

Definiendo la Ruta Integral
de Atención - RIA del paciente con

Esclerosis Múltiple

e-book 2

Agradecimientos

Sandra Piedad Segura	Compensar EPS
Nabonazar Navarro	Mutual Ser EPS
Sergio Lindarte	EPS Sura
Liliana Patricia Díaz	EPS Sura
Alexandra Campos	Famisanar EPS
Diana Esperanza Rodríguez	Famisanar EPS
Viviana Forero	Salud Total EPS
María Alexandra Molina	Servicio Occidental de Salud EPS
Marieth Arias	Servicio Occidental de Salud EPS

Patrocinado por Novartis Colombia S.A

Editorial

Carlos Felipe Muñoz Paredes

CEO & Fundador de CONSULTORSALUD

Liliana Palacios Muñoz

Directora administrativa

Félix Jr. Ruiz Torres

Líder de eventos académicos

Michell Andrea Vivas

Líder de comunicaciones

Susana María Rico Barrera

Periodista de CONSULTORSALUD

Estefanía Peña Romero

Líder de diseño gráfico

Natalia Benítez Florez

Auxiliar administrativa y logística

Giovanny Palacios Medina

Líder de tecnologías

Daniel Alejandro Pineda Mora

Soporte técnico

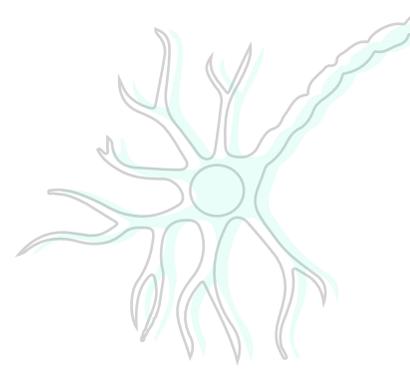
Contacto:

info@consultorsalud.com

Índice

01	Introducción	p. 4
02	Definiendo la Ruta Integral de Atención - RIA del paciente con Esclerosis Múltiple	p. 6
03	Ayudas de confirmación diagnóstica para la RIA de EM	p. 9
04	Profesionales y frecuencias incluidas en el modelo de atención de la EM	p. 13
05	Algoritmo terapéutico	p. 15
06	Ruta de Atención Integral - RIA a pacientes con EM	p. 16
07	Tabla de indicadores	p. 18

01 | Introducción



Este e-book pretende convertirse en material de consulta para aseguradores, prestadores, pacientes y cuidadores interesados en la Ruta Integral de Atención de la Esclerosis Múltiple (EM).

El mismo, fue constituido colectivamente con la participación de los representantes de las EPS que aseguran la salud de la cohorte más grande de pacientes con EM en Colombia, el cual expone los procesos integrales que están entregando buenos resultados para el cuidado y la obtención de los mejores desenlaces.

El análisis del comportamiento de la atención de la patología entre 2018 y 2021, muestra que el año 2019 fue el de mayor crecimiento en la atención de los pacientes. Esto es resultado del empoderamiento de los pacientes con enfermedades huérfanas y el ajuste de gestión entre prestadores y pagadores.

Las tendencias actuales para la atención en salud de la Esclerosis Múltiple se decantan por la conformación de una Ruta de Atención Integral (RIA) -lo que sería entendido como un continuo asistencial-, contrario a las intervenciones fragmentadas. La RIA hace parte del círculo del cuidado de las personas expuestas al riesgo de enfermar o que ya desafían esta patología.

En el caso colombiano, para la RIA de Esclerosis Múltiple es necesario establecer los HITOS que con seguridad abordan aspectos como hábitos, evidencia científica, acceso a medicamentos y tecnologías, riesgo, trabajo multidisciplinario y sistemas de monitoreo.

Este circuito inicia con una buena caracterización poblacional; continúa con el levantamiento de los riesgos y su priorización; pasa por la gestión de la red integral y la aprobación del continuo asistencial, que parte de los modelos educativos y preventivos y finaliza con cuidados paliativos y muerte con dignidad cuando así se requiera.

Seguidamente existen otros atributos administrativos y financieros indispensables para alcanzar los hitos y los desenlaces acordados, los cuales atraviesan las negociaciones entre prestadores y pagadores como la suscripción de acuerdos de voluntades, que avanzan hacia agrupamientos de servicios, incluyendo metodologías de pago alineadas con esquemas prospectivos y fijos mensuales y terminan con un seguimiento ahora apuntalado en big data e Inteligencia Artificial (IA).

[siguiente](#)

[Volver al índice](#)



Hitos para EM

Los hitos, a grandes rasgos, son los resultados de gestión y del proceso de atención que se convierten en trazadores. Éstos marcan la diferencia en el logro de resultados en salud de las personas, sus familias y comunidades; asimismo, consideran aspectos como coberturas, accesibilidad, oportunidad, pertenencia étnica y cultural, entre otros.

Para el caso particular de la EM se recomienda tener en cuenta los siguientes:

- Sospecha diagnóstica temprana en prestador primario
- Remisión a neurología
- Confirmación diagnóstica
- Notificación SIVIGILA
- Tratamiento de la EM
- Cuidado del órgano blanco
- Activación del equipo multidisciplinario

Desenlaces

En los resultados se deben tener en cuenta los alcances en los cambios esperados tras la adopción de la RIA. Los resultados no solo implican la intervención sanitaria; además integran las acciones de otros sectores y su influencia sobre los determinantes sociales de la salud.

Bajo tales premisas, dentro de los desenlaces se pueden prever resultados finales (impacto), resultados intermedios (efecto) y resultados de calidad en salud.

Los desenlaces propuestos incluyen:

- Medición de los años de vida perdidos por discapacidad (DALYs).
- Creación, entrenamiento y certificación de equipos multidisciplinarios expertos en el manejo de la EM en las EPS que concentran la mayor parte de los pacientes.
- Reducción de la inequidad diagnóstica de la EM entre el régimen contributivo y el régimen subsidiado.

02 | Definiendo la Ruta Integral de Atención - RIA del paciente con Esclerosis Múltiple

El modelo de atención del paciente con EM se sustenta en las siguientes premisas:

- Atención a los usuarios de forma diferenciada, cercana y empática con un modelo que impacte positivamente su condición de salud y a sus familias.
- Gestión del riesgo en salud concentrando la atención de los pacientes en prestadores integrales y resolutivos enfocados en la detección temprana de la enfermedad y el cuidado del órgano blanco.
- Implementación de un modelo de contratación con pago por usuario activo en el programa, involucrando al prestador en modelos costo efectivos que persigan mejores desenlaces.

Alcance de la RIA

Atención integral de los pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de Esclerosis Múltiple, tanto en los ámbitos ambulatorio, domiciliario y hospitalario, permitiendo establecer un plan farmacológico/terapéutico hasta el seguimiento de resultados clínicos.

[Volver al índice](#)



OBJETIVO GENERAL

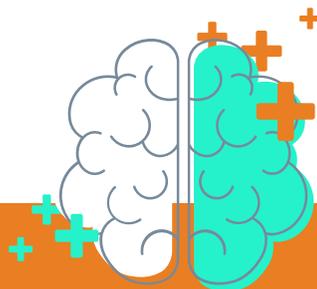
Gestionar el riesgo en salud mediante una atención integral de los pacientes con sospecha y/o confirmación diagnóstica de EM por medio del abordaje holístico.

Objetivos específicos:

- Brindar al paciente diagnóstico, tratamiento y manejo temprano e integral de la patología.
- Retrasar o prevenir la progresión de la discapacidad, atrofia cerebral y preservar la función cognitiva.
- Manejar las recaídas y propender la disminución de la tasa de estas.
- Mejorar el desempeño laboral y social de los pacientes.
- Optimizar la relación entre resultado y costo: cumplir objetivos del tratamiento y pertinencia de la prescripción.
- Educar al paciente, familia y entorno social en el conocimiento de la enfermedad: identificación y gestión de los factores de riesgo en salud, que lo lleven a adquirir comportamientos saludables.

Actividades del modelo de atención para pacientes con EM:

- Captación del paciente y confirmación del diagnóstico para ingreso al modelo de atención.
- Caracterización individual e inicio del tratamiento individualizado.
- Adecuación y seguimiento del tratamiento para la enfermedad.
- Adaptación: seguimiento, empoderamiento y resiliencia.
- Gestión individual de casos: manejo y seguimiento de recaídas (ambulatorio/hospitalario).
- Notificación activa al SIVIGILA.
- Identificación, prevención, diagnóstico, seguimiento y tratamiento precoz de comorbilidades y factores de riesgo.
- Información y adecuación sobre la patología y su manejo.
- Gerenciamiento de casos a través de la EPS.



¿Qué se propone para el modelo de atención de pacientes con EM?

En el modelo de atención propuesto para la RIA de EM, la sospecha diagnóstica temprana se daría en un prestador primario, pero podría también captarse al usuario desde un entorno hospitalario, para luego remitir al paciente de manera ágil a un prestador especializado.

El usuario debería recibir un diagnóstico diferencial, ya que podría tratarse de una patología desmielinizante, una enfermedad neuromuscular u otra enfermedad huérfana. Paradójicamente, los médicos generales no están entrenados para detectar oportunamente este tipo de patologías.

La remisión al prestador especializado estaría relacionada con la autorización de pruebas diagnósticas, que dependerían de la sospecha inicial. En esta etapa se considerarían la Resonancia Magnética Nuclear (RMN), la punción lumbar, el hemograma y los potenciales evocados. Posteriormente, con los resultados obtenidos se procedería a la confirmación del diagnóstico de Esclerosis Múltiple.

Dicha información se ampliaría, dependiendo del caso, con otros estudios específicos para diferenciar el diagnóstico de patologías con cuadros sintomatológicos parecidos, como la neuritis óptica o la enfermedad de Devic.

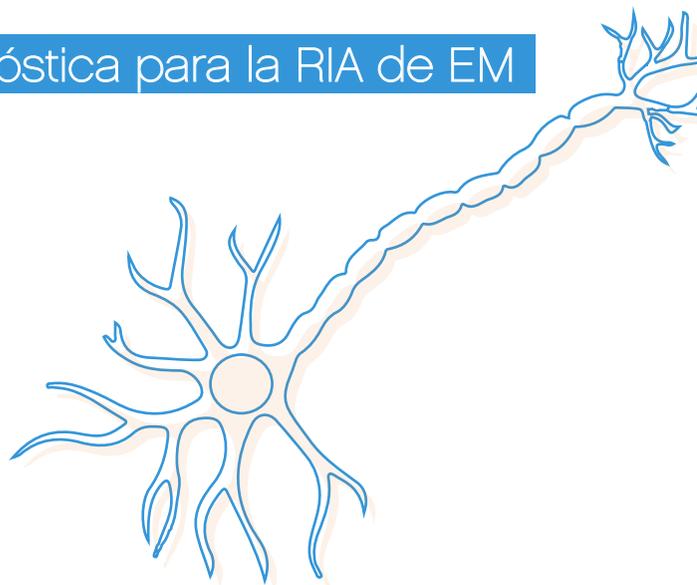
03 Ayudas de confirmación diagnóstica para la RIA de EM

Teniendo en cuenta la mejor evidencia nacional, hemos incorporado a este documento técnico las recomendaciones más relevantes que son usadas en EPS de alcance nacional, con alguna pequeña variabilidad que no resta potencia al impacto final de las intervenciones.

	Diagnóstico	Seguimiento
Laboratorio clínico	Hemograma, creatinina. TGO, TGP, uroanálisis, glicemia basal, niveles de vitamina D25 dihidroxi, niveles vitamina B 12, TSH.	De acuerdo con criterio médico
Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de cerebro, columna cervical, columna dorsal	Simple y contrastada con secuencias específicas de enfermedad desmielinizante. Incluir creatinina.	
Laboratorio de inmunología	ANAS, ENAS, anticardiolipinas IGG e IGM, anticoagulante lúpico. Acs contra virus. Anticuerpos antiacuaporina – 4 IgG en caso de sospecha de neuromielitis óptica.	
Punción lumbar y determinación BOG por electroisoenfoco	Solo para diagnóstico.	
Perfil riesgo	VIH. Serología, PPD, Rx de tórax e IgG VZV, Ac hepatitis C, AgSHB, Anticore total hepatitis B, citología cervicouterina y anual de acuerdo con el medicamento.	

* Las ayudas diagnósticas de seguimiento varían de acuerdo con el medicamento de cada paciente. Esto para verificar la seguridad de uso de cada fármaco y detectar de manera precoz posibles cambios asociados al consumo de este.

[Volver al índice](#)



Además, anualmente, a todos los pacientes con EM se les debería realizar una RMN.

Una vez confirmado el diagnóstico, los pacientes de la cohorte deberían ser remitidos a la IPS especializada para su cuidado integral.

Allí, se registrarían e ingresarían la base de datos de pacientes con Esclerosis Múltiple, pero se haría una segunda confirmación diagnóstica. En este proceso se caracterizaría al usuario en detalle; es decir, identificando el fenotipo de la enfermedad para definir la línea de tratamiento.

FENOTIPOS DE LA EM

A nivel clínico, los fenotipos de EM son los siguientes:

– Síndrome Clínico Aislado (CIS):

Corresponde al primer episodio de síntomas neurológicos sugestivos de Esclerosis Múltiple, con anormalidades en la Resonancia Magnética Nuclear cerebral. Los hallazgos indican un alto riesgo de padecer la enfermedad y el tratamiento está orientado a prevenir un segundo episodio.

– Esclerosis Múltiple Remitente-Recurrente (EMRR):

Este fenotipo se subclasifica en dos manifestaciones de la enfermedad:

***Activa:** El paciente presenta recaída en el año previo y/o nuevas lesiones en T2 o que realzan con contraste en RMN.

***Altamente activa:** El paciente presenta al menos una recaída en el año anterior con TME y al menos 9 lesiones hipertensas en T2 en RMN y/o al menos una lesión que realce con gadolinio. En este criterio se incluye a los usuarios con 2 o más recaídas incapacitantes en un año, con una lesión (mínimo) que realce en la RMN cerebral o un aumento significativo de la carga de T2 en comparación con una RMN reciente (hasta de 1 mes antes de la actual).

[siguiente](#)

-Esclerosis Múltiple Progresiva:

Al igual que el anterior, este fenotipo se subdivide en los siguientes:

***Esclerosis Múltiple Primaria Progresiva (EMPP):** Aumento constante de la discapacidad neurológica, independientemente de las recaídas (progresión de la enfermedad) desde el inicio de la enfermedad.

***Esclerosis Múltiple Secundaria Progresiva (EMSP):** Aumento constante de la discapacidad neurológica independiente de las recaídas (progresión de la enfermedad) después de un curso inicial de recaída-remisión.

El pilar principal del modelo de atención recomendado es el siguiente: todas las decisiones terapéuticas, tanto las de inicio como las de modificación del tratamiento, deberían realizarse desde un staff de neurología conformado por varios neuroinmunólogos.

Para los casos de alta complejidad (cuando las imágenes son confusas, difíciles de interpretar o podrían asemejarse a otras patologías neurológicas), deberían remitirse a un staff de neurorradiología para aclarar el diagnóstico y definir la terapia más adecuada para los pacientes.

Con relación a las decisiones terapéuticas, su adopción debería hacerse según los criterios de cada staff, considerando otros factores del paciente como su actividad laboral, entorno familiar y aspectos individuales de su condición. Esto podría fortalecer la adherencia al tratamiento y la permanencia en el tiempo de un desenlace en salud óptimo.

Detalles de los Staff

— **Staff de neurología:** Su objetivo es discutir la situación de pacientes del programa de EM, sobre los que hay dudas sobre el diagnóstico, la evolución de la enfermedad y pacientes con traslado de EPS, que van a iniciar o cambiar sus medicamentos. Para que el usuario sea evaluado por este staff debe haber sido evaluado previamente por un neurólogo del programa.

— **Staff neurorradiología:** Su objetivo es discutir la situación de pacientes del programa de EM, sobre los que hay dudas sobre el diagnóstico y la evolución de la enfermedad. Este grupo analiza las imágenes del paciente en conjunto con el grupo de neurorradiología de la IPS. El requisito para que un paciente pase a este staff es que haya sido evaluado por un neurólogo en consulta y el especialista especifique que debe ser evaluado por el grupo de neurorradiología.

[siguiente](#)

Ambos grupos se deberían reunir con la periodicidad que se requiera respecto al número de casos.

Otra base del modelo de atención presentado en este e-book es el seguimiento farmacoterapéutico, que varía según el medicamento y las precauciones que deba tener cada paciente. El monitoreo se complementaría con acciones educativas a los pacientes con EM, para dar prioridad a las IPS de referencia en situaciones que requieran consulta especializada y evitar la congestión de la red de urgencias típica.

Para la IPS, la educación al paciente es fundamental como mecanismo de prevención de hospitalizaciones, si el usuario se atiende en el prestador especializado. En la red de urgencias, un síntoma que podría ser tomado como leve puede significar algo más grave para las personas con Esclerosis Múltiple, como una recaída o una infección oportunista. En pocas palabras, lo que se busca en este modelo de atención es establecer contacto directo entre el paciente con la IPS especializada, sin intermediarios, para que puedan orientarlo de manera personalizada e individual.

Otro aspecto que la RIA tendría que considerar es el enfoque diferencial para las mujeres con EM. Teniendo en cuenta que la población femenina diagnosticada, suele estar mayoritariamente en edad fértil, se lleva a cabo una consejería en la que participan varios especialistas. Todo esto con el fin de lograr un embarazo deseado y programado para minimizar los riesgos asociados al tratamiento tanto en la madre como en el feto.



04 Profesionales y frecuencias incluidas en el modelo de atención de la EM

Profesional	Leve	Moderado	Severo
Neurología	2 veces /año	2 veces /año	2 veces /año
Medicina interna	Según remisión a necesidad		
Medicina general	Según remisión a necesidad		
Psiquiatría	Según remisión a necesidad		
Neuropsicología*	Al inicio y según remisión		
Psicología	Según remisión a necesidad		
Fisioterapia	Según remisión a necesidad		
Trabajo social	Según remisión a necesidad		
Planificación familiar	Según remisión a necesidad		
Químico farmacéutico (según riesgo farmacoterapéutico)	Cada 18 meses	Una vez al año	Dos veces por año
Nutrición	2 veces al año (obesidad o desnutrición)		

*Neurorrehabilitación de acuerdo con necesidad.

[siguiente](#)

[Volver al índice](#)

04 | Profesionales y frecuencias incluidas en el modelo de atención de la EM

Otros profesionales requeridos

Profesional	Leve	Moderado	Severo
Fisiatría	Según remisión a necesidad		
Terapia ocupacional	Según remisión a necesidad		
Fonoaudiología	Según remisión a necesidad		
Urología	Según remisión a necesidad		
Oftalmología	Según remisión y al inicio del tratamiento con fármacos que tengan riesgo de edema macular quístico u otra implicación oftalmológica		
Neurooftalmología	Según remisión/a necesidad (compromiso visual muy severo, dudas diagnósticas)		
Dolor y cuidados paliativos	Según remisión a necesidad		
Salud en casa	Manejo de recaídas y EDSS > 6.5		
Neurorradiología	Acompañamiento con staff		

*Otros profesionales por medio de la red externa definida por la EPS, pero con entrenamiento en EM



05 | Algoritmo terapéutico EM

Esta ruta se basa en la guía de práctica clínica del National Institute for Health and Care Excellence -NICE- en su última versión del 2014, a la que se han incorporado los algoritmos de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención de pacientes con EM de España.

De acuerdo con el fenotipo de la enfermedad en la que se encuentra el paciente, se establecen los servicios, procedimientos y medicamentos idóneos.

Para determinar el tratamiento farmacológico, se recomienda el uso del algoritmo terapéutico basado en las guías nacionales y/o los protocolos institucionales.

Conforme a la literatura reciente, y con el fin de prevenir la progresión de la discapacidad, es necesario contemplar estrategias de tratamiento que involucren el análisis de eficacia, seguridad y tolerabilidad acorde al perfil del paciente, evitando el uso de escalonamiento terapéutico.

[Volver al índice](#)

06 | Ruta de Atención Integral - RIA a pacientes con EM

Los pacientes con diagnóstico reciente, deben ser remitidos al programa de la IPS especializada a través de correo electrónico u otros mecanismos optimizados para su captación, ingreso y trazabilidad.

Una vez los pacientes se encuentran en la IPS especializada, se debe realizar la programación de servicios y procedimientos conforme al nivel de severidad y/o complejidad del paciente. Sobre ello, debería llevarse un seguimiento estricto para aquellos pacientes que tengan un EDSS > 6.5 (EDSS es la Escala Expandida del estado de la Discapacidad, la cual constituye un criterio fundamental a nivel internacional para evaluar la situación funcional de los pacientes con EM).

Ruta de atención recaídas:

El paciente es el encargado de reportar al programa la presencia de signos o síntomas de exacerbación de la patología a la enfermera gestora del programa o al profesional asignado, quién asigna dentro de las siguientes 24 horas, una cita de valoración por medicina general en la IPS especializada. Allí se evalúa al usuario afectado y se define el manejo apoyado con consulta o interconsulta con neurólogo tratante.

El tipo de manejo requerido por el paciente puede ser ambulatorio, domiciliario u hospitalario (remisión a través de línea del prestador). Al final del tratamiento instaurado, el paciente es evaluado por el neurólogo tratante para definir si la recaída obedece a un fallo terapéutico o a la progresión de la enfermedad. Con base en los hallazgos se define si es necesario realizar modificaciones al plan terapéutico y si es necesario iniciar el proceso de rehabilitación física o psicológica según el caso.

siguiente

[Volver al índice](#)

PRESTADOR PRIMARIO

- Fisiatría
- Terapia ocupacional
- Fonoaudiología
- Urología
- Oftalmología
- Neuro-oftalmología
- Dolor y cuidados paliativos
- Salud en casa
- Neuroradiología
- Neurología
- Medicina Interna
- Psiquiatría
- Fisioterapia
- Trabajo social
- Planificación familiar
- Químico farmacéutico
- Nutrición

PRESTADOR COMPLEMENTARIO

Médico general → Paciente con sospecha de Esclerosis Múltiple

Neurólogo

- AYUDAS DE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA**
- Resonancia Magnética Nuclear
 - Punción lumbar
 - Hemograma
 - Potenciales evocados

¿Confirmación diagnóstica?

Si
 Ingreso al programa de EM
 Notificación al SIVIGILA
 Fenotipificación de la enfermedad

- Síndrome clínico aislado
- EM Remitente Recurrente (EMRR)
 - EMRR Activa
 - EMRR altamente Activa
- EM Progresiva
 - EM Progresiva Primaria
 - EM Progresiva Secundaria

Diagnóstico confuso

STAFF Neuroradiología

Decisión de tratamiento

Algoritmo terapéutico

- Opciones terapéuticas:**
- Tratamiento con medicamentos modificadores de la enfermedad.
 - Tratamiento de los síntomas que limitan la calidad de vida (tratamiento sintomático).
 - Tratamiento del brote o episodio agudo.
 - Tratamiento de neuro-rehabilitación.
 - Tratamiento de comorbilidades

STAFF Neurología

Apoyo de otras especialidades médicas

Resonancia magnética cada año

Seguimiento

Recaída

Identificación de criterios de fracaso terapéutico

Fallo terapéutico

¿Fármaco con riesgo de leucoencefalopatía multifocal progresiva?

Si
 Resonancia magnética nuclear cada 4 - 6 meses

IPS ESPECIALIZADA
 Cita MD general
 Evaluación
 Solicitud paraclínicos
 Cita revisión

¿Recaída / Brote?

¿Qué tipo de manejo requiere?

Ambulatorio

Manejo en casa:
 Remisión a través de la IPS

Hospitalización:
 Remisión a través línea prestador EPS

Cita Revisión Neurología:
 ¿Adecuada respuesta al tratamiento?

¿Fallo terapéutico? ¿Progresión enfermedad RMN / EDSS?

Control Neurología / Otras especialidades según periodicidad - remisión.

07 | Tabla de indicadores

Esta sería una lista extendida de algunos de los probables indicadores de seguimiento para el manejo de los pacientes con EM:

Tipo de indicador	Área	Nombre del indicador	Meta
Caracterización	General	Total pacientes en la cohorte de EM en el periodo	No aplica
	General	Número de pacientes nuevos con EM en el programa en el periodo	No aplica
	General	Proporción de pacientes nuevos con EM en el periodo con fenotipo síndrome clínico aislado (CIS)	< 5%
	General	Proporción de pacientes nuevos con EM en el periodo con fenotipo recaída remisión (EMRR)	> 85%
	General	Proporción de pacientes con EM en el periodo con fenotipo secundaria progresiva (EMSP)	< 5%
	General	Proporción de pacientes nuevos con EM en el periodo con fenotipo primaria progresiva (EMPP)	< 5%
Proceso y gestión	Oportunidad	Oportunidad de consulta por neurología – primera vez	< 21 días
	Diagnóstico	Proporción de los pacientes en quienes se realizó RMN dentro del proceso diagnóstico	> 90%
	Tratamiento	Proporción de pacientes con EM con terapia modificadora de 1ra línea	No aplica
	Tratamiento	Proporción de pacientes con EM con terapia modificadora de 2da línea	No aplica
	Tratamiento	Proporción de pacientes con EM con terapia modificadora de 3ra línea	No aplica
	Tratamiento	Descontinuación de terapia en pacientes con EM en fase progresiva sin actividad	< 15%

[siguiente](#)

[Volver al índice](#)

Tipo de indicador	Área	Nombre del indicador	Meta
Resultado	Seguimiento	Proporción de los pacientes en quienes se realiza EDSS en los últimos 6 meses	> 90%
	Seguimiento	Proporción de los pacientes en quienes se realiza SF* 36 en los últimos seis meses	> 80%
	Seguimiento	Proporción de los pacientes con lesiones nuevas o activas en RMN de cerebro en el último año	< 20%
	Seguimiento	Proporción de pacientes con lesiones nuevas o activas de RMN de medula espinal (cervical y dorsal) en el último año	< 20%
	Resultado	Proporción de los pacientes con nivel de discapacidad normal (medida por EDSS de los últimos seis meses)	> 35%
	Resultado	Proporción de los pacientes con nivel de discapacidad leve (medida por EDSS de los últimos seis meses)	> 30%
	Resultado	Proporción de los pacientes con nivel de discapacidad moderada (medida por EDSS de los últimos seis meses)	< 20%
	Resultado	Proporción de los pacientes con nivel de discapacidad severa (medida por EDSS de los últimos seis meses)	< 15%
	Resultado	Proporción de los pacientes que lograron calidad de vida óptima (medida por SF36 de los últimos seis meses)	> 50%
	Resultado	Proporción anualizada de recaídas en pacientes con EM	< 15%
	Resultado	Proporción de reacciones adversas a medicamento (RAM) severas o letales	< 1%
	Resultado	Proporción de pacientes con hospitalización atribuible a EM	< 5%
	Impacto	Tasa de letalidad pacientes con EM	< 1%

*A la espera de los indicadores finales que establezca la Cuenta de Alto Costo -CAC para su modificación.

*SF 36: Signo Funcional 36



Ponemos a consideración de todos los profesionales, prestadores y aseguradores los conceptos aquí mencionados como línea de base para avanzar hacia la construcción de la RIA de pacientes con EM.

Agradecemos a todos los participantes de las EPS por sus aportes, y de manera muy particular a la bibliografía y marco metodológico y terapéutico utilizado desde Medicarte, cuyos avances se convierten en catalizador de este documento.