corresponde a una relación de 2,17 mujeres por cada hombre. En cuanto a la etnia, el 91,63% (n= 186) no se identificó con un grupo específico y el 7,39% (n= 15) pertenecía a etnia negra. Por otro lado, los grupos étnicos indígena y ROM registraron un caso cada uno, representando el 0,49% para cada grupo. No se registraron nuevos casos entre personas que se identificaran como raizales del archipiélago de San Andrés y Providencia ni como palenqueros de San Basilio de Palenque.

La mediana de la edad fue de 37 años (RIC: 29 - 47). En las mujeres fue de 36 años (RIC: 28 - 46) y en los hombres de 40 años (RIC: 32 - 48), medianas que superan la cifra mundial de 20 - 30 años (15). En el sexo femenino la mayor frecuencia de los casos nuevos se registró entre los 25 y los 29 años (11,33%), mientras que en el masculino se observó en el rango de 40 a 44 años (6,44%), lo que evidencia una mayor afectación en adultos jóvenes, especialmente del sexo femenino. El 55,17% se presentó en mujeres menores de 50 años, lo que subraya la necesidad de fortalecer la sospecha clínica temprana en esta población, dado que no tiene prevención primaria conocida (47). En la **figura 5** se muestra la pirámide poblacional para los casos incidentes de EM.

Figura 5. Pirámide poblacional de los casos incidentes de EM, Colombia 2024



[Descargar figura](#)

1.1.2. Distribución de las personas incidentes de EM según la región

La mayor proporción de casos incidentes se registró en Bogotá, D. C., con un 46,80%, consolidándose como la región con mayor carga de la enfermedad, mostrando un incremento del 25% en comparación con el año anterior. Así mismo, concentró la mayor proporción de casos por sexo en ambos grupos: con un 46,88% en los hombres y un 46,76% en las mujeres. Por su parte, la región Central aporta el 18,72% y la región Caribe el 10,84%. La región de la Amazonía-Orinoquía continúa sin registro de casos (**tabla 4**).



Tabla 4. Casos incidentes de EM según la región y el sexo, Colombia 2024

Región	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Bogotá, D. C.	30 (46,88)	65 (46,76)	95 (46,80)
Caribe	13 (20,31)	9 (6,47)	22 (10,84)
Central	10 (15,63)	28 (20,14)	38 (18,72)
Oriental	8 (12,50)	21 (15,11)	29 (14,29)
Pacífica	3 (4,69)	16 (11,51)	19 (9,36)
Total	64 (100,00)	139 (100,00)	203 (100,00)

1.1.3. Distribución de las personas incidentes de EM según el régimen de afiliación

Durante el periodo analizado, el número de casos incidentes en el régimen contributivo disminuyó, pasó de 183 a 170, lo que representa una reducción del 7,10%. En cambio, en el subsidiado aumentaron, pasando de 14 a 27 casos, lo que implica un incremento de 92,86%. En la **tabla 5** se describen las características según el régimen de afiliación.

Tabla 5. Características de los casos incidentes de EM según el régimen de afiliación, Colombia 2024

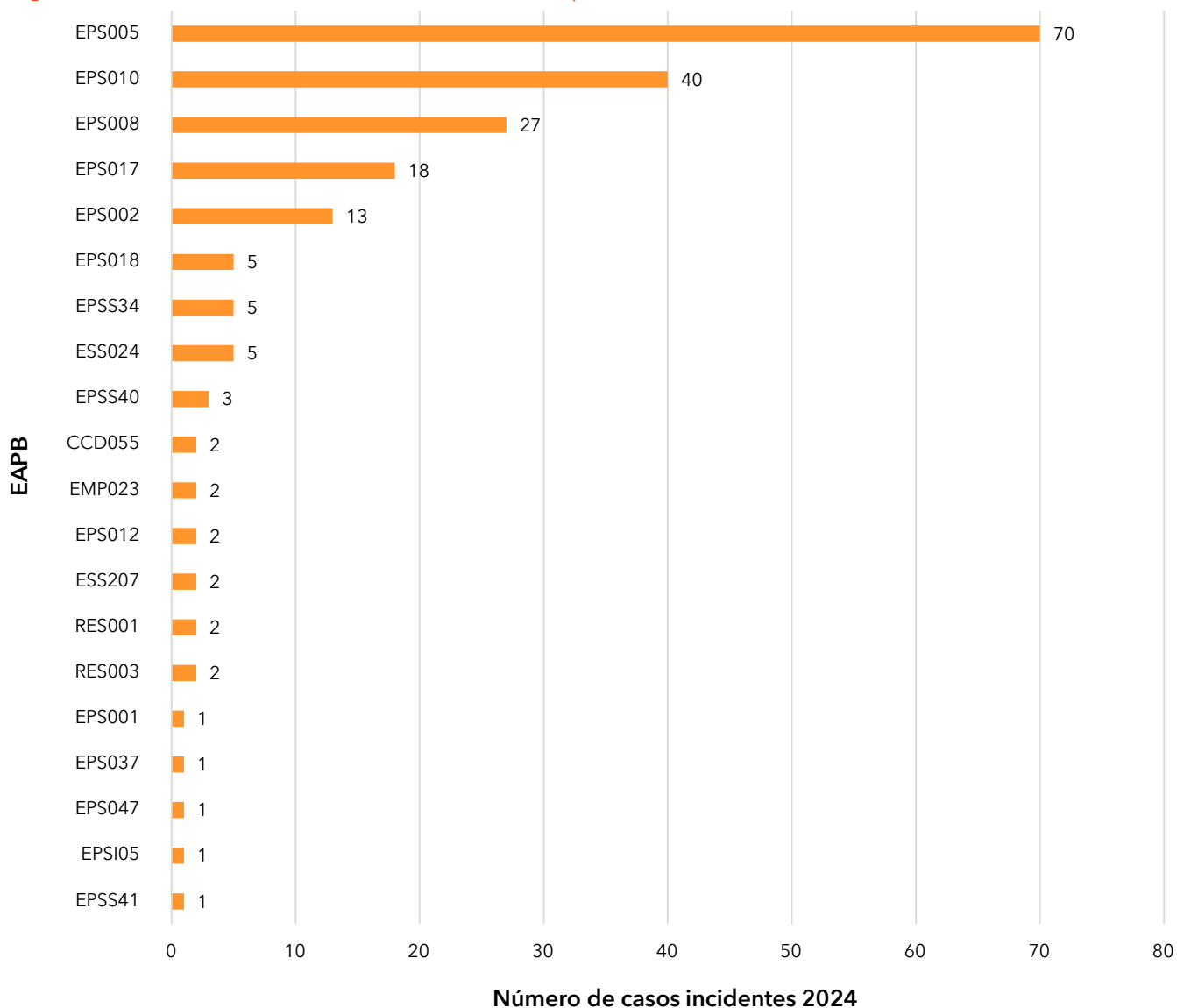
Variables	Régimen de afiliación				Total n= 203 n (%)
	Contributivo n= 170 n (%)	Subsidiado n= 27 n (%)	Excepción n= 4 n (%)	Voluntario n= 2 n (%)	
Sexo					
Mujeres	118 (69,41)	18 (66,67)	1 (25,00)	2 (100,00)	139 (68,47)
Hombres	52 (30,59)	9 (33,33)	3 (75,00)	0 (0,00)	64 (31,53)
Edad (años)¹	37 (29 - 46)	44 (28 - 54)	44,5 (33,5 - 46,5)	31,5 (17 - 46)	37 (29 - 47)
Grupo etario					
10-14	1 (0,59)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,49)
15-19	3 (1,76)	1 (3,70)	0 (0,00)	1 (50,00)	5 (2,46)
20-24	17 (10,00)	5 (18,52)	1 (25,00)	0 (0,00)	23 (11,33)
25-29	25 (14,71)	1 (3,70)	0 (0,00)	0 (0,00)	26 (12,81)
30-34	26 (15,29)	3 (11,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	29 (14,29)
35-39	22 (12,94)	3 (11,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	25 (12,32)
40-44	32 (18,82)	2 (7,41)	1 (25,00)	0 (0,00)	35 (17,24)
45-49	13 (7,65)	2 (7,41)	2 (50,00)	1 (50,00)	18 (8,87)
50-54	14 (8,24)	4 (14,81)	0 (0,00)	0 (0,00)	18 (8,87)
55-59	6 (3,53)	2 (7,41)	0 (0,00)	0 (0,00)	8 (3,94)
60-64	5 (2,94)	3 (11,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	8 (3,94)
65-69	5 (2,94)	1 (3,70)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (2,96)
70-74	1 (0,59)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,49)

¹ Mediana (rango intercuartil).

1.1.4. Distribución de las personas incidentes según la entidad aseguradora

Las entidades con el mayor número de incidentes en el régimen contributivo fueron la EPS005 (n= 67), la EPS010 (n= 37) y la EPS008 (n= 26). Por el contrario, las EAPB del subsidiado fueron la ESS024 y la EPSS34, cada una con 5 casos. En la **figura 6** se presenta la distribución por cada EAPB.

Figura 6. Distribución de los casos incidentes de EM por cada EAPB, Colombia 2024



[Descargar figura](#)

1.2. Características clínicas de las personas incidentes con EM

Los criterios diagnósticos de la EM se fundamentan en presentar dos episodios o un solo episodio clínico con hallazgos en RM que determinen diseminación en espacio (DIS) y en tiempo (DIT), o determinación de bandas oligoclonales en el líquido cefalorraquídeo. Los nuevos criterios incluso establecen que puede no requerir DIT si hay 4 o 5, de 5 topografías comprometidas, e incluso puede no haber brotes clínicos, pero sí hallazgos en la resonancia, característicos y anomalías en el LCR (24).

Actualmente, se reconocen tres formas principales de la enfermedad: la EM recurrente-remitente, caracterizada por ataques clínicos seguidos de remisiones; la EM progresiva primaria, que se manifiesta con un deterioro continuo sin brotes ni remisiones; y la EM progresiva secundaria, que suele desarrollarse tras una fase recurrente-remitente y se distingue por una progresión constante sin remisiones (48,49).



Durante el periodo de análisis, en comparación al año anterior, las personas con fenotipo recurrente-remiteante disminuyeron al 2,24%, las clasificadas en el tipo progresiva primaria presentaron una variación porcentual del 18,18% hacia el incremento, mientras que la forma progresiva secundaria se mantuvo estable. Se observó además que los fenotipos progresivos fueron diagnosticados en edades mayores.

La información sobre la EDSS se registró en el 65,5% de los incidentes. De estos, el 13,5% presentó un examen neurológico normal al momento del diagnóstico, mientras que el 64,6% evidenció una discapacidad mínima a moderada, manteniéndose funcionalmente independientes. Por otro lado, un 14,28% mostró discapacidad significativa y un 6,76% adicional requería asistencia para movilizarse. Solo se identificó un caso con funciones muy limitadas o confinamiento en cama. Estos hallazgos sugieren que la mayoría de las personas son diagnosticadas en etapas con discapacidad leve, en relación con una detección oportuna. Los resultados de la EDSS según el fenotipo de EM se detallan en la **tabla 6**.

Tabla 6. Características clínicas de los casos incidentes según el fenotipo de EM, Colombia 2024

Variables clínicas	EM recurrente remiteante n= 131 n (%)	EM progresiva primaria n= 26 n (%)	EM progresiva secundaria n= 4 n (%)	Fenotipo no clasificado ² n= 42 n (%)	Total n= 203 n (%)
Edad al momento del diagnóstico (años)¹	34 (26 - 43)	43 (38 - 54)	55,5 (48,5 - 63)	41 (30 - 50)	37 (29 - 46)
Régimen de afiliación					
Contributivo	108 (82,44)	20 (76,92)	3 (75,00)	39 (92,86)	170 (83,74)
Subsidiado	20 (15,27)	5 (19,23)	1 (25,00)	1 (2,38)	27 (13,30)
Excepción	2 (1,53)	1 (3,85)	0 (0,00)	1 (2,38)	4 (1,97)
Voluntario	1 (0,76)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (2,38)	2 (0,99)
Resultado de la escala ampliada del estado de discapacidad (EDSS)					
Examen neurológico normal	17 (12,98)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (2,38)	18 (8,87)
Discapacidad mínima a moderada, paciente ambulatorio	61 (46,56)	2 (7,69)	0 (0,00)	23 (54,76)	86 (42,36)
Discapacidad significativa, aún camina sin ayuda	9 (6,87)	9 (34,62)	0 (0,00)	1 (2,38)	19 (9,36)
Requiere ayuda para caminar (bastón, muleta, etc.)	2 (1,53)	5 (19,23)	2 (50,00)	0 (0,00)	9 (4,43)
Restricciones severas en movilidad, usa silla de ruedas	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Paciente confinado a cama, funciones muy limitadas	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (25,00)	0 (0,00)	1 (0,49)
Fallecimiento debido a EM	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Sin dato	42 (32,06)	10 (38,46)	1 (25,00)	17 (49,48)	70 (34,48)

¹ Mediana (rango intercuartil).

² **Fenotipo no clasificado:** corresponde a los pacientes donde no se registró el fenotipo en la historia clínica.

1.3. Estudios de apoyo al momento del diagnóstico de la EM en las personas incidentes

En los casos incidentes, los estudios iniciales de apoyo diagnóstico mostraron un alto grado de adherencia a los estándares clínicos. En el 99,05% (n= 202) de los casos, se registró al menos una valoración por neurología. En el caso que no tuvo atención por esta especialidad, se constató una evaluación por medicina interna durante una hospitalización.

A su vez, el análisis de bandas oligoclonales en líquido cefalorraquídeo se realizó en el 75,37% (n= 153) de los casos, mientras que la RM cerebral y de médula espinal se llevó a cabo en el 93,10% (n= 189). En el 6,90% restante no se encontraron datos registrados en la historia clínica. Estos resultados evidencian una adecuada implementación de las herramientas diagnósticas recomendadas para la caracterización inicial de la enfermedad.



2.

Caracterización
de las **personas
prevalentes** con
esclerosis múltiple



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo



2.

RESUMEN infográfico

Caracterización de las personas prevalentes con esclerosis múltiple

Periodo: del 1° de enero del 2024 al 31 de diciembre del 2024.



En 2024, la prevalencia de EM ascendió a

4.381 casos,

lo que representa un incremento del 12,36% en comparación con los 3.899 casos registrados en 2023.

El **70,51%** de los casos prevalentes correspondieron a mujeres (n= 3.089).



La mediana de la edad fue de 45 años (RIC: 35 - 56). Al analizar por el sexo, se observó una mediana de 45 años en mujeres (RIC: 36 - 56) y de 44 años en hombres (RIC: 35 - 55), sin diferencias significativas en la distribución etaria entre ambos grupos.



Las regiones con mayor concentración de personas con EM fueron Bogotá, D. C., (41,84%), la región Central (28,94%) y la Caribe (10,41%).



La mayoría de los casos estaban afiliados al régimen contributivo (n= 3.721), seguido del subsidiado (n= 444).



El seguimiento clínico se realizó mediante la evaluación de la EDSS en el 63,71%.



Dentro de los exámenes de seguimiento, se realizó el recuento de linfocitos al 56,04% y la medición de pruebas de función hepática al 47,75%.



Se realizó una RM de control en el 46,25% de los casos prevalentes.



El fenotipo clínico predominante fue el recurrente-remitente, presente en el 71,9% de los casos (n= 3.148).

El **6,25%** de los **pacientes** mostró signos de actividad inflamatoria en la RM de seguimiento.

EM: esclerosis múltiple.

RM: resonancia magnética.

EDSS: escala ampliada del estado de discapacidad.

[Descargar infografía](#)

2. Caracterización de las personas prevalentes con esclerosis múltiple

2.1. Caracterización demográfica de las personas prevalentes con EM

Durante el año 2024, la prevalencia de EM ascendió a 4.381 casos, lo que supone un incremento del 12,36% respecto a los 3.899 registrados en 2023. Las cifras notificadas en el reporte de la CAC superan las cifras estimadas por el Atlas de la Federación Internacional de EM (28), sin embargo, son inferiores a lo reportado en la situación epidemiológica del protocolo de enfermedades huérfanas del INS, donde confirman 5.166 casos de EM (34) (figura 7).

Figura 7. Prevalencia de la EM, Colombia 2023 - 2024



[Descargar figura](#)

2.1.1. Distribución de las personas prevalentes con EM según las características demográficas

En relación con la pertenencia étnica, se observó que la categoría más frecuente registrada fue la de personas identificadas como negras, mulatas, afrocolombianas o afrodescendientes, en un 0,96% (n= 42). Principalmente en el régimen contributivo, el 98,74% no registró pertenencia a ningún grupo étnico. Respecto a la clasificación por el grupo poblacional, se identificaron 207 casos (4,72%) en adultos mayores, 23 personas (0,52%) en situación de desplazamiento forzado o víctimas de violencia armada y cuatro mujeres (0,09%) en estado de embarazo (tabla 7).

Tabla 7. Características demográficas de las personas prevalentes con EM según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Características	Régimen de afiliación					Total ² n= 4.381 n (%)
	Contributivo n= 3.721 n (%)	Especial n= 16 n (%)	Excepción n= 198 n (%)	Subsidiado n= 444 n (%)	Voluntario n= 2 n (%)	
Edad (años)¹	44 (36 - 56)	60 (55,5 - 67)	51 (42 - 61)	43 (33 - 53)	31,5 (17 - 46)	45 (35 - 56)
Pertenencia étnica						
Indígena	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	10 (2,25)	0 (0,00)	10 (0,23)
ROM (Gitano)	1 (0,03)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,02)



Tabla 7. Características demográficas de las personas prevalentes con EM según el régimen de afiliación, Colombia 2024 (continuación)

Características	Régimen de afiliación					Total ² n= 4.381 n (%)
	Contributivo n= 3.721 n (%)	Especial n= 16 n (%)	Excepción n= 198 n (%)	Subsidiado n= 444 n (%)	Voluntario n= 2 n (%)	
Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia	1 (0,03)	0 (0,00)	1 (0,51)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,05)
Palenquero de San Basilio	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Negro/a	34 (0,91)	0 (0,00)	2 (1,01)	6 (1,35)	0 (0,00)	42 (0,96)
Ninguna	3.685 (99,03)	16 (100,00)	195 (98,48)	428 (96,40)	2 (100,00)	4.326 (98,74)
Grupo poblacional						
Mujer embarazada	4 (0,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,09)
Desplazado	4 (0,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,90)	0 (0,00)	8 (0,18)
Adulto mayor	178 (4,78)	6 (37,50)	20 (10,10)	3 (0,68)	0 (0,00)	207 (4,72)
Cabeza de familia	1 (0,03)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,02)
Víctima de violencia armada	11 (0,30)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,90)	0 (0,00)	15 (0,34)
Discapacitado del sistema nervioso	16 (0,43)	0 (0,00)	0 (0,00)	52 (11,71)	0 (0,00)	68 (1,55)
No definido	1.852 (49,77)	6 (37,50)	71 (35,86)	171 (38,51)	2 (100,00)	2.102 (47,98)
Otro grupo poblacional	1.655 (44,48)	4 (25,00)	107 (54,04)	210 (47,30)	0 (0,00)	1.976 (45,10)

¹ Mediana (rango intercuartil).

² Se incluyen los casos prevalentes reportados en el periodo (n= 4.381).

El 70,51% de los casos prevalentes correspondieron a mujeres (n= 3.089), lo que equivale a una razón mujer:hombre de 2,39:1, manteniendo un comportamiento similar al periodo anterior (2,43). Esto refleja el conocido predominio femenino en la distribución de la enfermedad, consistente con lo reportado en la literatura científica a nivel global.

La mediana de la edad fue de 45 años (RIC: 35 - 56). Al desagregar por el sexo, se observó una mediana de 45 años (RIC: 36 - 56) en mujeres y de 44 años (RIC: 35 - 55) en hombres, sin diferencias significativas en la distribución etaria por sexo, cifras que además superan la mediana mundial de 20 - 30 años (15). En ambos grupos la mayor concentración se presentó en el rango etario de 40 a 44 años, lo cual es consistente con el curso clínico de la EM, que suele diagnosticarse en la adultez temprana o mediana. En contraste, la menor prevalencia se observó en menores de 18 años, lo cual concuerda con la baja frecuencia de formas pediátricas de la enfermedad (51).

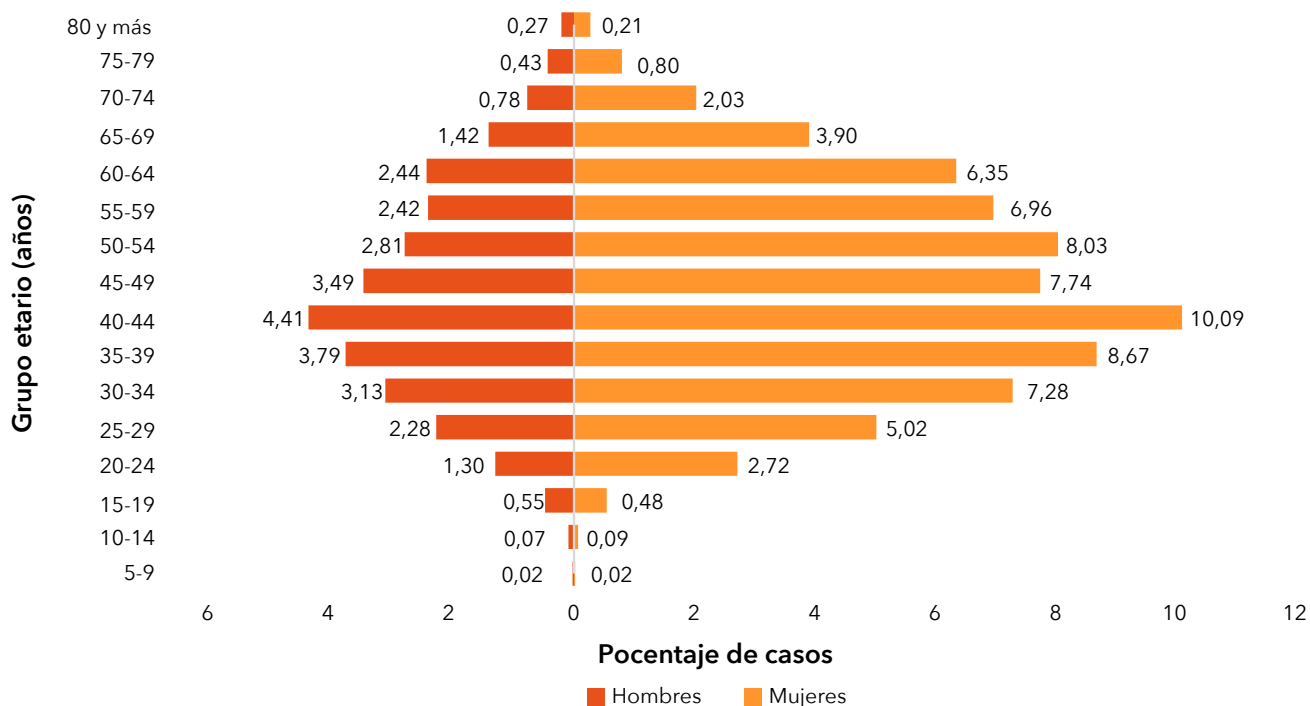
Cabe destacar que, en la población mayor de 50 años, el 73% de los casos correspondieron a mujeres, lo que sugiere una mayor carga de la enfermedad en este grupo poblacional, de mediana y avanzada edad (**figura 8**). Este comportamiento epidemiológico podría estar relacionado con factores hormonales, genéticos y ambientales que modulan el riesgo y la progresión de la EM (52).

Reporte especial de la esclerosis múltiple en Colombia, 2024

Caracterización de las personas prevalentes con esclerosis múltiple

www.fundacioncolombiana.org

Figura 8. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de EM, Colombia 2024



[Descargar figura](#)

2.1.2. Distribución de las personas prevalentes con EM según la entidad territorial

Las regiones con mayor concentración de casos prevalentes fueron Bogotá, D. C., (41,84%), seguida por la región Central (28,94%) y la Caribe (10,41%) (**tabla 8**). Aunque la Amazonía-Orinoquía presentó el menor número de casos, registró un incremento del 50% en comparación con el año anterior, pasando de 4 en 2023 a 6 en 2024.

Tabla 8. Casos prevalentes de la EM según la región, Colombia 2024

Región	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total n (%)
Amazonía-Orinoquía	2 (0,15)	4 (0,15)	6 (0,14)
Bogotá, D. C.	542 (41,95)	1.291 (41,79)	1.833 (41,84)
Caribe	139 (10,76)	317 (10,26)	456 (10,41)
Central	333 (25,77)	935 (30,27)	1.268 (28,94)
Oriental	144 (11,15)	268 (8,68)	412 (9,40)
Pacífica	132 (10,22)	274 (8,87)	406 (9,27)
Total	1.292 (100,00)	3.089 (100,00)	4.381 (100,00)

2.1.3. Distribución de las personas prevalentes de EM por la región y el régimen de afiliación

En cuanto a la relación de los casos prevalentes, por la región y el tipo de afiliación, se evidencia que en la región de Bogotá, D. C., se concentra el mayor número de casos con el 41,84%, seguida de la región Central con el 28,94% y de la Caribe con el 10,41% (**tabla 9**).



Tabla 9. Características de los casos prevalentes de EM según la región y el régimen de afiliación.

Región	Régimen de afiliación					Total n= 4.381 n (%)
	Contributivo n= 3.721 n (%)	Especial n= 16 n (%)	Excepción n= 198 n (%)	Subsidiado n= 444 n (%)	Voluntario n= 2 n (%)	
Amazonía-Orinoquía	3 (0,08)	0 (0,00)	3 (1,52)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,14)
Bogotá, D. C.	1.684 (45,26)	5 (31,25)	66 (33,33)	77 (17,34)	1 (50,00)	1.833 (41,84)
Caribe	307 (8,25)	0 (0,00)	29 (14,65)	120 (27,03)	0 (0,00)	456 (10,41)
Central	1.066 (28,65)	7 (43,75)	39 (19,70)	155 (34,91)	1 (50,00)	1.268 (28,94)
Oriental	323 (8,68)	2 (12,50)	44 (22,22)	43 (9,68)	0 (0,00)	412 (9,40)
Pacífica	338 (9,08)	2 (12,50)	17 (8,59)	49 (11,04)	0 (0,00)	406 (9,27)
Total	3.721(100,00)	16(100,00)	198(100,00)	444(100,00)	2(100,00)	4.381 (100,00)

2.1.4. Distribución de las personas prevalentes con EM según el régimen de afiliación

En cuanto a la relación entre los casos prevalentes y el tipo de afiliación, se evidenció que la mayoría de las personas estaban vinculadas al contributivo (n= 3.721), seguido por el subsidiado (n= 444). La mediana de la edad más alta se registró en el régimen especial (60 años), mientras que la más baja se observó en los afiliados a planes voluntarios de salud (31,5 años). El mayor número de casos se presentó en el grupo de 40 a 44 años (n= 635), seguido por el grupo de 35 a 39 años (n= 546) (**tabla 10**).

Tabla 10. Características de los casos prevalentes de EM según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Características	Régimen de afiliación					Total n= 4.381 n (%)
	Contributivo n= 3.721 n (%)	Especial n= 16 n (%)	Excepción n= 198 n (%)	Subsidiado n= 444 n (%)	Voluntario n= 2 n (%)	
Sexo						
Femenino	2.643 (85,56)	11 (0,36)	127 (4,11)	306 (9,91)	2 (0,06)	3.089 (100,00)
Masculino	1.078 (83,44)	5 (0,39)	71 (5,50)	138 (10,68)	0 (0,00)	1.292 (100,00)
Edad (años)¹	44 (36 - 56)	60 (55,5 - 67)	51 (42 - 61)	43 (33 - 53)	31,5 (17 - 46)	45 (65 - 56)
Grupo etario						
5 - 9	2 (0,05)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,05)
10 - 14	4 (0,11)	0 (0,00)	1 (0,51)	2 (0,45)	0 (0,00)	7 (0,16)
15 - 19	32 (0,86)	0 (0,00)	1 (0,51)	11 (2,48)	1 (50,00)	45 (1,03)
20 - 24	142 (3,82)	0 (0,00)	8 (4,04)	26 (5,86)	0 (0,00)	176 (4,02)
25 - 29	272 (7,31)	0 (0,00)	9 (4,55)	39 (8,78)	0 (0,00)	320 (7,30)
30 - 34	389 (10,45)	0 (0,00)	10 (5,05)	57 (12,84)	0 (0,00)	456 (10,41)
35 - 39	478 (12,85)	0 (0,00)	12 (6,06)	56 (12,61)	0 (0,00)	546 (12,46)
40 - 44	565 (15,18)	1 (6,25)	20 (10,10)	49 (11,04)	0 (0,00)	635 (14,49)
45 - 49	403 (10,83)	1 (6,25)	30 (15,15)	57 (12,84)	1 (50,00)	492 (11,23)
50 - 54	401 (10,78)	1 (6,25)	24 (12,12)	49 (11,04)	0 (0,00)	475 (10,84)
55 - 59	349 (9,38)	5 (31,25)	21 (10,61)	36 (8,11)	0 (0,00)	411 (9,38)
60 - 64	318 (8,55)	3 (18,75)	28 (14,14)	36 (8,11)	0 (0,00)	385 (8,79)
65 - 69	202 (5,43)	2 (12,50)	14 (7,07)	15 (3,38)	0 (0,00)	233 (5,32)
70 - 74	104 (2,79)	2 (12,50)	11 (5,56)	6 (1,35)	0 (0,00)	123 (2,81)
75 - 79	46 (1,24)	1 (6,25)	4 (2,02)	3 (0,68)	0 (0,00)	54 (1,23)
80 o más	14 (0,38)	0 (0,00)	5 (2,53)	2 (0,45)	0 (0,00)	21 (0,48)

¹ Mediana (rango intercuartil).

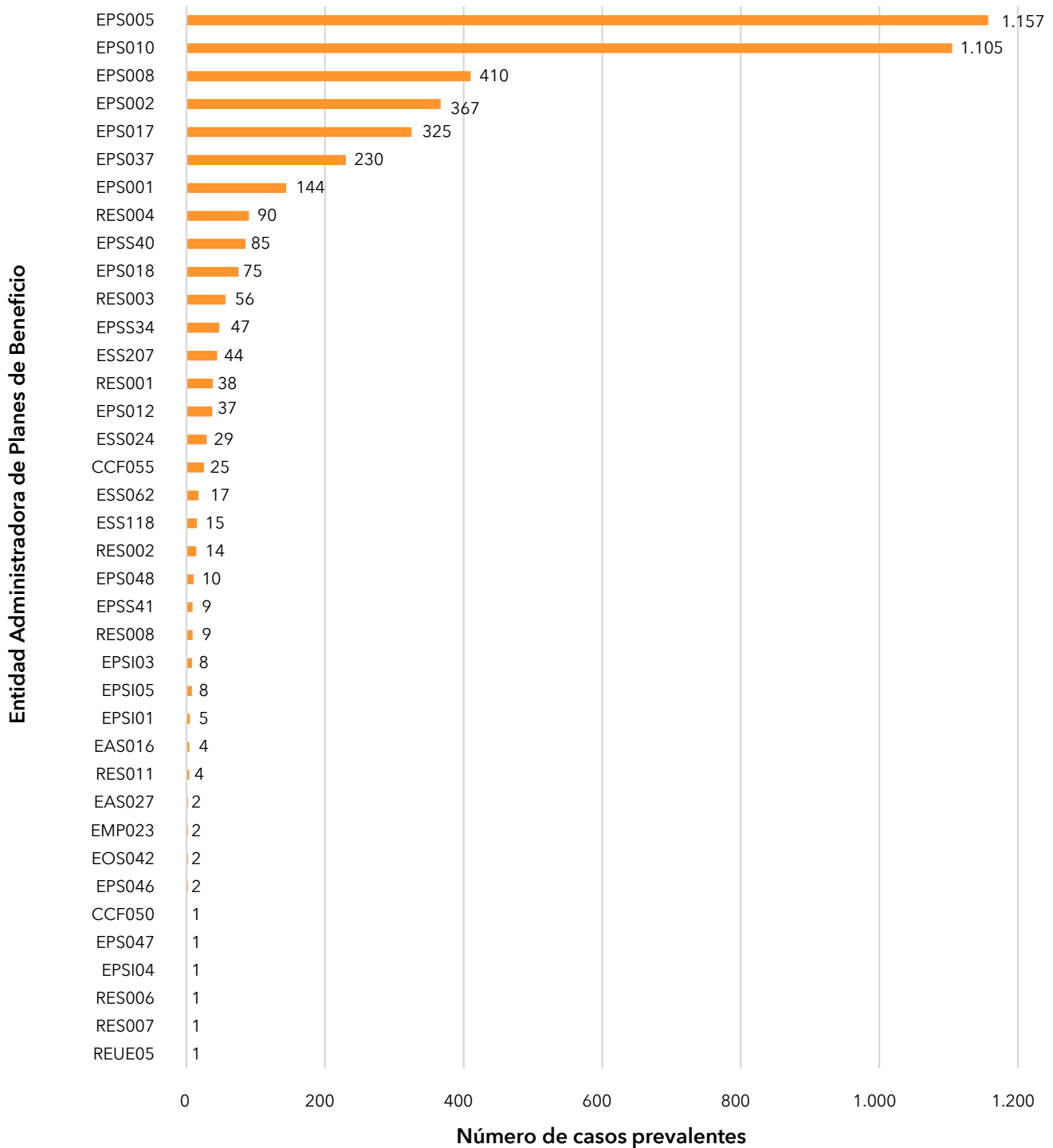
Reporte especial de la esclerosis múltiple en Colombia, 2024

Caracterización de las personas prevalentes con esclerosis múltiple

2.1.5. Distribución de las personas prevalentes con EM según la entidad aseguradora

En la **figura 9** se presenta la distribución de los casos prevalentes por cada EAPB. Se observó una alta concentración en un número reducido de entidades, siendo las principales la EPS005 con 1.157 casos; la EPS010 con 1.105 ; y la EPS008 con 410 .

Figura 9. Distribución de los casos prevalentes de EM por cada EAPB, Colombia 2024



[Descargar figura](#)



2.2. Características clínicas de los casos prevalentes de EM

Durante el 2024, para llevar a cabo el seguimiento clínico se realizó la EDSS con una cobertura del 63,71%. Además, en estudios de minimización del riesgo se realizó el recuento de linfocitos al 56,04% de los casos, la medición de la función hepática al 47,75% y como biomarcadores la RM al 46,25%. Estas acciones forman parte del monitoreo integral de la progresión de la enfermedad y de la seguridad terapéutica en las personas bajo tratamiento modificador de la enfermedad (**tabla 11**).

Tabla 11. Estudios de seguimiento realizados según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables clínicas	Régimen de afiliación					Total n= 4.381 n (%)
	Contributivo n= 3.721 n (%)	Especial n= 16 n (%)	Excepción n= 198 n (%)	Subsidiado n= 444 n (%)	Voluntario n= 2 n (%)	
Edad al momento del diagnóstico (años)¹	33 (26 - 42)	45 (36 - 51)	37,5 (29 - 46)	33 (25 - 44)	31 (17 - 45)	33 (26 - 42)
Evaluación clínica						
Evaluación EDSS	2.495 (67,05)	5 (31,25)	51 (25,76)	240 (54,05)	0 (0,00)	2.791 (63,71)
Estudios de seguimiento						
Recuento de linfocitos	2.218 (59,61)	13 (81,25)	61 (30,81)	161 (36,26)	2 (100,00)	2.455 (56,04)
Función hepática	1.913 (51,41)	11 (68,75)	34 (17,17)	133 (29,95)	1 (50,00)	2.092 (47,75)
Tamizaje de VIH	401 (10,78)	2 (12,50)	11 (5,56)	33 (7,43)	0 (0,00)	447 (10,20)
Tamizaje de VHB	468 (12,58)	2 (12,50)	9 (4,55)	45 (10,14)	1 (50,00)	525 (11,98)
Tamizaje de VHC	441 (11,85)	1 (6,25)	10 (5,05)	36 (8,11)	1 (50,00)	489 (11,16)
Tamizaje de VZ	376 (10,10)	1 (6,25)	8 (4,04)	31 (6,98)	0 (0,00)	416 (9,50)
Tamizaje de sífilis	347 (9,33)	1 (6,25)	6 (3,03)	27 (6,08)	0 (0,00)	381 (8,70)
Prueba de TB	368 (9,89)	1 (6,25)	8 (4,04)	34 (7,66)	1 (50,00)	412 (9,40)
Radiografía de tórax	397 (10,67)	0 (0,00)	14 (7,07)	33 (7,43)	0 (0,00)	444 (10,13)
Biomarcador						
Resonancia magnética de seguimiento	1.809 (48,62)	6 (37,50)	59 (29,80)	151 (34,01)	1 (50,00)	2.026 (46,25)

¹ Mediana (rango intercuartil).

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; **VHB:** virus de la hepatitis B; **VHC:** virus de la hepatitis C; **VZ:** varicela zóster; **TB:** tuberculosis.

Con relación al fenotipo clínico, predominó el recurrente-remitente, representando el 71,9% (n= 3.148), lo que constituye un porcentaje menor al perfil epidemiológico descrito en la literatura (del 80 al 85%) (24). No se documentaron personas con meningitis por listeria o criptococosis extrapulmonar.

Por otro lado, la EDSS fue aplicada en el 63,71% de las personas. Del total evaluado, 32,25% (n= 1.413) presentaron discapacidad mínima a moderada, el 8,45% (n= 370) requerían ayuda para la marcha, el 6,12% (n= 268) mostraron discapacidad significativa, el 3,86% (n= 169) presentaban restricción severa de la movilidad y el 0,91% (n= 40) estaban confinados a cama. Por otro lado, el 12,12% (n= 531) fueron clasificados con un examen neurológico normal, lo que indica una proporción relevante de personas sin evidencia de progresión neurológica o con un grado bajo a moderado de discapacidad funcional.

Se evidenciaron alteraciones en la radiografía de tórax en el 0,46% (n= 20), hallazgos que sugieren la baja frecuencia de manifestaciones inflamatorias activas o complicaciones pulmonares asociadas. El 6,25% (n= 274) de los casos presentó signos de actividad inflamatoria en la RM de seguimiento.

Respecto a los tamizajes, la prueba para tuberculosis latente fue positiva en el 0,66% y el 0,57% presentaba antecedentes de positividad previa o enfermedad activa. El tamizaje para sífilis fue positivo en dos casos, y en un caso adicional no se efectuó por encontrarse en tratamiento al momento de la evaluación. La prueba para el virus de la varicela zóster fue positiva en el 6,3%, además el 0,07% presentaba diagnóstico previo y el 0,11% una prueba positiva anterior. En cuanto al tamizaje para el virus de la hepatitis C, se identificó un caso positivo y tres con diagnóstico ya establecido. Para el virus de la hepatitis B, se registró positividad en el 0,21%, un caso

Reporte especial de la esclerosis múltiple en Colombia, 2024

Caracterización de las personas prevalentes con esclerosis múltiple

www.minsalud.gov.co

adicional con diagnóstico previo y tres con títulos adecuados de anticuerpos contra el antígeno de superficie. Finalmente, el tamizaje para VIH arrojó 20 casos positivos (0,46%) y se identificaron 7 con diagnóstico conocido previamente.

En relación con los hallazgos de laboratorio, el recuento de linfocitos fue normal en el 39,03% de los casos, mientras que el 4,15% (n= 182) tuvo linfocitopenia leve, el 5,52% (n= 242) presentó linfocitopenia moderada, el 2,85% (n= 125) linfocitopenia severa, y el 4,47% (n= 196) linfocitosis, probablemente en el contexto del uso de fármacos inmunosupresores, lo cual resalta la importancia del monitoreo hematológico en estas personas. Por otra parte, en las pruebas de función hepática, se observó una elevación leve a moderada de las transaminasas en el 6,74% y se documentaron dos casos con elevaciones severas, hallazgos que resultan clínicamente relevantes para la vigilancia de eventos adversos hepáticos asociados a la TME. Respecto a la continuidad del seguimiento, se identificaron 366 personas en estado de abandono, lo cual representa una reducción del 8,2% en comparación con el 2023 (n= 366). Los hallazgos de laboratorio y pruebas complementarias se detallan en la **tabla 12**.

Tabla 12. Resultados de los estudios de seguimiento en los casos prevalentes con EM, Colombia 2024

Variables clínicas	EM recurrente remitente n= 3.148 n (%)	EM progresiva primaria n= 328 n (%)	EM progresiva secundaria n= 335 n (%)	Fenotipo no clasificado ² n= 570 n (%)	Total n= 4.381 n (%)
Edad al momento del diagnóstico (años)¹	32 (25 - 41)	43 (34 - 50)	35 (27 - 44)	35 (26 - 45)	33 (26 - 42)
Exámen clínico (escala ampliada del estado de discapacidad)					
Examen neurológico normal	486 (15,44)	1 (0,30)	0 (0,00)	44 (7,72)	531 (12,12)
Discapacidad mínima a moderada, paciente ambulatorio	1.258 (39,96)	43 (13,11)	24 (7,16)	88 (15,44)	1.413 (32,25)
Discapacidad significativa, aún camina sin ayuda	172 (5,46)	50 (15,24)	37 (11,04)	9 (1,58)	268 (6,12)
Requiere ayuda para caminar (bastón, muleta, etc.)	200 (6,35)	86 (26,22)	77 (22,99)	7 (1,23)	370 (8,45)
Restricciones severas en movilidad, usa silla de ruedas	39 (1,24)	45 (13,72)	74 (22,09)	11 (1,93)	169 (3,86)
Paciente confinado a cama, funciones muy limitadas	5 (0,16)	13 (3,96)	21 (6,27)	1 (0,18)	40 (0,91)
Fallecimiento debido a EM	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Sin dato	762 (24,21)	73 (22,26)	79 (23,58)	314 (55,09)	1.228 (28,03)
Estudios de minimización a riesgo					
Radiografía de tórax					
Sin alteraciones	329 (10,45)	26 (7,93)	26 (7,76)	43 (7,54)	424 (9,68)
Con alteraciones	12 (0,38)	1 (0,30)	3 (0,90)	4 (0,70)	20 (0,46)
No realizada	2.807 (89,17)	301 (91,77)	306 (91,34)	523 (91,75)	3.937 (89,87)
Pruebas equivalentes para la identificación de tuberculosis latente					
Positiva	23 (0,73)	2 (0,61)	3 (0,90)	1 (0,18)	29 (0,66)
Negativa	304 (9,66)	28 (8,54)	24 (7,16)	27 (4,74)	383 (8,74)
No se realizó, resultado previo positivo	4 (0,13)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,18)	5 (0,11)
No se realizó, TB activa	12 (0,38)	1 (0,30)	1 (0,30)	6 (1,05)	20 (0,46)
No se realizó	377 (11,98)	30 (9,15)	30 (8,96)	111 (19,47)	548 (12,51)
No aplica	2.428 (77,13)	267 (81,40)	277 (82,69)	424 (74,39)	3.396 (77,52)
Tamizaje para sífilis					
Positivo	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,30)	1 (0,18)	2 (0,05)
Negativo	289 (9,18)	28 (8,54)	28 (8,36)	34 (5,96)	379 (8,65)



Tabla 12. Resultados de los estudios de seguimiento en los casos prevalentes con EM, Colombia 2024 (continuación)

Variables clínicas	EM recurrente n= 3.148 n (%)	EM progresiva primaria n= 328 n (%)	EM progresiva secundaria n= 335 n (%)	Fenotipo no clasificado ² n= 570 n (%)	Total n= 4.381 n (%)
No se realizó, en tratamiento	1 (0,03)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,02)
No se realizó	414 (13,15)	30 (9,15)	28 (8,36)	111 (19,47)	583 (13,31)
No aplica	2.444 (77,64)	270 (82,32)	278 (82,99)	424 (74,39)	3.416 (77,97)
Prueba de virus varicela zóster					
Positivo	206 (6,54)	23 (7,01)	27 (8,06)	30 (3,51)	276 (6,30)
Negativo	107 (3,40)	13 (3,96)	2 (0,60)	18 (3,16)	140 (3,20)
No se realizó, ya tiene diagnóstico	2 (0,06)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,18)	3 (0,07)
No se realizó	404 (12,83)	23 (7,01)	28 (8,36)	109 (19,12)	564 (12,87)
Prueba previa positiva	3 (0,10)	0 (0,00)	1 (0,30)	1 (0,18)	5 (0,11)
No aplica	2.426 (77,06)	269 (82,01)	277 (82,69)	241 (73,86)	3.393 (77,45)
Tamizaje para el virus de la hepatitis C					
Positivo	1 (0,03)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,02)
Negativo	370 (11,75)	35 (10,67)	30 (8,96)	53 (9,30)	488 (11,14)
No se realizó, ya tiene diagnóstico	3 (0,10)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,07)
No se realizó	345 (10,96)	24 (7,32)	28 (8,36)	99 (17,37)	496 (11,32)
No aplica	2.429 (77,16)	269 (82,01)	277 (82,69)	418 (73,33)	3.393 (77,45)
Tamizaje para el virus de la hepatitis B					
Positivo	6 (0,19)	1 (0,30)	1 (0,30)	1 (0,18)	9 (0,21)
Negativo	392 (12,45)	37 (11,28)	34 (10,15)	53 (9,30)	516 (11,78)
No se realizó, ya tiene diagnóstico	1 (0,03)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,02)
No se realizó, títulos de AC para HBsAg	3 (0,10)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,07)
No se realizó	320 (10,17)	21 (6,40)	23 (6,87)	96 (16,84)	460 (10,50)
No aplica	2.426 (77,06)	269 (82,01)	277 (82,69)	420 (73,68)	3.392 (77,43)
Prueba serológica de VIH					
Negativo	318 (10,10)	34 (10,37)	30 (8,96)	45 (7,89)	427 (9,75)
Positivo	19 (0,60)	1 (0,30)	0 (0,00)	0 (0,00)	20 (0,46)
No se realizó, ya tiene diagnóstico	6 (0,19)	0 (0,00)	1 (0,30)	0 (0,00)	7 (0,16)
No se realizó	337 (10,71)	18 (5,49)	26 (7,76)	94 (16,49)	475 (10,84)
No aplica	2.467 (78,39)	275 (83,84)	278 (82,99)	431 (75,61)	3.451 (78,79)
Función hepática					
Normal	1.425 (45,27)	120 (36,59)	148 (44,18)	97 (17,02)	1.790 (40,86)
Bajo	3 (0,10)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,18)	4 (0,09)
Ligeramente elevado	203 (6,45)	26 (7,93)	16 (4,78)	12 (2,11)	257 (5,87)
Elevación moderada	31 (0,98)	1 (0,30)	2 (0,60)	4 (0,70)	38 (0,87)
Elevación severa	1 (0,03)	0 (0,00)	1 (0,30)	0 (0,00)	2 (0,05)
Sin dato	1.261 (40,46)	166 (50,61)	147 (43,88)	361 (63,33)	1.935 (44,17)
Recuento de linfocitos					
Normal	1.269 (40,31)	161 (49,09)	147 (43,88)	133 (23,33)	1.710 (39,03)
Linfocitopenia leve	147 (4,67)	10 (3,05)	14 (4,18)	11 (1,93)	182 (4,15)
Linfocitopenia moderada	209 (6,64)	7 (2,13)	8 (2,39)	18 (3,16)	242 (5,52)
Linfocitopenia severa	110 (3,49)	0 (0,00)	7 (2,09)	8 (1,40)	125 (2,85)

Reporte especial de la esclerosis múltiple en Colombia, 2024

Caracterización de las personas prevalentes con esclerosis múltiple

www.fuerzadeafectados.org

Tabla 12. Resultados de los estudios de seguimiento en los casos prevalentes con EM, Colombia 2024 (continuación)

Variables clínicas	EM recurrente n= 3.148 n (%)	EM progresiva primaria n= 328 n (%)	EM progresiva secundaria n= 335 n (%)	Fenotipo no clasificado ² n= 570 n (%)	Total n= 4.381 n (%)
Linfocitosis	169 (5,37)	8 (2,44)	9 (2,69)	10 (1,75)	196 (4,47)
Complicaciones asociadas					
Meningitis por listeria	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Herpes diseminado	4 (0,13)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,09)
Criptococosis extrapulmonar	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar	5 (0,16)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,53)	8 (0,18)
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	4 (0,13)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,09)
Imagenología					
Resonancia magnética					
Sin signos de actividad	1.403 (44,57)	111 (33,84)	106 (31,64)	132 (23,16)	1.752 (39,99)
Con signos de actividad inflamatoria	202 (6,42)	22 (6,71)	16 (4,78)	34 (5,96)	274 (6,25)
No realizada	1.543 (49,02)	195 (59,45)	213 (63,58)	404 (70,88)	2.355 (53,75)

¹ Mediana (rango intercuartil).

² El fenotipo no clasificado corresponde a los registros sin dato de fenotipo en la historia clínica.

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; **VHB:** virus de la hepatitis B; **VHC:** virus de la hepatitis C; **VZ:** varicela zóster; **TB:** tuberculosis.



3.

Morbilidad y mortalidad de las personas con esclerosis múltiple



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

3.

RESUMEN infográfico

Morbilidad y mortalidad de las con esclerosis múltiple

Periodo: del 1° de enero del 2024 al 31 de diciembre del 2024.



La incidencia nacional estandarizada de EM se mantuvo estable en

0,36 casos

por cada 100.000 habitantes, sin variaciones significativas con respecto al año anterior.

La incidencia cruda mostró una reducción en el régimen

contributivo,

con una disminución relativa del

7,81%

frente al periodo previo. En contraste, en el régimen subsidiado se observó un incremento, pasando de 0,06 casos por 100.000 habitantes en 2023 a 0,13 en 2024.



En Bogotá, D. C., la incidencia cruda aumentó de 0,96 a 1,20 casos por cada 100.000 habitantes entre el 2023 y 2024, lo que representa un incremento absoluto de 0,24 casos y un aumento relativo del 25% (50).



La prevalencia nacional registró un ascenso en comparación con el año anterior, pasando de 7,46 a 8,31 casos por cada 100.000 habitantes, lo que supera la literatura referenciada (50).



Las tasas más altas de prevalencia ajustada por la edad se registraron en Bogotá, D. C., (19,92 casos por 100.000 habitantes), Antioquia (12,41) y Caldas (8,29).

El mayor número de

defunciones

se concentró en el grupo etario de

65 a 69 años,

con una mayor proporción en las mujeres.

EM: esclerosis múltiple.

[Descargar infografía](#)



3. Morbilidad y mortalidad de las personas con esclerosis múltiple

3.1. Incidencia

La incidencia nacional estandarizada se mantuvo estable en 0,36 casos por cada 100.000 habitantes, sin variaciones significativas respecto al año previo. En cuanto a la distribución por sexo, se continúa presentando una mayor frecuencia en las mujeres, con tasas que superan el promedio nacional. Al comparar con los datos reportados en 2023, no se evidencian cambios sustanciales en los patrones, lo cual sugiere una tendencia sostenida en la presentación de nuevos casos (**tabla 13**).

Tabla 13. Incidencia de la EM nacional según el sexo, Colombia 2024

Categoría	Incidencia (100.000 habitantes)				
	Casos nuevos	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Mujeres	139	26.977.112	0,52	0,49	0,41 - 0,58
Hombres	64	25.718.840	0,25	0,24	0,18 - 0,30
Nacional	203	52.695.952	0,38	036	0,32 - 0,42

¹ Población estándar de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia ajustada.

En la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la incidencia cruda presentó una disminución en el régimen contributivo en comparación con el periodo anterior, con una reducción relativa del 7,81%. Por el contrario, en el régimen subsidiado se evidenció un aumento, pasando de 0,06 casos por 100.000 afiliados en 2023 a 0,13 en 2024 (**tabla 14**).

Tabla 14. Incidencia de la EM según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Incidencia (100.000 afiliados)				
	Casos nuevos	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Contributivo	170	28.435.140	0,59	0,53	0,45 - 0,62
Excepción	4	2.100.723	0,19	0,17	0,08 - 0,19
Subsidiado	27	20.105.016	0,13	0,13	0,04 - 0,47

¹ Población estándar de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia ajustada.

La EAPB con la mayor estimación de incidencia ajustada por la edad fue la EPS047, con una tasa estandarizada de 15,18 casos por 100.000 afiliados, seguida por la EPS008 con 1,13. Para consultar el detalle de la incidencia cruda y estandarizada por la edad y desagregada por las EAPB, véase la **tabla 15**.

Tabla 15. Incidencia de la EM según la EAPB, Colombia 2024

EAPB	Incidencia (100.000 afiliados)				
	Casos	Afiliados	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
EPS047	1	3.554	28,14	15,18	0,38 - 215,94
EPS008	27	2.087.544	1,29	1,13	0,74 - 1,66
EPS005	70	5.752.627	1,22	1,11	0,86 - 1,40
EPS010	40	5.405.404	0,74	0,62	0,44 - 0,85
EPS018	5	751.055	0,67	0,60	0,19 - 1,45
EPS012	2	292.769	0,68	0,59	0,07 - 2,35

Reporte especial de la esclerosis múltiple en Colombia, 2024

Morbilidad y mortalidad de las personas con esclerosis múltiple

www.colombiadepm.org

Tabla 15. Incidencia de la EM según la EAPB, Colombia 2024 (continuación)

EABP	Casos	Incidencia (100.000 afiliados)			
		Afiliados	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
EPS017	18	2.791.659	0,64	0,56	0,33 - 0,90
EPS001	1	249.687	0,40	0,52	0,01 - 2,73
EPSS34	5	1.123.706	0,44	0,39	0,12 - 0,93
RES001	2	605.423	0,33	0,36	0,04 - 1,30
RES003	2	628.922	0,32	0,27	0,03 - 1,13
EPSI05	1	398.450	0,25	0,25	0,01 - 1,38
EPS002	13	4.922.861	0,26	0,24	0,13 - 0,42
ESS024	5	3.145.507	0,16	0,17	0,05 - 0,38
EPSS40	3	1.652.174	0,18	0,16	0,03 - 0,49
CCF055	2	1.432.471	0,14	0,14	0,02 - 0,52
ESS207	2	2.489.363	0,08	0,07	0,01 - 0,27
EPSS41	1	5.252.457	0,02	0,02	0,00 - 0,11
EPS037	1	5.882.618	0,02	0,02	0,00 - 0,09

¹ Población estándar de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia ajustada.

Por las regiones, Bogotá, D. C., la Central y la Oriental registraron las tasas más altas tanto de incidencia cruda como estandarizada por la edad. En comparación con el año anterior, se observó un aumento en algunas áreas. En Bogotá, D. C., la incidencia cruda pasó de 0,96 casos por 100.000 habitantes en 2023 a 1,20 en 2024, lo que representa un incremento absoluto de 0,24 y un aumento relativo del 25%. En la región Oriental, la tasa incrementó de 0,20 a 0,29 casos por 100.000 habitantes en el mismo periodo. Por su parte, en la Amazonía-Orinoquía mantuvo una incidencia nula (0), mientras que en las demás se evidenció una disminución (**tabla 16**).

En cuanto a la desagregación por los departamentos, San Andrés, Providencia y Santa Catalina (1,58), Bogotá, D.C. (1,04) y Boyacá (0,53), presentaron los valores de incidencia estandarizada más elevados.

Tabla 16. Incidencia de la EM según la región, Colombia 2024

Región	Incidencia (100.000 habitantes)				
	Casos nuevos	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Amazonía-Orinoquía	0	1.599.445	0,00	-	-
Bogotá, D. C.	95	7.929.539	1,20	1,04	0,84 - 1,28
Central	38	12.491.141	0,30	0,29	0,21 - 0,40
Oriental	29	10.097.348	0,29	0,28	0,19 - 0,40
Pacífica	19	8.537.241	0,22	0,22	0,13 - 0,34
Caribe	22	12.041.238	0,18	0,19	0,12 - 0,28

¹ Población estándar de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia ajustada.

3.2. Prevalencia

Durante el año 2024 se registraron 4.381 casos prevalentes de EM reportados al sistema de información de la CAC. En comparación con el periodo anterior, la prevalencia nacional mostró un aumento, pasando de 7,46 a 7,75 casos por cada 100.000 habitantes. De manera consistente con el comportamiento observado en la incidencia, la prevalencia continúa siendo mayor en mujeres, lo que confirma la predominancia del sexo femenino en la carga de la enfermedad (**tabla 17**).



Tabla 17. Prevalencia de la EM en el ámbito nacional según el sexo, Colombia 2024

Categoría	Prevalencia (100.000 habitantes)				
	Casos prevalentes	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Mujeres	3.089	26.977.112	11,45	10,47	10,10 - 10,85
Hombres	1.292	25.718.840	5,02	4,49	4,56 - 5,06
Nacional	4.381	52.695.952	8,31	7,75	7,52 - 7,99

¹ Población estándar de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia ajustada.

En la población afiliada al SGSSS, el régimen especial registró la prevalencia ajustada por edad más alta, con 25,66 casos por cada 100.000 afiliados, seguido por el contributivo con 11,21 (**tabla 18**).

Tabla 18. Prevalencia de la EM según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Prevalencia (100.000 afiliados)				
	Casos prevalentes	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Especial	16	32.733	48,88	25,66	13,04 - 61,80
Contributivo	3.721	28.435.140	13,08	11,21	10,85 - 11,58
Excepción	198	2.100.723	9,42	8,15	6,99 - 9,45
Subsidiado	444	20.105.016	2,20	2,21	2,01 - 2,43

¹ Población estándar de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia ajustada.

Las entidades con las tasas más altas de prevalencia estandarizada de EM fueron la REUE05, con 74,56 casos por 100.000 afiliados, y la EPS001, con 46,70. Para consultar el detalle de la prevalencia cruda y estandarizada por edad, desagregada por las EAPB, véase la **tabla 19**.

Tabla 19. Prevalencia de la EM por EAPB, Colombia 2024

EABP	Prevalencia (100.000 afiliados)				
	Casos	Afiliados	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
EMP023	2	SD ³	SD ³	SD ³	SD ³
REUE05	1	1.052	95,06	74,56	1,89 - 1.940,82
EPS001	144	249.687	57,67	46,70	39,11 - 55,42
EAS027	2	30.343	6,59	43,86	1,16 - 244,34
RES008	9	15.812	56,92	29,60	9,85 - 101,95
RES011	4	7.694	51,99	28,01	6,36 - 177,32
RES002	14	56.844	24,63	26,92	11,36 - 52,51
RES006	1	2.734	36,58	23,45	0,59 - 615,39
EPS005	1.157	5.752.627	20,11	17,43	16,43 - 18,47
EPS010	1.105	5.405.404	20,44	16,92	15,93 - 17,96
EPS008	410	2.087.544	19,64	16,17	14,63 - 17,84
EPS047	1	3.554	28,14	15,18	0,38 - 215,94
EAS016	4	7.189	55,64	12,55	2,95 - 700,61
EPS012	37	292.769	12,64	10,25	7,16 - 14,32
RES003	56	628.922	8,90	10,22	7,66 - 13,35

Reporte especial de la esclerosis múltiple en Colombia, 2024

Morbilidad y mortalidad de las personas con esclerosis múltiple

www.colombiadepm.org

Tabla 19. Prevalencia de la EM por EAPB, Colombia 2024 (continuación)

EAPB	Casos	Prevalencia (100.000 afiliados)			
		Afiliados	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
EPS017	325	2.791.659	11,64	10,13	9,06 - 11,30
RES007	1	5.441	18,38	9,50	0,24 - 566,77
RES004	90	809.534	11,12	9,23	6,97 - 12,00
EPS018	75	751.055	9,99	8,35	6,54 - 10,52
EPS048	10	131.697	7,59	6,82	3,25 - 12,75
EPS002	367	4.922.861	7,46	6,80	6,12 - 7,54
RES001	38	605.423	6,28	5,94	4,17 - 8,21
EPSS40	85	1.652.174	5,14	4,87	3,87 - 6,04
EPSS34	47	1.123.706	4,18	4,11	2,99 - 5,50
EPS037	230	5.882.618	3,91	2,85	2,48 - 3,26
EPS046	2	62.282	3,21	2,76	0,33 - 10,75
EPSI01	5	278.767	1,79	2,70	0,87 - 6,16
EPS042	2	63.851	3,13	2,51	0,30 - 10,60
EPSI05	8	398.450	2,01	1,97	0,85 - 3,88
CCF055	25	1.432.471	1,75	1,80	1,16 - 2,66
ESS207	44	2.489.363	1,77	1,79	1,29 - 2,40
EPSI03	8	561.040	1,43	1,48	0,63 - 2,93
ESS062	17	1.563.737	1,09	1,13	0,66 - 1,80
ESS024	29	3.145.507	0,92	0,95	0,63 - 1,37
ESS118	15	1.703.692	0,88	0,87	0,49 - 1,44
CCF050	1	233.247	0,43	0,49	0,01 - 2,51
EPSI04	1	270.405	0,37	0,44	0,01 - 2,38
EPSS41	9	5.252.457	0,17	0,17	0,08 - 0,33

¹ Población estándar de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia ajustada.

En el análisis regional, Bogotá, D. C., presentó la prevalencia más alta de EM, seguida por la región Central, ambas por encima del valor nacional (**tabla 20**). Al desagregar la información por departamento, los territorios con las mayores tasas de prevalencia ajustada por la edad fueron Bogotá, D. C., (19,92 casos por 100.000 habitantes), Antioquia (12,41) y Caldas (8,29).

Tabla 20. Prevalencia de la EM según la región, Colombia 2024

Región	Prevalencia (100.000 habitantes)				
	Casos prevalentes	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Bogotá, D. C.	1.833	7.929.539	23,11	19,92	19,01 - 20,86
Central	1.268	12.491.141	10,15	9,24	8,73 - 9,77
Pacífica	406	8.537.241	4,75	4,51	4,08 - 4,97
Caribe	456	12.041.238	3,78	3,78	3,44 - 4,14
Oriental	412	10.097.348	4,08	3,76	3,41 - 4,15
Amazonía-Orinoquía	6	1.599.445	0,37	0,41	0,15 - 0,89

¹ Población estándar de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia ajustada.



3.3. Mortalidad

Durante el periodo de análisis se reportaron 35 muertes por todas las causas en personas con EM. Ninguno de los decesos fue atribuido directamente a la enfermedad como causa básica de muerte. Del total, el 37,14% (n= 13) correspondió a causas externas, el 28,57% (n= 10) a causas no clasificadas dentro de enfermedad cardiovascular, cáncer o infección, y el 14,29% (n= 5) no contaba con información suficiente en la historia clínica para determinar la causa. Así mismo, el 8,57% (n= 3) de los fallecimientos se atribuyó a infecciones, el 5,71% (n= 2) a cáncer y otro 5,71% a enfermedad cardiovascular. En cuanto a la distribución por el sexo, la mortalidad estandarizada fue similar entre mujeres y hombres, con tasas de 0,05 muertes por cada 100.000 habitantes (**tabla 21**).

Tabla 21. Mortalidad nacional en las personas con EM según el sexo, Colombia 2024

Categoría	Mortalidad por todas las causas (100.000 habitantes)				
	Casos prevalentes	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Mujeres	19	26.977.112	0,07	0,05	0,03 - 0,08
Hombres	16	25.718.840	0,06	0,05	0,03 - 0,09
Nacional	35	52.695.952	0,07	0,05	0,03 - 0,08

¹ Población estándar de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95% para la mortalidad ajustada.

Las regiones con la mayor mortalidad estandarizada por la edad fueron Bogotá, D. C., y la Central, ambas por encima del promedio nacional (**tabla 22**). En comparación con el año 2023, la Amazonía-Orinoquía y la Caribe mantuvieron valores estables; en contraste, la Oriental y la Pacífica mostraron una disminución, mientras que, en Bogotá, D. C., y la Central se registró un aumento en la mortalidad.

Al desagregar por departamentos, las mayores tasas de mortalidad estandarizada por edad se observaron en Bogotá, D. C., (0,12 por 100.000 habitantes), Antioquia (0,11) y Valle del Cauca (0,10).

Tabla 22. Mortalidad en las personas con EM por las regiones, Colombia 2024

Región	Mortalidad por todas las causas (100.000 habitantes)				
	Defunciones	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Bogotá, D. C.	12	7.929.539	0,15	0,12	0,06 - 0,21
Central	14	12.491.141	0,11	0,09	0,04 - 0,15
Pacífica	6	8.537.241	0,07	0,05	0,02 - 0,13
Caribe	2	12.041.238	0,01	0,01	0,00 - 0,05
Oriental	1	10.097.348	0,00	0,00	0,00 - 0,04
Amazonía-Orinoquía	0	1.599.445	0,00	-	-

¹ Población estándar de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95% para la mortalidad ajustada.

Respecto a la población afiliada al sistema de salud, la mayor tasa de mortalidad estandarizada por la edad se registró en el régimen contributivo, superando los valores observados en los demás regímenes de afiliación (**tabla 23**).

Reporte especial de la esclerosis múltiple en Colombia, 2024

Morbilidad y mortalidad de las personas con esclerosis múltiple

www.eurpadepi.org

Tabla 23. Mortalidad en las personas con EM según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Mortalidad por cualquier causa (100.000 afiliados)				
	Defunciones	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Contributivo	28	28.435.140	0,09	0,07	0,05 - 0,11
Excepción	1	2.100.723	0,04	0,03	0,00 - 0,06
Subsidiado	6	20.105.016	0,02	0,02	0,00 - 0,06

¹ Población estándar de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95% para la mortalidad ajustada.

En cuanto a las EAPB, las entidades con las mayores tasas de mortalidad ajustada por la edad fueron la EPS001, con 0,45 muertes por 100.000 afiliados, y la RES003, con 0,23. Para consultar el detalle de la mortalidad cruda y estandarizada por la edad, desagregada por EAPB, véase la **tabla 24**.

Tabla 24. Mortalidad en las personas con EM según la EAPB, Colombia 2024

EABP	Mortalidad por cualquier causa (100.000 afiliados)				
	Casos	Afiliados	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
EPS001	2	249.687	0,80	0,45	0,05 - 2,28
RES003	1	628.922	0,16	0,23	0,01 - 1,18
EPS012	1	292.769	0,34	0,21	0,01 - 1,70
EPSS34	3	1.123.706	0,27	0,19	0,04 - 0,60
EPS010	11	5.405.404	0,20	0,17	0,08 - 0,31
EPS002	4	4.922.861	0,08	0,08	0,02 - 0,21
EPS008	2	2.087.544	0,10	0,08	0,01 - 0,31
EPS005	5	5.752.627	0,09	0,07	0,02 - 0,17
EPSS40	1	1.652.174	0,06	0,06	0,00 - 0,33
EPS037	4	5.882.618	0,07	0,05	0,01 - 0,14
EPS017	1	2.791.659	0,04	0,03	0,00 - 0,19

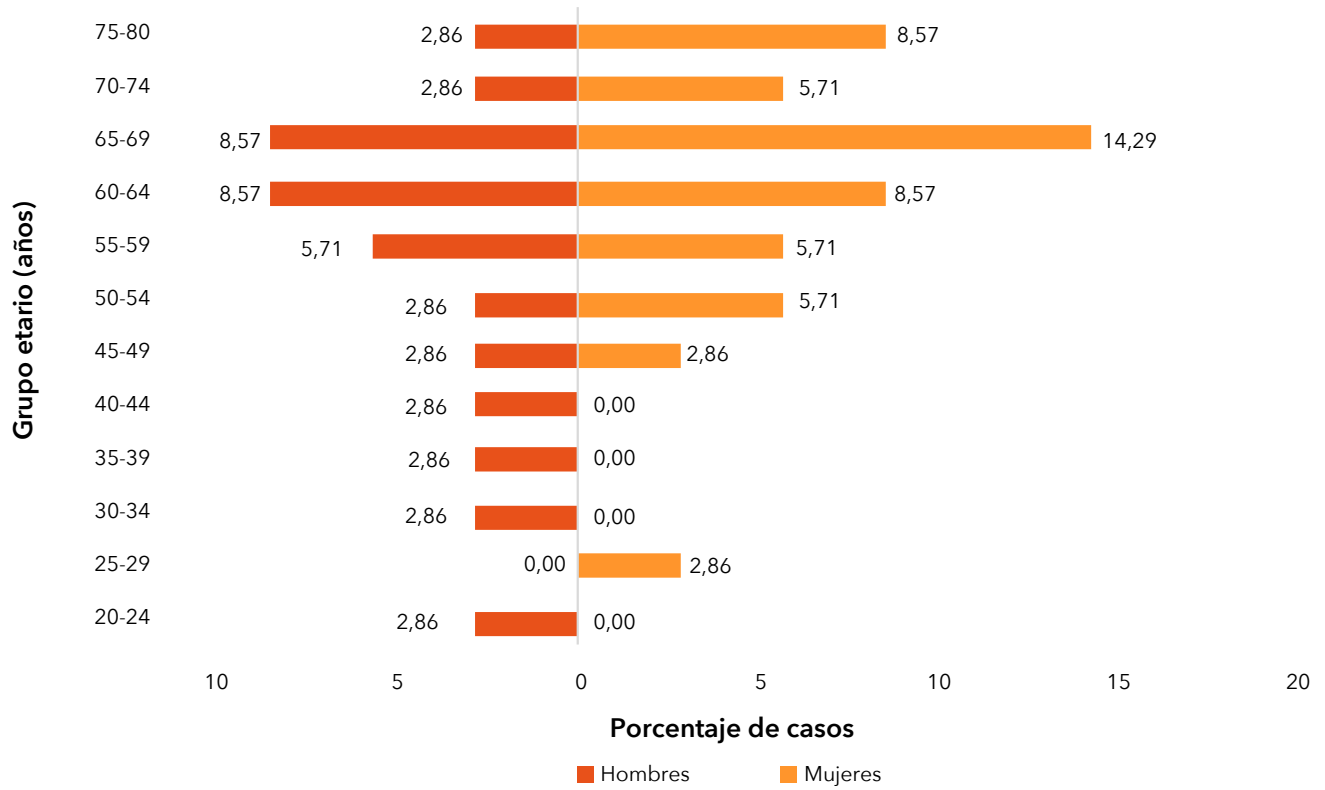
¹ Población estándar de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95% para la mortalidad ajustada.

Al analizar la mortalidad según el grupo etario, se observó que el mayor porcentaje de fallecimientos se concentró en el grupo de edad entre los 65 y los 69 años, con una mayor proporción en las mujeres. Cabe destacar que durante el periodo analizado se registraron muertes a partir del grupo de 20 a 24 años, sin presentarse casos en la población menor de 18 años. En contraste, durante el periodo anterior se reportaron únicamente 2 muertes en hombres y 10 en mujeres, con una mayor concentración en el grupo etario de 70 a 75 años (**figura 10**).



Figura 10. Pirámide poblacional de las personas con EM fallecidas, Colombia 2024



[Descargar figura](#)

4.

Atención de la esclerosis múltiple



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

4.

RESUMEN infográfico

Atención de la esclerosis múltiple

Periodo: del 1° de enero del 2024 al 31 de diciembre del 2024.



El **83,63% (n= 3.664)**

recibió atención por **neurología**, con mayor cobertura en el régimen contributivo.

La aplicación de la EDSS aumentó

42,69% pasando de **1.949 a 2.781**

evaluaciones. El **51,59%** mostró **discapacidad**, con una mediana de 2,5 (RIC: 1,5 - 6,0).



La proporción con examen neurológico normal subió de 8,87% a 10,34%.



Los paraclínicos más frecuentes fueron: recuento de linfocitos (n= 2.456), ALT-GTP (n= 2.093) y RM cerebral (n= 2.026).

La actividad

inflamatoria
en resonancia magnética
disminuyó

del 8,41% en 2023 al 6,25% en 2024.

EM: esclerosis múltiple.

EDSS: escala ampliada del estado de discapacidad.

ALT-GTP: alanina aminotransferasa.

RM: resonancia magnética nuclear.

[Descargar infografía](#)

4. Atención de la esclerosis múltiple

4.1. Atención por especialidades médicas

En cuanto a la atención asistencial de los casos de EM, se observó que el 83,63% (n= 3.664) tuvo manejo por neurología. Al desagregar esta atención por régimen de afiliación, los mayores porcentajes de atención especializada se observaron en los regímenes contributivo y subsidiado (**tabla 25**). En comparación con el año 2023, se evidenció una ligera disminución en la proporción de personas valoradas por neurología, al pasar del 84,58% al 83,63%.

Tabla 25. Atención para las personas con EM por especialidades médicas según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Especialidades médicas	Régimen de afiliación					Total ¹ n= 4,381 n (%)
	Contributivo n= 3,721 n (%)	Especial n= 16 n (%)	Excepción n= 198 n (%)	Subsidiado n= 444 n (%)	Voluntario n= 2 n (%)	
Neurología	3.139 (84,36)	14 (87,50)	151 (76,26)	358 (80,63)	2 (100,00)	3.664 (83,63)
Medicina general	2.013 (54,10)	14 (87,50)	91 (45,96)	187 (42,12)	1 (50,00)	2.306 (52,64)
Medicina interna	746 (20,05)	7 (43,75)	32 (16,16)	64 (14,41)	1 (50,00)	850 (19,40)
Urología	486 (13,06)	4 (25,00)	15 (7,58)	22 (4,95)	0 (0,00)	527 (12,03)
Fisiatría	1.224 (32,89)	3 (18,75)	19 (9,60)	82 (18,47)	0 (0,00)	1.328 (30,31)
Cuidado paliativo	769 (20,67)	2 (12,50)	11 (5,56)	36 (8,11)	0 (0,00)	818 (18,67)
Neuropsicología	905 (24,32)	5 (31,25)	9 (4,55)	50 (11,26)	0 (0,00)	969 (22,12)
Terapia ocupacional	355 (9,54)	1 (6,25)	9 (4,55)	35 (7,88)	0 (0,00)	400 (9,13)
Psiquiatría	774 (20,80)	2 (12,50)	17 (8,59)	44 (9,91)	0 (0,00)	837 (19,11)
Fisioterapia	1.149 (30,88)	5 (31,25)	17 (8,59)	70 (15,77)	0 (0,00)	1.241 (28,33)
Psicología	1.440 (38,70)	3 (18,75)	22 (11,11)	84 (18,92)	0 (0,00)	1.549 (35,36)
Enfermería	1.172 (31,50)	3 (18,75)	20 (10,10)	63 (14,19)	0 (0,00)	1.258 (28,71)

¹ Se incluye los casos prevalentes para el periodo 2024.

En la **tabla 26** se presenta la frecuencia de atenciones por especialidad, según el régimen de afiliación. Entre las personas con (EM), el 68,36% recibió entre una y tres consultas de neurología y el 18,69% de medicina interna. No obstante, a partir de 2023, más del 30% no ha recibido atención en neurología, con mayor proporción en el régimen de excepción (67,19%) y en la población no asegurada (95,58%). Más del 90% no tuvo consultas con internistas ni con médicos familiares. Además, la proporción de consultas en medicina familiar disminuyó 4,52% respecto del periodo anterior.



Tabla 26. Frecuencia de las consultas por especialidades médicas recibidas por personas con EM según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Frecuencia de consultas por especialidad	Régimen de afiliación					Total ¹ n= 4,381 n (%)
	Contributivo n= 3,721 n (%)	Especial n= 16 n (%)	Excepción n= 198 n (%)	Subsidiado n= 444 n (%)	Voluntario n= 2 n (%)	
Neurología						
Sin consulta	289 (7,77)	2 (12,50)	21 (10,61)	42 (9,46)	0 (0,00)	354 (8,08)
1 a 3	2.567 (68,99)	12 (75,00)	126 (63,64)	288 (64,86)	2 (100,00)	2.995 (68,36)
4 a 6	543 (14,59)	2 (12,50)	20 (10,10)	66 (14,86)	0 (0,00)	631 (14,40)
Más de 6	29 (0,78)	0 (0,00)	5 (2,53)	4 (0,90)	0 (0,00)	38 (0,87)
Abandono	272 (7,31)	0 (0,00)	20 (10,10)	42 (9,46)	0 (0,00)	334 (7,62)
Medicina interna						
Sin consulta	2.499 (67,16)	7 (43,75)	132 (66,67)	330 (74,32)	1 (50,00)	2.969 (67,77)
1 a 3	721 (19,38)	7 (43,75)	27 (13,64)	63 (14,19)	1 (50,00)	819 (18,69)
4 a 6	25 (0,67)	0 (0,00)	4 (2,02)	1 (0,23)	0 (0,00)	30 (0,68)
Más de 6	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,51)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,02)
Abandono	272 (7,31)	0 (0,00)	21 (10,61)	43 (9,68)	0 (0,00)	336 (7,67)
Fisiatría						
Sin consulta	2.191 (58,88)	9 (56,25)	144 (72,73)	314 (70,72)	2 (100,00)	2.660 (60,72)
1 a 3	1.199 (32,22)	3 (18,75)	17 (8,59)	79 (17,79)	0 (0,00)	1.298 (29,63)
4 a 6	25 (0,67)	0 (0,00)	1 (0,51)	3 (0,68)	0 (0,00)	29 (0,66)
Más de 6	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,51)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,02)
Abandono	272 (7,31)	0 (0,00)	21 (10,61)	43 (9,68)	0 (0,00)	336 (7,67)

¹ Se incluyen los casos prevalentes para el periodo 2024.

4.2. Estudios de seguimiento en la población con EM

El seguimiento regular de los casos contempla el uso de la EDSS (*Expanded Disability Status Scale*). Esta escala es una medida clínica, indicador importante para conocer el estado de base de la persona diagnosticada con EM, para realizar el seguimiento clínico y medir la eficacia de los diferentes tratamientos utilizados a nivel farmacológico o terapéutico (53).

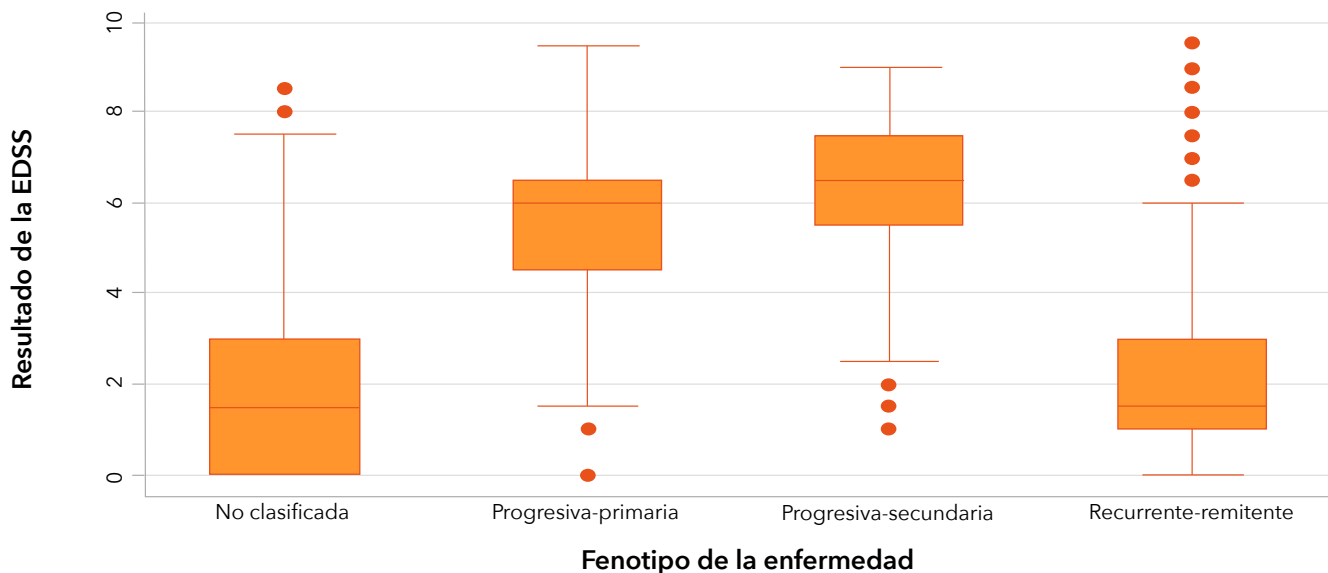
4.2.1. Resultados del seguimiento de la enfermedad

El valor promedio de la EDSS durante el último año de seguimiento de la cohorte fue de 2,7 (DE \pm 2,46). El 51,59% de las personas evaluadas con esta escala presentaron algún tipo de discapacidad al examen físico, con una mediana de la EDSS de 2,5 (RIC: 1,5 - 6,0). En la **figura 11** se muestra el comportamiento de la EDSS según el fenotipo de la enfermedad.

La mediana de la EDSS fue de 2 (RIC: 1 - 3,5) en el fenotipo recurrente-remitente; de 6 (RIC: 4,5 - 6,5) en el progresivo primario; de 6,5 (RIC: 5,5 - 7,5) en el progresivo secundario; y de 2 (RIC: 1 - 3,5) en los casos sin clasificación. Se observa que los fenotipos progresivos muestran mayores grados de discapacidad, mientras que aquellos con EM recurrente-remitente tienden a tener un menor impacto funcional, aunque con algunos graves.

Para el 2024, en los casos incidentes se observó que el 28,08% no contaban con información registrada sobre el resultado de la escala ampliada de discapacidad, lo cual representa una mejora en la calidad del registro clínico respecto al 2023, cuando este porcentaje fue del 32,18%. En ambos años, la mayoría de los evaluados se ubicaron en los niveles de discapacidad mínima a moderada, tanto en incidentes como en prevalentes.

Figura 11. Estado actual de la enfermedad en las personas con EM, medido con la EDSS, según el fenotipo de la enfermedad, Colombia 2024



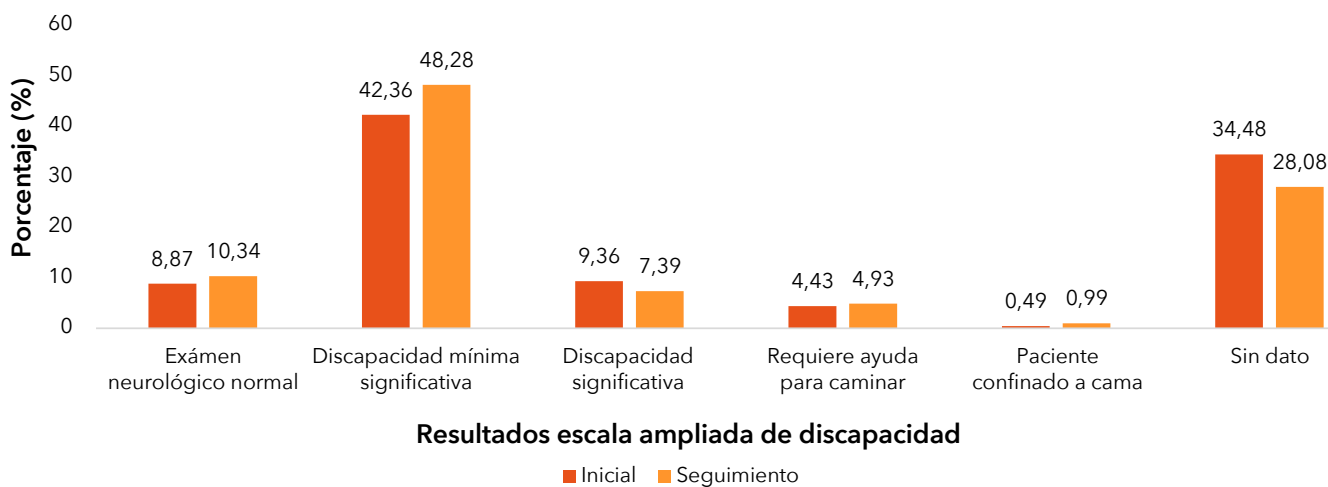
[Descargar figura](#)

La **figura 12** presenta la distribución porcentual de los niveles de discapacidad, medidos mediante la EDSS, en casos incidentes durante el año 2024. Se comparan los valores registrados al momento del diagnóstico y los del seguimiento clínico más reciente. En general, se observa una tendencia favorable en la evolución funcional de los casos.

El porcentaje de personas clasificadas en la categoría de discapacidad mínima a moderada aumentó del 42,36% al momento del diagnóstico, al 48,28% en el seguimiento, sin tendencia al empeoramiento. De igual forma, se evidenció un leve incremento en la proporción con examen neurológico normal pasando del 8,87% al 10,34%, lo que puede deberse a una respuesta positiva al tratamiento.

En contraste, las categorías correspondientes a los niveles más severos de discapacidad presentaron porcentajes bajos, con incrementos marginales, lo que indica que la progresión hacia formas severas de discapacidad fue poco frecuente. Finalmente, se destaca una mejora en el registro de los datos, el porcentaje de casos sin información disminuyó del 34,48% al 28,08%.

Figura 12. Estado de discapacidad medido con EDSS inicial y actual en los casos incidentes de EM, Colombia 2024

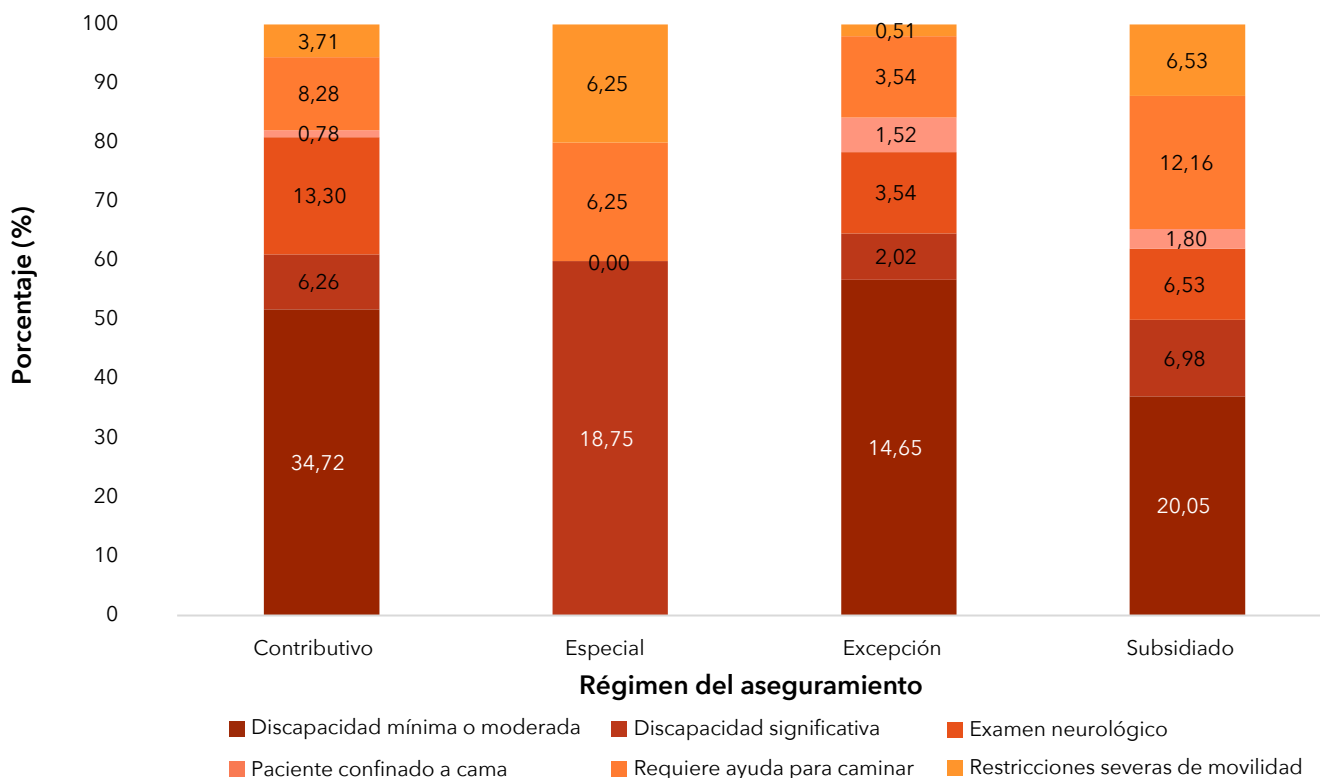


[Descargar figura](#)



Al analizar por régimen de afiliación, se observan disparidades en la condición funcional. La mayor proporción de casos con exámen neurológico sin alteraciones se registró en el contributivo, con un 13,13%. En contraste el régimen subsidiado presentó el porcentaje más alto de personas con discapacidad significativa, confinamiento a cama, necesidad de asistencia para actividades básicas y presencia de limitaciones funcionales severas (27,48%) (figura 13).

Figura 13. Distribución del estado de discapacidad medida por la EDSS actual según el régimen de afiliación, Colombia 2024

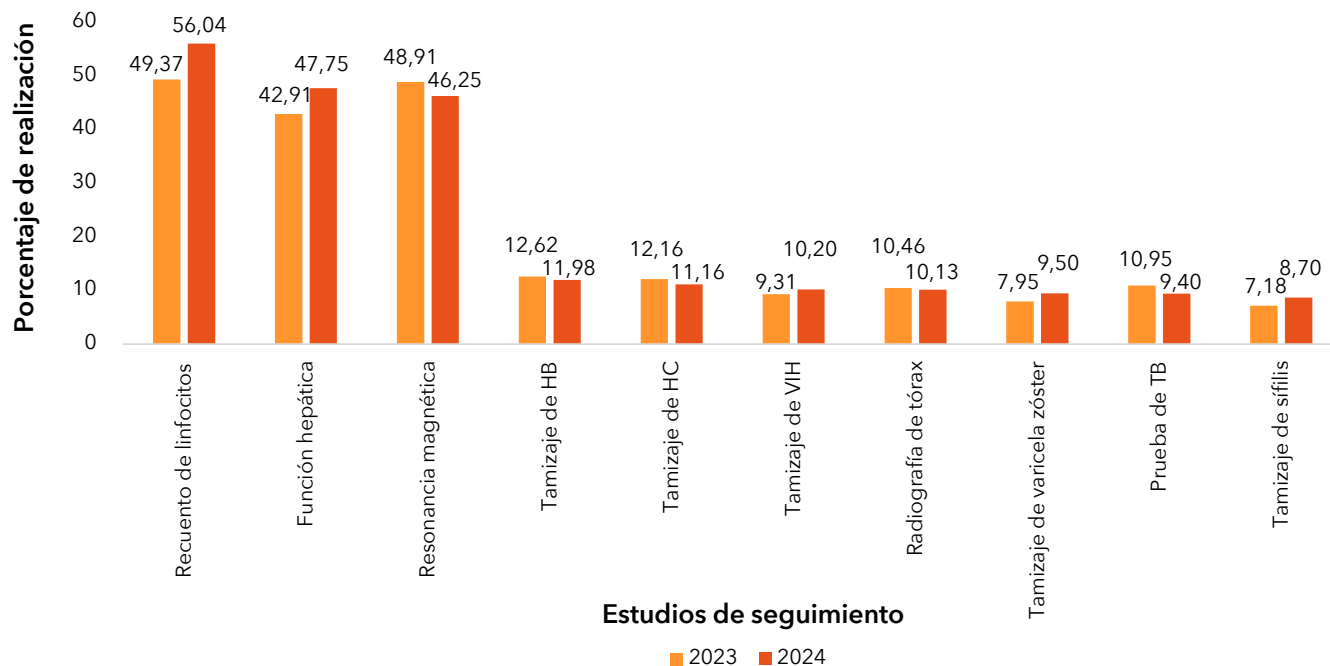


[Descargar figura](#)

4.3. Seguimiento de las pruebas radiográficas y de laboratorio

En el contexto del seguimiento clínico de las personas con EM, el monitoreo paraclínico constituye una herramienta fundamental para la evaluación de la actividad de la enfermedad, la detección de comorbilidades y la vigilancia de potenciales efectos adversos asociados al tratamiento. Durante el último periodo analizado, los paraclínicos más frecuentemente reportados en los casos prevalentes fueron: el recuento de linfocitos ($n= 2.456$; 56,04%), como indicador del estado inmunológico general y del impacto de las terapias modificadoras de la enfermedad; los niveles séricos de alanina aminotransferasa ($n= 2.093$; 47,75%), esenciales para el seguimiento de la función hepática ante el uso de fármacos potencialmente hepatotóxicos; y la RM cerebral ($n= 2.026$; 46,25%), pilar en la evaluación estructural y funcional del sistema nervioso central, utilizada tanto para el diagnóstico como para el seguimiento de la progresión de la enfermedad y la respuesta terapéutica (figura 14).

Figura 14. Proporción de las personas con EM a quienes se les realizaron los exámenes paraclínicos de seguimiento, Colombia 2023 - 2024



[Descargar figura](#)

En la **tabla 27** se presenta la distribución de las principales pruebas de laboratorio realizadas en la población con EM, desagregadas según el régimen de afiliación. Se observa que el régimen subsidiado concentra los mayores porcentajes de no realización de estudios de seguimiento. En cuanto a los resultados anormales, solo el 0,05% (n= 2) presentó elevación severa de la alanina aminotransferasa, mientras que la linfocitopenia severa se registró en el 2,85% (n= 125), con mayor frecuencia en el régimen contributivo.

Tabla 27. Resultados de los estudios de minimización del riesgo realizadas en la población con EM según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Pruebas de laboratorio	Régimen de afiliación					Total n= 4.381 n (%)
	Contributivo n= 3.721 n (%)	Especial n= 16 n (%)	Excepción n= 198 n (%)	Subsidiado n= 444 n (%)	Voluntario n= 2 n (%)	
Pruebas equivalentes para la identificación de tuberculosis latente						
Positiva	25 (0,67)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,90)	0 (0,00)	29 (0,66)
Negativa	343 (9,22)	1 (6,25)	8 (4,04)	30 (6,76)	1 (50,00)	383 (8,74)
No se realizó, resultado previo positivo	3 (0,08)	0 (0,00)	1 (0,51)	1 (0,23)	0 (0,00)	5 (0,11)
No se realizó, TB activa	8 (0,21)	0 (0,00)	1 (0,51)	11 (2,48)	0 (0,00)	20 (0,46)
No se realizó	432 (11,61)	1 (6,25)	28 (14,14)	87 (19,59)	0 (0,00)	548 (12,51)
No aplica	2.910 (78,20)	14 (87,50)	160 (80,81)	311 (70,05)	1 (50,00)	3.396 (77,52)
Tamizaje para sífilis						
Positivo	1 (0,03)	0 (0,00)	1 (0,51)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,05)
Negativo	346 (9,30)	1 (6,25)	5 (2,53)	27 (6,08)	0 (0,00)	379 (8,65)
No se realizó, en tratamiento	1 (0,03)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,02)
No se realizó	444 (11,93)	2 (12,50)	31 (15,66)	105 (23,65)	1 (50,00)	583 (13,31)
No aplica	2.929 (78,72)	13 (81,25)	161 (81,31)	312 (70,27)	1 (50,00)	3.416 (77,97)



Tabla 27. Resultados de los estudios de minimización del riesgo realizadas en la población con EM según el régimen de afiliación, Colombia 2024 (continuación)

Pruebas de laboratorio	Régimen de afiliación					Total n= 4.381 n (%)
	Contributivo n= 3.721 n (%)	Especial n= 16 n (%)	Excepción n= 198 n (%)	Subsidiado n= 444 n (%)	Voluntario n= 2 n (%)	
Prueba de virus varicela zóster						
Positivo	263 (7,07)	0 (0,00)	3 (1,52)	10 (2,25)	0 (0,00)	276 (6,30)
Negativo	113 (3,04)	1 (6,25)	5 (2,53)	21 (4,73)	0 (0,00)	140 (3,20)
No se realizó, ya tiene diagnóstico	1 (0,03)	1 (6,25)	0 (0,00)	1 (0,23)	0 (0,00)	3 (0,07)
No se realizó	431 (11,58)	2 (12,50)	29 (14,65)	102 (22,97)	0 (0,00)	564 (12,87)
Prueba previa positiva	4 (0,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (50,00)	5 (0,11)
No aplica	2.909 (78,18)	12 (75,00)	161 (81,31)	310 (69,82)	1 (50,00)	3.393 (77,45)
Tamizaje para el virus de la hepatitis C						
Positivo	1 (0,03)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,02)
Negativo	440 (11,82)	1 (6,25)	10 (5,05)	36 (8,11)	1 (50,00)	488 (11,14)
No se realizó, ya tiene diagnóstico	2 (0,05)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,23)	0 (0,00)	3 (0,07)
No se realizó	370 (9,94)	2 (12,50)	29 (14,65)	95 (21,40)	0 (0,00)	496 (11,32)
No aplica	2.908 (78,15)	13 (81,25)	159 (80,30)	312 (70,27)	1 (50,00)	3.393 (77,45)
Tamizaje para el virus de la hepatitis B						
Positivo	6 (0,16)	0 (0,00)	1 (0,51)	1 (0,23)	1 (50,00)	9 (0,21)
Negativo	462 (12,42)	2 (12,50)	8 (4,04)	44 (9,91)	0 (0,00)	516 (11,78)
No se realizó, ya tiene diagnóstico	1 (0,03)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,02)
No se realizó, títulos de AC para HBsAg	2 (0,05)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,23)	0 (0,00)	3 (0,07)
No se realizó	344 (9,24)	1 (6,25)	28 (14,14)	87 (19,59)	0 (0,00)	460 (10,50)
No aplica	2.906 (78,10)	13 (81,25)	161 (81,31)	311 (70,05)	1 (50,00)	3.392 (77,43)
Prueba serológica de VIH						
Negativo	382 (10,27)	2 (12,50)	11 (5,56)	32 (7,21)	0 (0,00)	427 (9,75)
Positivo	19 (0,51)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,23)	0 (0,00)	20 (0,46)
No se realizó, ya tiene diagnóstico	6 (0,16)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,23)	0 (0,00)	7 (0,16)
No se realizó	390 (10,48)	1 (6,25)	24 (12,12)	59 (13,29)	1 (50,00)	475 (10,84)
No aplica	2.923 (78,58)	13 (81,25)	163 (82,32)	351 (79,05)	1 (50,00)	3.451 (78,79)
Función hepática						
Normal	1.635 (43,94)	11 (68,75)	26 (13,13)	117 (26,35)	1 (50,00)	1.790 (40,86)
Bajo	4 (0,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,09)
Ligeramente elevado	239 (6,42)	0 (0,00)	6 (3,03)	12 (2,70)	0 (0,00)	257 (5,87)
Elevación moderada	33 (0,89)	0 (0,00)	2 (1,01)	3 (0,68)	0 (0,00)	38 (0,87)
Elevación severa	2 (0,05)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,05)
Sin dato	1.520 (40,85)	5 (31,25)	143 (72,22)	266 (59,91)	1 (50,00)	1.935 (44,17)
Recuento de linfocitos						
Normal	1.532 (41,17)	13 (81,25)	45 (22,73)	118 (26,58)	2 (100,00)	1.710 (39,03)
Linfocitopenia leve	167 (4,49)	0 (0,00)	5 (2,53)	10 (2,25)	0 (0,00)	182 (4,15)
Linfocitopenia moderada	221 (5,94)	0 (0,00)	7 (3,54)	14 (3,15)	0 (0,00)	242 (5,52)
Linfocitopenia severa	110 (3,49)	0 (0,00)	7 (2,09)	8 (1,40)	0 (0,00)	125 (2,85)
Linfocitosis	169 (5,37)	8 (2,44)	9 (2,69)	10 (1,75)	0 (0,00)	196 (4,47)

Reporte especial de la esclerosis múltiple en Colombia, 2024

Atención de la esclerosis múltiple
www.colombiainformatica.org

Tabla 27. Resultados de los estudios de minimización del riesgo realizadas en la población con EM según el régimen de afiliación, Colombia 2024 (continuación)

Pruebas de laboratorio	Régimen de afiliación					Total n= 4.381 n (%)
	Contributivo n= 3.721 n (%)	Especial n= 16 n (%)	Excepción n= 198 n (%)	Subsidiado n= 444 n (%)	Voluntario n= 2 n (%)	
Radiografía de tórax						
Sin alteraciones	382 (10,27)	0,00	11 (5,56)	31 (6,98)	0,00	424 (9,68)
Con alteraciones	15 (0,40)	0,00	3 (1,52)	2 (0,45)	0,00	20 (0,46)
No realizada	3.324 (89,33)	16 (100,00)	184 (92,93)	411 (92,57)	2 (100,00)	3.937 (89,87)

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; **VHB:** virus de la hepatitis B; **VHC:** virus de la hepatitis C; **VZ:** varicela zóster; **TB:** tuberculosis.

En cuanto al seguimiento imagenológico de los casos con EM, el 39,99% (n= 1.752) no presentó signos de actividad inflamatoria en la RM, proporción que se mantiene relativamente estable en comparación con el año anterior (2023: 40,50%). En contraste, se evidenció una disminución en la proporción con signos de actividad inflamatoria, pasando del 8,41% en 2023 al 6,25% en 2024, lo que sugiere un mejor control de la enfermedad. Por otra parte, la radiografía de tórax presentó hallazgos anormales en apenas el 0,46% (n= 20), mientras que en el 9,68% (n= 424) no se observaron alteraciones.

Tabla 28. Estudios imagenológicos de seguimiento, Colombia 2024

Resultado de resonancia magnética con contraste cerebral y de médula espinal	Periodos de seguimiento		Fenotipos			
	2023	2024	Recurrente remitente	Progresiva primaria	Progresiva secundaria	Fenotipo no clasificado ¹
Sin signos de actividad inflamatoria	1.579 (40,50)	1.752 (39,99)	1.403 (44,57)	111 (33,84)	106 (31,64)	132 (23,16)
Con signos de actividad inflamatoria	328 (8,41)	274 (6,25)	202 (6,42)	22 (6,71)	16 (4,78)	34 (5,96)
No realizada	1.992 (51,09)	2.354 (53,73)	1.543 (49,02)	195 (59,45)	213 (63,58)	404 (70,88)

¹ El fenotipo no clasificado corresponde a los registros sin dato de fenotipo en la historia clínica.

5.

Tratamiento de la esclerosis múltiple



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

5.

RESUMEN infográfico

Tratamiento de la esclerosis múltiple

Periodo: del 1° de enero del 2024 al 31 de diciembre del 2024.



El **70,24% (n= 3.077)**

de los casos prevalentes recibió al menos un medicamento y el 0,57% (n= 25) usó dos o más.

Las

TME más utilizadas

fueron el ocrelizumab (19%), el fingolimod (18,88%) y el ofatumumab (17,13%), que en conjunto representaron

más del 50%
de los tratamientos.



El 6,6% (n= 289) cambió de esquema terapéutico durante el periodo, mientras que el 65,26% no presentó modificaciones.



Las principales causas de cambio fueron: la respuesta subóptima (3,26%), los efectos adversos (2,12%) y la falta de adherencia (1,07%).

El

ofatumumab

se asoció con los mayores

porcentajes de

recaídas (20,44%) y hospitalizaciones por recaída (23,75%).

EM: esclerosis múltiple.

TME: terapias modificadoras de la enfermedad.

[Descargar infografía](#)



5. Tratamiento de la esclerosis múltiple

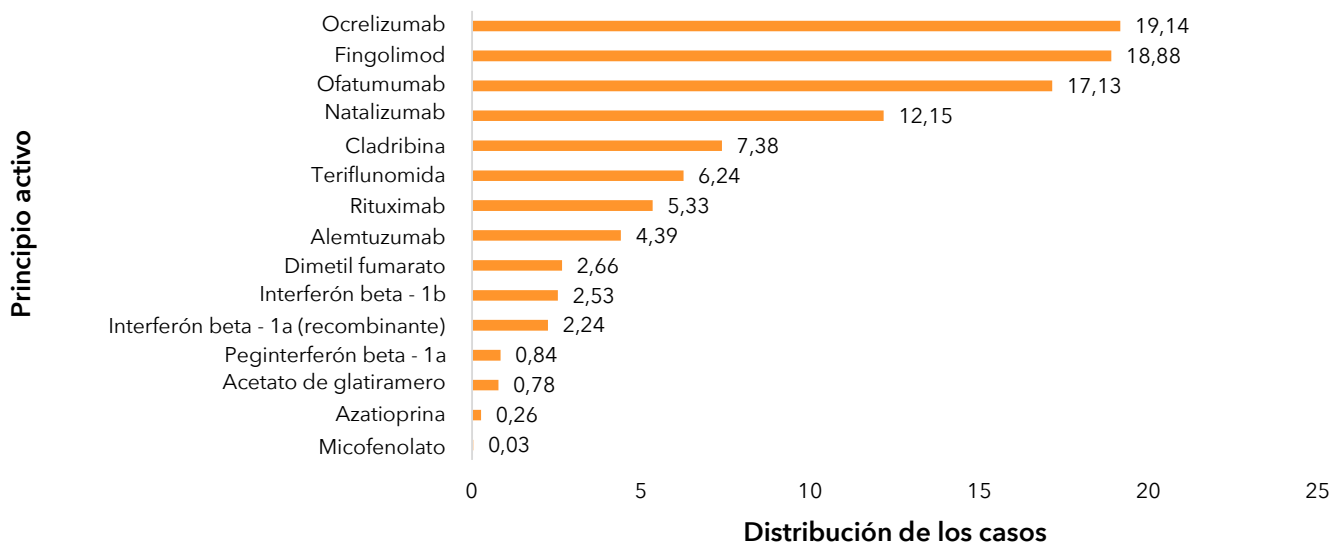
5.1. Tratamiento en las personas con EM

En Colombia, durante el año 2024, se observó que el 70,24% (n= 3.077) de los casos prevalentes de esclerosis múltiple (EM) recibió al menos un medicamento modificador de la enfermedad (DMT, por sus siglas en inglés), mientras que el 0,57% (n= 25) fue tratado con al menos dos fármacos. Los principios activos más utilizados fueron el ocrelizumab (19,14%), el fingolimod (18,88%) y el ofatumumab (17,13%), los cuales representaron en conjunto más del 50% de los tratamientos (**figura 15**). En contraste, se evidenció un bajo uso de fármacos tradicionales como el acetato de glatiramero (0,78%). Estos hallazgos indican una clara preferencia por terapias inmunomoduladoras de última generación, particularmente por anticuerpos monoclonales y agentes orales, en detrimento del uso de tratamientos antiguos como los interferones o inmunosupresores inespecíficos.

Este patrón terapéutico se enmarca en una transformación sustancial en el abordaje de la EM, que en las últimas décadas ha evolucionado de un enfoque centrado en el manejo sintomático hacia estrategias orientadas a la modificación del curso de la enfermedad. La introducción de los primeros inmunomoduladores, como los interferones β y el acetato de glatiramero en la década de 1990, marcó un hito en la historia del tratamiento, al demostrar su eficacia en la reducción de la frecuencia de recaídas y el enlentecimiento de la progresión de la discapacidad en las formas recurrentes-remitentes de la enfermedad (54).

Con el tiempo, la llegada de terapias de segunda generación, incluyendo agentes orales como el fingolimod, el dimetilfumarato y la teriflunomida, así como anticuerpos monoclonales como el natalizumab, el ocrelizumab y el alemtuzumab, amplió considerablemente el arsenal terapéutico disponible. Esto permitió un abordaje más personalizado, basado en el perfil clínico, radiológico y de riesgo individual (55,56). En este contexto, ha adquirido especial relevancia el concepto de "no evidencia de la actividad de la enfermedad" (NEDA, por sus siglas en inglés), que se ha posicionado como un objetivo terapéutico integral. Este concepto incluye la ausencia de recaídas clínicas, estabilidad en las imágenes por RM y ausencia de progresión en la discapacidad, lo que promueve intervenciones más tempranas y eficaces (57-59).

Figura 15. Principio activo utilizado en el tratamiento de las personas con EM, Colombia 2024



[Descargar figura](#)

En relación con la distribución de las terapias modificadoras de la enfermedad (TME), en 2024 se documentaron 3.102 personas con EM en tratamiento. La mediana de la edad fue de 43 años (RIC: 35 - 54) y el 78,14% correspondía al fenotipo recurrente remitente (**tabla 29**).

Tabla 29. Distribución de la frecuencia de uso de las TME según el fenotipo de EM

Variables	Fenotipo				Total n (%)
	Recurrente remite n (%)	Progresiva primaria n (%)	Progresiva secundaria n (%)	Fenotipo no clasificado n (%)	
Edad (mediana (RIC))	42 (34 - 52)	50 (40 - 58)	53 (46 - 61)	44 (33 - 57)	43 (35 - 54)
Principio activo					
Ocrelizumab	344 (14,19)	167 (86,08)	51 (30,00)	31 (9,87)	593 (19,12)
Fingolimod	509 (21,00)	3 (1,55)	10 (5,88)	62 (19,75)	584 (18,83)
Ofatumumab	453 (18,69)	5 (2,58)	19 (11,18)	50 (15,92)	527 (16,99)
Natalizumab	345 (14,23)	2 (1,03)	6 (3,53)	24 (7,64)	377 (12,15)
Cladribina	192 (7,92)	1 (0,52)	5 (2,94)	32 (10,19)	230 (7,41)
Teriflunomida	153 (6,31)	0 (0,00)	5 (2,94)	36 (11,46)	194 (6,25)
Rituximab	81 (3,34)	13 (6,70)	58 (34,12)	12 (3,82)	164 (5,29)
Alemtuzumab	119 (4,91)	1 (0,52)	3 (1,76)	16 (5,10)	139 (4,48)
Dimetil fumarato	71 (2,93)	1 (0,52)	1 (0,59)	12 (3,82)	85 (2,74)
Interferón beta - 1b	54 (2,23)	0 (0,00)	4 (2,35)	20 (6,37)	78 (2,51)
Interferón beta - 1a (recombinante)	53 (2,19)	0 (0,00)	7 (4,12)	9 (2,87)	69 (2,22)
Peginterferón beta - 1a	22 (0,91)	0 (0,00)	1 (0,59)	3 (0,96)	26 (0,84)
Acetato de glatiramer	24 (0,99)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,32)	25 (0,81)
Azatioprina	4 (0,17)	1 (0,52)	0 (0,00)	5 (1,59)	10 (0,32)
Micofenolato	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,32)	1 (0,03)

¹ El fenotipo no clasificado corresponde a los registros sin dato de fenotipo en la historia clínica.

5.2. Terapia farmacológica según el régimen de afiliación

El principio activo más frecuentemente utilizado fue el ocrelizumab (13,54%). Al desagregar por régimen de afiliación, se observó que el fármaco de mayor uso en los regímenes contributivo, especial y de excepción fue el fingolimod, con proporciones de 13,95%, 12,50% y 15,66% respectivamente; mientras que en el régimen subsidiado predominó el uso de ocrelizumab (15,32%).

5.3. Cambios en la terapia farmacológica

De los 4.381 casos de EM el 6,57% tuvo modificación de la TME por: intolerancia a los efectos secundarios (32,18%), respuesta subóptima (49,48%), razones administrativas (6,92%) y sin información disponible en la historia clínica (11,07%). Por otro lado, el 19,28% de la población (n= 845) no recibió tratamiento, el 41,66% (n= 352) fue por indicación médica y el 5,56% por falta de adherencia (**tabla 30**). Del total de la población, 65,26% no presentó cambios en el esquema terapéutico. La intolerancia o los efectos adversos se reportaron en el 2,12%, la respuesta subóptima en el 3,26% y la falta de adherencia en el 1,07%.

Tabla 30. Modificación del esquema terapéutico de la EM, Colombia 2024

Modificación del esquema terapéutico durante el periodo	
Causa del cambio en el periodo	288 (6,57%)
Respuesta subóptima	143 (49,48)
Intolerancia o efectos secundarios	93 (32,18)
No hay información disponible	32 (11,07)
Razones administrativas	20 (6,92)



Tabla 30. Modificación del esquema terapéutico de la EM, Colombia 2024 (continuación)

Modificación del esquema terapéutico durante el periodo	
Causa de no tratamiento en el periodo	845 (19,28)
Sin dato en historia clínica	403 (47,69)
Indicación médica	352 (41,66)
Falta de adherencia	47 (5,56)
Razones administrativas	27 (3,20)
En tratamiento actual	1 (0,12)
Disentimiento del paciente	8 (0,95)
En abandono	7 (0,83)

5.4. Número de recaídas y hospitalizaciones durante el periodo de seguimiento

Finalmente, se observa una mayor proporción de recaídas y hospitalizaciones en el grupo de personas que recibieron tratamiento. Sin embargo, el grupo sin tratamiento representa un porcentaje elevado de datos faltantes, lo que limita la interpretación directa, por lo tanto, estos resultados deben interpretarse con cautela debido al bajo número absoluto de personas, lo cual puede generar una sobreestimación (**tabla 31**).

Tabla 31. Recaídas y hospitalizaciones en las personas con EM, Colombia 2024

Tratamiento	Recaídas durante el periodo			Hospitalizaciones durante el periodo		
	Sí n= 138	No n= 3.972	Sin dato n= 373	Sí n= 81	No n= 4.051	Sin dato n= 351
Con tratamiento	114 (3,58)	2.980 (93,59)	90 (2,83)	67 (2,10)	3.004 (95,60)	73 (2,29)
No aplica	24 (1,85)	992 (76,37)	283 (21,79)	14 (1,08)	1.007 (77,52)	278 (21,40)



6.

Indicadores de la gestión del riesgo



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo



6.

RESUMEN infográfico

Indicadores de la gestión del riesgo

Periodo: del 1° de enero del 2024 al 31 de diciembre del 2024.



El tiempo promedio hasta el diagnóstico se redujo levemente, de _____

31,43 a 30,46 meses.

La oportunidad de atención por

neurología

al momento del diagnóstico mejoró significativamente, disminuyendo en promedio de _____

1.019 a 886 días.



La cobertura de RM aumentó del 91,98% en 2023 al 93,17% en 2024.



La tasa de infecciones oportunistas bajó del 1,79% al 0,44%.



En la región Caribe, el tiempo hasta el diagnóstico se redujo de 47,52 a 21,47 meses, la oportunidad de la atención por neurología pasó de 1.455 a 643 días, y se mejoró la cobertura de RM.

La cobertura del

tratamiento

se mantuvo por encima del **70%** en 2023 y 2024.

EM: esclerosis múltiple.
RM: resonancia magnética.

[Descargar infografía](#)

6. Indicadores de la gestión del riesgo

La CAC realiza el seguimiento de los IGR en las personas con EM en Colombia, con base en el consenso basado en la evidencia publicado en 2022 (60). Estos constituyen una herramienta fundamental para evaluar la calidad del proceso de atención en esta enfermedad y sirven como insumo estratégico para la toma de decisiones orientadas a mejorar los resultados en salud.

Los IGR presentados se estructuran a lo largo del continuo de atención, abarcando las etapas de diagnóstico, seguimiento y tratamiento. Cada indicador está vinculado a un dominio específico y cuenta con metas definidas que buscan elevar los estándares de atención. A continuación, se describen los indicadores utilizados, considerando el tipo de población a partir del cual se calcula cada uno y los rangos de cumplimiento establecidos (tabla 32).

Tabla 32. Descripción de los IGR en la EM, Colombia 2024

Dominio	Indicador	Nombre	Población		Rangos de semaforización		
			Incidentes	Prevalentes	Alto	Medio	Bajo
Diagnóstico	EM_01	Oportunidad del diagnóstico.	X		≤ 12	> 12 a < 18	≥ 18
	EM_02_1	Estudio paraclínico al diagnóstico.	X		≥ 80%	< 80% a > 70%	≤ 70%
	EM_03	Oportunidad de la atención por neurología al diagnóstico.	X			Línea de base	
	EM_04_1	Estado de discapacidad en los casos nuevos.	X			Línea de base	
	EM_05_1	Evaluación por resonancia magnética al diagnóstico.	X		100%	No aplica	< 100%
Seguimiento	EM_02_2	Estudio paraclínico durante el seguimiento.		X	≥ 90%	< 90% a > 80%	≤ 80%
	EM_04_2	Estado de discapacidad en el seguimiento.		X		Línea de base	
	EM_05_2	Evaluación por resonancia magnética en el seguimiento.		X	≥ 90%	< 90% a > 80%	≤ 80%
	EM_10_1	Tasa de recaídas en las personas que reciben tratamiento modificador de la enfermedad.		X		Línea de base	
	EM_10_2	Tasa de recaídas en las personas sin tratamiento modificador de la enfermedad.		X		Línea de base	
	EM_11	Infecciones oportunistas en el periodo.		X		Línea de base	
	EM_12	Mortalidad en el periodo.		X		Línea de base	
	EM_13	Proporción de personas hospitalizadas en el periodo.		X	< 20%	≥ 20% a ≤ 40%	> 40%
	EM_14	Promedio de atenciones por neurología en el periodo.		X	≥ 3	2	< 2
	EM_15	Evaluación por el equipo interdisciplinario en el periodo.		X	≥ 70%	< 70% a ≥ 50%	< 50%
	EM_16	Tasa de incapacidad.		X		Línea de base	



Tabla 32. Descripción de los IGR en la EM, Colombia 2024 (continuación)

Dominio	Indicador	Nombre	Población		Rangos de semaforización		
			Incidentes	Prevalentes	Alto	Medio	Bajo
Tratamiento	EM_6	Cobertura del tratamiento modificador de la enfermedad.		X	≥ 80%	< 80% a > 70%	≤ 70%
	EM_7	Cambio de tratamiento por eventos adversos al tratamiento modificador de la enfermedad.		X	< 30%	≥ 30% a ≤ 40%	> 40%
	EM_8	Cambio de tratamiento por respuesta subóptima al tratamiento modificador de la enfermedad.		X	< 30%	≥ 30% a ≤ 40%	> 40%
	EM_9	Oportunidad del tratamiento.		X	Línea de base		

La tasa de incapacidad es la sumatoria del número de días de incapacidad en los casos prevalentes (régimen contributivo), sobre el total de casos prevalentes del régimen contributivo en el periodo, medido por tasa persona-tiempo.

En este capítulo se presentan los resultados de los IGR en la población con EM en Colombia, desagregados por región, entidad territorial y régimen de afiliación. La **tabla 33** resume los resultados obtenidos a nivel nacional para el año 2024.

En el análisis de los IGR relacionados con el diagnóstico, se evidenciaron resultados heterogéneos entre el 2023 y el 2024, mostrando una leve mejora en la oportunidad, pasando de 31,43 meses en 2023 a 30,46 en 2024; sin embargo, este indicador continúa en un nivel bajo de cumplimiento. El porcentaje de casos con estudios paraclínicos al momento del diagnóstico se mantuvo estable (62,26% vs 62,43%), aunque también por debajo del estándar esperado. Por su parte, la oportunidad de atención por neurología presentó una mejora significativa, con una reducción en el tiempo de espera de 1.019 días en 2023 a 886 días. Así mismo, la evaluación por RM mostró una cobertura creciente (91,98% en 2023 vs 93,17% en 2024), lo cual representa un indicador positivo en la adherencia a guías.

En relación con los IGR de seguimiento, se observó un incremento en la proporción de personas con estudios paraclínicos (48,05% en 2023 vs 55,48% en 2024), sin embargo, este indicador aún presenta bajo cumplimiento. La evaluación por RM mostró una leve disminución (63,52% vs 60,10%), manteniéndose también por debajo del umbral esperado. La tasa de recaídas se mantuvo baja tanto en personas con TME como en aquellas sin tratamiento, lo que refleja un adecuado control clínico. De manera positiva, la tasa de infecciones oportunistas mostró una reducción significativa, pasando de 1,79% en 2023 a 0,44% en 2024.

En cuanto a la cobertura del tratamiento, se mantuvo por encima del 70% en ambos años, y la oportunidad de inicio del tratamiento se estabilizó en torno a los 80 días. No obstante, persisten retos importantes en el cumplimiento a otros indicadores de seguimiento, particularmente en lo referente a la evaluación interdisciplinaria, que sigue siendo baja, cercana al 30%.

En conjunto, los resultados evidencian avances en la atención integral de las personas con EM, especialmente en la reducción de tiempos de atención neurológica y en la disminución de eventos infecciosos.

Tabla 33. Resultados nacionales de la gestión del riesgo en la cohorte de EM, Colombia, 2023 - 2024

Dominio	Indicador	Nombre	Población		Año	
			Incidentes	Prevalentes	2023	2024
Diagnóstico	EM_01	Oportunidad del diagnóstico.	X		31,43	30,46
	EM_02_1	Estudio paraclínico al diagnóstico.	X		62,26	62,43
	EM_03	Oportunidad de la atención por neurología al diagnóstico.	X		1.019,53	886,00
	EM_04_1	Estado de discapacidad en los casos nuevos.	X		1,94	2,33
	EM_05_1	Evaluación por resonancia magnética al diagnóstico.	X		91,98	93,17
Seguimiento	EM_02_2	Estudio paraclínico durante el seguimiento.		X	48,05	55,48
	EM_04_2	Estado de discapacidad en el seguimiento.		X	1,84	1,88
	EM_05_2	Evaluación por resonancia magnética en el seguimiento.		X	63,52	60,10
	EM_10_1	Tasa de recaídas en las personas que reciben tratamiento modificador de la enfermedad.		X	0,06	0,04
	EM_10_2	Tasa de recaídas en las personas sin tratamiento modificador de la enfermedad.		X	0,04	0,02
	EM_11	Infecciones oportunistas en el periodo.		X	1,79	0,44
	EM_12	Mortalidad en el periodo.		X	0,30	0,93
	EM_13	Proporción de personas hospitalizadas en el periodo.		X	2,76	1,80
	EM_14	Promedio de atenciones por neurología en el periodo.		X	2,24	2,15
	EM_15	Evaluación por el equipo interdisciplinario en el periodo.		X	29,19	29,82
	EM_16	Tasa de incapacidad.		X	2,69	2,23
Tratamiento	EM_6	Cobertura del tratamiento modificador de la enfermedad.		X	75,99	75,43
	EM_7	Cambio de tratamiento por eventos adversos al tratamiento modificador de la enfermedad.		X	3,10	2,98
	EM_8	Cambio de tratamiento por respuesta subóptima al tratamiento modificador de la enfermedad.		X	5,35	4,52
	EM_9	Oportunidad del tratamiento.		X	86,59	87,58

6.1. Indicadores relacionados con el proceso de diagnóstico de la EM

En 2024, el régimen contributivo mostró mejores indicadores de oportunidad diagnóstica y de atención neurológica que el subsidiado. En el primero, el tiempo promedio hasta el diagnóstico se redujo de 31,97 meses en 2023 a 30,64 en 2024, mientras que en el subsidiado aumentó de 15,5 meses a 33,71. De igual modo, el periodo de espera para la primera consulta neurológica en el contributivo disminuyó de 1.041 días a 882, en contraste con el subsidiado, donde este tiempo pasó de 477 a 1.047 días.

El régimen contributivo también mejoró la cobertura de estudios paraclínicos al diagnóstico, alcanzando un 64,11% en 2024 (frente al 60,1% en 2023), mientras que en el subsidiado dicha cobertura cayó de 71,42% a 55,55%. Por último, la realización de la RM se mantuvo elevada en el contributivo (94,11% en 2024 vs. 91,25% en 2023) pero se redujo en el subsidiado (88,88% en 2024).



Tabla 34. Proceso diagnóstico en EM según el régimen de afiliación, Colombia 2023 - 2024

Indicadores	Régimen de afiliación					
	Contributivo		Subsidiado		Excepción	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Oportunidad del diagnóstico (meses).	31,97	30,64	15,50	33,71	23,81	25,82
Estudio paraclínico al diagnóstico (porcentaje).	60,10	64,11	71,42	55,55	100,00	50,00
Oportunidad de la atención por neurología al diagnóstico (días).	1.041	882	477	1.047	142	787
Estado de discapacidad en los casos nuevos (promedio).	1,80	2,40	3,35	1,70	-	1,75
Evaluación por resonancia magnética al diagnóstico (porcentaje).	91,25	94,11	100,00	88,88	100,00	75,00

En la **tabla 35** se presentan los resultados regionales, relacionados con la realización de los paraclínicos en el proceso diagnóstico de la EM.

Tabla 35. Indicadores relacionados con el proceso de diagnóstico de EM según la región, Colombia 2024

Regiones	EM_01	EM_02_1	EM_03	EM_04_1	EM_05_1
	Oportunidad del diagnóstico	Estudio paraclínico al diagnóstico	Oportunidad de la atención por neurología al diagnóstico	Estado de discapacidad en los casos nuevos	Evaluación por resonancia magnética al diagnóstico
	≤ 12	≥ 80%	Línea de base	Línea de base	100%
	>12 a <18	<80% a >70%			No aplica
≥ 18	≤70%	<100%			
Bogotá, D. C.	30,47	68,42	858	2,65	96,84
Amazonía-Orinoquía	Sin casos	Sin casos	Sin casos	Sin casos	Sin casos
Caribe	21,47	60,86	643	3,33	91,30
Central	42,15	58,97	1.298	1,54	94,87
Oriental	16,58	58,62	446	2,12	86,20
Pacífica	36,35	47,36	897	1,80	84,21
Nacional	30,46	62,43	886	2,33	93,17

En la región de la Amazonía-Orinoquía no se registraron casos de EM durante 2024. Entre las demás regiones, Bogotá, D. C., obtuvo el mayor cumplimiento en los indicadores de estudio paraclínico al diagnóstico (68,42%) y de evaluación por RM (96,84%). La Oriental destacó por la mejor oportunidad de diagnóstico (16,58 meses) y la menor demora en la consulta neurológica (446 días). Por su parte, la Caribe registró el mayor promedio de discapacidad al diagnóstico, con un puntaje EDSS de 3,33.

A nivel nacional, ninguno de los indicadores de diagnóstico alcanzó la meta establecida. En comparación con 2023, Bogotá, D. C., mejoró el cumplimiento de la RM al diagnóstico. Por su lado, la región Caribe redujo el tiempo hasta el diagnóstico de 47,52 meses a 21,47, acertó el plazo de atención neurológica de 1.455 días a 643 y elevó su cobertura de RM. En la Central, la realización de RM pasó del 91,22% al 94,87%, mientras que la Oriental redujo el tiempo hasta el diagnóstico de 42,02 meses a 16,58 y el intervalo hasta la atención neurológica de 1.367 días a 446.

6.2. Indicadores de seguimiento en la atención de los casos prevalentes de EM

La **tabla 36** muestra el cumplimiento de los indicadores de seguimiento, desglosado por tipo de régimen de afiliación. A continuación, se presentan los datos más destacables.

Reporte especial de la esclerosis múltiple en Colombia, 2024

Indicadores de la gestión del riesgo

www.minsalud.gov.co

En el régimen especial la cobertura de estudios paraclínicos aumentó del 72,72% al 85,71% y la realización de la RM pasó de 36,17% a 71,42%. Simultáneamente, el puntaje promedio de la EDSS disminuyó de 2,14 a 1,00, las infecciones oportunistas se redujeron a cero y la evaluación interdisciplinaria creció de 5,68% a 43,75%. A su vez, no se reportó mortalidad ni incremento en las recaídas.

En el régimen contributivo, las tasas de recaída se redujeron de 0,06 a 0,04 (con tratamiento) y de 0,03 a 0,02 (sin tratamiento), y las infecciones oportunistas cayeron de 1,86% a 0,36%. Así mismo, la cobertura de estudios paraclínicos y RM presentó una ligera disminución (60,1% a 59,3% y 65,5% a 62,4% respectivamente). No obstante, la mortalidad aumentó de 0,34% a 0,88%.

Los regímenes de excepción y subsidiado evidenciaron disminución en algunos indicadores. En el de excepción, la cobertura de paraclínicos cayó de 100% a 18,4% y la de RM de 49,4% a 42,9%; además, se reportaron una mortalidad de 1,47% y un 2,36% de infecciones oportunistas, mientras que la evaluación interdisciplinaria pasó de 18,1% a 7,9%. Por su parte, el subsidiado redujo la cobertura de estudios paraclínicos de 71,4% a 36,9% y de resonancias de 52,1% a 46,2%, aunque registró disminuciones en las tasas de infecciones y hospitalizaciones.

Tabla 36. Indicadores de seguimiento en la atención de los casos prevalentes de EM según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Indicadores	Régimen de afiliación							
	Contributivo		Especial		Excepción		Subsidiado	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Estudio paraclínico durante el seguimiento.	60,10	59,32	72,72	85,71	100,00	18,42	71,42	36,86
Estado de discapacidad en el seguimiento.	1,85	1,83	2,14	1,00	1,25	1,71	1,75	2,34
Evaluación por resonancia magnética en el seguimiento.	65,52	62,42	36,17	71,42	49,36	42,85	52,13	46,23
Tasa de recaídas en las personas que reciben tratamiento modificador de la enfermedad.	0,06	0,04	0,00	0,00	0,06	0,09	0,04	0,09
Tasa de recaídas en las personas sin tratamiento modificador de la enfermedad.	0,03	0,02	0,03	0,00	0,07	0,01	0,14	0,05
Infecciones oportunistas en el periodo.	1,86	0,36	2,85	0,00	0,00	2,36	1,73	0,00
Mortalidad en el periodo.	0,34	0,88	0,00	0,00	0,00	1,47	0,00	1,35
Proporción de personas hospitalizadas en el periodo.	2,43	1,45	2,27	0,00	2,92	3,94	7,39	4,05
Promedio de atenciones por neurología en el periodo.	2,18	2,17	4,37	1,81	1,95	1,62	2,52	1,96
Evaluación por el equipo interdisciplinario en el periodo.	31,36	33,21	5,68	43,75	18,12	7,88	15,56	17,34
Tasa de incapacidad.	2,60	2,24	6,21	0,00	-	-	-	-

Enseguida, la **tabla 37** presenta los resultados de los IGR de seguimiento y evaluación interdisciplinaria, desglosados por entidades territoriales. Estos resultados permiten analizar el desempeño de cada entidad en garantizar la atención integral y el seguimiento adecuado a la población con EM, destacando las diferencias en el cumplimiento de las metas establecidas.



Tabla 37. Indicadores de seguimiento en la atención en los casos prevalentes de EM según la región o entidad territorial, Colombia 2024

Región/entidad territorial	EM_02_2	EM_05_2	EM_14	EM_15
	Estudio paraclínico durante el seguimiento	Evaluación por RMN en el seguimiento	Promedio de atenciones por neurología en el periodo	Evaluación por el equipo interdisciplinario en el periodo
	≥ 90%	≥ 90%	≥ 3	≥ 70%
	< 90% a > 80%	< 90% a > 80%	2	< 70% a ≥ 50%
	≤ 80%	≤ 80%	< 2	< 50%
Bogotá, D. C.	68,42	58,56	2,41	25,58
Amazonía-Orinoquía	Sin casos	0,00	1,00	0,00
Arauca	Sin casos	0,00	3,00	0,00
Casanare	Sin casos	Sin casos	0,00	0,00
Putumayo	Sin casos	0,00	1,00	0,00
Caribe	60,86	56,31	2,01	20,30
Atlántico	75,00	67,54	1,93	32,06
Bolívar	50,00	40,00	2,19	10,29
Cesar	Sin casos	70,00	2,91	21,73
Córdoba	50,00	28,57	1,55	5,55
La Guajira	Sin casos	66,66	2,65	20,00
Magdalena	25,00	33,33	1,86	0,00
Sucre	Sin casos	31,57	2,05	0,00
Central	58,97	65,66	1,76	45,66
Antioquia	56,66	70,23	1,77	52,11
Caldas	75,00	44,00	1,48	27,55
Huila	100,00	23,52	1,44	0,00
Quindío	Sin casos	58,82	2,03	43,75
Risaralda	66,66	57,69	2,19	41,37
Tolima	0,00	47,61	1,48	6,38
Oriental	58,62	50,00	2,17	19,24
Boyacá	57,14	45,00	1,71	2,85
Cundinamarca	66,66	48,73	2,28	32,47
Meta	66,66	44,44	1,96	3,12
Norte de Santander	50,00	66,66	2,23	3,84
Santander	50,00	53,48	2,31	14,42
Pacífica	47,36	62,29	2,29	22,24
Cauca	Sin casos	62,50	1,72	0,00
Nariño	0,00	55,55	1,77	0,00
Valle del Cauca	50,00	63,41	2,36	25,49
Nacional	62,43	60,10	2,15	29,82

El cumplimiento de los indicadores de seguimiento en (EM) es heterogéneo entre departamentos: algunos alcanzan niveles aceptables en ciertos componentes, mientras que otros presentan desempeños limitados o incluso ausencia de registros.

De los cuatro indicadores evaluados, Bogotá, D. C., presenta un cumplimiento del 68,42% en la realización de estudios paraclínicos y del 58,56% en la evaluación por RM, con un promedio de 2,41 atenciones neurológicas durante el periodo analizado y una cobertura del 25,58% en la evaluación por un equipo interdisciplinario.

En la región Caribe, el cumplimiento global de los indicadores es limitado. No obstante, se destacan los departamentos del Cesar y La Guajira por registrar un mejor desempeño en el promedio de atenciones por neurología, con 2,91 y 2,65 consultas respectivamente, superando el promedio nacional.

La región Central muestra un cumplimiento general por debajo de las metas establecidas. Sin embargo, sobresale el departamento del Huila, con un 100% de cumplimiento en la realización de estudios paraclínicos durante el seguimiento, y Antioquia, que alcanza un nivel aceptable del 52,11% en la evaluación por un equipo multidisciplinario.

A nivel nacional, el único indicador que se aproxima a un cumplimiento aceptable es el promedio de atenciones por neurología, con un valor de 2,15 consultas en el periodo evaluado.

6.3. IGR de tratamiento de los casos con EM

La evaluación de los indicadores relacionados con la TME en EM muestra diferencias según el régimen de afiliación, en la **tabla 38** se muestran estos resultados.

El contributivo mantuvo una cobertura estable entre 2023 y 2024, representando el valor más alto entre los regímenes con acceso regular al tratamiento. En contraste, se observa una caída considerable en la cobertura del régimen especial, que pasó del 81,08% en 2023 al 46,15% en 2024. Así mismo, los de excepción y subsidiado registraron reducciones del 78,33% al 73,72% y del 70,89% al 62,88%, respectivamente.

Sumado a lo anterior, se observa un aumento notable en el porcentaje de cambios de tratamiento por eventos adversos en el especial y en el subsidiado, lo que podría reflejar una mayor aparición de efectos secundarios o una mejor capacidad de registro clínico. Por su parte, el contributivo mantuvo una proporción baja y estable, mientras que el de excepción mostró una disminución leve. Los cambios por respuesta subóptima disminuyeron en casi todos los regímenes, especialmente en el especial, que pasó de 1,42% a 0% en 2024.

Tabla 38. Indicadores de tratamiento de la EM según el régimen de afiliación, Colombia 2023 - 2024

Indicadores	Régimen de afiliación							
	Contributivo		Especial		Excepción		Subsidiado	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Cobertura del tratamiento modificador de la enfermedad.	76,10	76,94	81,08	46,15	78,33	73,72	70,89	62,88
Cambio de tratamiento por eventos adversos al tratamiento modificador de la enfermedad.	3,07	2,90	5,71	12,50	5,83	3,14	0,57	2,64
Cambio de tratamiento por respuesta subóptima al tratamiento modificador de la enfermedad.	5,49	4,88	1,42	0,00	7,50	1,57	3,46	3,39
Oportunidad del tratamiento.	89,42	93,73	77,85	-	51,00	39,00	68,22	57,88

El análisis regional de los indicadores relacionados con la gestión del riesgo en EM muestra diferencias importantes en términos de cobertura, cambios terapéuticos y oportunidad del tratamiento. En la **tabla 39** se presentan los principales hallazgos.

A nivel nacional, el 75,43% de los casos cuenta con cobertura de la TME, lo cual se considera un cumplimiento aceptable, aunque por debajo de la meta ideal ($\geq 80\%$). Ninguna región alcanza esta meta. Las regiones Caribe (76,94%), Bogotá, D. C., (76,59%), y Central (75,08%) presentan los niveles más altos, mientras que la Amazonía-Orinoquía (66,66%) es la única por debajo del 70%.



Adicionalmente, en el país, el 4,52% de los casos presentó cambios terapéuticos por respuesta insuficiente a la TME y el 2,98% por efectos adversos, lo que está dentro de los valores esperados (< 30%). La mayoría de las regiones cumple con esta meta.

Finalmente, tenemos el indicador del tiempo promedio de inicio del tratamiento desde el diagnóstico o prescripción (medido en días). El promedio nacional fue de 87,59 días, siendo las regiones Pacífica (102,33 días) y Caribe (57,55 días) los extremos. La región Caribe es la que presenta la mejor oportunidad de inicio.


Tabla 39. Indicadores relacionados con el tratamiento en personas con EM según la región, Colombia 2024

Regiones	EM_06	EM_07	EM_08	EM_09
	Cobertura del tratamiento modificador de la enfermedad	Cambio de tratamiento por eventos adversos al tratamiento modificador de la enfermedad	Cambio de tratamiento por respuesta subóptima al tratamiento modificador de la enfermedad	Oportunidad del tratamiento
	≥ 80%	< 30%	< 30%	
	< 80% a > 70%	≥ 30% a ≤ 40%	≥ 30% a ≤ 40%	Línea de base
	≤ 70%	> 40%	> 40%	
Bogotá, D. C .	76,59	2,75	5,50	95,15
Amazonía-Orinoquía	66,66	0,00	0,00	-
Caribe	76,94	4,02	2,78	57,55
Central	75,08	2,97	3,08	98,45
Oriental	71,78	2,04	5,46	70,21
Pacífica	73,41	4,02	5,49	102,33
Nacional	75,43	2,98	4,52	87,59

Discusión y conclusiones

Los hallazgos presentados en este informe confirman la tendencia creciente en la prevalencia de la EM en Colombia, con un aumento del 12,36% en 2024 respecto al año anterior. Esta situación es consistente con lo reportado a nivel mundial, donde se ha evidenciado un aumento sostenido en la carga de la enfermedad, atribuible a una mejor capacidad diagnóstica, mayor conciencia clínica y posiblemente a factores ambientales emergentes (21,23,24,27,28,30,61). Si bien Colombia aún se clasifica como un país de baja a media prevalencia, con cifras dadas para el 2024 en 8,31 casos por cada 100.000 habitantes, se observa una aproximación progresiva al promedio regional latinoamericano, estimado en torno al 13,9 por 100.000 habitantes (62). De hecho, en algunas regiones del país como Bogotá, D. C., para el año 2013 se reportó una prevalencia de 16,25 por 100.000 habitantes (datos obtenidos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) (50), sin embargo, para el año 2024, derivado del registro nacional de la CAC de casos confirmados de EM, se tiene una prevalencia de 19,92 casos por cada 100.000 habitantes, lo que evidencia un incremento significativo, posiblemente debido al cumplimiento de la normatividad vigente para la notificación de enfermedades huérfanas. Esta convergencia con los patrones epidemiológicos de América Latina resulta consistente con las proyecciones previas para Colombia, que anticipaban un aumento gradual en los casos diagnosticados como consecuencia de mejoras en el sistema de información en salud y la consolidación de redes de atención neurológica especializada (50). No obstante, el país aún se encuentra lejos de las tasas reportadas en regiones de alta prevalencia como Europa Occidental, donde se superan los 100 casos por 100.000 habitantes (28).

La caracterización demográfica reafirma el predominio femenino, con una relación mujer:hombre de 2,39:1, especialmente en grupos etarios entre los 25 y 49 años. Este patrón epidemiológico concuerda con la literatura internacional y se asocia a factores inmunológicos y hormonales que podrían aumentar la susceptibilidad en mujeres (24,28,29,52). El hecho de que más del 55% de los casos incidentes en mujeres se presenten antes de los 50 años destaca la importancia de promover una sospecha clínica oportuna en este grupo, dada la ausencia de medidas de prevención primaria eficaces (5).



La caracterización demográfica reafirma el predominio femenino, con una relación mujer:hombre de 2,39:1, especialmente en grupos etarios entre los 25 y 49 años.

La concentración de casos incidentes y prevalentes en Bogotá, D. C., (46,80% y 41,84%, respectivamente) puede estar relacionada con una mayor densidad poblacional, mejor acceso a servicios especializados y una capacidad diagnóstica más desarrollada. Sin embargo, la ausencia de nuevos casos reportados en 2024 en regiones como la Amazonía-Orinoquía plantea interrogantes sobre la calidad y cobertura de los sistemas de vigilancia epidemiológica en estas zonas. Aunque esta situación podría indicar un subregistro, especialmente en territorios con barreras geográficas y limitaciones en el acceso a servicios neurológicos, también es posible que refleje una menor carga real de la enfermedad asociada a diferencias ambientales, genéticas o de exposición a factores de riesgo. A la fecha, no se dispone de estudios epidemiológicos específicos en estas regiones que permitan establecer con certeza si la ausencia de casos responde a fallas en el sistema de registro o a una baja prevalencia verdadera, lo que subraya la necesidad de realizar investigaciones dirigidas y fortalecer la capacidad de vigilancia en áreas periféricas del país.



Aunque el régimen contributivo concentró la mayor parte de los casos, se observó un crecimiento del 92,86% en los incidentes del régimen subsidiado entre 2023 y 2024, lo cual puede ser resultado de una mejoría en la captación.

En cuanto al acceso al diagnóstico, la alta proporción de la realización de la RM (93,1%), el análisis de bandas oligoclonales (75,4%) y la consulta con neurología (99%) sugiere una adecuada adherencia a los criterios de McDonald 2017 (63), lo cual permite una identificación temprana y precisa de la enfermedad (35,37). No obstante, el hecho de que solo el 63,7% de los casos prevalentes tuviera registro de evaluación EDSS, indica oportunidades de mejora en el seguimiento funcional sistemático. Lo anterior soporta la importancia de la adherencia a los criterios descritos en la literatura.

El análisis por fenotipo confirma que la forma recurrente-remitente continúa siendo la más prevalente en Colombia, lo cual es consistente con su reconocimiento como el tipo de inicio clínico más frecuente de la enfermedad (48,49). La detección oportuna de este fenotipo permite iniciar tempranamente las TME, las cuales han demostrado eficacia en la reducción de la progresión de la discapacidad y en la frecuencia de recaídas (17,18,35,36). En el país, las más utilizadas son el ocrelizumab, el fingolimod y el ofatumumab, con una cobertura nacional reportada del 75,43% en 2024, aún por debajo de la meta ideal del 80%.

Al comparar este desempeño con otros contextos internacionales, se observa que en Alemania aproximadamente el 45,6% de las personas con EM no reciben una TME, a pesar de ser elegibles según guías clínicas, con una menor cobertura especialmente en formas progresivas de la enfermedad (64). En Malta e Islandia la cobertura del tratamiento fue para el 100% de los casos reportados (65). En Canadá, aunque el sistema de salud universal facilita el acceso equitativo a tratamientos básicos, la aprobación de medicamentos más recientes

y costosos depende de los mecanismos de financiación provinciales. En provincias como Ontario, cerca del 70% de las nuevas TME son reembolsados dentro de los primeros seis meses, mientras que en otras regiones este proceso puede tardar hasta dos años (66). En Argentina, aproximadamente el 84,5% de las personas con (EM) recibe tratamiento, una proporción superior a la del resto de Latinoamérica (alrededor del 35%). Sin embargo, el acceso a las terapias modificadoras de la enfermedad (TME) varía considerablemente entre países e incluso entre regiones de un mismo país (67). En este contexto, Colombia presenta un nivel de acceso aceptable a las TME, aunque persisten oportunidades de mejora en términos de equidad territorial y adopción de terapias de mayor eficacia.

A pesar de estos avances, se observó un incremento leve en la proporción de casos con fenotipos progresivos, lo cual resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de transición terapéutica, seguimiento estructurado y evaluación funcional continua. En relación con los IGR, si bien la tasa de recaídas se mantuvo baja en personas con TME (0,04 en 2024), persisten brechas importantes en otros componentes del seguimiento clínico, como la baja frecuencia de evaluación por equipos interdisciplinarios (29,82% a nivel nacional), y una cobertura baja en estudios de resonancia magnética (60,1%) y paraclínicos durante el seguimiento (55,48%). Estos resultados contrastan con las recomendaciones internacionales, que promueven evaluaciones neurológicas regulares y abordajes multidisciplinarios para garantizar el control de la enfermedad y la calidad de vida del paciente (5,35). Por tanto, se recomienda implementar mejoras en

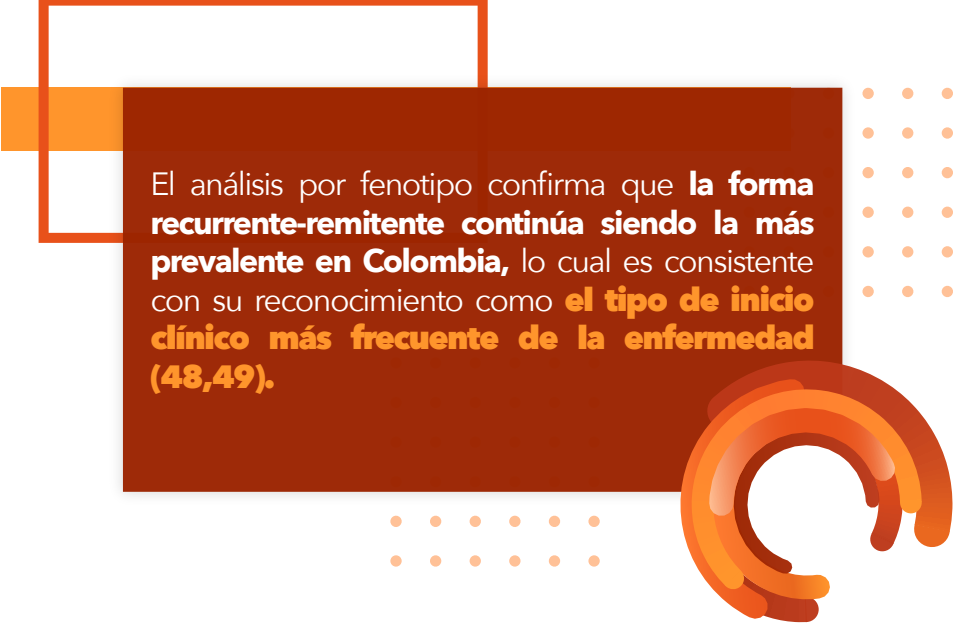
La concentración de casos incidentes y prevalentes en **Bogotá, D. C., (46,80% y 41,84%, respectivamente)** puede estar relacionada con **una mayor densidad poblacional, mejor acceso a servicios especializados y una capacidad diagnóstica más desarrollada.**

los procesos de seguimiento clínico, optimizar la adherencia a guías y fortalecer las rutas integrales de atención para los pacientes con EM.

Durante el periodo de análisis se reportaron 35 muertes por todas las causas en personas con EM. Cabe mencionar que ninguno de los decesos fue atribuido directamente a la enfermedad como causa básica de muerte. Del total, el 37,14% (n= 13) correspondió a causas externas, el 28,57% (n= 10) a causas no clasificadas dentro de enfermedad cardiovascular, cáncer o infección, y el 14,29% (n= 5)

no contaba con información suficiente en la historia clínica para determinar la causa. Así mismo, el 8,57% (n= 3) de los fallecimientos se atribuyó a infecciones, el 5,71% (n= 2) a cáncer y otro 5,71% a enfermedad cardiovascular. En cuanto a la distribución por sexo, la mortalidad cruda fue similar entre mujeres y hombres, con tasas de 0,07 y 0,06 muertes por cada 100.000 habitantes, respectivamente.

Finalmente, el fortalecimiento del sistema de auditoría de la CAC, con verificación clínica, administrativa y financiera del 100% de los casos reportados, constituye un avance sustancial en la confiabilidad de la información y proporciona una base sólida para la toma de decisiones en salud pública.



El análisis por fenotipo confirma que **la forma recurrente-remitente continúa siendo la más prevalente en Colombia**, lo cual es consistente con su reconocimiento como **el tipo de inicio clínico más frecuente de la enfermedad (48,49)**.



Referencias bibliográficas

1. Ataxias cerebelosas e infecciones virales: caracterización clínica y mecanismos neuropatogénicos [en línea]. [Citado el 18 de mayo de 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602020000100009
2. Debanne D, Campanac E, Bialowas A, Carlier E, Alcaraz G. Axon physiology. *Physiol Rev* [en línea]. Abril de 2011 [citado el 18 de mayo de 2025];91(2):555-602. Disponible en: <https://doi.org/10.1152/physrev.00048.2009>
3. Salmon JF. Neuro-Ophthalmology. *Kanski's Synopsis of Clinical Ophthalmology* [en línea]. 2023 [citado el 18 de mayo de 2025];339-76. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780702083730000191>
4. Seil FJ. Demyelination. *El 1° de enero de 1982* [citado el 18 de mayo de 2025];3:235-74. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780120083039500128>
5. Dobson R, Giovannoni G. Multiple sclerosis - a review. *Eur J Neurol* [en línea]. El 1° de enero de 2019 [citado el 18 de mayo de 2025];26(1):27-40. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ene.13819>
6. Oh J, Vidal-Jordana A, Montalban X. Multiple sclerosis: Clinical aspects. *Curr Opin Neurol* [en línea]. 2018 [citado el 18 de mayo de 2025];31(6):752-9. Disponible en: https://journals.lww.com/co-neurology/fulltext/2018/12000/multiple_sclerosis_clinical_aspects.15.aspx
7. Sainz-Pelayo MP, Albu S, Murillo N, Benito-Penalva J. Spasticity in neurological pathologies. An update on the pathophysiological mechanisms, advances in diagnosis and treatment. *Revista de Neurología* 2020, 70(12), 453-460 [en línea]. El 16 de junio de 2020 [citado el 18 de mayo de 2025];70(12):453-60. Disponible en: <https://www.imrpess.com/journal/RN/70/12/10.33588/rn.7012.2019474>
8. Meyer-Moock S, Feng YS, Maeurer M, Dippel FW, Kohlmann T. Systematic literature review and validity evaluation of the Expanded Disability Status Scale (EDSS) and the Multiple Sclerosis Functional Composite (MSFC) in patients with multiple sclerosis. *BMC Neurol* [en línea]. El 25 de marzo de 2014 [citado el 18 de mayo de 2025];14(1):58. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3986942/>
9. Poitelon Y, Kopec AM, Belin S. Myelin Fat Facts: An Overview of Lipids and Fatty Acid Metabolism. *Cells* [en línea]. El 27 de marzo de 2020 [citado el 18 de mayo de 2025];9(4):812. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7226731/>
10. Baba H. Introduction to Myelin Research. *YAKUGAKU ZASSHI* [en línea]. El 1° de agosto de 2022 [citado el 18 de mayo de 2025];142(8):21-00224. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/yakushi/142/8/142_21-00224/article/-char/ja/
11. RACGP - Paraesthesia and peripheral neuropathy [en línea]. [Citado el 18 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.racgp.org.au/afp/2015/march/paraesthesia-and-peripheral-neuropathy/>
12. Esclerosis múltiple | Medicina Integral [en línea]. [Citado el 18 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-esclerosis-multiple-13015299>
13. ¿Qué es una recaída de esclerosis múltiple (EM)? | MSAA [en línea]. [Citado el 18 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://mysaa.org/publications/ms-relapse-toolkit-espanol/what-relapse/>
14. Control de recaídas y ataques | Sociedad Nacional de Esclerosis Múltiple [en línea]. [Citado el 18 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.nationalmssociety.org/es/managing-ms/treating-ms/managing-relapses>
15. Kalincik T. Multiple Sclerosis Relapses: Epidemiology, Outcomes and Management. A Systematic Review. *Neuroepidemiology* [en línea]. El 1° de julio de 2015 [citado el 18 de mayo de 2025];44(4):199-214. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1159/000382130>
16. Thau L, Reddy V, Singh P. Anatomy, Central Nervous System. *BMJ* [en línea]. El 10 de octubre de 2022 [citado el 18 de mayo de 2025];1(4293):478-478. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542179/>
17. Terapias Modificadoras de la Enfermedad | MS-UK | Folleto de Opciones [en línea]. [Citado el 18 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://ms-uk.org/disease-modifying-therapies-choices-booklet/>
18. Vargas DL, Tyor WR. Update on Disease-Modifying Therapies for Multiple Sclerosis. *Journal of Investigative Medicine* [en línea]. El 1° de junio de 2017 [citado el 18 de mayo de 2025];65(5):883-91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28130412/>

19. Definición de enfermedad autoinmunitaria - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [en línea]. [Citado el 18 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/enfermedad-autoinmunitaria>
20. Nicole JA, Iván GA. Inmunopatogenia de las enfermedades autoinmunes. Revista Médica Clínica Las Condes [en línea]. El 1° de julio de 2012 [citado el 18 de mayo de 2025];23(4):464-72. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-inmunopatogenia-enfermedades-autoinmunes-S0716864012703371>
21. Marcus R. What Is Multiple Sclerosis? JAMA [en línea]. El 22 de noviembre de 2022 [citado el 18 de mayo de 2025];328(20):2078-2078. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2798738>
22. Yamout BI, Alroughani R. Multiple Sclerosis. Semin Neurol [en línea]. El 1° de abril de 2018 [citado el 18 de mayo de 2025];38(2):212-25. Disponible en: <http://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0038-1649502>
23. Doshi A, Chataway J. Multiple sclerosis, a treatable disease. Clinical Medicine [en línea]. El 1° de diciembre de 2016 [citado el 18 de mayo de 2025];16(Suppl 6):s53. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6329568/>
24. Haki M, Al-Biati HA, Al-Tameemi ZS, Ali IS, Al-Hussainy HA. Review of multiple sclerosis: Epidemiology, etiology, pathophysiology, and treatment. Medicine [en línea]. El 23 de febrero de 2024 [citado el 18 de mayo de 2025];103(8):e37297. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10883637/>
25. Goldman MD, Ward M, Goldman MD. Epidemiology and Pathophysiology of Multiple Sclerosis. CONTINUUM Lifelong Learning in Neurology [en línea]. El 1° de agosto de 2022 [citado el 18 de mayo de 2025];28(4):988-1005. Disponible en: https://journals.lww.com/continuum/fulltext/2022/08000/epidemiology_and_pathophysiology_of_multiple.4.aspx
26. Koch-Henriksen N, Magyari M. Apparent changes in the epidemiology and severity of multiple sclerosis. Nature Reviews Neurology 2021 17:11 [en línea]. El 28 de septiembre de 2021 [citado el 18 de mayo de 2025];17(11):676-88. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41582-021-00556-y>
27. She W, Li R, Zou Y, Yuan L, Ma Y, Chen H, et al. Global, regional, and national burden of multiple sclerosis from 1990 to 2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. medRxiv [en línea]. El 19 de abril de 2025 [citado el 18 de mayo de 2025];2025.04.17.25325986. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.04.17.25325986v1>
28. Walton C, King R, Rechtman L, Kaye W, Leray E, Marrie RA, et al. Rising prevalence of multiple sclerosis worldwide: Insights from the Atlas of MS, third edition. Mult Scler [en línea]. El 1° de diciembre de 2020 [citado el 18 de mayo de 2025];26(14):1816. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7720355/>
29. Khan G, Hashim MJ. Epidemiology of Multiple Sclerosis: Global, Regional, National and Sub-National-Level Estimates and Future Projections. J Epidemiol Glob Health [en línea]. El 1° de diciembre de 2025 [citado el 18 de mayo de 2025];15(1):1-11. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s44197-025-00353-6>
30. Atlas de EM [en línea]. [Citado el 18 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.atlasofms.org/fact-sheet/united-kingdom>
31. El Perfil Epidemiológico y Clínico de la Esclerosis Múltiple en el Ecuador. The Clinical And Epidemiological Profile Of Multiple Sclerosis In Ecuador - revecuatneurol - Revista Ecuatoriana de Neurología [en línea]. [Citado el 18 de mayo de 2025]. Disponible en: https://revecuatneurol.com/magazine_issue_article/perfil-epidemiologico-clinico-esclerosis-multiple-ecuador-clinical-epidemiological-profile-multiple-sclerosis-ecuador/?utm_source=chatgpt.com
32. Vista de Prevalencia de la esclerosis múltiple y su distribución geográfica [en línea]. [Citado el 18 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://reccsu.upaep.mx/index.php/reccsu/article/view/101/93>
33. Visor Redalyc - Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con esclerosis múltiple [en línea]. [Citado el 18 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/1800/180071529008/?utm_source=chatgpt.com
34. Protocolo de Vigilancia en salud pública. Enfermedades Huérfanas - Raras [en línea]. 2024 ago. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Enfermedades%20huerfanas.pdf
35. Goldman MD, Oh J. Diagnosis of Multiple Sclerosis. CONTINUUM Lifelong Learning in Neurology [en línea]. El 1° de agosto de 2022 [citado el 19 de mayo de 2025];28(4):1006-24. Disponible en: https://journals.lww.com/continuum/fulltext/2022/08000/diagnosis_of_multiple_sclerosis.5.aspx
36. Thompson AJ, Banwell BL, Barkhof F, Carroll WM, Coetzee T, Comi G, et al. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. Lancet Neurol [en línea]. El 1° de febrero de 2018 [citado el 19 de mayo de 2025];17(2):162-73. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S1474442217304702>
37. Absinta M, Sati P, Reich DS. Advanced MRI and staging of multiple sclerosis lesions. Nat Rev Neurol [en línea]. El 1° de junio de 2016 [citado el 19 de mayo de 2025];12(6):358. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5074769/>



38. Disanto G, Barro C, Benkert P, Naegelin Y, Schädelin S, Giardiello A, et al. Serum Neurofilament light: A biomarker of neuronal damage in multiple sclerosis. *Ann Neurol* [en línea]. El 1° de junio de 2017 [citado el 19 de mayo de 2025];81(6):857. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5519945/>
39. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos - WMA - The World Medical Association [en línea]. [Citado el 13 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
40. Informe Belmont - Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación: Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [en línea]. [Citado el 13 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-belmont-principios-eticos-directrices-para-proteccion-sujetos-humanos>
41. Spanish translation: 2016 International ethical guidelines for health-related research involving humans - CIOMS [en línea]. [Citado el 13 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://cioms.ch/publications/product/pautas-eticas-internacionales-para-la-investigacion-re-lacionada-con-la-salud-con-seres-humanos/>
42. Compilación Jurídica del Invima - Resolución 8430 de 1993 MS [en línea]. [Citado el 13 de mayo de 2025]. Disponible en: https://normograma.invima.gov.co/compilacion/docs/resolucion_minsalud_r8430_93.htm
43. Resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud [en línea]. [Citado el 13 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16737>
44. Ley 1581 de 2012 - Gestor Normativo - Función Pública [en línea]. [Citado el 13 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
45. Decreto 1377 de 2013 - Gestor Normativo - Función Pública [en línea]. [Citado el 13 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=53646>
46. (PDF) Age Standardization of Rates: A New WHO Standard [en línea]. [Citado el 13 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/284696312_Age_Standardization_of_Rates_A_New_WHO_Standard
47. Dobson R, Giovannoni G. Multiple sclerosis - a review. *Eur J Neurol* [en línea]. El 1° de enero de 2019 [citado el 21 de mayo de 2025];26(1):27-40. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ene.13819>
48. Esclerosis múltiple | Sobre la enfermedad | GARD [en línea]. [Citado el 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/12842/esclerosis-multiple>
49. Alberte-Woodward M, Soneira JN, González JMÓP. Actualización en esclerosis múltiple: manifestaciones clínicas, formas evolutivas y estudios paraclínicos. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* [en línea]. El 1° de mayo de 2023 [citado el 25 de mayo de 2025];13(78):4621-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541223001142>
50. Jiménez-Pérez CE, Zarco-Montero LA, Castañeda-Cardona C, Esteban MO, Martínez A, Rosselli D. Current state of multiple sclerosis in Colombia. *Acta Neurológica Colombiana* [en línea]. El 5 de noviembre de 2015 [citado el 19 de mayo de 2025];31(4):385-90. Disponible en: <https://www.actaneurologica.com/index.php/anc/article/view/1286/842>
51. Compston A, Coles A. Multiple sclerosis. *The Lancet* [en línea]. El 25 de octubre de 2008 [citado el 27 de mayo de 2025];372(9648):1502-17. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S0140673608616207>
52. Voskuhl RR, Gold SM. Sex-related factors in multiple sclerosis susceptibility and progression. *Nat Rev Neurol* [en línea]. Mayo de 2012 [citado el 27 de mayo de 2025];8(5):255-63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22450508/>
53. Consenso: Enfermedad de Gaucher - Cuenta de Alto Costo [en línea]. [Citado el 13 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/consensos/consenso-enfermedad-de-gaucher/>
54. Jacobs LD, Cookfair DL, Rudick RA, Herndon RM, Richert JR, Salazar AM, et al. Intramuscular interferon beta-1a for disease progression in relapsing multiple sclerosis. *Ann Neurol* [en línea]. El 1° de marzo de 1996 [citado el 9 de junio de 2025];39(3):285-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ana.410390304>
55. Havrdova E, Galetta S, Hutchinson M, Stefoski D, Bates D, Polman CH, et al. Effect of natalizumab on clinical and radiological disease activity in multiple sclerosis: a retrospective analysis of the Natalizumab Safety and Efficacy in Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis (AFFIRM) study. *Lancet Neurol* [en línea]. El 1° de marzo de 2009 [citado el 9 de junio de 2025];8(3):254-60. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S1474442209700213>

56. Riederer F. Ocrelizumab versus placebo in primary progressive multiple sclerosis. *Journal fur Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* [en línea]. 2017 [citado el 9 de junio de 2025];18(1):30-1. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28002688/>
57. Rotstein DL, Healy BC, Malik MT, Chitnis T, Weiner HL. Evaluation of No Evidence of Disease Activity in a 7-Year Longitudinal Multiple Sclerosis Cohort. *JAMA Neurol* [en línea]. El 1° de febrero de 2015 [citado el 9 de junio de 2025];72(2):152-8. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2048956>
58. Baskaran AB, Grebenciucova E, Shoemaker T, Graham EL. Current Updates on the Diagnosis and Management of Multiple Sclerosis for the General Neurologist. *J Clin Neurol* [en línea]. El 1° de mayo de 2023 [citado el 9 de junio de 2025];19(3):217. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10169923/>
59. Di Sabatino E, Gaetani L, Sperandei S, Fiacca A, Guercini G, Parnetti L, et al. The no evidence of disease activity (NEDA) concept in MS: impact of spinal cord MRI. *J Neurol* [en línea]. El 1° de junio de 2022 [citado el 9 de junio de 2025];269(6):3129-35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34820734/>
60. Consenso: Esclerosis múltiple - Cuenta de Alto Costo [en línea]. [Citado el 5 de junio de 2025]. Disponible en: <https://cuentadealto-costo.org/consensos/consenso-esclerosis-multiple/>
61. Wallin MT, Culpepper WJ, Nichols E, Bhutta ZA, Gebrehiwot TT, Hay SI, et al. Global, regional, and national burden of multiple sclerosis 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol* [en línea]. El 1° de marzo de 2019 [citado el 23 de junio de 2025];18(3):269. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6372756/>
62. Cristiano E, Rojas JI, Romano M, Frider N, MacHnicki G, Giunta DH, et al. The epidemiology of multiple sclerosis in Latin America and the Caribbean: A systematic review. *Multiple Sclerosis Journal* [en línea]. 2013 [citado el 23 de junio de 2025];19(7):844-54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23045380/>
63. Antonio R, Lara C. Sección I: capítulo 2 Criterios de McDonald y MAGNIMS en esclerosis múltiple McDonald and MAGNIMS criteria in multiple sclerosis. 2023 [citado el 28 de julio de 2025];51:44-5. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/113401>
64. Disparities in patient share and characteristics between disease-modifying therapy-treated and -untreated people with multiple sclerosis in Germany: a claims data analysis from 2017 to 2022. *Front Neurol*. el 15 de abril de 2025;16:1561810. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/neurology/articles/10.3389/fneur.2025.1561810/full>
65. Carnero Contentti E, Pettinicchi JP, López PA, Alonso R, Garcea O, Balbuena ME, et al. Access and unmet needs to multiple sclerosis care in a cohort of Argentinean patients. *Mult Scler Relat Disord* [en línea]. El 1° de agosto de 2019 [citado el 30 de julio de 2025];33:88-93. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2211034819302287>
66. Multiple Sclerosis Treatment Market - [en línea]. [Citado el 23 de junio de 2025]. Disponible en: https://pmarketresearch.com/hc/multiple-sclerosis-treatment-market/?utm_source=chatgpt.com
67. Alonso R, Contentti EC, Imhoff G, López PA, Rubstein A, Tizio S. Barriers against a successful MS treatment: The importance of effectiveness beyond efficacy. *Mult Scler Relat Disord* [en línea]. El 1° de mayo de 2019 [citado el 30 de julio de 2025];30:129-35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30771579/>



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

@cuentadealtocosto



www.cuentadealtocosto.org



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO