

ACTUALIZACIÓN

2026



Consenso

BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo **de las personas con artritis reumatoide en Colombia**



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo
de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia



Cuenta de Alto Costo
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo
de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

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

ISBN: en trámite

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

© Todos los derechos reservados

Citación sugerida: Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Consenso basado en la evidencia para evaluar los indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia; 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

Galo de Jesús Viana Muñoz
Mutual Ser EPS

Carlos Fernando Sefair Cristancho
Compensar EPS

Almanury Pérez Contreras
ComfaOriente

Jorge Alberto Tamayo Saldarriaga
Salud Total EPS

Roberto José Tercero Solano
Proteger EPS

Luis Fernando Cuastumal Cuatin
Mallamas EPSI

Samira Julieth Eljach
Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales
de Colombia

Jorge Iván Ospina
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

Expertos metodológicos – Cuenta de Alto Costo

[Ana María Valbuena García](#)

Subdirectora de Gestión del Conocimiento e Investigación

[Luis Alejandro Moreno Ramírez](#)

Coordinador de Gestión del Conocimiento

[Lina Johana Herrera Parra](#)

Líder de Investigación

[Johan Manuel Infante González](#)

Especialista en Analítica

[Jean Carlo Pineda Lozano](#)

Epidemiólogo

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

Expertos clínicos

Asociación Colombiana de Reumatología - ASOREUMA

[**Dr. Néstor Fabián Correa**](#)

Asociación Colombiana de Reumatología - ASOREUMA

[**Dra. Adriana Beltrán Ostos**](#)

Asociación Colombiana de Reumatología - ASOREUMA

[**Dra. Vibian Angélica Coy**](#)

Asociación Colombiana de Reumatología - ASOREUMA

[**Dr. Wilmer Gerardo Rojas**](#)

Panel de expertos

Delegados del gobierno

Jorge Alexis Medina Parra - Defensoría del Pueblo

Ana Paola Ríos Cabra - Ministerio de Salud y Protección Social

Delegados de las asociaciones científicas

Diana Rocío Gil Calderón - Asociación Colombiana de Reumatología (ASOREUMA)

Delegados de las instituciones prestadoras de servicios de salud y expertos clínicos independientes

Ricardo Antonio Pineda Tamayo - Artmédica S.A.S.

Patricia Julieta Vélez Sánchez - Centro de Investigación en Reumatología y Especialidades Médicas S.A.S.
(CIREEM S.A.S.)

Mónica Liliana Coy Ulloa - Centro de Salud CAFAM para la Atención del Dolor

Karen Julieth Sánchez Acosta - Clínica Los Nogales

Camila Borda Samper - Fundación Santa Fe de Bogotá

Álvaro Quintero Castaño - Fundación Valle del Lili

Héctor Fernando Vanegas Toro - IPS Especializada S.A.

Mauricio Senior Mosquera - IPS Fusa S.A.S.

Natalia Andrea Duque Zapata - Medicarte S.A.S.

Jeider Joan Afanador Díaz - MediSinú IPS Central de Especialistas

Daniel Isidoro Blanco Santamaria - Riesgo de Fractura S.A. Cayre

Camilo Restrepo Raigosa - SIES Salud

Camila Andrea Castillo García - Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José

Laura Gómez Torres - Vidamedical IPS

Eduardo Wilches Rozo - Virrey Solís IPS S.A.

Delegados por las entidades aseguradoras en salud (EAPB y entidades territoriales)

Catalina Araque López - Aliansalud EPS

Juan Bautista Frías Guerra - Anas Wayuu EPS Indígena

Raúl Andrés Munévar Niño - Asmet Salud

Guisel Yurani Yela Muñoz - Asociación Indígena del Cauca

Omar Javier Pedraza Fernández - Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano (ComfaOriente)

Yeferson Caicedo Pardo - Caja de Previsión Social y Seguridad del Casanare (Capresoca EPS)

Adriana Moreno Méndez - Capital Salud EPS-S

María Constanza Latorre Muñoz - Colmédica Medicina Prepagada
Adrianis Romero Racine - Coosalud EPS
Natalia Rivera López - Ecopetrol
Jorge Mario Ortiz Vásquez - Empresas Públicas de Medellín
Marbeth Rocío Egas Rodríguez - Emssanar EPS
Lizeth Arrieta Melgarejo - EPS Familiar de Colombia
María Elizabeth Duque Montes - EPS Famisanar Ltda.
Luz Elena Gutiérrez Suárez - Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia
Keylla Maria Hadad Cogollo - Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio
Edna Yizeth Díaz Giraldo - Fuerzas Militares
Martha Liliana Correa Zambrano - Fundación SaludMía EPS
Luzdary Arcos Alpala - Mallamas EPSI
Milena del Carmen Gutiérrez Toscano - Mutual Ser EPS
July Marcela Torres Caicedo - Nueva EPS-C
Andrea Alejandra Cárdenas Castillo - Policía Nacional
Diana Yamile Roncancio Rojas - Salud Total EPS
Claudia Yaneth Ramírez Murcia - Sanitas EPS
María Margarita Rodríguez Tapia - Savia Salud EPS
Yeison Alexander Ardila Ruiz - Sura EPS
Alina Bravo Chamorro - Dirección Departamental de Salud del Chocó
Alejandra María Montealegre Montero - Dirección Departamental de Salud de Cundinamarca
Elda Jannet Lever Duke - Dirección Departamental de Salud de San Andrés
Vibiana Patricia Gómez Martínez - Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla
Katterine Urieles Sierra - Secretaría de Salud de Bogotá
Daniela Pérez Madera - Secretaría Distrital de Salud del Sucre
María Liliana Jaimes Rueda - Secretaría Distrital de Salud del Cesar
German Escobar Morales - Secretaría Distrital de Salud del Valle del Cauca
Sirley Vasquez Palacio - Secretaría Distrital del Quindío

Delegados de asociaciones de pacientes

Néstor Álvarez Lara - Asociación Nacional de Pacientes de Alto Costo
Liliana Realpe García - FUNDARE Capítulo Bogotá

Participantes de la reunión de cierre

Adriana Moreno Méndez

Capital Salud EPS-S

Natalia Rivera López

Ecopetrol

Erika Patricia Amado Vallarino

Savia Salud EPS

Edna Yizeth Díaz Giraldo

Dirección General de Sanidad Militar

Néstor Álvarez Lara

Asociación Nacional de Pacientes de Alto Costo

Yuliet Viviana Tenjo Bello

Aliansalud EPS

Jeider Joan Afanador Díaz

MediSinú IPS

Adrianis Romero Racine

Coosalud

Andrea Alejandra Cárdenas Castillo

Policía Nacional

Luz Elena Gutiérrez Suárez

Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia

Natalia Andrea Duque Zapata

Medicarte

Diana Yamile Roncancio Rojas

Salud Total EPS

Camilo Restrepo Raigosa

SIES Salud

Maritza Ruiz Zapata

SIES Salud

Milena del Carmen Gutiérrez Toscano

Mutual Ser EPS

Jorge Alexis Medina Parra

Defensoría del Pueblo

María Constanza Latorre Muñoz

Colmédica Medicina Prepagada

Juan Bautista Frías Guerra

EPSI Anas Wayuu

Lizeth Arrieta Melgarejo

EPS Familiar de Colombia

Camila Borda Samper

Fundación Santa Fe de Bogotá

LuzDary Arcos Alpala

Mallamas EPSI

Yeison Alexander Ardila Ruiz

Sura EPS

Ana Sofía Alonso Romero

Secretaría de Salud de Bogotá DPSS

Mónica Liliana Coy Ulloa

Centro CAFAM para la Atención del Dolor

Laura Hernández

Mutualser EPS

Héctor Fernando Vanegas Toro

IPS Especializada S.A.

Claudia Yaneth Ramírez Murcia

Sanitas EPS

Cristian Fuentes Bonilla

Gobernación de Cundinamarca

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 acápites, 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
Consenso basado en la evidencia: indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia	1.0	14 de agosto de 2026	

Tabla de contenido

Abreviaturas	15
Glosario	17
1. Introducción	26
2. Contexto	26
2.1. Panorama mundial de la enfermedad	26
2.2. Panorama nacional de la artritis reumatoide	27
3. Objetivos	27
3.1. Objetivo general	27
3.2. Objetivos específicos	27
4. Alcance.....	27
5. Metodología del consenso.....	28
5.1. Convocatoria del grupo desarrollador y del panel de expertos.....	28
5.2. Definición de la pregunta orientadora.....	29
5.3. Revisión sistemática de la literatura.....	29
5.3.1. Diseño de la estrategia y búsqueda sistemática de la literatura.....	29
5.3.2. Selección de la evidencia.....	31
5.3.3. Evaluación de la calidad de la evidencia	31
5.3.4. Extracción de la evidencia	33
5.3.5. Síntesis de la evidencia.....	33
5.4. Definición de los indicadores preliminares	33
5.5. Reunión de apertura	34
5.6. Primera ronda de votación del consenso	34
5.7. Segunda y tercera ronda de votación del consenso	34
5.8. Reunión de cierre	34
6. Resultados	35
6.1. Ficha técnica de los indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia.....	38
1. Oportunidad de la atención por especialista (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la primera atención por especialista).....	39
2. Oportunidad del diagnóstico (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la fecha del diagnóstico)	39
3. Oportunidad del tratamiento (tiempo entre el inicio de los síntomas y el primer tratamiento con FAME)	40
4. Anticuerpos anti-citrulina y el factor reumatoide IgM dentro del proceso diagnóstico.....	40

5. PCR o VSG al momento del diagnóstico	41
6. Evaluación de erosiones al diagnóstico con radiografía simple de manos y pies	41
7. Tamizaje para tuberculosis previo al inicio del tratamiento con FAME biológicos o sintéticos dirigidos	42
8. Tamizaje para VHB previo al inicio del tratamiento con FAME biológicos o sintéticos dirigidos	42
9. Tamizaje para VHC previo al inicio del tratamiento con FAME biológicos o sintéticos dirigidos	43
10. Cobertura de FAME como tratamiento para la AR	44
10.1. Cobertura de FAME como tratamiento para la AR en los casos incidentes.....	44
10.2. Cobertura de FAME como tratamiento para la AR en los casos prevalentes.....	44
11. Uso de biosimilares sobre FAME biológicos	44
12. Acceso a servicios de rehabilitación (fisiatría, deportología, fisioterapia o terapia ocupacional)....	45
13. Clinimetría al menos una vez en los últimos 6 meses	45
14. HAQ, mHAQ o HAQ-DI al menos una vez en el periodo	46
15. Valoración por reumatología en el periodo	46
16. Acompañamiento psicosocial.....	47
17. Valoración del riesgo cardiovascular	47
18. Personas diagnosticadas con AR evaluadas con una escala de calidad de vida	48
19. Control de la enfermedad	48
6.2. Revisión de indicadores	49
7. Bibliografía	50
8. Anexos.....	54
Anexo 1. Bitácoras de búsqueda de la evidencia en las bases de datos electrónicas	54
Anexo 2. Listado de los artículos incluidos.....	57
Anexo 3. Evaluación de la calidad de la evidencia	62
Anexo 4. Distribución de los artículos y documentos incluidos según su tipo de estudio o naturaleza metodológica	66
Anexo 5. Aplicación de la metodología CREMAA a los indicadores propuestos.....	67
Anexo 6. Listado de artículos excluidos tras la revisión del texto completo.....	69
Anexo 7. Distribución de los artículos por temática.....	71
Anexo 8. Indicadores adicionales propuestos por el PE	74
Anexo 9. Frecuencia y porcentaje de participación en las distintas rondas de votación según el sector	74

Lista de tablas y figuras

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide, 2026.....	19
Tabla 2. Pregunta de la revisión sistemática en estructura PICO	29
Tabla 3. Términos de búsqueda DeCS y MeSH utilizados	30
Tabla 4. Instrumentos de evaluación de calidad utilizados para cada diseño metodológico y categoría de interpretación utilizada	32
Tabla 5. Criterios de la metodología CREMAA.....	33
Figura 1. Diagrama PRISMA de la RSL.....	35
Tabla 6. Resultado de la primera ronda de votación por sectores, preguntas tipo Likert	36
Tabla 7. Resultados de la segunda y la tercera ronda de votación	38

Abreviaturas

ACR:	<i>American College of Rheumatology.</i>
AGREE II:	<i>Appraisal of Guidelines and Research and Evaluation.</i>
ANTI-CCP:	Anticuerpos anti-citrulina.
ASOREUMA:	Asociación Colombiana de Reumatología.
BDUA:	Base de Datos Única de Afiliados.
bFAME:	Fármaco antirreumático modificador de la enfermedad biológico.
BVS:	Biblioteca Virtual en Salud.
CAC:	Cuenta de Alto Costo.
CREMAA:	Claro, Relevante, Económico, Medible, Adecuado y Aportación Marginal.
DAS28:	<i>Disease Activity Score.</i>
DCAT:	<i>Delphi Critical Appraisal Tool.</i>
DeCS:	Descriptores en ciencias de la salud.
DPSS:	Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano.
EAPB:	Entidad Administradora de Planes de Beneficios.
EAPVS:	Entidad Administradora de Planes Voluntarios de Salud.
ECA:	Ensayo controlado aleatorizado.
FAME:	Fármaco Antirreumático Modificador de la Enfermedad.
GBD:	Estudio de Carga Global de la Enfermedad (del inglés <i>Global Burden of Disease</i>).
EAC:	Enfermedad de alto costo.
EOC:	Entidad Obligada a Compensar.
EPS:	Entidad Promotora de Salud.
EPSI:	Entidad Promotora de Salud Indígena.
EULAR:	<i>European Alliance of Associations for Rheumatology.</i>
ET:	Entidad Territorial.
FR:	Factor reumatoide.
GD:	Grupo desarrollador.
GIN:	<i>Guidelines International Network.</i>
GPC:	Guía de Práctica Clínica.
HAQ:	<i>Health Assessment Questionnaire.</i>
HBsAG:	Antígeno de superficie para la hepatitis B.
IETS:	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.
IgM:	Inmunoglobulina M.
IGR:	Indicadores de gestión del riesgo.



Abreviaturas

IPS:	Institución Prestadora de Servicios de Salud.
JB:	<i>Joanna Briggs Institute.</i>
LILACS:	Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud.
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social.
MeSH:	<i>Medical Subject Headings.</i>
MHAQ:	<i>Modified Health Assessment Questionnaire.</i>
NA:	No aplica.
NICE:	<i>National Institute for Health and Care Excellence.</i>
NOS:	<i>Newcastle-Ottawa Scale.</i>
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
ONG:	Organizaciones no gubernamentales.
PCR:	Proteína C reactiva.
PE:	Panel de expertos.
PICO:	P: población, I: intervención; C: comparador; O: desenlaces (del inglés <i>outcome</i>).
PRISMA:	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis.</i>
PROMs:	Medidas de Resultados Informadas por el Paciente (del inglés <i>Patient-Reported Outcome Measures</i>).
RAM:	<i>RAND/UCLA Appropriateness Method.</i>
RSL:	Revisión sistemática de la literatura.
SANRA:	<i>Assessment of Narrative Review Article.</i>
sFAME:	Fármaco antirreumático modificador de la enfermedad sintético convencional.
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud.
SIGN:	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network.</i>
SPR:	Sociedade Portuguesa de Reumatología.
TB:	Tuberculosis.
TO:	Terapia ocupacional.
tsFAME:	Fármaco antirreumático modificador de la enfermedad sintético dirigido.
UCLA:	Universidad de California, Los Ángeles.
UPC:	Unidad de Pago por Capitación.
VHB:	Virus de la hepatitis B.
VHC:	Virus de la hepatitis C.
VSG:	Velocidad de sedimentación globular.

Glosario

Artritis reumatoide:	Enfermedad sistémica inflamatoria crónica de origen autoinmune que afecta especialmente las articulaciones y se presenta principalmente en las mujeres. Con frecuencia compromete otros órganos distintos a las articulaciones y tiene un impacto adverso en la esfera biopsicosocial. Aunque su causa es desconocida, se han identificado factores endocrinos, ambientales y genéticos involucrados en su desarrollo, los cuales pueden variar de una población a otra. Afecta a todas las razas y ha sido descrita en grupos de poblaciones de todo el mundo (1).
Anticuerpo Antipéptido Cíclico Citrulinado:	Proteína inmune (anticuerpo) que se une a la citrulina, un aminoácido no estándar que se forma mediante la eliminación de los grupos amino de aminoácidos naturales como la arginina. Su presencia en el suero se ha documentado incluso antes del inicio de los síntomas clínicos de la artritis reumatoide, por lo que es considerado como un predictor del riesgo de desarrollarla. Es una prueba útil para el diagnóstico de la enfermedad por su gran sensibilidad y especificidad. Títulos altos son marcadores de mal pronóstico para el daño estructural (2).
CDAI (Clinical Disease Activity Index):	Índice que mide la actividad de la artritis reumatoide mediante evaluaciones articulares, así como evaluaciones globales del paciente y del médico. Dado que no requiere datos de laboratorio, es una clinimetría muy útil en la práctica clínica (3).
DAS28 (Disease Activity Score):	Índice para evaluar la actividad de la artritis reumatoide. Consiste en el conteo de las articulaciones dolorosas e inflamadas (de 28 posibles), la medición de la VSG (velocidad de sedimentación globular) o de la PCR (proteína C reactiva) y la valoración global del paciente mediante una escala visual análoga (0 - 100) (4).
Enfermedad de Sjögren:	Enfermedad autoinmune crónica y multisistémica, caracterizada por la infiltración linfocítica en glándulas lagrimales y salivales que genera sequedad ocular y bucal (8). Además, puede cursar con manifestaciones sistémicas o extra glandulares que incluyen fatiga, síntomas musculoesqueléticos, erupciones cutáneas y afectaciones pulmonares, renales, hepáticas o neurológicas. Se desconoce su etiología específica, sin embargo, su desarrollo se ha relacionado con factores genéticos, medioambientales y hormonales (9). La enfermedad puede presentarse sola (forma primaria) o concomitante con otra enfermedad reumática (forma asociada), de las cuales las más frecuentes son la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico (10).
Factor reumatoide:	Anticuerpo del tipo inmunoglobulina M (IgM) dirigido contra la región Fc de la inmunoglobulina G, ampliamente usado como marcador diagnóstico y pronóstico de la artritis reumatoide. Es poco específico de la enfermedad y puede estar presente en individuos sanos o en personas con otros desórdenes autoinmunes o infecciosos, especialmente crónicos (2). En algunos casos puede encontrarse negativo en las etapas iniciales de la enfermedad.



Glosario

HAQ (Health Assessment Questionnaire):

Cuestionario desarrollado para valorar la discapacidad y la actividad de la enfermedad en las personas con artritis reumatoide (5). Ya fue validado en el idioma español. Consta de 8 dominios en los cuales se le pregunta al paciente el grado de dificultad para vestirse y arreglarse, levantarse, caminar, comer, asearse, agarrar o abrir, alcanzar y realizar actividades (6).

PAS-II (Patient Activity Score-II):

Clinimetría que incluye una combinación de distintos indicadores del cuestionario HAQ-II, la valoración del dolor realizada por el paciente durante la última semana y la valoración global del dolor por parte del paciente (4).

PCR (Proteína C Reactiva):

Proteína producida principalmente a nivel hepático que es un indicador de actividad inflamatoria. Pertenecer al grupo de los denominados reactantes de fase aguda. Los niveles de PCR tienen valor en la detección del proceso inflamatorio, en el seguimiento de la enfermedad y en la valoración de la respuesta al tratamiento (1).

RAPID3 (Routine Assessment of Patient Index Data):

Índice compuesto por tres medidas de autoevaluación del paciente: la función física, el dolor y la valoración global del estado por parte del paciente. Sus valores posibles van de 0 a 30 (7).

SDAI (Simplified Disease Activity Index):

Índice que se calcula como la suma aritmética de cinco parámetros de resultado: el recuento de articulaciones dolorosas y el recuento de articulaciones inflamadas (SJC) (28 articulaciones evaluadas), las evaluaciones globales del paciente y del médico de la actividad de la enfermedad (escala visual analógica de 0 a 10) y el nivel de proteína C reactiva (PCR; normal < 1 mg/dl), con un rango de puntuaciones posibles entre 0 y 86 (11).

Velocidad de sedimentación globular:

Prueba de laboratorio que mide la velocidad con que sedimentan o caen los glóbulos rojos en un tiempo determinado; usualmente se realiza en un tubo de vidrio en un tiempo promedio de una hora. Es una medida indirecta de estímulos inflamatorios en los seres humanos; esta velocidad será mayor ante estos estímulos, por lo que se conoce como reactante de la fase aguda de la inflamación. De forma aislada no tiene utilidad diagnóstica ni pronóstica en la artritis reumatoide, pero en combinación con los anticuerpos anticitrulina y el factor reumatoide aumenta la probabilidad de este diagnóstico en las personas que la tienen elevada (12).

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo
de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide, 2026

#	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
1	Oportunidad	Oportunidad de la atención por especialista (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la primera atención por el especialista).	Sumatoria del número de semanas transcurridas entre la fecha de inicio de los síntomas hasta la fecha de la primera visita con el especialista (reumatólogo, médico internista y médico familiar).	Total de casos incidentes de AR.	Promedio	< 12 semanas	≥ 12 - < 16 semanas	≥ 16 semanas	Anual	X		Se limita a máximo 1 año, dada la posible influencia del sesgo de recuerdo.
2	Oportunidad	Oportunidad del diagnóstico (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la fecha del diagnóstico).	Sumatoria del número de semanas transcurridas entre la fecha de inicio de los síntomas hasta la fecha de diagnóstico de artritis reumatoide.	Total de casos incidentes de AR.	Promedio	< 12 semanas	≥ 12 - < 16 semanas	≥ 16 semanas	Anual	X		- Se excluyen los casos cuya diferencia entre la fecha de diagnóstico y la fecha de inicio de los síntomas sea menor o igual a 6 semanas (clínicamente la patología se sospecha desde la semana 6 desde el inicio de los síntomas). - Además, se limita a máximo 1 año, dada la posible influencia del sesgo de recuerdo.
3	Oportunidad	Oportunidad del tratamiento (tiempo entre el inicio de los síntomas y el primer tratamiento con FAME).	Sumatoria del número de semanas transcurridas entre la fecha de inicio de los síntomas hasta la fecha de inicio de tratamiento con FAME.	Total de casos incidentes de AR.	Promedio	< 12 semanas	≥ 12 - < 16 semanas	≥ 16 semanas	Anual	X		Se limita a máximo 1 año, dada la posible influencia del sesgo de recuerdo.
4	Diagnóstico	Anticuerpos anti-citrulina y el factor reumatoide IgM dentro del proceso diagnóstico.	Casos incidentes de AR a quienes se realizó la prueba de anti-CCP y la de factor reumatoide en el proceso diagnóstico.	Total de casos incidentes de AR.	Porcentaje	> 90 %	> 80 - ≤ 90 %	≤ 80 %	Anual	X		Ninguna.
5	Diagnóstico	PCR o VSG al momento del diagnóstico.	Casos incidentes de AR a quienes se realizó la prueba de PCR o de VSG al diagnóstico.	Total de casos incidentes de AR.	Porcentaje	> 90 %	> 80 - ≤ 90 %	≤ 80 %	Anual	X		Se considera válida la realización de una o la otra.



Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide, 2026 (continuación)

#	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
6	Diagnóstico	Evaluación de erosiones al diagnóstico con radiografía simple de manos y pies.	Casos incidentes de AR a quienes se realizó la toma de radiografías de manos y pies en el proceso diagnóstico.	Total de casos incidentes con AR.	Porcentaje	> 90 %	> 80 - ≤ 90 %	≤ 80 %	Anual	X		- Se considera válida si se realizó hasta 12 meses antes del diagnóstico. - El uso de otras imágenes diagnósticas como la ecografía articular o la resonancia magnética no se recomienda de manera rutinaria para el diagnóstico.
7	Evaluación pretratamiento	Tamizaje para tuberculosis previo al inicio del tratamiento con FAME biológicos o sintéticos dirigidos.	Casos con diagnóstico de AR a quienes se realizó el tamizaje para TB previo al inicio o modificación de FAME biológicos o sintéticos dirigidos.	Total de casos con diagnóstico de AR que inician o modifican tratamiento con FAME biológicos o sintéticos dirigidos.	Porcentaje	100 %	> 80 - < 100 %	≤ 80 %	Anual	X	X	- Se debe hacer el tamizaje a todos los casos que vayan a iniciar o modificar el tratamiento con bFAME o tsFAME en el periodo. - Se considera válida la prueba si se realiza hasta 12 meses antes del inicio del uso de bFAME o tsFAME. - Se incluyen las pruebas de tuberculina o interferón. - Se excluyen los casos con reporte de TB activa o latente conocida en los últimos 12 meses.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo
de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALCOSTO.ORG

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide, 2026 (continuación)

#	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
8	Evaluación pretratamiento	Tamizaje para VHB previo al inicio del tratamiento con FAME biológicos o sintéticos dirigidos.	Casos con diagnóstico de AR a quienes se realizó el tamizaje para VHB previo al inicio o modificación de FAME biológicos o sintéticos dirigidos.	Total de casos con diagnóstico de AR que inician o modifican tratamiento con FAME biológicos o sintéticos dirigidos.	Porcentaje	> 90 %	> 80 - ≤ 90 %	≤ 80 %	Anual	X	X	- Se debe hacer el tamizaje a todos los casos que vayan a iniciar o modificar el tratamiento con bFAME o tsFAME. - Se considera válida la prueba si se realiza hasta 12 meses antes del inicio del uso de bFAME o tsFAME. - El tamizaje se debe realizar mediante las pruebas HBsAg (Antígeno de superficie) y anticore total. - Se excluyen los casos con antecedentes de Hepatitis B resuelta, con pruebas anteriores positivas o con vacunación documentada contra la hepatitis B.



Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide, 2026 (continuación)

#	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
9	Evaluación pretratamiento	Tamizaje para VHC previo al inicio del tratamiento con FAME biológicos o sintéticos dirigidos.	Casos con diagnóstico de AR a quienes se realizó el tamizaje para VHC previo al inicio o modificación de FAME biológicos o sintéticos dirigidos.	Total de casos con diagnóstico de AR que inician o modifican tratamiento con FAME biológicos o sintéticos dirigidos.	Porcentaje	> 90 %	> 80 - ≤ 90 %	≤ 80 %	Anual	X	X	- Se debe hacer el tamizaje a todos los casos que vayan a iniciar o modificar el tratamiento con bFAME o tsFAME. - Se considera válida la prueba si se realiza hasta 12 meses antes del inicio del bFAME o tsFAME. - El tamizaje debe realizarse mediante anticuerpos contra VHC –anti-VHC–, como prueba estándar de primera línea. - De manera excepcional y justificada, se aceptará como válida la carga viral ARN-VHC. - El antígeno core del VHC –VHC cAg– no se considerará válido como prueba estándar de tamizaje. - Se excluyen los casos con antecedentes de Hepatitis C resuelta o con pruebas anteriores positivas.
10.1	Tratamiento	Cobertura de FAME como tratamiento para la AR en los casos incidentes.	Casos incidentes a quienes se prescribió el uso de FAME como tratamiento a la fecha de corte.	Total de casos incidentes con diagnóstico de AR.	Porcentaje	> 90 %	> 70 - ≤ 90 %	≤ 70 %	Anual	X		El cálculo se realiza con el FAME actual reportado en el periodo.
10.2	Tratamiento	Cobertura de FAME como tratamiento para la AR en los casos prevalentes.	Casos con diagnóstico de AR a quienes se prescribió el uso de FAME como tratamiento a la fecha de corte.	Total de casos con diagnóstico de AR.	Porcentaje	> 80 %	> 60 - ≤ 80 %	≤ 60 %	Anual		X	

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo
de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide, 2026 (continuación)

#	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
11	Tratamiento	Uso de biosimilares sobre FAME biológicos.	Total de personas con uso de medicamentos biosimilares a la fecha de corte.	Total de personas en terapia biológica que cuentan con equivalente biosimilar a la fecha de corte.	Porcentaje	Línea de base			Anual	X	X	- Los principios activos biológicos con biosimilar autorizado en Colombia y la clasificación de cada producto como biosimilar o no biosimilar se definirá y actualizará mediante los registros sanitarios vigentes del INVIMA y en los listados oficiales de medicamentos biológicos autorizados por rutas de comparabilidad. - Si una persona tiene más de un FAME biológico activo a la fecha de corte, ingresará al denominador cuando al menos uno de los principios activos utilizados cuente con biosimilar autorizado en Colombia. Se contará en el numerador únicamente cuando el medicamento evaluable esté clasificado como biosimilar. En caso de uso simultáneo de un biosimilar y un no biosimilar para principios activos con biosimilar autorizado, el caso no se contará en el numerador.
12	Tratamiento	Acceso a servicios de rehabilitación (fisiatría, deportología, fisioterapia o terapia ocupacional).	Casos con diagnóstico de AR que tuvieron al menos una consulta con fisiatría, deportología, fisioterapia o terapia ocupacional en el periodo.	Total de casos con diagnóstico de AR.	Porcentaje	> 70 %	> 60 - ≤ 70 %	≤ 60 %	Anual	X	X	- Se considera válida la consulta por alguna de las disciplinas en el periodo. - La consulta debe ser ambulatoria, no se considera como válida la consulta hospitalaria.



Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide, 2026 (continuación)

#	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
13	Seguimiento	Clinimetría al menos una vez en los últimos 6 meses.	Casos con diagnóstico de AR con al menos una clinimetría en los últimos 6 meses.	Total de casos con diagnóstico de AR.	Porcentaje	> 90 %	> 80 - ≤ 90 %	≤ 80 %	Anual	X	X	Se incluyen en el numerador las personas con reporte de alguna de estas clinimetrías: DAS28, SDAI, CDAI, RAPID3 o PAS-II.
14	Seguimiento	HAQ, mHAQ o HAQ-DI al menos una vez en el periodo.	Casos con diagnóstico de AR con HAQ, mHAQ o HAQ-DI en el periodo.	Total de casos con diagnóstico de AR.	Porcentaje	> 80 %	> 70 - ≤ 80 %	≤ 70 %	Anual	X	X	Se incluyen en el numerador las personas con reporte de alguna de estas escalas de funcionalidad: HAQ, mHAQ o HAQ-DI.
15	Seguimiento	Valoración por reumatología en el periodo.	Casos con diagnóstico de AR que tuvieron al menos una consulta por reumatología durante el periodo.	Total de casos con diagnóstico de AR.	Porcentaje	> 80 %	> 70 - ≤ 80 %	≤ 70 %	Anual	X	X	- Se incluyen como válidas las consultas por reumatología mediante la opción de telemedicina. - La consulta debe ser ambulatoria, no se considera como válida la consulta hospitalaria.
16	Seguimiento	Acompañamiento psicosocial.	Casos con diagnóstico de AR que recibieron valoración o seguimiento por psicología, psiquiatría o trabajo social al menos una vez al año.	Total de casos con diagnóstico de AR.	Porcentaje	> 80 %	> 60 - ≤ 80 %	≤ 60 %	Anual	X	X	- Se considera válida una consulta en el periodo de cualquiera de las siguientes especialidades: psicología, psiquiatría o trabajo social. - Se considera válida la teleconsulta. - La consulta debe ser ambulatoria, no se considera como válida la consulta hospitalaria.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALCOSTO.ORG

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide, 2026 (continuación)

#	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
17	Seguimiento	Valoración del riesgo cardiovascular.	Casos con diagnóstico de AR que tuvieron una valoración del riesgo cardiovascular por un profesional en salud.	Total de casos con diagnóstico de AR.	Porcentaje	> 95 %	> 85 - ≤ 95 %	≤ 85 %	Anual	X	X	Se considera válida una valoración del riesgo cardiovascular en el periodo según lo dispuesto en la Resolución 3280 de 2018. El manejo en riesgo cardiovascular es brindado por los siguientes profesionales de la salud: enfermería, medicina general, medicina interna, medicina familiar o cardiología.
18	Seguimiento	Personas diagnosticadas con AR evaluadas con una escala de calidad de vida.	Casos con diagnóstico de AR a los que se les realizó una evaluación de calidad de vida durante el periodo de reporte.	Total de casos con diagnóstico de AR.	Porcentaje	Línea de base			Anual	X	X	- Puede ser aplicada por cualquier profesional de salud. - Se considera el registro o diligenciamiento de cualquiera de las siguientes escalas: EQ-5D; QOL-RA; SF-36; SF-12. - Se considera válida además cualquier escala de calidad de vida que se valide en Colombia posterior a la publicación de este consenso.
19	Resultado	Control de la enfermedad.	Casos con diagnóstico de AR que alcanzaron la remisión o la baja actividad de la enfermedad medida en los últimos 6 meses.	Total de casos con diagnóstico de AR con al menos seis meses desde el diagnóstico.	Porcentaje	> 80 %	> 60 - ≤ 80 %	≤ 60 %	Anual	X	X	- Se incluyen los casos reportados que alcanzan la remisión con: DAS28 (< 2,6); SDAI (≤ 3,3); CDAI (≤ 2,8); RAPID3 (≤ 3); PAS-II: ≤ 0,25. O baja actividad medida con: DAS28: ≥ 2,6 - < 3,2; SDAI: > 3,3 - ≤ 11; CDAI: > 2,8 - ≤ 10; RAPID3: > 3 - ≤ 6,0; PAS-II: > 0,25 - ≤ 3,7.



1. Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune, inflamatoria y crónica que afecta principalmente las articulaciones pequeñas, generando dolor, rigidez, limitación funcional y deterioro progresivo de la calidad de vida. Debido a su carácter sistémico, se asocia con un mayor riesgo de comorbilidades y discapacidad, la pérdida de la productividad y el incremento de los costos para los sistemas de salud (13,14). En este contexto, la atención integral, oportuna y centrada en el paciente constituye un elemento fundamental para disminuir la carga de la enfermedad y mejorar los desenlaces clínicos y funcionales.

El manejo de la AR ha evolucionado notoriamente en los últimos años gracias a la implementación de estrategias basadas en objetivos terapéuticos (*treat to target*), el uso temprano de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), la incorporación de terapias biológicas y sintéticas dirigidas, la disponibilidad de biosimilares y el seguimiento sistemático de la actividad de la enfermedad. Estos avances han permitido mejorar el control clínico, incrementar la remisión y reducir la progresión del daño estructural y la discapacidad asociadas a la enfermedad (15).

No obstante, persisten brechas importantes en la atención, relacionadas con la oportunidad diagnóstica, el acceso al tratamiento, la adherencia al seguimiento y la evaluación de resultados clínicos relevantes, entre otras (16). Bajo estas circunstancias, la medición y el monitoreo de indicadores de gestión y desenlaces en salud se ha consolidado como una herramienta esencial para evaluar el desempeño de los modelos de atención y orientar procesos de mejora continua. Los indicadores que midan esta gestión deben desarrollarse mediante metodologías sistemáticas, estructuradas y sobre todo consensuadas entre la mejor evidencia disponible y la opinión de los actores involucrados. Por lo anterior, los consensos técnicos y metodológicos orientados a la selección y priorización de indicadores se constituyen como una estrategia clave para fortalecer los procesos de evaluación y seguimiento de la calidad de la atención en AR, dado que permiten integrar la evidencia con la gestión en salud.

En consonancia con lo anterior y como parte del proceso misional de la Cuenta de Alto Costo (CAC), se llevó a cabo la actualización del ["Consenso basado en la evidencia: indicadores de gestión del riesgo en pacientes con artritis reumatoide en Colombia" publicado en 2018 \(17\)](#), con el propósito de fortalecer la evaluación y el monitoreo de la gestión de las entidades para esta enfermedad. En este proceso se contó con la participación de representantes de múltiples actores del sistema de salud.

El presente documento incluye una breve descripción de la situación nacional e internacional de la enfermedad, así como los objetivos y el alcance de la actualización, seguida de la descripción metodológica del proceso desarrollado. Finalmente, presenta los indicadores seleccionados, agrupados en dominios relacionados con la gestión del riesgo en los adultos con AR en Colombia. Para cada indicador se describen sus características operativas, incluyendo la definición, el numerador, el denominador, el dominio, la unidad de medida, la periodicidad de la medición, la población, el rango de cumplimiento y las observaciones relevantes para su interpretación y aplicación.

2. Contexto

2.1. Panorama mundial de la enfermedad

En la actualidad, la AR representa un reto importante para los sistemas de salud, debido a la carga que genera en la población, su curso crónico y su impacto sobre la funcionalidad, la calidad de vida y la productividad de las personas afectadas. De acuerdo con las estimaciones del estudio de Carga Global de la Enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés), la AR presenta una distribución heterogénea a nivel mundial, con diferencias amplias entre las regiones en términos de incidencia, prevalencia y años vividos con discapacidad (18).

En el mundo, se ha estimado una incidencia de 12,69 casos por 100.000 personas. En América Latina este valor es mayor, alrededor de 15,56 por 100.000 personas, aunque inferior al observado en las regiones con mayores tasas registradas, como América del Norte y Europa Occidental, en donde se han estimado incidencias cercanas a los 24,85 y los 24,45 respectivamente (18). Estas diferencias regionales pueden estar relacionadas de forma directa a la susceptibilidad genética y a los factores ambientales a los que se encuentra correlacionada la enfermedad (19). Además, la prevalencia de la AR tiende a ser superior en Europa Occidental, Norteamérica y otras regiones con población de ascendencia europea. Por ejemplo, países como Australia y Canadá han mostrado tasas elevadas, lo que podría estar relacionado a la composición genética de sus poblaciones y a la mayor presencia de grupos de origen europeo (20).

Según el GBD 2021, aproximadamente 18,4 millones de personas vivían con AR en el mundo (21), con una proyección de incremento a 31,7 millones para 2050 (22). Así mismo, entre 1990 y 2021 se registró un incremento del 81 % en la carga de la enfermedad en los adultos de 20 a 54 años, mientras que la mortalidad asociada a la AR en este grupo etario disminuyó de 0,09 por 100.000 personas en 1990 a 0,06 en 2021 (23).

2.2. Panorama nacional de la artritis reumatoide

En Colombia, la AR fue definida como una enfermedad de alto costo mediante la Resolución 3974 de 2009; posteriormente se estableció la obligatoriedad del reporte de los casos de AR a la CAC a través de la Resolución 1393 de 2015 (24). En consecuencia, los datos derivados del proceso de reporte pasan por una etapa de auditoría y gestión de la información con el fin de conformar la bodega de información de la enfermedad de alto costo (EAC).

En el último reporte de la AR que las EAPB hacen a la CAC –el cual corresponde al periodo comprendido entre el 1° de julio de 2024 y el 30 de junio de 2025–, se registraron 156.865 adultos que vivían con la enfermedad en el país. Esto representa un 5,39 % más que lo registrado en el periodo anterior y una prevalencia estandarizada por edad de 0,13 casos por cada 100 adultos (IC 95 %: 0,13 - 0,14). A su vez, del total de personas con AR, 4.737 fueron incidentes –13,79 % menos que en el periodo previo–, esto es una tasa de incidencia estandarizada de 4,93 por cada 100.000 adultos (IC 95 %: 4,61 - 5,26). Por su parte, se reportaron un total de 2.826 fallecimientos por todas las causas en la población con AR (tasa de mortalidad estandarizada de 3,56 por cada 100.000 adultos [IC 95 %: 3,30 - 3,83]) (25).

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Actualizar los indicadores para la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo en las personas con diagnóstico de artritis reumatoide en el marco del sistema de salud colombiano.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar y evaluar técnicamente los indicadores de gestión del riesgo de la artritis reumatoide reportados en la literatura científica disponible.
- Priorizar los indicadores identificados, analizando características como su factibilidad, precisión y relevancia.
- Operacionalizar los indicadores priorizados conforme a la estructura del reporte obligatorio a la CAC.

4. Alcance

El propósito de este consenso es actualizar, según la opinión de expertos y la evidencia de la literatura científica más actualizada, los indicadores relevantes para evaluar y monitorear la gestión del riesgo en las personas con



diagnóstico de AR por parte de las EAPB, las entidades territoriales (ET) y las (IPS), en el marco del aseguramiento en Colombia. Con base en los resultados del consenso, se implementará la medición de los indicadores de gestión del riesgo (IGR) priorizados a partir del reporte de 2027. Este consenso es aplicable a nivel nacional y en el marco del aseguramiento en salud en Colombia.

Es menester mencionar que los IGR definidos no sustituyen las guías de práctica clínica, ni direccionan el tratamiento o influyen en la relación entre las EAPB y las IPS. Tampoco se busca promover la selección de tratamientos, insumos o medicamentos. Así mismo, los IGR definidos en este consenso no excluyen la medición de otros considerados pertinentes, necesarios y relevantes para la evaluación de los procesos y de los resultados al interior de las entidades. De igual manera, el consenso no debe tener injerencia en los aspectos relacionados con tarifas, pagos, infraestructura, costos, tipos de contratación o con el pago por la atención prestada a los pacientes.

5. Metodología del consenso

La metodología de este consenso se adaptó de la propuesta RAND/UCLA de métodos de uso apropiado (RAM por sus siglas en inglés), desarrollada por la corporación RAND y la Universidad de California, los Ángeles (UCLA) (26). Esta metodología se fundamenta en la combinación de la mejor evidencia científica disponible y el juicio colectivo de un panel de expertos (27). Este método ha sido utilizado y adaptado previamente en otras experiencias de selección de indicadores en diferentes contextos y para distintas condiciones de salud (28–31). El proceso llevado a cabo para actualizar el consenso se consolidó en ocho pasos secuenciales:

- 1). Convocatoria del grupo desarrollador y del panel de expertos.
- 2). Definición de la pregunta orientadora.
- 3). Revisión sistemática de la literatura.
- 4). Definición de los indicadores preliminares.
- 5). Reunión de apertura.
- 6). Primera ronda virtual del consenso.
- 7). Segunda y tercera ronda virtual del consenso.
- 8). Reunión de cierre.

5.1. Convocatoria del grupo desarrollador y del panel de expertos

Para la aplicación metodológica, el grupo desarrollador (GD) actuó como el equipo técnico-metodológico encargado de liderar, coordinar y ejecutar todas las fases del consenso, con el fin de asegurar el cumplimiento de los estándares metodológicos, el rigor científico y la reproducibilidad del proceso, sin que sus miembros participaran en las rondas de votación. Este grupo estuvo conformado por dos subgrupos –expertos metodológicos y expertos temáticos– cuyas funciones resultaron complementarias.

La selección de los participantes se realizó con base en su experiencia, trayectoria y conocimiento en el tema o área de interés. En el caso del grupo de expertos temáticos, se solicitó a la Asociación Colombiana de Reumatología (ASOREUMA) designar los expertos clínicos especializados en el manejo de la AR. Por su parte, la CAC asignó a los expertos metodológicos, quienes contaban con experiencia en la revisión sistemática de la literatura (RSL), el desarrollo de indicadores de salud, la ejecución de procesos participativos y el análisis de datos.

Como resultado, el GD estuvo conformado por cuatro expertos clínicos con formación en reumatología, de reconocida trayectoria en el manejo de personas con AR y cinco expertos metodológicos con formación en distintas disciplinas del campo de la salud, incluyendo medicina, ciencias de la rehabilitación, epidemiología, salud pública y afines.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo
de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Por otro lado, para conformar el PE se realizó una convocatoria directa a cinco sectores de interés dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), solicitando la designación de un delegado por sector: aseguramiento, prestación, gobierno, sociedades científicas o expertos clínicos y asociaciones de pacientes. Se recomendó que el representante designado fuera, preferiblemente, el referente en AR de la organización o una persona con experiencia y conocimiento en la cohorte y en los IGR relacionados con la enfermedad.

Al final, el PE quedó conformado por delegados que contaban con amplia trayectoria clínica, técnica, temática o experiencial en AR. Así, conforme a la metodología RAM, el GD orientó al PE a lo largo de las distintas fases del proceso y les proporcionó la evidencia científica sintetizada como insumo para la deliberación. En este contexto, la función del PE fue aportar su juicio experto, analizar críticamente la evidencia presentada y participar en las rondas de votación, a partir de las cuales se lograron definir o actualizar los indicadores.

5.2. Definición de la pregunta orientadora

Los integrantes del GD formularon la siguiente pregunta orientadora:

¿Qué indicadores de calidad y gestión clínica se utilizan para evaluar la atención integral de las personas con artritis reumatoide y cuáles se asocian con mejores resultados en salud y una gestión efectiva del riesgo?

Tras establecer la pregunta, se desarrolló la metodología PICO, la cual describe la población (P), la intervención (I), el comparador (C) y los desenlaces (O, del inglés *outcome*), con el objetivo de delimitar los componentes de la posterior RSL (**tabla 2**).

Tabla 2. Pregunta de la revisión sistemática en estructura PICO

P	Adultos con diagnóstico de artritis reumatoide.
I	Indicadores de calidad (proceso, estructura, resultado) para la gestión clínica integral de AR.
C	No aplica.
O	Evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo en los pacientes con AR, según su dominio de calidad: resultados duros (mortalidad, supervivencia, tiempo hasta a la remisión sostenida) y resultados intermedios (remisión / baja actividad, PROMS, tiempo hasta el inicio de DMARD, entre otros).

P: población; I: intervención; C: comparador; O: desenlace (del inglés *outcome*).

Fuente: elaboración CAC.

5.3. Revisión sistemática de la literatura

El GD, en cabeza de los expertos temáticos y con el propósito de identificar, caracterizar y sintetizar los IGR en AR reportados en la literatura científica y en documentos técnicos internacionales, realizó la RSL siguiendo cinco grandes etapas que prosiguieron a la definición de la pregunta PICO. El reporte de la RSL se hizo de acuerdo con los lineamientos de la declaración PRISMA (Elementos recomendados para la presentación de informes en revisiones sistemáticas y metaanálisis, por sus siglas en inglés) (32). Las cinco etapas consistieron en: i) el diseño de la estrategia y la búsqueda sistemática de la literatura, ii) la selección de la evidencia, iii) la evaluación de la calidad de la evidencia, iv) la extracción de la evidencia y, finalmente, v) la síntesis de la evidencia.

5.3.1. Diseño de la estrategia y búsqueda sistemática de la literatura

Inicialmente, se identificaron los términos clave para la búsqueda de la evidencia, de acuerdo con la estructura PICO de la pregunta orientadora. Se emplearon los términos MeSH (*Medical Subject Headings*) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), así como términos de lenguaje libre. Además, las estrategias de búsqueda se basaron en los términos presentados en el diccionario de la **tabla 3**, sin embargo, en determinados casos se añadieron sinónimos o términos relacionados que permitieron mejorar la sensibilidad y especificidad de la búsqueda bibliográfica.



Tabla 3. Términos de búsqueda DeCS y MeSH utilizados

Categoría	Términos DeCS	Términos MeSH	Términos de lenguaje libre
Población	"Artritis Reumatoide"	"Arthritis, Rheumatoid"[Mesh]	"Rheumatoid Arthritis"
	"Indicadores de Calidad de la Atención de Salud"	"Quality Indicators, Health Care"[Mesh]	"Healthcare Quality Indicator"
	NA	NA	"Quality indicator"
	NA	NA	"Quality Measure"
	NA	NA	"Performance Measure"
Intervención	Evaluación de Procesos y Resultados en Atención de Salud	"Outcome and Process Assessment, Health Care"[Mesh]	"Outcome and Process Assessment (Health Care)"
	Garantía de la Calidad de Atención de Salud	"Quality Assurance, Health Care"[Mesh]	Health Care Quality Assurance
	NA	NA	"Quality of care"
	"Indicadores de salud"	"Health Status Indicators"[Mesh]	"Health Status Indicators"
	"Medición de Riesgo"	"Risk Assessment"[Mesh]	"Risk assessment"
Outcome	"Inducción de Remisión"	"Remission Induction"[Mesh]	"Induction Remission"
	"Medición de Resultados Informados por el Paciente"	"Patient Reported Outcome Measures"[Mesh]	"Patient-Reported Outcome Measures"
	NA	NA	"Disease Activity Score 28 "
	NA	NA	"DAS 28 "
	NA	NA	"Simplified Disease Activity Index"
	NA	NA	"Clinical Disease Activity Index"
	NA	NA	"Routine Assessment of Patient Index Data 3"
	NA	NA	"Health assessment questionnaire"
	NA	NA	"Patient Activity Scale"
	NA	NA	Patient Global Assessment
	NA	NA	"opioid use"
	NA	NA	"long term glucocorticoid"
	NA	NA	"treatment adherence"
	NA	NA	"health-care sustainability"
	NA	NA	"model of care"
	NA	NA	"optimization therapy"
	NA	NA	"extra-articular manifestation"
	NA	NA	"long-term outcome"

NA: no aplica.

Fuente: elaboración CAC.

Las búsquedas de la literatura se llevaron a cabo en *Medline*, *Cochrane Library*, *ScienceDirect*, LILACS - Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Epistemonikos, Iris - Repositorio Institucional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Google Académico. Para la identificación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) se realizaron búsquedas en los sitios web de las siguientes organizaciones:

- *European Alliance of Associations for Rheumatology* (EULAR).
- *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE).

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo
de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

- *American College of Rheumatology (ACR).*
- *Sociedad Española de Reumatología.*
- *Asociación Colombiana de Reumatología.*
- *Japan College of Rheumatology.*
- *Trip Database.*
- *Australian Rheumatology Association.*
- *Canadian Rheumatology Association.*
- *British Society for Rheumatology.*
- *Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR).*
- *Colegio Mexicano de Reumatología 2023.*
- *Guidelines International Network (GIN).*
- *SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).*

Adicionalmente, se aplicó la estrategia de bola de nieve para la identificación de registros adicionales a partir de las referencias incluidas en los estudios seleccionados o de la recomendación de los expertos clínicos miembros del GD. En el **anexo 1** se presentan las bitácoras de búsqueda, donde se detallan las diferentes estrategias aplicadas, el número de registros recuperados, los filtros utilizados y las fechas de ejecución en cada base de datos.

5.3.2. Selección de la evidencia

Las referencias bibliográficas identificadas en las fuentes descritas se exportaron a la plataforma Rayyan (33), donde se eliminaron los registros duplicados. Después, de acuerdo con los criterios de elegibilidad expuestos a continuación, dos revisores realizaron la tamización de las referencias por título y resumen; las discrepancias se resolvieron mediante deliberación posterior. Los artículos incluidos se leyeron en su totalidad y se determinó su inclusión en el análisis final.

Criterios de inclusión:

- Documentos cuya población sean personas adultas con diagnóstico de AR.
- Tipos de estudios como diseños de cohorte, revisiones sistemáticas de la literatura, guías de práctica clínica, consensos, reportes de agencias de la salud y documentos técnicos elaborados por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (ONG) que describan o evalúen indicadores de atención clínica o gestión del riesgo.
- Documentos que presenten recomendaciones clave para la atención de las personas con artritis reumatoide.

Criterios de exclusión:

- Idiomas diferentes al inglés o el español.
- Documentos publicados antes del 2020.
- Documentos no disponibles en texto completo o que no se puedan recuperar.

5.3.3. Evaluación de la calidad de la evidencia

La calidad de los estudios incluidos fue valorada con instrumentos específicos de acuerdo con el diseño metodológico de cada uno. Para los instrumentos que no establecían un método de puntuación cuantitativo o umbrales formales, se categorizaron los resultados en niveles de calidad con base en un sistema de clasificación adaptado por el equipo técnico, que se explicita a continuación:



Tabla 4. Instrumentos de evaluación de calidad utilizados para cada diseño metodológico y categoría de interpretación utilizada

Diseño metodológico	Herramienta	Adaptado	Interpretación de la calidad	
RSL con o sin metaanálisis	Lista de verificación para revisiones sistemáticas y síntesis de investigación del <i>Joanna Briggs Institute</i> (JBI) (34).	Equipo técnico	Calidad alta	Puntaje 10 - 11.
			Calidad moderada	Puntaje 6 - 9.
			Calidad baja	Puntaje 0 - 5.
GPC	<i>Appraisal of Guidelines and Research and Evaluation</i> (AGREE II) (35).	IETS/MSPS ¹	Muy recomendada	Puntuación estandarizada de los dominios 3 y 6 ≥ 60 .
			Recomendada	Puntuación estandarizada del dominio 3 (mínimo 50 %) y del dominio 6 (mínimo 40 %).
			No recomendada	Puntuaciones estandarizadas del dominio 3 (menores a 50 %) y del dominio 6 (menores a 40 %).
			No se sabe	No hay suficiente información para evaluar la GPC.
Estudio de cohortes	<i>Newcastle-Ottawa Scale</i> (NOS) (36).	Equipo técnico	Calidad alta	Puntaje 7 - 9.
			Calidad moderada	Puntaje 4 - 6.
			Calidad baja	Puntaje 0 - 3.
Revisiones narrativas	<i>Assessment of Narrative Review Article</i> (SANRA) (37).	Equipo técnico	Calidad alta	Puntaje 10 - 12.
			Calidad moderada	Puntaje 7 - 9.
			Calidad baja	Puntaje 0 - 6.
Consensos u otros procesos participativos con metodología Delphi	<i>Delphi Critical Appraisal Tool</i> (DCAT) (26).	Clasificación original	Calidad alta	El estudio Delphi es de alta calidad y ofrece una representación razonable de las opiniones de los panelistas.
			Calidad moderada	El estudio Delphi es de calidad moderada y probablemente ofrece una representación razonable de las opiniones de los panelistas.
			Calidad baja	El estudio Delphi es de baja calidad y puede que no proporcione una representación razonable de las opiniones de los panelistas.
			Calidad críticamente baja	El estudio Delphi es de calidad insuficiente para ser utilizado como representación adecuada de las opiniones de los panelistas.
Consensos o paneles de expertos sin metodología Delphi	Lista de chequeo para opinión de expertos del <i>Joanna Briggs Institute</i> (JBI) (38).	Equipo técnico	Calidad alta	Puntaje 5 - 6.
			Calidad moderada	Puntaje 3 - 4.
			Calidad baja	Puntaje 0 - 2.
Estudios transversales	Lista de chequeo para la evidencia de estudios <i>Cross sectional</i> del <i>Joanna Briggs Institute</i> (JBI) (39).	Equipo técnico	Calidad alta	Puntaje 6 - 8.
			Calidad moderada	Puntaje 4 - 5.
			Calidad baja	Puntaje 1 - 3.

¹ La herramienta no recomienda niveles de calidad global, por lo que se adaptan según las indicaciones del IETS y el MSPS para la adopción o adaptación de GPC (40).

IETS: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social, GPC: guía de práctica clínica.

El **anexo 3** presenta la evaluación de la calidad de la evidencia de cada estudio incluido en el análisis.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo
de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

5.3.4. Extracción de la evidencia

Dos revisores extrajeron la información relevante en un formato estandarizado previamente, en el que se incluía el título, el autor, el año, el diseño del estudio, la revista, el tema y la población. En el **anexo 2** se detallan los estudios incluidos y la información extraída de ellos.

5.3.5. Síntesis de la evidencia

Una vez evaluada la calidad de cada estudio, se procedió a extraer los principales indicadores o recomendaciones postuladas en un formato estandarizado para tal fin. Dada la diversidad de estudios incluidos se hizo una categorización del tipo de estudio y la frecuencia de aparición, esta se puede encontrar en el **anexo 4**.

5.4. Definición de los indicadores preliminares

En los artículos incluidos se evaluó la evidencia científica asociada a los indicadores vigentes y se identificaron aquellos nuevos con potencial de aplicabilidad en el contexto nacional. Una vez definidos, fueron valorados mediante los criterios de la metodología CREMAA, desarrollada por el Banco Mundial, cuyos detalles se presentan en la **tabla 5**. Con base en esta metodología, se priorizaron aquellos que alcanzaron un promedio superior a 4, equivalente a una puntuación estandarizada $\geq 75\%$. La puntuación detallada por criterio CREMAA se presenta en el **anexo 5**.

Tabla 5. Criterios de la metodología CREMAA

Acrónimo	Definición	Pregunta
C	Claro (preciso e inequívoco).	¿El indicador es lo suficientemente preciso para garantizar una medición objetiva?
R	Relevante (apropiado para el tema en cuestión).	¿El indicador es un reflejo lo más directo posible del objetivo?
E	Económico (disponible a un costo razonable).	¿El indicador es capaz de emplear un método práctico y asequible para la obtención de datos?
M	Medible (abierto a validación independiente).	¿Las variables del indicador están lo suficientemente definidas para asegurar que lo que se mide hoy es lo mismo que se va a medir en cualquier tiempo posterior, sin importar quien haga la medición?
A	Adecuado (ofrece una base suficiente para estimar el desempeño).	¿El indicador es suficientemente representativo del total de los resultados deseados y su comportamiento puede ser observado periódicamente?
A	Aportación marginal (aportes adicionales).	¿El indicador provee información adicional en comparación con los otros indicadores propuestos?

Fuente: elaboración CAC.

La formulación de los indicadores preliminares se realizó a partir de tres alternativas posibles:

- Indicadores textuales identificados en la RSL.
- Modificación de los indicadores identificados en la RSL.
- Recomendaciones clave en la atención de la AR.

Por otra parte, se definieron los siguientes criterios para seleccionar los indicadores que se presentarían en la fase participativa con el PE:

- Indicadores del consenso 2018 con cambios y ajustes significativos en su operatividad.
- Nuevos indicadores identificados a través de la RSL.

Posteriormente, los indicadores fueron socializados con los expertos temáticos del GD, quienes los excluyeron o ajustaron de acuerdo con la realidad de la atención brindada a las personas con AR en el país. Los ajustes incluyeron cambios en el nombre del indicador, en el numerador, el denominador, las metas o el alcance, según correspondiera.



5.5. Reunión de apertura

Con el objetivo de presentar los antecedentes del consenso de 2018 y la metodología para su actualización, el 25 de marzo de 2026 se realizó la reunión de apertura del PE de manera presencial en la ciudad de Bogotá, D. C. En este espacio se expusieron los indicadores propuestos por el GD según la evidencia, destacando los que serían dispuestos para votación por el PE. Además, se explicó la metodología de trabajo y las instrucciones generales para la votación. Posteriormente, se abrió un espacio para resolver las dudas de los panelistas, las cuales fueron atendidas por los miembros del GD.

5.6. Primera ronda de votación del consenso

Todos los miembros del PE fueron invitados a participar en el proceso de votación mediante la herramienta Forms de Office 365®. La votación se llevó a cabo de forma virtual, garantizando el anonimato de las respuestas individuales a las preguntas de valoración de los indicadores, de modo que no pudieran ser atribuidas a ningún panelista en particular. El formulario virtual incluyó los indicadores definidos por el GD con base en la evidencia. Para cada uno se plantearon dos preguntas: la primera evaluaba la pertinencia mediante una escala Likert de 1 a 9, donde 1 correspondía a "totalmente en desacuerdo" y 9 a "totalmente de acuerdo" (41); la segunda consistía en un espacio para registrar comentarios, preguntas, propuestas de ajustes o sugerencias adicionales que se consideraran relevantes, acompañados de las referencias que los respalden.

Adicionalmente, para evaluar la eliminación de uno de los indicadores del consenso anterior, que no superó la evaluación CREMAA, se incluyó la pregunta específica con respuesta dicotómica ("sí" o "no") para manifestar opinión y una segunda pregunta abierta para que el PE aportara comentarios adicionales, ajustes o sugerencias relacionadas con dicho indicador.

Para las preguntas de tipo Likert, se calculó la mediana de las votaciones de cada indicador de manera independiente por sector, obteniendo así cinco valores (uno por sector). Posteriormente, a partir de estos resultados sectoriales, se estimó una mediana global que permitió determinar la existencia o no de consenso para cada indicador, de acuerdo con los siguientes criterios:

- **Mediana de 7 a 9:** consenso a favor (el indicador debe ser incluido).
- **Mediana de 4 a 6:** sin consenso (no hay acuerdo sobre la inclusión del indicador).
- **Mediana de 1 a 3:** consenso en contra (el indicador no debe ser incluido).

Para la pregunta con opción de respuesta "sí" o "no", se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de cada alternativa por sector. Se consideró que existía consenso a favor de la exclusión o modificación cuando el promedio de respuestas "sí" entre los sectores superó el 50 %.

5.7. Segunda y tercera ronda de votación del consenso

Dado que los panelistas podían expresar nuevos indicadores o que alguno de los propuestos con base en la literatura no alcanzara consenso, desde la metodología se planteó una segunda y hasta una tercera ronda de votación para decidir en estos escenarios. Ante la necesidad de llevar a cabo estas nuevas rondas de votación se invitó a los miembros del PE a votar en nuevos formularios de la herramienta Forms de Office 365®.

Del mismo modo que en la primera ronda, se mantuvo el anonimato de las respuestas individuales, desarrollando la votación de forma virtual. Un indicador no obtuvo consenso en la primera ni la segunda ronda, lo que llevó a la tercera y última ronda. Además, los panelistas propusieron cuatro nuevos indicadores, de los cuales solo uno superó la evaluación CREMAA y se deliberó en la última ronda de votación.

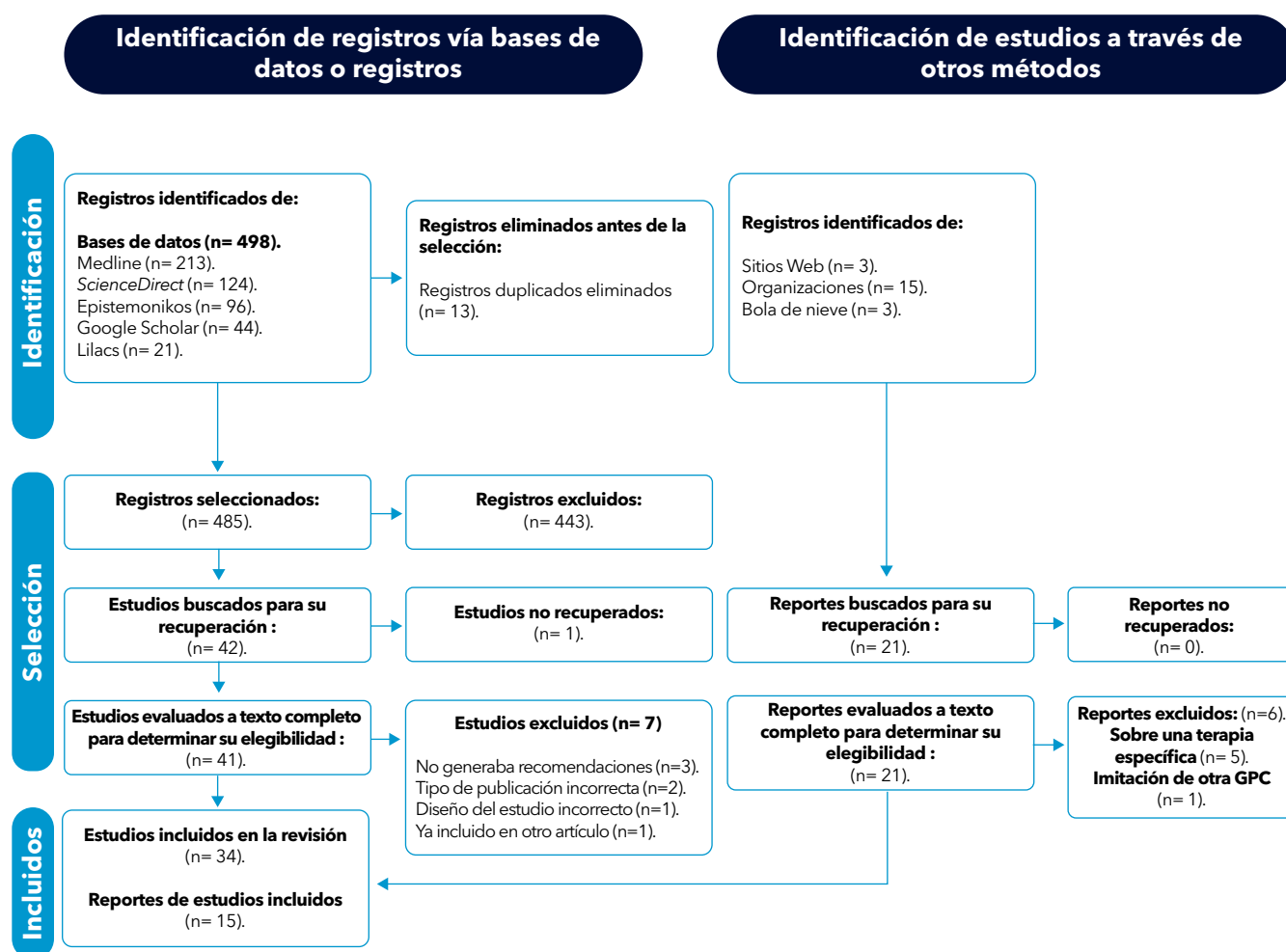
5.8. Reunión de cierre

Con el objetivo de socializar los resultados del consenso, se realizó una reunión presencial con los miembros del PE el 17 de junio de 2026 en Bogotá, D. C. Durante el encuentro, se presentaron a los panelistas los resultados de las tres rondas de votación, así como los ajustes realizados a partir de los comentarios recibidos. Una vez concluida la reunión de cierre, se preparó el presente informe técnico y se consolidaron los ajustes finales en las fichas técnicas de los IGR, las cuales se detallan en la siguiente sección.

6. Resultados

Se encontraron 21 estudios en sitios web, organizaciones o a partir de la estrategia bola de nieve, de los cuales se incluyeron 15 en el análisis final. Por su parte, en las bases de datos se identificaron 498 registros; tras eliminar los que estaban duplicados, se revisó el título y el resumen de 485, se leyeron 41 en texto completo y 34 superaron los criterios de elegibilidad. Lo anterior implica que finalmente se incluyeron 49 textos en la revisión (el detalle puede consultarse en el diagrama PRISMA de la **figura 1**, mientras que el listado de artículos incluidos se encuentra en el **anexo 2** y de los revisados en texto completo y posteriormente excluidos en el **anexo 6**).

Figura 1. Diagrama PRISMA de la RSL



Fuente: elaboración CAC.

[Descargar figura](#)

Entre los artículos incluidos, el 79,6 % incluían temáticas de seguimiento, 51,0 % de oportunidad, 42,9 % de tratamiento, 26,5 % de diagnóstico y 20,4 % de prevención. Varios de ellos fueron categorizados en múltiples temáticas, lo que se puede consultar en detalle en el **anexo 7**.



Esta revisión resultó en la estructuración de 36 IGR de AR; la literatura reforzó la continuidad de los 14 definidos en el consenso de 2018 y los otros fueron nuevos. De los IGR antiguos uno no pasó la evaluación CREMAA debido a la baja aportación marginal que generaba, por lo que se llevó a votación su eliminación, mientras que de los 22 nuevos, 14 no pasaron dicha evaluación (**anexo 5**). Así las cosas, dadas las modificaciones o ajustes propuestos por la evidencia o el GD en los antiguos indicadores y la necesidad de consensuar la inclusión de los nuevos que cumplieran los criterios CREMAA, 16 fueron a votación de primera ronda: 1 antiguo para eliminación, 8 para modificación y 7 nuevos (**tabla 6**).

Tabla 6. Resultado de la primera ronda de votación por sectores, preguntas tipo Likert

No	Indicador	Modificación	Mediana						Decisión del consenso
			Aseguramiento	Prestación	Sociedades científicas	Gobierno	Pacientes	Mediana global	
5	PCR o VSG al momento del diagnóstico.	Permitir la realización de una u otra prueba, no ambas obligatoriamente.	9	9	9	8,5	9	9	Modificar
7	Tamizaje para tuberculosis previo al inicio del uso de FAME biológicos o sintéticos dirigidos.	- Se considerará prueba válida si se realizó al menos en los 12 meses previos al inicio del uso de FAME, no solo 3. - Se incluyen las pruebas de tuberculina o interferón. - Se excluyen los casos con reporte de TB activa o latente conocida en los últimos 12 meses.	9	9	9	9	9	9	Modificar
8	Cobertura de FAME como tratamiento para la AR.	El cálculo se realizará con el FAME actual reportado en el periodo, no con el inicial.	9	9	9	8	9	9	Modificar
9	Proporción de los pacientes que reciben simultáneamente metotrexate y ácido fólico.	Eliminación del indicador.	0,86	0,54	0	1	0	0,54*	A favor de eliminar
10	Acceso a los servicios de rehabilitación (fisiatría, deportología, fisioterapia o TO).	Se tendrá en consideración la asistencia a una consulta de cualquiera de las especialidades mencionadas: fisiatría, deportología, fisioterapia o terapia ocupacional (TO).	8	7	9	8	9	8	Modificar
11	Clinimetría al menos una vez en los últimos 6 meses.	Se incluye en el numerador, personas con reporte de alguna de estas clinimetrías: DAS28, SDAI, CDAI, RAPID3 o PAS-II, no solo DAS28.	9	9	9	9	5	9	Modificar
12	HAQ, mHAQ o HAQ-DI al menos una vez en los últimos 6 meses.	Se incluyen en el numerador las personas con reporte de alguna de estas escalas de funcionalidad: HAQ, mHAQ o HAQ-DI.	9	9	9	8,5	5	9	Modificar
13	Remisión de la enfermedad.	Se incluyen los casos reportados que alcanzan la remisión con: DAS28 (< 2,6), SDAI ($\leq 3,3$), CDAI ($\leq 2,8$), RAPID3 (≤ 3) o PAS-II ($\leq 0,25$) (ACR); no solo con DAS28. Además, entran todos los casos al denominador, no solo los que tuvieran medición en los últimos seis meses.	9	8	1	8	5	8	Modificar

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 6. Resultado de la primera ronda de votación por sectores, preguntas tipo Likert (continuación)

No	Indicador	Modificación	Mediana						Decisión del consenso
			Aseguramiento	Prestación	Sociedades científicas	Gobierno	Pacientes	Mediana global	
14	Baja actividad de la enfermedad.	Del denominador solo se excluye a quienes ya alcanzaron la remisión, además se aceptan clinimetrías adicionales al DAS28, así: DAS28: $\geq 2,6 - < 3,2$; SDAI: $> 3,3 - \leq 11$; CDAI: $> 2,8 - \leq 10$; RAPID3: $> 3 - \leq 6,0$; PAS-II: $> 0,25 - \leq 3,7$.	9	9	7	8	9	9	Modificar
15	Valoración por reumatología en el periodo.	Nuevo indicador.	9	9	9	8,5	5	9	Incluir
16	Tamizaje para VHB previo al inicio del uso de FAME biológicos o sintéticos con objetivo terapéutico.	Nuevo indicador.	9	9	9	9	9	9	Incluir
17	Tamizaje para VHC previo al inicio del uso de FAME biológicos o sintéticos con objetivo terapéutico.	Nuevo indicador.	9	9	9	7,5	9	9	Incluir
18	Acompañamiento psicosocial.	Nuevo indicador.	9	9	9	8,5	9	9	Incluir
19	Valoración del riesgo cardiovascular en el periodo.	Nuevo indicador.	8	9	9	9	9	9	Incluir
20	Personas diagnosticadas con AR evaluadas con una escala de calidad de vida.	Nuevo indicador.	8	8	9	8,5	9	8,5	Incluir
21	Suministro de FAME en el periodo.	Nuevo indicador.	5	5	1	8	9	5	Sin consenso

* Para este indicador, los valores corresponden a proporción de respuestas afirmativas, no a mediana de escala Likert

Fuente: elaboración CAC.

Entre los indicadores votados en la primera ronda, se aceptó la eliminación, modificación e inclusión de todos los propuestos por la RSL y el GD, excepto de uno: el de "Suministro de FAME en el periodo". Por esta razón fue necesario llevar a cabo una segunda votación, sin embargo, en esta tampoco se alcanzó el consenso (resultado global de 4). Ante este escenario, se hizo una tercera y última ronda de votación, en la que además se deliberó la inclusión del único indicador propuesto por el PE que superó la evaluación CREMAA (las evaluaciones CREMAA se presentan en el **anexo 5** y los indicadores propuestos por el PE en el **anexo 8**).

De esta manera, el indicador de "Uso de biosimilares sobre FAME biológicos" tuvo consenso a favor de su inclusión, mientras que el de "Suministro de FAME en el periodo" no alcanzó consenso por tercera vez consecutiva, razón por la cual no se incluyó. La frecuencia y porcentaje de participación en las distintas rondas de votación según el sector se detallan en el **anexo 9**, mientras que los resultados de las rondas 2 y 3 se presentan en la **tabla 7**.



Tabla 7. Resultados de la segunda y la tercera ronda de votación

No	Indicador	Ronda 2							Ronda 3						
		Aseguramiento	Prestación	Sociedades científicas	Gobierno	Pacientes	Mediana global	Decisión del consenso	Aseguramiento	Prestación	Sociedades científicas	Gobierno	Pacientes	Mediana global	Decisión del consenso
21	Suministro de FAME en el periodo.	5	3	NV	9	1	4	Sin consenso	5,5	1	1	9	5	5	Sin consenso
22	Uso de biosimilares sobre FAME biológicos.	NV	NV	NV	NV	NV	NV	NV	7	7	9	9	6	7	Consenso a favor

NV: no votado.

Fuente: elaboración CAC.

El indicador “Uso de biosimilares sobre FAME biológicos” no se votó en la segunda ronda porque, en ese momento, aún no se había definido como candidato a votación. Fue durante la discusión del GD, posterior a la revisión de los resultados de la primera ronda, cuando se acordó que esta propuesta debía llevarse a votación en una tercera ronda.

6.1. Ficha técnica de los indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

Efectuada la RSL y el proceso participativo que involucró a los sectores convocados, se consolidaron 19 indicadores consensuados, basados en la evidencia y técnicamente sólidos y pertinentes para el contexto nacional, para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las personas con AR en Colombia.

Es de destacar que los umbrales para la semaforización de los indicadores de línea de base serán establecidos dentro de los tres años posteriores a la publicación de este documento técnico. Este periodo permitirá contar con información suficiente y consistente para definir puntos de referencia realistas, comparables y alineados con la práctica clínica y los resultados observados en el país. A continuación, se presenta cada uno de los indicadores, clasificados según su dominio y nivel de operatividad, junto con las consideraciones técnicas relevantes para su cálculo e interpretación.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

1. Oportunidad de la atención por especialista (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la primera atención por especialista)

Justificación: La valoración tardía por reumatología se asocia con una mayor actividad de la enfermedad, una peor función física a largo plazo y una menor probabilidad de alcanzar la remisión/baja actividad (42). Además, el correcto diagnóstico es más probable cuando las personas consultan con el médico especialista que con el médico general por las limitaciones de estos últimos en reconocer la AR de manera temprana (43).

Código	AR_1
Nombre	Oportunidad de la atención por especialista (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la primera atención por especialista).
Dominio	Oportunidad
Unidad	Promedio
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes
Numerador	Sumatoria del número de semanas transcurridas entre la fecha de inicio de los síntomas hasta la fecha de la primera visita con el especialista (reumatólogo, médico internista y médico familiar).
Denominador	Total de casos incidentes de AR.
Puntos de corte	< 12 semanas
	≥ 12 - < 16 semanas
	≥ 16 semanas
Observaciones	Se limita a máximo 1 año, dada la posible influencia del sesgo de recuerdo.
Modificaciones frente al consenso previo	Ninguna.

2. Oportunidad del diagnóstico (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la fecha del diagnóstico)

Justificación: en general, las guías de práctica clínica enfatizan en el diagnóstico temprano y oportuno de la enfermedad, pues el ideal es tratar a las personas en una etapa en la que aún se pueda prevenir la progresión de la destrucción articular y los efectos sistémicos (44). El diagnóstico oportuno facilita el inicio del tratamiento (42), ya que se han reportado experiencias exitosas de hasta cero días de tiempo mediano entre el diagnóstico y el inicio del uso de FAME (45).

Código	AR_2
Nombre	Oportunidad del diagnóstico (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la fecha del diagnóstico).
Dominio	Oportunidad
Unidad	Promedio
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes
Numerador	Sumatoria del número de semanas transcurridas entre la fecha de inicio de los síntomas hasta la fecha de diagnóstico de artritis reumatoide.
Denominador	Total de casos incidentes de AR.
Puntos de corte	< 12 semanas
	≥ 12 - < 16 semanas
	≥ 16 semanas
Observaciones	Se excluyen los casos cuya diferencia entre la fecha de diagnóstico y la fecha de inicio de los síntomas sea menor o igual a 6 semanas (clínicamente la patología se sospecha desde la semana 6 desde el inicio de los síntomas). Además, se limita a máximo 1 año, dada la posible influencia del sesgo de recuerdo.
Modificaciones frente al consenso previo	Metas de cumplimiento: la alta pasa de < 16 a < 12 semanas.



3. Oportunidad del tratamiento (tiempo entre el inicio de los síntomas y el primer tratamiento con FAME)

Justificación: la intervención terapéutica temprana mejora los resultados clínicos, retrasa la progresión radiológica, mejora el pronóstico y reduce la acumulación de daño articular y discapacidad (46-48). Tanto así que la recomendación generalizada en guías locales e internacionales es que el tratamiento con FAME debe iniciarse tan pronto como se realice el diagnóstico de AR (49).

Código	AR_3
Nombre	Oportunidad del tratamiento (tiempo entre el inicio de los síntomas y el primer tratamiento con FAME).
Dominio	Oportunidad
Unidad	Promedio
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes
Numerador	Sumatoria del número de semanas transcurridas entre la fecha de inicio de los síntomas hasta la fecha de inicio de tratamiento con FAME.
Denominador	Total de casos incidentes de AR.
Puntos de corte	< 12 semanas
	≥ 12 - < 16 semanas
	≥ 16 semanas
Observaciones	Se limita a máximo 1 año, dada la posible influencia del sesgo de recuerdo.
Modificaciones frente al consenso previo	Metas de cumplimiento: la alta pasa de < 20 a < 12 semanas.

4. Anticuerpos anti-citrulina y el factor reumatoide IgM dentro del proceso diagnóstico

Justificación: la medición de los anticuerpos anti-citrulina (anti-CCP) y del factor reumatoide IgM hace parte del proceso diagnóstico integral, en concordancia con los criterios de clasificación EULAR/ACR 2010 (44), en los cuales la serología constituye uno de los dominios centrales para clasificar la enfermedad y aporta puntaje según la positividad y el título de estos autoanticuerpos. Además de su utilidad clasificatoria, especialmente en fases tempranas, estos marcadores tienen valor pronóstico, dado que su presencia se ha asociado con un mayor riesgo de enfermedad persistente, progresión estructural, daño articular y formas más agresivas de AR (49,50).

No obstante, la ausencia de estos autoanticuerpos no excluye el diagnóstico, ya que existe AR seronegativa; por ello, el indicador no busca condicionar la confirmación diagnóstica a la positividad de las pruebas, sino promover que su medición se realice oportunamente como parte de una evaluación diagnóstica completa.

Código	AR_4
Nombre	Anticuerpos anti-citrulina y el factor reumatoide IgM dentro del proceso diagnóstico.
Dominio	Diagnóstico
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes
Numerador	Casos incidentes de AR a quienes se realizó la prueba de anti-CCP y la de factor reumatoide en el proceso diagnóstico.
Denominador	Total de casos incidentes con AR.
Puntos de corte	> 90 %
	> 80 - ≤ 90 %
	≤ 80 %
Observaciones	Ninguna
Modificaciones frente al consenso previo	El alto cumplimiento pasó de > 80 % a > 90 %.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

5. PCR o VSG al momento del diagnóstico

Justificación: aunque el diagnóstico de la AR es eminentemente clínico, la medición de reactantes de fase aguda hace parte de la evaluación diagnóstica inicial por su aporte como prueba complementaria y su utilidad para estimar la actividad inflamatoria basal (51). En los criterios de clasificación ACR/EULAR 2010, la elevación de la PCR o de la VSG constituye uno de los dominios evaluados y, para efectos clasificatorios, se requiere contar con al menos una medida de respuesta de fase aguda (44). Además, considerando las diferencias de disponibilidad, oportunidad y capacidad operativa entre territorios en el contexto colombiano, el panel consideró clínicamente razonable y operativamente proporcional aceptar como cumplimiento la realización de cualquiera de las dos pruebas al momento del diagnóstico, sin imponer la exigencia simultánea de ambas.

Código	AR_15
Nombre	PCR o VSG al momento del diagnóstico.
Dominio	Diagnóstico
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes
Numerador	Casos incidentes de AR a quienes se realizó la prueba de PCR o de VSG al diagnóstico.
Denominador	Total de casos incidentes de AR.
Puntos de corte	> 90 %
	> 80 % - ≤ 90 %
	≤ 80 %
Observaciones	Se considera válida la realización de una o la otra.
Modificaciones frente al consenso previo	Anteriormente se exigía la realización de ambas pruebas para considerar cumplimiento.

6. Evaluación de erosiones al diagnóstico con radiografía simple de manos y pies

Justificación: la evaluación de erosiones óseas al diagnóstico permite identificar el daño estructural temprano, un hallazgo asociado con un peor pronóstico, un mayor riesgo de progresión radiográfica y la necesidad de una estrategia terapéutica más intensiva (52). Las radiografías simples de manos y pies son el estudio convencional recomendado para esta valoración inicial, por su utilidad clínica, disponibilidad y suficiencia para documentar erosiones características de la AR. El cambio de nombre del indicador, frente a su versión del consenso anterior, busca precisar que para la evaluación diagnóstica mínima las imágenes requeridas corresponden a radiografías de manos y pies, sin exigir estudios adicionales de forma rutinaria.

Código	AR_6
Nombre	Evaluación de erosiones al diagnóstico con radiografía simple de manos y pies.
Dominio	Diagnóstico
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes
Numerador	Casos incidentes de AR a quienes se realizó la toma de radiografías de manos y pies en el proceso diagnóstico.
Denominador	Total de casos incidentes con AR.
Puntos de corte	> 90 %
	> 80 % - ≤ 90 %
	≤ 80 %
Observaciones	- Se considera válida si se realizó hasta 12 meses antes del diagnóstico. - El uso de otras imágenes diagnósticas como la ecografía articular o la resonancia magnética no se recomienda de manera rutinaria para el diagnóstico.
Modificaciones frente al consenso previo	- Cambio de nombre: se llamaba "Proporción de los pacientes en quienes se evaluó el daño estructural por artritis reumatoide al diagnóstico". - La meta de alto cumplimiento pasó de > 80 % a > 90 %.



7. Tamizaje para tuberculosis previo al inicio del tratamiento con FAME biológicos o sintéticos dirigidos

Justificación: el inicio de terapias avanzadas, como los bFAME (biológicos) o los tsFAME (sintéticos dirigidos), requiere de una evaluación clínica rigurosa que incluya el tamizaje para la tuberculosis (TB), con independencia de la presencia de factores de riesgo para TB debido al mayor riesgo de reactivación asociado con el efecto inmunosupresor de los fármacos (53). Este indicador constituye uno de los controles incluidos dentro del proceso de pretratamiento y refleja la seguridad con la que se implementan las terapias avanzadas para el manejo de la AR.

Código	Incidentes: AR_16_1 Prevalentes: AR_16_2
Nombre	Tamizaje para tuberculosis previo al inicio del tratamiento con FAME biológicos o sintéticos dirigidos.
Dominio	Evaluación pretratamiento.
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes y prevalentes
Numerador	Casos con diagnóstico de AR a quienes se realizó el tamizaje para TB previo al inicio o modificación del uso de FAME biológicos o sintéticos dirigidos.
Denominador	Total de casos con diagnóstico de AR que inician o modifican tratamiento con FAME biológicos o sintéticos dirigidos.
Puntos de corte	100 %
	> 80 - < 100 %
	≤ 80 %
Observaciones	- Se debe hacer el tamizaje a todos los casos que vayan a iniciar o modificar el tratamiento con bFAME o tsFAME en el periodo. - Se considera válida la prueba si se realiza hasta 12 meses antes del inicio del uso de bFAME o tsFAME. - Se incluyen las pruebas de tuberculina o interferón. - Se excluyen los casos con reporte de TB activa o latente conocida en los últimos 12 meses.
Modificaciones frente al consenso previo	- Alto cumplimiento pasa de > 90 % a 100 %. - Se incluyen pruebas de tuberculina o interferón. - Se excluyen casos con reporte de TB activa o latente conocida.

8. Tamizaje para VHB previo al inicio del tratamiento con FAME biológicos o sintéticos dirigidos

Justificación: previo al inicio o modificación de los bFAME y tsFAME es determinante la realización del tamizaje para virus de la hepatitis B (VHB), dado que estas terapias se asocian con un riesgo significativo de reactivación del virus y, en consecuencia, con la posibilidad de padecer hepatitis grave e insuficiencia hepática (54). Esta recomendación también quedó explícita en el consenso para la gestión de riesgo en la prescripción de terapias biológicas o de antirreumáticos sintéticos con blanco dirigido de ASOREUMA en 2023, con un acuerdo del 100 % (55). Además, las guías internacionales recomiendan de forma explícita el cribado sistemático y la instauración de profilaxis antiviral en los pacientes con infección activa o resuelta (56).

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo
de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

Código	Incidentes: AR_17_1 Prevalentes: AR_17_2
Nombre	Tamizaje para VHB previo al inicio del tratamiento con FAME biológicos o sintéticos dirigidos.
Dominio	Evaluación pretratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes y prevalentes
Numerador	Casos con diagnóstico de AR a quienes se realizó el tamizaje para VHB previo al inicio o modificación del uso de FAME biológicos o sintéticos dirigidos.
Denominador	Total de casos con diagnóstico de AR que inician o modifican tratamiento con FAME biológicos o sintéticos dirigidos.
Puntos de corte	> 90 %
	> 80 - ≤ 90 %
	≤ 80 %
Observaciones	- Se debe hacer el tamizaje a todos los casos que vayan a iniciar o modificar el tratamiento con bFAME o tsFAME. - Se considera válida la prueba si se realiza hasta 12 meses antes del inicio del uso de bFAME o tsFAME. - El tamizaje se debe realizar mediante las pruebas HBsAg (Antígeno de superficie) y anticore total. Aunque el anti-HBs puede hacer parte de la valoración clínica de inmunidad frente al VHB, no será exigido como criterio de cumplimiento del indicador, de acuerdo con la definición operativa adoptada por el panel de expertos. - Se excluyen los casos con antecedentes de hepatitis B resuelta, con pruebas anteriores positivas o con vacunación documentada contra la hepatitis B.
Modificaciones frente al consenso previo	Indicador nuevo.

9. Tamizaje para VHC previo al inicio del tratamiento con FAME biológicos o sintéticos dirigidos

Justificación: es indispensable realizar el tamizaje para el virus de la hepatitis C (VHC) previo al inicio del uso de bFAME o tsFAME, considerando que la infección crónica por el VHC puede progresar a cirrosis y carcinoma hepatocelular, y que la exposición a fármacos potencialmente hepatotóxicos o la inmunosupresión intensa pueden agravar el daño hepático (57). En este orden de ideas, identificar de manera temprana a los pacientes con VHC permite ajustar el esquema de tratamiento, coordinar el manejo con hepatología e iniciar la terapia antiviral específica, lo cual reduce complicaciones y mejora la seguridad global del tratamiento. Así mismo, el consenso mencionado en el indicador previo tuvo un acuerdo del 100 % en esta recomendación (55).

Código	Incidentes: AR_18_1 Prevalentes: AR_18_2
Nombre	Tamizaje para VHC previo al inicio del tratamiento con FAME biológicos o sintéticos dirigidos.
Dominio	Evaluación pretratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes y prevalentes
Numerador	Casos con diagnóstico de AR a quienes se realizó el tamizaje para VHC previo al inicio o modificación del uso de FAME biológicos o sintéticos dirigidos.
Denominador	Total de casos con diagnóstico de AR que inician o modifican tratamiento con FAME biológicos o sintéticos dirigidos.
Puntos de corte	> 90 %
	> 80 - ≤ 90 %
	≤ 80 %
Observaciones	- Se debe hacer el tamizaje a todos los casos que vayan a iniciar o modificar el tratamiento con bFAME o tsFAME. - Se considera válida la prueba si se realiza hasta 12 meses antes del inicio del bFAME o tsFAME. - El tamizaje debe realizarse mediante anticuerpos contra VHC –anti-VHC–, como prueba estándar de primera línea. - De manera excepcional y justificada, se aceptará como válida la carga viral ARN-VHC. - El antígeno core del VHC –VHC cAg– no se considerará válido como prueba estándar de tamizaje. - Se excluyen los casos con antecedentes de Hepatitis C resuelta o con pruebas anteriores positivas.
Modificaciones frente al consenso previo	Indicador nuevo.



10. Cobertura de FAME como tratamiento para la AR

Justificación: la implementación de los FAME representa el eje del tratamiento en las personas con AR; solo un reducido número de personas logra la remisión de la enfermedad libre de FAME (58,59). Por esta razón su uso constante y sostenido, tanto en las personas prevalentes, como en las incidentes, es indispensable para mitigar la evolución de la enfermedad, el daño articular y la discapacidad física y, de esta manera, mejorar los resultados en salud a largo plazo.

10.1. Cobertura de FAME como tratamiento para la AR en los casos incidentes

Código	AR_19_1
Nombre	Cobertura de FAME como tratamiento para la AR en los casos incidentes.
Dominio	Tratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes
Numerador	Casos incidentes a quienes se prescribió el uso de FAME como tratamiento a la fecha de corte.
Denominador	Total de casos incidentes con diagnóstico de AR.
Puntos de corte	> 90 %
	> 70 - ≤ 90 %
	≤ 70 %
Observaciones	El cálculo se realiza con el FAME actual reportado en el periodo.
Modificaciones frente al consenso previo	Anteriormente se utilizaba el FAME inicial, no el de la fecha de corte.

10.2. Cobertura de FAME como tratamiento para la AR en los casos prevalentes

Código	AR_19_2
Nombre	Cobertura de FAME como tratamiento para la AR en los casos prevalentes.
Dominio	Tratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Prevalentes
Numerador	Casos con diagnóstico de AR a quienes se prescribió el uso de FAME como tratamiento a la fecha de corte.
Denominador	Total de casos con diagnóstico de AR.
Puntos de corte	> 80 %
	> 60 - ≤ 80 %
	≤ 60 %
Observaciones	El cálculo se realiza con el FAME actual reportado en el periodo.
Modificaciones frente al consenso previo	Anteriormente se utilizaba el FAME inicial, no el de la fecha de corte.

11. Uso de biosimilares sobre FAME biológicos

Justificación: múltiples ensayos controlados aleatorizados (ECA) han encontrado equivalencia entre el uso de FAME biológicos y biosimilares en AR. Ascef et al. en una revisión sistemática de la literatura sintetizan los hallazgos de los ECA que evalúan el adalimumab, el etanercept y el infliximab, y confirman la equivalencia (60). El uso de tratamientos biosimilares es una alternativa que aporta a la sostenibilidad del sistema, dado que su menor costo no socava la efectividad ni la seguridad en el tratamiento, lo que podría redundar en un mayor acceso a la terapia farmacológica.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Código	Incidentes: AR_20_1 Prevalentes: AR_20_2
Nombre	Uso de biosimilares sobre FAME biológicos.
Dominio	Tratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes y prevalentes
Numerador	Total de personas con uso de medicamentos biosimilares a la fecha de corte.
Denominador	Total de personas en terapia biológica que cuentan con equivalente biosimilar a la fecha de corte.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	- Los principios activos biológicos con biosimilar autorizado en Colombia y la clasificación de cada producto como biosimilar o no biosimilar se definirán y actualizarán mediante los registros sanitarios vigentes del INVIMA y en los listados oficiales de medicamentos biológicos autorizados por rutas de comparabilidad. - Si una persona tiene más de un FAME biológico activo a la fecha de corte, ingresará al denominador cuando al menos uno de los principios activos utilizados cuente con biosimilar autorizado en Colombia. Se contará en el numerador únicamente cuando el medicamento evaluable esté clasificado como biosimilar. En caso de uso simultáneo de un biosimilar y un no biosimilar para principios activos con biosimilar autorizado, el caso no se contará en el numerador.
Modificaciones frente al consenso previo	Indicador nuevo.

12. Acceso a servicios de rehabilitación (fisiatría, deportología, fisioterapia o terapia ocupacional)

Justificación: la implementación de terapia física, terapia ocupacional (TO) o programas de ejercicio supervisado mediante fisiatría o deportología en las personas con AR favorece el mantenimiento de la movilidad articular, la fuerza muscular y la resistencia cardiovascular y pulmonar. Esto se traduce en un mejor desempeño en las actividades de la vida diaria, el mantenimiento de la autonomía, la independencia funcional y la participación social (61–63).

Código	Incidentes: AR_21_1 Prevalentes: AR_21_2
Nombre	Acceso a servicios de rehabilitación (fisiatría, deportología, fisioterapia o terapia ocupacional).
Dominio	Tratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes y prevalentes
Numerador	Casos con diagnóstico de AR que tuvieron al menos una consulta con fisiatría, deportología, fisioterapia o terapia ocupacional en el periodo.
Denominador	Total de casos con diagnóstico de AR.
Puntos de corte	> 70 % > 60 - ≤ 70 % ≤ 60 %
Observaciones	- Se considera válida la consulta por alguna de las disciplinas en el periodo. - La consulta debe ser ambulatoria, no se considera como válida la consulta hospitalaria.
Modificaciones frente al consenso previo	Anteriormente solo se evaluaba el acceso a terapia ocupacional o fisioterapia.

13. Clinimetría al menos una vez en los últimos 6 meses

Justificación: la evaluación periódica de la actividad de la enfermedad permite la toma de decisiones oportunas sobre el mantenimiento o cambio del tratamiento utilizado, así como el uso de terapias no farmacológicas. Además, la evidencia sugiere que la evaluación periódica conduce a mayores tasas de remisión (48).



Código	Incidentes: AR_22_1 Prevalentes: AR_22_2
Nombre	Clinimetría al menos una vez en los últimos 6 meses.
Dominio	Seguimiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes y prevalentes
Numerador	Casos con diagnóstico de AR con al menos una clinimetría en los últimos 6 meses.
Denominador	Total de casos con diagnóstico de AR.
Puntos de corte	> 90 %
	> 80 - ≤ 90 %
	≤ 80 %
Observaciones	Se incluyen en el numerador las personas con reporte de alguna de estas clinimetrías: DAS28, SDAI, CDAI, RAPID3 o PAS-II.
Modificaciones frente al consenso previo	Anteriormente solo se consideraba válida la realización de DAS28, en esta ocasión se adicionan SDAI, CDAI, RAPID3 o PAS-II como clinimetrías válidas.

14. HAQ, mHAQ o HAQ-DI al menos una vez en el periodo

Justificación: la evaluación periódica de la funcionalidad permite monitorear la progresión de la discapacidad en las personas con AR. Tratándose de una enfermedad degenerativa, llevar un control de su avance facilita la toma de decisiones oportunas sobre el mantenimiento o cambio del tratamiento farmacológico y no farmacológico utilizado. Además, como se mencionó en el indicador anterior, la evaluación periódica conduce a mayores tasas de remisión (48).

Código	Incidentes: AR_23_1 Prevalentes: AR_23_2
Nombre	HAQ, mHAQ o HAQ-DI al menos una vez en el periodo.
Dominio	Seguimiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes y prevalentes
Numerador	Casos con diagnóstico de AR con HAQ, mHAQ o HAQ-DI en el periodo.
Denominador	Total de casos con diagnóstico de AR.
Puntos de corte	> 80 %
	> 70 - ≤ 80 %
	≤ 70 %
Observaciones	Se incluyen en el numerador las personas con reporte de alguna de estas escalas de funcionalidad: HAQ, mHAQ o HAQ-DI.
Modificaciones frente al consenso previo	- Anteriormente solo se consideraba válida la realización de HAQ, en esta ocasión se adicionan mHAQ o HAQ-DI como escalas válidas. - Ya no es en los últimos seis meses, sino en el periodo.

15. Valoración por reumatología en el periodo

Justificación: la AR es una enfermedad crónica y progresiva que requiere seguimiento especializado para ajustar el tratamiento según la actividad de la enfermedad, monitorizar eventos adversos de los FAME y abordar comorbilidades. El profesional idóneo para manejar la enfermedad es el médico reumatólogo y la regularidad de las consultas debería ser al menos de una por año, según estándares internacionales (63-65).

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Código	Incidentes: AR_24_1 Prevalentes: AR_24_2
Nombre	Valoración por reumatología en el periodo.
Dominio	Seguimiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes y prevalentes
Numerador	Casos con diagnóstico de AR que tuvieron al menos una consulta por reumatología durante el periodo.
Denominador	Total de casos con diagnóstico de AR.
Puntos de corte	> 80 %
	> 70 - ≤ 80 %
	≤ 70 %
Observaciones	- Se incluyen como válidas las consultas por reumatología mediante la opción de telemedicina. - La consulta debe ser ambulatoria, no se considera como válida la consulta hospitalaria.
Modificaciones frente al consenso previo	Indicador nuevo.

16. Acompañamiento psicosocial

Justificación: la AR suele asociarse con un impacto adverso en la calidad de vida de las personas y sus familias, lo que puede provocar problemas de salud mental, como depresión, que a su vez puede afectar negativamente la adherencia del paciente al tratamiento farmacológico y retrasar el control de la enfermedad (66). Las intervenciones psicosociales ayudan al control y manejo de aspectos psicológicos fundamentales en la población, mediante la implementación de terapias cognitivo-conductuales, *mindfulness* y la gestión del autocuidado como estrategias principales (61).

Código	Incidentes: AR_25_1 Prevalentes: AR_25_2
Nombre	Acompañamiento psicosocial.
Dominio	Seguimiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes y prevalentes
Numerador	Casos con diagnóstico de AR que recibieron valoración o seguimiento por psicología, psiquiatría o trabajo social al menos una vez al año.
Denominador	Total de casos con diagnóstico de AR.
Puntos de corte	> 80 %
	> 60 - ≤ 80 %
	≤ 60 %
Observaciones	- Se considera válida una consulta en el periodo de cualquiera de las siguientes especialidades: psicología, psiquiatría o trabajo social. - Se considera válida la teleconsulta. - La consulta debe ser ambulatoria, no se considera como válida la consulta hospitalaria.
Modificaciones frente al consenso previo	Indicador nuevo.

17. Valoración del riesgo cardiovascular

Justificación: las personas con AR tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, dado que los procesos inflamatorios que acompañan la enfermedad aceleran el desarrollo y la progresión de la aterosclerosis (67). Tener AR se considera un factor de riesgo cardiovascular independiente, por lo que resulta imperativo hacer un análisis individual del riesgo. Así mismo, se recomienda el control anual de los factores de riesgo cardiovascular y la vinculación de las personas a programas de promoción y prevención de las enfermedades crónicas (56,68,69).



Código	Incidentes: AR_26_1 Prevalentes: AR_26_2
Nombre	Valoración del riesgo cardiovascular.
Dominio	Seguimiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes y prevalentes
Numerador	Casos con diagnóstico de AR que tuvieron una valoración del riesgo cardiovascular por un profesional en salud.
Denominador	Total de casos con diagnóstico de AR.
Puntos de corte	> 95 %
	> 85 - ≤ 95 %
	≤ 85 %
Observaciones	Se considera válida una valoración del riesgo cardiovascular en el periodo según lo dispuesto en la Resolución 3280 de 2018. El manejo en riesgo cardiovascular es brindado por los siguientes profesionales de la salud: enfermería, medicina general, medicina interna, medicina familiar o cardiología.
Modificaciones frente al consenso previo	Indicador nuevo.

18. Personas diagnosticadas con AR evaluadas con una escala de calidad de vida

Justificación: el objetivo del tratamiento no es solo controlar la actividad inflamatoria, sino mejorar los resultados centrados en las personas, incluyendo la calidad de vida, el nivel de dolor, la fatiga y la funcionalidad. Evaluar sistemáticamente la calidad de vida con escalas validadas permite detectar el impacto no capturado por índices clínicos, orientar intervenciones complementarias y monitorear la efectividad real del manejo.

Código	Incidentes: AR_27_1 Prevalentes: AR_27_2
Nombre	Personas diagnosticadas con AR evaluadas con una escala de calidad de vida.
Dominio	Seguimiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes y prevalentes
Numerador	Casos con diagnóstico de AR a los que se les realizó una evaluación de calidad de vida durante el periodo de reporte.
Denominador	Total de casos con diagnóstico de AR.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Puede ser aplicada por cualquier profesional de salud. Se considera el registro o diligenciamiento de cualquiera de las siguientes escalas: • EQ-5D • QOL-RA • SF-36 • F-12 Se considera válida además cualquier escala de calidad de vida que se valide en Colombia posterior a la publicación de este consenso.
Modificaciones frente al consenso previo	Indicador nuevo.

19. Control de la enfermedad

Justificación: la evaluación de la actividad de la enfermedad permite identificar el grado de control clínico alcanzado en los casos de AR. La remisión constituye el principal objetivo terapéutico, dado que se asocia con una menor progresión del daño articular, mejor funcionalidad y una mayor calidad de vida. Así mismo, en los pacientes que no han logrado la remisión, la baja actividad de la enfermedad representa un objetivo clínico

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo
de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

aceptable, ya que contribuye a disminuir la inflamación, limitar la progresión del daño articular y favorecer mejores desenlaces funcionales y una mejor calidad de vida.

En la versión anterior del consenso de indicadores de gestión del riesgo en AR, la remisión y la baja actividad se consideraban indicadores independientes. Sin embargo, el cumplimiento del indicador de remisión afectaba el desempeño del indicador de baja actividad. Por consiguiente, con el fin de facilitar el cálculo y la interpretación de los resultados, el panel acordó unificar ambos indicadores en una sola medida. No obstante, se estableció el compromiso de que la CAC analizara y reportara los resultados de forma discriminada para la remisión y la baja actividad, reconociendo que la remisión constituye el objetivo terapéutico principal, mientras que la baja actividad representa un logro clínico aceptable.

Código	Incidentes: AR_28_1 Prevalentes: AR_28_2
Nombre	Control de la enfermedad.
Dominio	Resultado
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes y prevalentes
Numerador	Casos con diagnóstico de AR que alcanzaron la remisión o la baja actividad de la enfermedad medida en los últimos 6 meses.
Denominador	Total de casos con diagnóstico de AR con al menos seis meses desde el diagnóstico.
Puntos de corte	> 80 %
	> 60 - ≤ 80 %
	≤ 60 %
Observaciones	Se incluyen los casos reportados que alcanzan la remisión con: • DAS28 (< 2,6). • SDAI (≤ 3,3). • CDAI (≤ 2,8). • RAPID3 (≤ 3). • PAS-II: ≤ 0,25. O baja actividad medida con: • DAS28: ≥ 2,6 - < 3,2. • SDAI: > 3,3 - ≤ 11. • CDAI: > 2,8 - ≤ 10. • RAPID3: > 3 - ≤ 6,0. • PAS II (PAS-II: > 0,25 - ≤ 3,7).
Modificaciones frente al consenso previo	- Se unifican dos indicadores (remisión y baja actividad) en este, con una meta de > 80 % en alto cumplimiento. - Se amplían las clinimetrías válidas, no solo DAS28.

6.2. Revisión de indicadores

La actualización de los indicadores definidos en este consenso deberá realizarse cada cinco (5) años, o antes si surge nueva evidencia científica que justifique su modificación, o si así lo requieren las necesidades del SGSSS. Como resultado de estas revisiones, podrá ser necesario adicionar, ajustar o suprimir indicadores, así como modificar los mecanismos de generación de información y la periodicidad de reporte, en coherencia con los avances técnicos, regulatorios y operativos del sistema de salud.



7. Bibliografía

1. Radu AF, Bungau SG. Management of Rheumatoid Arthritis: An Overview. *Cells*. Octubre de 2021;10(11):2857. doi:10.3390/cells10112857.
2. Alfatlawi RB, Al-Mashhadi HG, Hameed WS, Aljazeerai TD. Comparative study between anti-ccp and rheumatoid factor as diagnostic value of rheumatoid arthritis patients. *Ann Trop Med Public Health*. 2020;23(06):38-42. doi:10.36295/ASRO.2020.2366.
3. Aletaha D, Smolen J. The Simplified Disease Activity Index (SDAI) and the Clinical Disease Activity Index (CDAI): a review of their usefulness and validity in rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2005;23(5 Suppl 39):S100-108. PubMed PMID: 16273793.
4. Anderson JK, Zimmerman L, Caplan L, Michaud K. Measures of rheumatoid arthritis disease activity: Patient (PtGA) and Provider (PrGA) Global Assessment of Disease Activity, Disease Activity Score (DAS) and Disease Activity Score With 28-Joint Counts (DAS28), Simplified Disease Activity Index (SDAI), Clinical Disease Activity Index (CDAI), Patient Activity Score (PAS) and Patient Activity Score-II (PASII), Routine Assessment of Patient Index Data (RAPID), Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index (RADAI) and Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index-5 (RADAI-5), Chronic Arthritis Systemic Index (CASI), Patient-Based Disease Activity Score With ESR (PDAS1) and Patient-Based Disease Activity Score Without ESR (PDAS2), and Mean Overall Index for Rheumatoid Arthritis (MOI-RA). *Arthritis Care Res*. Noviembre de 2011;63(S11). doi:10.1002/acr.20621.
5. Maska L, Anderson J, Michaud K. Measures of functional status and quality of life in rheumatoid arthritis: Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ), Modified Health Assessment Questionnaire (MHAQ), Multidimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ), Health Assessment Questionnaire II (HAQ-II), Improved Health Assessment Questionnaire (Improved HAQ), and Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL). *Arthritis Care Res*. Noviembre de 2011;63(S11). doi:10.1002/acr.20620.
6. Rodríguez D, Plata C, Gutiérrez J. Validación de la versión colombiana del cuestionario de evaluación de salud de Stanford [en línea]. Vol. 23. 1998;23(2). Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiJse-7Fu5CUAxVjTDABHT64KP4QFnoECBoQAO&url=https%3A%2F%2Fwww.actamedicacolombiana.com%2Fojos%2Findex.php%2Facted%2Farticle%2Fdownload%2F4120%2F3199%2F&usg=AOvVaw2a8V6y_fjBHyk1XM2nRn-S&opi=89978449
7. Pincus T, Bergman MJ, Yazici Y. RAPID3-an index of physical function, pain, and global status as «vital signs» to improve care for people with chronic rheumatic diseases. *Bull NYU Hosp Jt Dis*. 2009;67(2):211-25. PubMed PMID: 19583557.
8. Brito-Zerón P, Baldini C, Bootsma H, Bowman SJ, Jonsson R, Mariette X, et al. Sjögren syndrome. *Nat Rev Dis Primer*. Julio de 2016;2(1):16047. doi:10.1038/nrdp.2016.47.
9. Asmussen K, Andersen V, Bendixen G, Schiødt M, Oxholm P. A new model for classification of disease manifestations in primary Sjögren's syndrome: evaluation in a retrospective long-term study. *J Intern Med*. Junio de 1996;239(6):475-82. doi:10.1046/j.1365-2796.1996.418817000.x.
10. Kollert F, Fisher BA. Equal rights in autoimmunity: is Sjögren's syndrome ever 'secondary'? *Rheumatology*. Junio de 2020;59(6):1218-25. doi:10.1093/rheumatology/keaa009.
11. Smolen JS, Breedveld FC, Schiff MH, Kalden JR, Emery P, Eberl G, et al. A simplified disease activity index for rheumatoid arthritis for use in clinical practice. *Rheumatology*. Febrero de 2003;42(2):244-57. doi:10.1093/rheumatology/keg072.
12. Amilachwari M, Barra V, Soriano G, Barra M, Regalado ME. Aspectos teórico-prácticos de la velocidad de sedimentación globular. *Bol Med Hosp Infant Mex*. Mayo de 1990;47(5):355-60. PubMed PMID: 2202328.
13. Hammad M, Eissa M, Dawa GA. Factors contributing to disability in rheumatoid arthritis patients: An Egyptian multicenter study. *Reumatol Clínica*. Marzo de 2020;16(2):103-9. doi:10.1016/j.reuma.2018.03.006.
14. Chaparro Del Moral R, Rillo OL, Casalla L, Morón CB, Citera G, Cocco JAM, et al. Work Productivity in Rheumatoid Arthritis: Relationship with Clinical and Radiological Features. *Arthritis*. 19 de diciembre de 2012;2012:1-7. doi:10.1155/2012/137635.
15. Park JK, Ghang B, Han SW, Ju JH. Current and future treatment of rheumatoid arthritis. *J Rheum Dis*. 1° de enero de 2026;33(1):7-18. doi:10.4078/jrd.2025.0034.
16. Saraiva L, Duarte C. Barriers to the Diagnosis of Early Inflammatory Arthritis: A Literature Review. *Open Access Rheumatol Res Rev*. Enero de 2023;Volume 15:11-22. doi:10.2147/OARRR.S282622.
17. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con artritis reumatoide en Colombia [en línea]. Bogotá, D. C.; 2018 [citado el 28 de enero de 2026]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/consenso-basado-en-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-pacientes-con-artritis-reumatoide-en-colombia/>

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo
de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

18. Hay SI, Ong KL, Santomauro DF, A B, Aalipour MA, Aalruz H, et al. Burden of 375 diseases and injuries, risk-attributable burden of 88 risk factors, and healthy life expectancy in 204 countries and territories, including 660 subnational locations, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet*. Octubre de 2025;406(10513):1873-922. doi:10.1016/S0140-6736(25)01637-X.
19. Källberg H, Vieira V, Holmqvist M, Hart J, Costenbader K, Bengtsson C, et al. Regional differences regarding risk of developing rheumatoid arthritis in Stockholm County, Sweden: results from the Swedish Epidemiological Investigation of Rheumatoid Arthritis (EIRA) study. *Scand J Rheumatol*. Octubre de 2013;42(5):337-43. doi:10.3109/03009742.2013.769062.
20. Cross M, Smith E, Hoy D, Carmona L, Wolfe F, Vos T, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. Julio de 2014;73(7):1316-22. doi:10.1136/annrheumdis-2013-204627.
21. Jin W, Wang Q, Jin C, Xue M, Pan L, Zeng Y, et al. Spatiotemporal distributions and regional disparities of rheumatoid arthritis in 953 global to local locations, 1980-2040, with deep learning-empowered forecasts and evaluation of interventional policies' benefits. *Ann Rheum Dis*. Julio de 2025;84(7):1104-16. doi:10.1016/j.ard.2025.04.009.
22. Black RJ, Cross M, Haile LM, Culbreth GT, Steinmetz JD, Hagins H, et al. Global, regional, and national burden of rheumatoid arthritis, 1990-2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol*. Octubre de 2023;5(10):e594-610. doi:10.1016/S2665-9913(23)00211-4.
23. Zhang Z, Gao X, Liu S, Wang Q, Wang Y, Hou S, et al. Global, regional, and national epidemiology of rheumatoid arthritis among people aged 20-54 years from 1990 to 2021. *Sci Rep*. Marzo de 2025;15(1):10736. doi:10.1038/s41598-025-92150-1.
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1393 de 2015 [en línea]. 1393. Abril de 2015. p. 14. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-%201393-del-2015.pdf>
25. Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación de la artritis reumatoide en Colombia 2025 [en línea]. Bogotá, D. C.; 2026. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/situacion-de-la-artritis-reumatoide-en-colombia-2025/>
26. Khodyakov D, Grant S, Kroger J, BaumanKhodyakov, Dmitry, Sean Grant, Jack Kroger, and Melissa Bauman M. RAND Methodological Guidance for Conducting and Critically Appraising Delphi Panels [en línea]. Santa Mónica, CA; 2023 [citado el 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.rand.org/pubs/tools/TLA3082-1.html>
27. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Consensus methods: Review of original methods and their main alternatives used in public health. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. Diciembre de 2008;56(6):e13-21. doi:10.1016/j.respe.2008.10.005.
28. Medina YF, Ruiz AJ, Rondon MA. A Standardized Physical Examination Method for Joints to Determine Rheumatoid Arthritis Activity Using the Modified RAND/UCLA Appropriateness Method. *J Multidiscip Healthc*. Mayo de 2023;Volume 16:1287-99. doi:10.2147/JMDH.S397038.
29. Correia RH, Dash D, Jones A, Vanstone M, Aryal K, Siu HYH, et al. Primary care quality for older adults: Practice-based quality measures derived from a RAND/UCLA appropriateness method study. Taghizadeh MS, editor. *PLOS ONE*. 19 de enero de 2024;19(1):e0297505. doi:10.1371/journal.pone.0297505.
30. Draelos ZD, Wei L, Sachdev M, Bravo BSF, Vachiramon V, Jourdan M, et al. International Consensus on Anti-Aging Dermocosmetics and Skin Care for Clinical Practice Using the RAND/UCLA Appropriateness Method. *J Drugs Dermatol*. 1 de enero de 2024;23(1):1337-43. doi:10.36849/JDD.7798
31. Kon E, De Girolamo L, Laver L, Andriolo L, Andia I, Bastos R, et al. Platelet-rich plasma injections for the management of knee osteoarthritis: The ESSKA-ICRS consensus. Recommendations using the RAND/UCLA appropriateness method for different clinical scenarios. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. Noviembre de 2024;32(11):2938-49. doi:10.1002/ksa.12320.
32. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 29 de marzo de 2021;n71. doi:10.1136/bmj.n71.
33. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. Diciembre de 2016;5(1):210. doi:10.1186/s13643-016-0384-4.
34. Aromataris E, Fernández R, Godfrey C, Holly C, Khalil H, Tungpunkom P. Umbrella reviews. En: Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editores. *JBIM Manual for Evidence Synthesis* [en línea]. JBI; 2024 [citado el 14 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/355829653/9.+Umbrella+reviews> doi:10.46658/JBIMES-24-08
35. AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II Instrument [Electronic version] [en línea]. 2017 [citado el 14 de mayo de 2026]. Disponible en: <http://www.agreetrust.org/>



36. Wells G, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses [en línea]. 2003 [citado el 14 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://ohri.ca/en/who-we-are/core-facilities-and-platforms/ottawa-methods-centre/newcastle-ottawa-scale>
37. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev*. Diciembre de 2019;4(1):5. doi:10.1186/s41073-019-0064-8.
38. Pearson A, Jordan Z, McArthur A, Florescu S, Cooper A, Yan H, et al. Systematic reviews of textual evidence: narrative, expert opinion or policy. En: Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editores. *JBIM Manual for Evidence Synthesis* [en línea]. JBI; 2024 [citado el 14 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/355861531/5.+Systematic+reviews+of+textual+evidence%3A+narrative%2C+expert+opinion+or+policy> doi:10.46658/JBIMES-24-04
39. Barker TH, Hasanoff S, Aromataris E, Stone JC, Leonardi-Bee J, Sears K, et al. The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for analytical cross-sectional studies. *JBIM Evid Synth*. Marzo de 2026;24(3):401-8. doi:10.11124/JBIMES-24-00523.
40. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Metodológica, Adopción Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia. Colombia [Guía metodológica en línea] [en línea]. Bogotá, D. C.: Edición 1a; 2017 [citado el 15 de mayo de 2026]. Disponible en: https://www.iets.org.co/Archivos/79/Guia_de_Adopcion_VE.pdf
41. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lazaro P, et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual [en línea]. 2001 [citado el 9 de mayo de 2026]. Disponible en: https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html
42. Albuquerque CP, Reis APMG, Vargas Santos AB, Bértolo MB, Júnior PL, Neubarth Giorgi RD, et al. Do it fast! Early access to specialized care improved long-term outcomes in rheumatoid arthritis: data from the REAL multicenter observational study. *Adv Rheumatol*. 24 de abril de 2023;63(1):17. doi:10.1186/s42358-023-00301-7.
43. Ohta R, Sano C. Effectiveness of General Medicine in the Management of Rheumatoid Arthritis in Rural Settings: A Systematic Review and Meta-Ethnography. *Cureus*. 15 de noviembre de 2024. doi:10.7759/cureus.73726.
44. Kay J, Upchurch KS. ACR/EULAR 2010 rheumatoid arthritis classification criteria. *Rheumatology*. 1º de diciembre de 2012;51(suppl 6):vi5-9. doi:10.1093/rheumatology/kes279.
45. Jamal S, Alibhai SMH, Badley EM, Bombardier C. Time to Treatment for New Patients with Rheumatoid Arthritis in a Major Metropolitan City. *J Rheumatol*. Julio de 2011;38(7):1282-8. doi:10.3899/jrheum.101315.
46. Van Der Heide A, Jacobs JWJ, Bijlsma JWJ, Heurkens AHM, Van Booma-Frankfort C, Van Der Veen MJ, et al. The Effectiveness of Early Treatment with "Second-Line" Antirheumatic Drugs: A Randomized, Controlled Trial. *Ann Intern Med*. 15 de abril de 1996;124(8):699-707. doi:10.7326/0003-4819-124-8-199604150-00001.
47. Bukhari MAS, Wiles NJ, Lunt M, Harrison BJ, Scott DGI, Symmons DPM, et al. Influence of disease-modifying therapy on radiographic outcome in inflammatory polyarthritis at five years: Results from a large observational inception study. *Arthritis Rheum*. Enero de 2003;48(1):46-53. doi:10.1002/art.10727.
48. Tian X, Wang Q, Jiang N, Zhao Y, Huang C, Liu Y, et al. Chinese guidelines for the diagnosis and treatment of rheumatoid arthritis: 2024 update. *Rheumatol Immunol Res*. 9 de enero de 2025;5(4):189-208. doi:10.1515/rir-2024-0028.
49. Smolen JS, Landewé RBM, Bergstra SA, Kerschbaumer A, Sepriano A, Aletaha D, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. *Ann Rheum Dis*. Enero de 2023;82(1):3-18. doi:10.1136/ard-2022-223356.
50. Chan LHAM, Leong KP, Tan JWL, Gao X, See WQ, Koh ET, et al. Dual rheumatoid factor and anti-cyclic citrullinated peptide antibody positivity affects the manifestations of rheumatoid arthritis. *Singapore Med J*. Septiembre de 2025;66(9):486-91. doi:10.4103/singaporemedj.SMJ-2021-104.
51. Toro-Gutiérrez CE, Arbeláez-Cortés Á, Fernández-Aldana AR, Mejía-Romero RA, Méndez Patarroyo P, Quintana L. G, et al. Guía de práctica clínica para la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con artritis reumatoide. Asociación Colombiana de Reumatología, 2022. *Rev Colomb Reumatol*. Abril de 2024;31(2):205-22. doi:10.1016/j.rcreu.2023.02.001.
52. Archer R, Hock E, Hamilton J, Stevens J, Essat M, Poku E, et al. Assessing prognosis and prediction of treatment response in early rheumatoid arthritis: systematic reviews. *Health Technol Assess*. Noviembre de 2018;22(66):1-294. doi:10.3310/hta22660.
53. O'Young CKY, Ho KM, So H, Mok TYW, Leung CC, Chau CH, et al. Recommendations on Management of Latent Tuberculosis Infection in Patients Initiating Anti-tumor Necrosis Factor Biologics. *J Clin Rheumatol Immunol*. Diciembre de 2021;21(02):51-7. doi:10.1142/S2661341721500012.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo
de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

54. Lin T, Yoshida K, Tedeschi SK, De Abreu MM, Hashemi N, Solomon DH. Risk of Hepatitis B Virus Reactivation in Patients With Inflammatory Arthritis Receiving Disease-Modifying Antirheumatic Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arthritis Care Res.* Mayo de 2018;70(5):724-31. doi:10.1002/acr.23346.
55. Forero Illera EG, Fernández Aldana AR, Fernández Ávila DG, Jáuregui Cuartas EA, Vásquez G, Chalem M, et al. Consenso para la gestión de riesgo en la prescripción de terapias biológicas o de antirreumáticos sintéticos con blanco dirigido: Asociación Colombiana de Reumatología 2023. *Rev Colomb Reumatol.* Enero de 2025;32(1):56-68. doi:10.1016/j.rcreu.2024.01.007.
56. Grupo de trabajo de la GUIPCAR. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide. Actualización [Guía de práctica clínica]. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2025.
57. Seo MR, Kim G, Moon KW, Sung YK, Yoo JJ, Yoon CH, et al. Quality Indicators for Evaluating the Health Care of Patients with Rheumatoid Arthritis: a Korean Expert Consensus. *J Korean Med Sci.* 2021;36(17):e109. doi:10.3346/jkms.2021.36.e109.
58. Verstappen M, Van Mulligen E, De Jong PHP, Van Der Helm-Van Mil AHM. DMARD-free remission as novel treatment target in rheumatoid arthritis: A systematic literature review of achievability and sustainability. *RMD Open.* Mayo de 2020;6(1):e001220. doi:10.1136/rmdopen-2020-001220.
59. Heutz JW, De Jong PHP, Verstappen M, Van Der Helm-van Mil AHM, Van Mulligen E. Sustained DMARD-free remission in subgroups of patients with rheumatoid arthritis: an analysis of two prospective cohorts with early arthritis. *Lancet Rheumatol.* Abril de 2025;7(4):e252-60. doi:10.1016/S2665-9913(24)00234-0.
60. Ascef BDO, Almeida MO, Medeiros-Ribeiro ACD, Oliveira De Andrade DC, Oliveira Junior HAD, De Soárez PC. Therapeutic Equivalence of Biosimilar and Reference Biologic Drugs in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 26 de mayo de 2023;6(5):e2315872. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.15872.
61. Santos EJJ, Duarte C, Ferreira RJO, Pinto AM, Moreira A, Vaz C, et al. Portuguese multidisciplinary recommendations for non-pharmacological and non-surgical interventions in patients with rheumatoid arthritis. *Acta Reumatol Port.* 2021;46(1):40-54. PubMed PMID: 33820895.
62. England BR, Smith BJ, Baker NA, Barton JL, Oatis CA, Guyatt G, et al. 2022 American College of Rheumatology Guideline for Exercise, Rehabilitation, Diet, and Additional Integrative Interventions for Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res.* Agosto de 2023;75(8):1603-15. doi:10.1002/acr.25117.
63. Seyferth AV, Cichocki MN, Wang CW, Huang YJ, Huang YW, Chen JS, et al. Factors Associated With Quality Care Among Adults With Rheumatoid Arthritis. *JAMA Netw Open.* 12 de diciembre de 2022;5(12):e2246299. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.46299.
64. Barber CEH, Then KL, Bohm V, Hall M, Marshall DA, Rankin JA, et al. Development of a Patient-centered Quality Measurement Framework for Measuring, Monitoring, and Optimizing Rheumatoid Arthritis Care in Canada. *J Rheumatol.* Marzo de 2021;48(3):326-34. doi:10.3899/jrheum.200688.
65. Davtyan A, Lee JJY, Eder L, Hawker GA, Luo J, Barber CEH, et al. The Effects of Continuity of Rheumatology Care on Emergency Department Utilization and Hospitalizations for Individuals With Early Rheumatoid Arthritis: A Population-Based Study. *J Rheumatol.* Junio de 2023;50(6):748-53. doi:10.3899/jrheum.220996.
66. Curtis JR, Bykerk VP, Crow MK, Danila MI, Haraoui B, Karpouzas GA, et al. Identification of Gaps in Quality of Care and Good Practice Interventions in Rheumatoid Arthritis: Insights From a Literature Review and Qualitative Study of Nine Centers in North America. *ACR Open Rheumatol.* Septiembre de 2024;6(9):542-52. doi:10.1002/acr2.11695.
67. Oiegar R, Pop D. Cardiovascular Risk Assessment in Patients with Rheumatoid Arthritis. *J Clin Med.* 13 de septiembre de 2025;14(18):6461. doi:10.3390/jcm14186461.
68. Kvien TK, Balsa A, Betteridge N, Buch MH, Durez P, Favalli EG, et al. Considerations for improving quality of care of patients with rheumatoid arthritis and associated comorbidities. *RMD Open.* Julio de 2020;6(2):e001211. doi:10.1136/rmdopen-2020-001211.
69. Dutt S, Roul P, Yang Y, Johnson TM, Michaud K, Sauer B, et al. Multimorbidity Patterns and Rheumatoid Arthritis Disease Outcomes: Findings From a Multicenter, Prospective Cohort. *Arthritis Care Res.* Marzo de 2025;77(3):337-48. doi:10.1002/acr.25184.



8. Anexos

Anexo 1. Bitácoras de búsqueda de la evidencia en las bases de datos electrónicas

Búsqueda en MEDLINE	
Base de datos	MEDLINE (National Library of Medicine, EE. UU.)
Plataforma	PubMed
Fecha de búsqueda	11/11/2025
Límite de tiempo	01/01/2020 - 11/11/2025
Límites de lenguaje	Español e inglés
Otros filtros	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<i>("arthritis, rheumatoid"[MeSH Terms] OR arthritis rheumatoid OR "early rheumatoid arthritis") AND ("Quality indicator*"[tiab] OR "Quality Indicators, Health Care"[Mesh] OR "Healthcare Quality Indicator"[tiab:~2] OR "Health care Quality Indicator"[tiab:~2] OR "Outcome and Process Assessment, Health Care"[MeSH] OR "Quality Assurance, Health Care"[MeSH] OR "Health Status Indicators"[MeSH] OR "Risk Assessment"[MeSH] OR "Health Status Indicators"[tiab] OR "Quality measure*"[tiab] OR "performance measure*"[tiab] OR "Quality of care"[tiab]) AND ("Remission Induction"[Mesh] OR "Patient Reported Outcome Measures"[Mesh] OR "Induction Remission"[tiab:~2] OR "Inductions Remission"[tiab:~2] OR "Patient Reported Outcome Measures"[tiab] OR "Disease Activity Score 28"[tiab] OR "DAS 28"[tiab] OR "Simplified Disease Activity Index"[tiab] OR "Clinical Disease Activity Index"[tiab] OR "Routine Assessment of Patient Index Data 3"[tiab] OR "Health assessment questionnaire"[tiab] OR "Patient Activity Scale"[tiab] OR "Patient Global Assessment"[tiab] OR "Vaccination"[Mesh] OR "opioid use"[tiab] OR "long term glucocorticoid"[tiab] OR "treatment adherence"[tiab] OR "health-care sustainability"[tiab] OR "model of care"[tiab] OR "optimization therapy"[tiab] OR "extra-articular manifestation"[tiab] OR "long-term outcome"[tiab] OR "Employment"[Mesh] OR "Sick Leave"[Mesh] OR "Absenteeism"[Mesh]) AND ("english"[la] OR "spanish"[la]) AND ("classical article"[pt] OR "Observational Study"[pt] OR "Meta-Analysis"[pt] OR "Network Meta-Analysis"[pt] OR "Guideline"[pt] OR "Practice Guideline"[pt] OR "Review"[pt] OR "Scoping Review"[pt] OR "Systematic Review"[pt] OR "Consensus Development Conference"[pt] OR "Observational study"[pt]) AND (2020/01/01:2025/11/11[dp]) NOT ("pharmacokinetics"[tiab] OR "Sjogren"[tiab] OR "spondylitis"[tiab]).</i>
Referencias identificadas	213

Fuente: elaboración CAC.

Búsqueda en ScienceDirect	
Base de datos	ScienceDirect
Plataforma	ScienceDirect
Fecha de búsqueda	11/11/2025
Límite de tiempo	2020 - 2025
Límites de lenguaje	Español e inglés
Otros filtros	Title, abstract, keywords.
Estrategia de búsqueda	<i>("arthritis, rheumatoid" OR "arthritis rheumatoid" OR "early rheumatoid arthritis") AND ("Quality indicators" OR "Quality Indicators, Health Care" OR "Quality Assurance, Health Care" OR "Health Status Indicators" OR "Risk Assessment") Year: 2020-2025.</i>
Referencias identificadas	124

Fuente: elaboración CAC.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Búsqueda en LILACS - Biblioteca virtual en Salud (BVS)	
Base de datos	LILACS
Plataforma	Biblioteca Virtual en Salud
Fecha de búsqueda	12/11/2025
Límite de tiempo	2020 - 2025
Límites de lenguaje	Español e inglés
Otros filtros	Otras bases de LATAM
Estrategia de búsqueda	((mh:"arthritis, rheumatoid") OR ("arthritis rheumatoid") AND (tw:"Quality indicator*") OR (mh:"Quality Indicators, Health Care") OR ("Healthcare Quality Indicator") OR (mh:"Outcome and Process Assessment, Health Care") OR (mh:"Quality Assurance, Health Care") OR (mh:"Health Status Indicators") OR (mh:"Risk Assessment") OR (tw:"Health Status Indicators") OR (tw:"Quality measure*") OR (tw:"performance measure*") OR (tw:"Quality of care") AND (mh:"Remission Induction") OR (mh:"Patient Reported Outcome Measures") OR ("Induction Remission") OR (tw:"Patient Reported Outcome Measures") OR (tw:"Disease Activity Score 28") OR (tw:"DAS 28") OR (tw:"Simplified Disease Activity Index") OR (tw:"Clinical Disease Activity Index") OR (tw:"Routine Assessment of Patient Index Data 3") OR (tw:"Health assessment questionnaire") OR (tw:"Patient Global Assessment") OR ("model of care") OR ("long term glucocorticoid") OR ("long-term outcome") OR ("Employment")) AND (type_of_study:(("guideline" OR "risk_factors_studies" OR "health_technology_assessment" OR "literature_review" OR "observational_studies") AND la:(("en" OR "es") AND (year_cluster:[2020 TO 2025])))).
Referencias identificadas	2 LILACS 21 BVS

Fuente: elaboración CAC.

Búsqueda en Iris - Repositorio Institucional de la Organización Mundial de la Salud (OMS)	
Base de datos	Institutional Repository for Information Sharing (IRIS) - OMS
Plataforma	IRIS WHO
Fecha de búsqueda	1/10/2025
Límite de tiempo	La base de datos no lo permite
Límites de lenguaje	La base de datos no lo permite
Otros filtros	Ninguno
Estrategia de búsqueda	Browsing by Subject Mesh "Arthritis, Rheumatoid".
Referencias identificadas	6
Referencias utilizadas	0

Fuente: elaboración CAC.

Búsqueda en Epistemonikos	
Base de datos	Epistemonikos Database
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	12/11/2025
Límite de tiempo	2020 - 2025
Límites de lenguaje	La base de datos no lo permite
Otros filtros	Title/Abstract
Estrategia de búsqueda	(advanced_title_en:(("arthritis, rheumatoid" OR "arthritis rheumatoid" OR "early rheumatoid arthritis")) OR advanced_abstract_en:(("arthritis, rheumatoid" OR "arthritis rheumatoid" OR "early rheumatoid arthritis"))) AND (advanced_title_en:(("Quality indicator*" OR "Health Status Indicators" OR "Risk Assessment" OR "Quality measure*" OR "performance measure*" OR "Quality of care" OR "long term glucocorticoid")) OR advanced_abstract_en:(("Quality indicator*" OR "Health Status Indicators" OR "Risk Assessment" OR "Quality measure*" OR "performance measure*" OR "Quality of care" OR "long term glucocorticoid"))).
Referencias identificadas	96

Fuente: elaboración CAC.



Búsqueda en Cochrane Library	
Base de datos	Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)
Plataforma	Cochrane Library
Fecha de búsqueda	12/11/2025
Límite de tiempo	2020 - 2025
Límites de lenguaje	Ninguno
Otros filtros	Ninguno
Estrategia de búsqueda final	#4 AND #17 AND #21 AND #22 with Cochrane Library publication date Between Jan 2020 and Dec 2025, in Cochrane Reviews.
Referencias identificadas	6
Estrategias de búsqueda:	
#1	MeSH descriptor: [Arthritis, Rheumatoid] explode all trees
#2	(arthritis rheumatoid):ti,ab,kw
#3	early rheumatoid arthritis
#4	#1 OR #2 OR #3
#5	MeSH descriptor: [Quality Indicators, Health Care] explode all trees
#6	MeSH descriptor: [Outcome and Process Assessment, Health Care] explode all trees
#7	MeSH descriptor: [Quality Assurance, Health Care] explode all trees
#8	MeSH descriptor: [Health Status Indicators] explode all trees
#9	MeSH descriptor: [Risk Assessment] explode all trees
#10	(Quality NEXT (indicator* or measure*)):ti,ab,kw OR (Healthcare NEXT (Quality or Status) NEXT Indicator*):ti,ab,kw OR ((Quality or performance) NEXT measure*):ti,ab,kw OR (Quality of care):ti,ab,kw (Word variations have been searched).
#11	MeSH descriptor: [Vaccines] explode all trees
#12	(long term glucocorticoid):ti,ab,kw OR (treatment adherence):ti,ab,kw OR (health-care sustainability):ti,ab,kw OR (model of care):ti,ab,kw OR (optimization therapy):ti,ab,kw
#13	(extra-articular manifestation):ti,ab,kw OR (long-term outcome):ti,ab,kw
#14	MeSH descriptor: [Employment] explode all trees
#15	MeSH descriptor: [Sick Leave] explode all trees
#16	MeSH descriptor: [Absenteeism] explode all trees
#17	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10
#18	MeSH descriptor: [Remission Induction] explode all trees
#19	MeSH descriptor: [Patient Reported Outcome Measures] explode all trees
#20	(Induction* NEXT Remission):ti,ab,kw OR ("Patient Reported Outcome Measure"):ti,ab,kw OR ("Disease Activity Score-28" OR "DAS-28"):ti,ab,kw OR ("Simplified Disease Activity Index" OR "Clinical Disease Activity Index"):ti,ab,kw OR ("Routine Assessment of Patient Index Data 3" OR "Health assessment questionnaire" OR "Patient Activity Scale" OR "Patient Global Assessment"):ti,ab,kw (Word variations have been searched).
#21	#11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #18 OR #19 OR #20
#22	English:la OR Spanish:la
#23	#4 AND #17 AND #21 AND #22
Al aplicar el filtro de temporalidad y tipo de estudio solo hay 6 revisiones, las cuales se descartan.	

Fuente: elaboración CAC.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo
de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Búsqueda en Google Académico	
Plataforma o motor de búsqueda	Google Académico
Fecha de búsqueda	1/10/2025
Límite de tiempo	2020 - 2025
Límites de lenguaje	Cualquier idioma
Otros filtros	Ninguno
Estrategia de búsqueda	((“Rheumatoid Arthritis”) AND (“Quality Indicators” OR “Quality Indicators, Health Care” OR “Outcome and Process Assessment, Health Care” OR “Quality Assurance, Health Care” OR “Health Status Indicators” OR “Risk Assessment”) AND (“Remission Induction” OR “Patient Reported Outcome Measures”)).
Referencias identificadas	13.200
Referencias utilizadas	44

Fuente: elaboración CAC.

Resultados de otras búsquedas de GPC	Número de GPC
European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR).	1
NICE (National Institute for Clinical Excellence).	5
American College of Rheumatology (ACR).	2
Sociedad Española de reumatología.	1
Asociación Colombiana de Reumatología.	1
Japan College of Rheumatology.	2
Tripdatabase.	3
Australian Rheumatology Association.	1
Canadian Rheumatology Association.	1
British Society for Rheumatology.	1
Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR).	1
Colegio Mexicano de Reumatología 2023.	1
GIN (Guideline International Network).	0
SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).	0
Total	20

Fuente: elaboración CAC.

Anexo 2. Listado de los artículos incluidos

Nº	Título	Autor/Organización	Año	Diseño de estudio	Revista/Organización	Tema	Población
1	EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update.	EULAR	2022	GPC	Annals of Rheumatic Disease	Actualización de la guía de manejo en AR conforme a la evidencia disponible.	NA
2	Rheumatoid arthritis in adults: management.	NICE (National Institute for Health and Care Excellence)	2020	GPC	NICE Guidance	Actualización de la guía NICE de manejo de la AR.	NA
3	2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis.	ACR	2021	GPC	Arthritis care & Research	Actualización de la guía del ACR para el tratamiento de la artritis reumatoide.	NA



Anexo 2. Listado de los artículos incluidos (continuación)

Nº	Título	Autor/Organización	Año	Diseño de estudio	Revista/Organización	Tema	Población
4	Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con artritis reumatoide	Sociedad española de reumatología	2025	GPC	GUIPCAR	Guía de práctica clínica 2025.	NA
5	Guía de práctica clínica para la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con artritis reumatoide	Asociación Colombiana de Reumatología	2022	GPC	Revista Colombiana de reumatología	Formulación de una GPC colombiana para el manejo de la AR.	NA
6	2024 Update of the Japan College of Rheumatology Clinical Practice Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis.	Japan College of Rheumatology	2025	GPC	Modern Rheumatology	Actualización de la GPC japonesa para el manejo de la artritis reumatoide.	NA
7	Chinese guidelines for the diagnosis and treatment of rheumatoid arthritis- 2024 update.	National Clinical Research Center for Dermatologic and Immunologic Diseases	2024	GPC	Rheumatology and Immunology Research	Actualización de la GPC china para el manejo de la AR.	NA
8	Recommendations for the treatment of rheumatoid arthritis in Saudi Arabia- adoption of the 2021 American College of Rheumatology guidelines.	Saudi Society for Rheumatology	2022	GPC	BMC Rheumatology	Adaptación del ACR a Arabia Saudita.	NA
9	Clinical Practice Guideline for Physical Therapist Management of People With Rheumatoid Arthritis.	Royal Dutch Society for Physical Therapy	2021	GPC	Physical Therapy & Rehabilitation Journal	Actualización de la guía de terapia física en AR para los Países Bajos.	NA
10	Australian Living Guideline for the Pharmacological Management of Inflammatory Arthritis.	Australian Rheumatology Association	2025	GPC	Magicapp	Actualización de la guía de manejo en AR.	NA
11	The British Society for Rheumatology guideline for the management of foot health in inflammatory arthritis.	British Society for Rheumatology	2025	GPC	Rheumatology	GPC manejo de pies en artritis inflamatoria.	NA
12	Portuguese multidisciplinary recommendations for non-pharmacological and non-surgical interventions in patients with rheumatoid arthritis.	Sociedade Portuguesa de Reumatologia	2021	GPC	Acta Reumatologica Portuguesa	Recomendaciones de manejo no farmacológico.	NA
13	Actualización de las Guías para el Tratamiento Farmacológico de la Artritis Reumatoide del Colegio Mexicano de Reumatología 2023	Colegio Mexicano de Reumatología	2024	GPC	Reumatología clínica	Actualización de una GPC para el manejo farmacológico de la AR.	NA
14	2022 American College of Rheumatology Guideline for Exercise, Rehabilitation, Diet, and Additional Integrative Interventions for Rheumatoid Arthritis.	ACR	2022	GPC	Arthritis Care & Research	Actualización de una GPC para el manejo no farmacológico de la AR.	NA
15	Patient Empowerment Among Adults With Arthritis: The Case for Emotional Support.	Kathleen L. Carluzzo, et al	2022	Transversal	The journal of rheumatology	Componente biopsicosocial en AR.	6.918 adultos con AR en EE.UU.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo
de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 2. Listado de los artículos incluidos (continuación)

Nº	Título	Autor/Organización	Año	Diseño de estudio	Revista/Organización	Tema	Población
16	<i>Identification of Gaps in Quality of Care and Good Practice Interventions in Rheumatoid Arthritis: Insights From a Literature Review and Qualitative Study of Nine Centers in North America.</i>	Curtis et.al	2024	Mixto revisión narrativa cualitativo	<i>ACR Open Rheumatology</i>	Intervenciones de buenas prácticas en calidad de la atención en AR.	Especialistas y profesionales de salud.
17	<i>Patient Reported Outcome Measures for Rheumatoid Arthritis Disease Activity: a systematic review following COSMIN guidelines.</i>	Pickles et.al	2022	RSL	<i>RMD Open</i>	Estándares de cuidado en AR.	Pacientes adultos con AR.
18	<i>Assessment of disease activity and quality of life of Korean patients with rheumatoid arthritis.</i>	Young Ho Lee	2025	Revisión Narrativa	<i>JRD</i>	Calidad de vida en pacientes con AR.	Pacientes adultos con AR.
19	<i>The Effects of Continuity of Rheumatology Care on Emergency Department Utilization and Hospitalizations for Individuals with Early Rheumatoid Arthritis: A Population-Based Study.</i>	Davtyan et.al	2023	Cohorte de inepción	<i>The Journal of Rheumatology</i>	Efectos de la continuidad de la atención.	38.528 pacientes con diagnóstico de AR.
20	<i>Cardiovascular disease risk assessment in patients with rheumatoid arthritis: A scoping review.</i>	Murphy et.al	2024	Scoping review	<i>Clinical Rheumatology</i>	Evaluación cardiovascular en AR.	Literatura alrededor de mayores de 18 años con AR.
21	<i>Outcome Assessments for the Rheumatoid Hand.</i>	Stjernberg-Salmela et.al	2024	Revisión Narrativa	<i>Hand Clinics</i>	Resultados en mano reumatoide.	Literatura sobre mano reumatoide.
22	<i>Adherence to biological therapies in patients with rheumatoid arthritis: a retrospective cohort study.</i>	Neycheva et.al	2023	Cohorte retrospectiva	<i>Rheumatology International</i>	Adherencia a terapias biológicas.	179 pacientes con AR confirmada.
23	<i>Significant Gains in Rheumatoid Arthritis Quality Measures Among RISE Registry Practices.</i>	Izadi et.al	2020	Cohorte retrospectiva	<i>Arthritis care & Research</i>	Medidas de calidad en registro administrativo estadounidense.	Pacientes con AR en USA.
24	<i>The use of PROMIS measures in clinical studies in patients with inflammatory arthritis: a systematic review.</i>	Teuwen et.al	2023	RSL	<i>Quality of Life Research</i>	Medición de PROMS en AR.	Literatura sobre población con AR y PROMS.
25	<i>Association between sarcopenia, physical performance and falls in patients with rheumatoid arthritis: a 1-year prospective study.</i>	Wiegmann et.al	2021	Cohorte prospectiva	<i>BMC Musculoskeletal Disorders</i>	Asociación sarcopenia y caídas en AR.	289 patients with RA, ages 24-85 years.
26	<i>Use and detailed metric properties of patient-reported outcome measures for rheumatoid arthritis: a systematic review covering two decades.</i>	Küçükdeveci et.al	2021	RSL	<i>RMD Open</i>	Medición de PROMS en AR.	Literatura sobre población con AR y PROMS.



Anexo 2. Listado de los artículos incluidos (continuación)

Nº	Título	Autor/Organización	Año	Diseño de estudio	Revista/Organización	Tema	Población
27	<i>Does exercise therapy improve patient-reported outcomes in rheumatoid arthritis? A systematic review and meta-analysis for the update of the 2020 JCR guidelines for the management of rheumatoid arthritis.</i>	Sobue et.al	2021	RSL	<i>MODERN RHEUMATOLOGY</i>	Ejercicio físico y PROMS en la población con AR.	Literatura relacionada.
28	<i>Outcomes Reported in Prospective Long-Term Observational Studies and Registries of Patients With Rheumatoid Arthritis Worldwide: An Outcome Measures in Rheumatology Systematic Review.</i>	ACR	2021	RSL	<i>Arthritis Care Res</i>	Medición de PROMS en AR.	Literatura relacionada.
29	<i>Multimorbidity Patterns and Rheumatoid Arthritis Disease Outcomes: Findings From a Multicenter, Prospective Cohort.</i>	Dutt et.al	2023	Cohorte prospectiva	<i>Arthritis Care Res</i>	Multimorbilidades en pacientes con AR.	2.956 pacientes con AR.
30	<i>Do it fast! Early access to specialized care improved long-term outcomes in rheumatoid arthritis: data from the REAL multicenter observational study.</i>	Albuquerque et.al	2023	Cohorte retrospectiva	<i>Advances in Rheumatology</i>	Atención oportuna por reumatología en pacientes con sospecha de AR.	1.057 pacientes con AR.
31	<i>Direct healthcare resource utilisation, health-related quality of life, and work productivity in patients with moderate rheumatoid arthritis: an observational study.</i>	Gallowayl et. Al	2021	Transversal	<i>BMC Musculoskeletal Disorders</i>	Costos y uso de recursos del sistema de salud en pacientes con AR.	102 pacientes con AR y 38 cuidadores.
32	<i>Patient satisfaction, preferences, expectations, characteristics, and impact of suboptimal control of rheumatoid arthritis: A subgroup analysis of Japanese patients from a large international cohort study (SENSE).</i>	Kawahito et.al	2021	Transversal	<i>Plos one</i>	Satisfacción del tratamiento en AR.	118 pacientes con AR.
33	<i>Effects of overweight and underweight on the treatment outcomes of rheumatoid arthritis patients treated with biological drugs: A retrospective observational descriptive study.</i>	Hirai et. Al	2020	Estudio observacional retrospectivo	<i>Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics</i>	Efectos del sobrepeso en el manejo de AR.	297 pacientes con AR.
34	<i>The impact of obesity and overweight on rheumatoid arthritis patients: real-world insights from a biologic and targeted synthetic DMARDs registry.</i>	Güler et.al	2025	Cohorte prospectiva	<i>Rheumatology International</i>	Impacto de la obesidad y el sobrepeso en AR.	856 pacientes diagnosticados con AR.
35	<i>Perceived Stress and Prediction of Worse Patient-Reported Outcomes in a Rheumatoid Arthritis Cohort.</i>	Patterson et.al	2025	Cohorte prospectiva	<i>Arthritis Care & Research</i>	Percepción del estrés en pacientes con AR.	133 pacientes con diagnóstico de AR.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo
de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 2. Listado de los artículos incluidos (continuación)

Nº	Título	Autor/Organización	Año	Diseño de estudio	Revista/Organización	Tema	Población
36	<i>Effectiveness of General Medicine in the Management of Rheumatoid Arthritis in Rural Settings: A Systematic Review and Meta-Ethnography.</i>	Ohta et.al	2024	RSL	<i>Cureus</i>	Efectividad del manejo por medicina general a personas con AR en la población rural.	RSL literatura relacionada.
37	<i>Association of health literacy with disease outcomes in inflammatory arthritis: a systematic review.</i>	MrinaliniDey et.al	2025	RSL	<i>Annals of the Rheumatic Diseases</i>	Impacto de la alfabetización en salud en el manejo de AR.	RSL relacionada.
38	<i>Development of the Australian Rheumatology Association Clinical Care Standard for the Diagnosis and Management of Rheumatoid Arthritis in Adults.</i>	Maria B. Sukkar	2024	Consenso no Delfi	<i>The Journal of Rheumatology</i>	Estándares de calidad en AR.	Consenso.
39	<i>Quality of care for newly diagnosed patients with rheumatoid arthritis in South Korea.</i>	Jun Won Park et.al	2025	Estudio de cohorte retrospectiva	<i>International Journal for Quality in Health Care</i>	Calidad del cuidado en pacientes con AR.	21.136 pacientes con diagnóstico reciente de AR.
40	<i>Update to a Systematic Review on Quality Measures for Rheumatoid Arthritis.</i>	Githumbi et.al	2025	RSL	<i>The Journal of Rheumatology</i>	Medidas de calidad en AR.	RSL relacionada.
41	<i>Outcomes and Quality of Care in Rheumatoid Arthritis With or Without Video Telemedicine Follow-Up Visits.</i>	Ferucci, Elizabeth D. et al	2022	Cohorte prospectiva	<i>Arthritis Care & Research</i>	Calidad en la implementación de telemedicina en AR.	122 pacientes con diagnóstico de AR.
42	<i>Can the adherence to quality of care indicators for early rheumatoid arthritis in clinical practice reduce risk of hospitalisation? Retrospective cohort study based on the Record Linkage of Rheumatic Disease study of the Italian Society for Rheumatology.</i>	Zanetti et.al	2020	Cohorte retrospectiva	<i>BMJ Open</i>	Adherencia a indicadores de calidad y hospitalización.	13.203 pacientes con AR de inicio temprano.
43	<i>Evaluating Quality of Care for Rheumatoid Arthritis for the Population of Alberta Using System-level Performance Measures.</i>	Claire E.H. Barber et.al	2021	Cohorte retrospectiva	<i>The Journal of Rheumatology</i>	Calidad del cuidado en pacientes con AR.	31.566 pacientes con AR.
44	<i>Considerations for improving quality of care of patients with rheumatoid arthritis and associated comorbidities.</i>	Tore K Kvien	2020	RSL	<i>RMD Open</i>	Calidad del cuidado en pacientes con AR.	RSL/180 intervenciones con especialistas a través de 12 centros de intervención en Europa.
45	<i>Data quality predicts care quality: findings from a national clinical audit.</i>	Yates et.al	2020	Cohorte retrospectiva	<i>Arthritis Research & Therapy</i>	Efecto de la pérdida de datos en la calidad de la atención.	6.205 pacientes con AR.
46	<i>Development of a Patient-centered Quality Measurement Framework for Measuring, Monitoring, and Optimizing Rheumatoid Arthritis Care in Canada.</i>	Claire E.H. Barber et.al	2021	Consenso Delphi	<i>The Journal of Rheumatology</i>	Desarrollo de métricas para medir la calidad de la atención en AR.	Consenso.



Anexo 2. Listado de los artículos incluidos (continuación)

Nº	Título	Autor/Organización	Año	Diseño de estudio	Revista/Organización	Tema	Población
47	<i>What are the core recommendations for rheumatoid arthritis care? Systematic review of clinical practice guidelines.</i>	Conley et.al	2023	RSL	<i>Clinical Rheumatology</i>	Recomendaciones centrales para manejo de AR.	RSL de GPC.
48	<i>Factors Associated With Quality Care Among Adults With Rheumatoid Arthritis.</i>	Seyferth et.al	2022	Cohorte retrospectiva	<i>JAMA Open</i>	Factores asociados a la calidad del cuidado en AR.	581.770 pacientes.
49	<i>Quality Indicators for Evaluating the Health Care of Patients with Rheumatoid Arthritis: a Korean Expert Consensus.</i>	Seo et.al	2021	Consenso de expertos	<i>Journal of Korean Medical Science</i>	Indicadores de calidad para evaluar el cuidado de pacientes con AR.	Consenso.

Fuente: elaboración CAC.

Anexo 3. Evaluación de la calidad de la evidencia

Revisiones sistemáticas de la literatura		
Lista de verificación para revisiones sistemáticas y síntesis de investigación del Joanna Briggs Institute (JBI).	Calidad alta	puntaje 10 - 11
	Calidad moderada	puntaje 6 - 9
	Calidad baja	puntaje 0 - 5
Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>Patient Reported Outcome Measures for Rheumatoid Arthritis Disease Activity: a systematic review following COSMIN guidelines.</i>	Pickles et al.	Moderada: puntaje 6 - 9
<i>Cardiovascular disease risk assessment in patients with rheumatoid arthritis: A scoping review.</i>	Murphy et al.	Moderada: puntaje 6 - 9
<i>The use of PROMIS measures in clinical studies in patients with inflammatory arthritis: a systematic review.</i>	Teuwen et al.	Alta: puntaje 10 - 11
<i>Use and detailed metric properties of patient-reported outcome measures for rheumatoid arthritis: a systematic review covering two decades.</i>	Küçükdeveci et al.	Moderada: puntaje 6 - 9
<i>Does exercise therapy improve patient-reported outcomes in rheumatoid arthritis? A systematic review and meta-analysis for the update of the 2020 JCR guidelines for the management of rheumatoid arthritis.</i>	Sobue et al.	Alta: puntaje 10 - 11
<i>Outcomes Reported in Prospective Long-Term Observational Studies and Registries of Patients With Rheumatoid Arthritis Worldwide: An Outcome Measures in Rheumatology Systematic Review.</i>	ACR	Moderada: puntaje 6 - 9
<i>Perceived Stress and Prediction of Worse Patient-Reported Outcomes in a Rheumatoid Arthritis Cohort.</i>	Patterson et al.	Moderada: puntaje 6 - 9
<i>Effectiveness of General Medicine in the Management of Rheumatoid Arthritis in Rural Settings: A Systematic Review and Meta-Ethnography.</i>	Ohta et al.	Moderada: puntaje 6 - 9
<i>Association of health literacy with disease outcomes in inflammatory arthritis: a systematic review.</i>	MrinaliniDey et al.	Moderada: puntaje 6 - 9

Fuente: elaboración CAC.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo
de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Guías de práctica clínica		
AGREE II	Muy recomendada	Puntuación estandarizada de los dominios 3 y 6 ≥ 60 .
	Recomendada	Puntuación estandarizada del dominio 3 (mínimo 50 %) y del dominio 6 (mínimo 40 %).
	No recomendada	Puntuaciones estandarizadas del dominio 3 (menores a 50 %) y del dominio 6 (menores a 40 %).
	No se sabe	No hay suficiente información para evaluar la GPC.
Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update.</i>	EULAR	Muy recomendado
<i>Rheumatoid arthritis in adults: management NICE Guidelines.</i>	NICE	Muy recomendado
<i>2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis.</i>	ACR	Muy recomendado
Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con artritis reumatoide.	SER	Muy recomendado
Guía de práctica clínica para la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con artritis reumatoide. Asociación Colombiana de Reumatología, 2022.	ASOREUMA	Muy recomendado
<i>2024 Update of the Japan College of Rheumatology Clinical Practice Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis.</i>	<i>Japan College of Rheumatology</i>	Muy recomendado
<i>Chinese guidelines for the diagnosis and treatment of rheumatoid arthritis: 2024 update.</i>	<i>National Clinical Research Center for Dermatologic and Immunologic Diseases</i>	Recomendado
<i>Recommendations for the treatment of rheumatoid arthritis in Saudi Arabia: adoption of the 2021 American College of Rheumatology guidelines.</i>	SSR	No recomendada
<i>Clinical Practice Guideline for Physical Therapist Management of People With Rheumatoid Arthritis.</i>	<i>Royal Dutch Society for Physical Therapy</i>	Muy recomendado
<i>Australian Living Guideline for the Pharmacological Management of Inflammatory Arthritis.</i>	ARA	Muy recomendado
<i>The British Society for Rheumatology guideline for the management of foot health in inflammatory arthritis.</i>	<i>British Society for Rheumatology</i>	Muy recomendado
<i>Portuguese multidisciplinary recommendations for non-pharmacological and non-surgical interventions in patients with rheumatoid arthritis.</i>	SPR	Muy recomendado
Actualización de las Guías para el Tratamiento Farmacológico de la Artritis Reumatoide del Colegio Mexicano de Reumatología 2023.	Colegio Mexicano de Reumatología	Recomendado
<i>2022 American College of Rheumatology Guideline for Exercise, Rehabilitation, Diet, and Additional Integrative Interventions for Rheumatoid Arthritis.</i>	ACR	Muy recomendado

Fuente: elaboración CAC.



Estudios de cohortes		
NewClastle-Ottawa Scale	Calidad alta	puntaje 7 - 9
	Calidad moderada	puntaje 4 - 6
	Calidad baja	puntaje 0 - 3
Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>The Effects of Continuity of Rheumatology Care on Emergency Department Utilization and Hospitalizations for Individuals with Early Rheumatoid Arthritis: A Population-Based Study.</i>	Davtyan et al.	Bajo riesgo de sesgo (alta calidad): puntaje 7 - 9
<i>Adherence to biological therapies in patients with rheumatoid arthritis: a retrospective cohort study.</i>	Neycheva et al.	Bajo riesgo de sesgo (alta calidad): puntaje 7 - 9
<i>Significant Gains in Rheumatoid Arthritis Quality Measures Among RISE Registry Practices.</i>	Izadi et al.	Bajo riesgo de sesgo (alta calidad): puntaje 7 - 9
<i>Association between sarcopenia, physical performance and falls in patients with rheumatoid arthritis: a 1-year prospective study.</i>	Wiegmann et al.	Bajo riesgo de sesgo (alta calidad): puntaje 7 - 9
<i>Multimorbidity Patterns and Rheumatoid Arthritis Disease Outcomes: Findings From a Multicenter, Prospective Cohort.</i>	Dutt et al.	Bajo riesgo de sesgo (alta calidad): puntaje 7 - 9
<i>Do it fast! Early access to specialized care improved long-term outcomes in rheumatoid arthritis: data from the REAL multicenter observational study.</i>	Albuquerque et al.	Bajo riesgo de sesgo (alta calidad): puntaje 7 - 9
<i>The impact of obesity and overweight on rheumatoid arthritis patients: real-world insights from a biologic and targeted synthetic DMARDs registry.</i>	Güler et al.	Alto riesgo de sesgo (moderada calidad): puntaje 4 - 6
<i>Quality of care for newly diagnosed patients with rheumatoid arthritis in South Korea.</i>	Jun Won Park et al.	Alto riesgo de sesgo (moderada calidad): puntaje 4 - 6
<i>Evaluating Quality of Care for Rheumatoid Arthritis for the Population of Alberta Using System-level Performance Measures.</i>	Claire E.H. Barber et al.	Alto riesgo de sesgo (moderada calidad): puntaje 4 - 6
<i>Data quality predicts care quality: findings from a national clinical audit.</i>	Yates et al.	Bajo riesgo de sesgo (alta calidad): puntaje 7 - 9
<i>Factors Associated With Quality Care Among Adults With Rheumatoid Arthritis.</i>	Seyferth et al.	Bajo riesgo de sesgo (alta calidad): puntaje 7 - 9
<i>Can the adherence to quality of care indicators for early rheumatoid arthritis in clinical practice reduce risk of hospitalisation? Retrospective cohort study based on the Record Linkage of Rheumatic Disease study of the Italian Society for Rheumatology.</i>	Zanetti et al.	Bajo riesgo de sesgo (alta calidad): puntaje 7 - 9

Fuente: elaboración CAC.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo
de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Revisiones narrativas		
Herramienta SANRA	Calidad alta	puntaje 10 - 12
	Calidad moderada	puntaje 7 - 9
	Calidad baja	puntaje 0 - 6
Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>Identification of Gaps in Quality of Care and Good Practice Interventions in Rheumatoid Arthritis: Insights From a Literature Review and Qualitative Study of Nine Centers in North America</i>	Curtis et al.	Moderada: puntaje 7 - 9
<i>Assessment of disease activity and quality of life of Korean patients with rheumatoid arthritis</i>	Young Ho Lee	Baja: puntaje 0 - 6
<i>Outcome Assessments for the Rheumatoid Hand</i>	Stjernberg-Salmela et al.	Moderada: puntaje 7 - 9
<i>Update to a Systematic Review on Quality Measures for Rheumatoid Arthritis</i>	Githumbi et al.	Alta: puntaje 10 - 12
<i>Considerations for improving quality of care of patients with rheumatoid arthritis and associated comorbidities</i>	Tore K Kvien	Moderada: puntaje 7 - 9
<i>What are the core recommendations for rheumatoid arthritis care? Systematic review of clinical practice guidelines:</i>	Conley et al.	Alta: puntaje 10 - 12

Fuente: elaboración CAC.

Consensos u otros procesos participativos con metodología Delphi		
Herramienta DCAT	Calidad alta	El estudio Delphi es de alta calidad y ofrece una representación razonable de las opiniones de los panelistas.
	Calidad moderada	El estudio Delphi es de calidad moderada y probablemente ofrece una representación razonable de las opiniones de los panelistas.
	Calidad baja	El estudio Delphi es de baja calidad y puede que no proporcione una representación razonable de las opiniones de los panelistas.
	Calidad críticamente baja	El estudio Delphi es de calidad insuficiente para ser utilizado como representación adecuada de las opiniones de los panelistas.
Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>Development of a Patient-centered Quality Measurement Framework for Measuring, Monitoring, and Optimizing Rheumatoid Arthritis Care in Canada</i>	Claire E.H. Barber et al.	Calidad alta
<i>Quality Indicators for Evaluating the Health Care of Patients with Rheumatoid Arthritis: a Korean Expert Consensus.</i>	Seo et al.	Calidad moderada

Fuente: elaboración CAC.



Consensos o paneles de expertos sin metodología Delphi		
Lista de chequeo para opinión de expertos del <i>Joanna Briggs Institute</i>	Calidad alta	puntaje 5 - 6
	Calidad moderada	puntaje 3 - 4
	Calidad baja	puntaje 0 - 2
Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>Development of the Australian Rheumatology Association Clinical Care Standard for the Diagnosis and Management of Rheumatoid Arthritis in Adults</i>	Maria B. Sukkar	Calidad alta

Fuente: elaboración CAC.

Estudios de corte transversal		
Lista de chequeo para la evidencia de estudios Cross sectional del (JBI)	Calidad alta	puntaje 6 - 8
	Calidad moderada	puntaje 4 - 5
	Calidad baja	puntaje 1 - 3
Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>Patient Empowerment Among Adults With Arthritis: The Case for Emotional Support.</i>	Kathleen L. Carluzzo, et al.	Calidad alta
<i>Direct healthcare resource utilisation, health-related quality of life, and work productivity in patients with moderate rheumatoid arthritis: an observational study.</i>	Gallowayl et. Al	Calidad baja
<i>Patient satisfaction, preferences, expectations, characteristics, and impact of suboptimal control of rheumatoid arthritis: A subgroup analysis of Japanese patients from a large international cohort study (SENSE).</i>	Kawahito et al.	Calidad alta
<i>Effects of overweight and underweight on the treatment outcomes of rheumatoid arthritis patients treated with biological drugs: A retrospective observational descriptive study.</i>	Hirai et. Al	Calidad alta
<i>Outcomes and Quality of Care in Rheumatoid Arthritis With or Without Video Telemedicine Follow-Up Visits.</i>	Ferucci, Elizabeth D., et al.	Calidad alta

Fuente: elaboración CAC.

Anexo 4. Distribución de los artículos y documentos incluidos según su tipo de estudio o naturaleza metodológica

Tipo de estudio o documento	Número de estudios o documentos (n)	Porcentaje (%)
Estudios observacionales*.	18	37
Guías de práctica clínica.	14	29
Revisiones sistemáticas de la literatura.	10	20
Consensos u otros procesos participativos con metodología Delphi.	2	4
Revisiones narrativas.	2	4
Consensos o paneles de expertos sin metodología Delphi.	1	2
Estudios mixtos.	1	2
<i>Scooping review</i>	1	2
Total	49	100

* Incluye estudios de cohorte y transversales.

Fuente: elaboración CAC.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 5. Aplicación de la metodología CREMAA a los indicadores propuestos

N°	Actual o nuevo	Propuesto por	Indicador	Calificación de criterios CREMAA						Puntaje		Puntuación estandarizada	¿Elección?
				C	R	E	M	A	A	Suma	Promedio		
1	Actual	RSL/GD	Oportunidad de la atención por especialista en semanas (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la primera atención por el especialista).	5	5	5	5	5	5	30	5	100,00	Sí
2	Actual	RSL/GD	Oportunidad del diagnóstico en semanas (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la fecha del diagnóstico).	5	5	5	5	5	5	30	5	100,00	Sí
3	Actual	RSL/GD	Oportunidad del tratamiento en semanas (tiempo entre el inicio de los síntomas y el primer tratamiento FAME).	5	5	5	5	5	5	30	5	100,00	Sí
4	Actual	RSL/GD	Proporción de los pacientes a quienes se realizó la prueba de anticuerpos anti-citrulina y el factor reumatoide IgM dentro del proceso diagnóstico.	5	5	5	5	5	5	30	5	100,00	Sí
5	Actual	RSL/GD	Proporción de los pacientes a quienes se realizó la prueba de PCR y VSG al momento del diagnóstico.	5	5	5	5	5	5	30	5	100,00	Sí
6	Actual	RSL/GD	Proporción de los pacientes a quienes se evaluó el daño estructural por artritis reumatoide al diagnóstico.	5	5	5	5	5	5	30	5	100,00	Sí
7	Actual	RSL/GD	Proporción de los pacientes en quienes se realizó tamizaje para tuberculosis previo al inicio del uso de FAME biológicos o sintéticos con objetivo terapéutico.	5	5	5	5	5	5	30	5,00	100,00	Sí
8	Actual	RSL/GD	Proporción de los pacientes en quienes se inicia tratamiento con FAME como tratamiento para AR (cobertura de FAME).	2,5	5	5	5	5	5	27,5	4,58	89,58	Sí
9	Actual	RSL/GD	Proporción de los pacientes que reciben simultáneamente metotrexate y ácido fólico.	5	5	5	5	3	0	23	3,83	70,83	No
10	Actual	RSL/GD	Proporción de los pacientes que asisten a terapia ocupacional o a terapia física.	5	5	5	5	5	3	28	4,67	91,67	Sí
11	Actual	RSL/GD	Proporción de los pacientes en quienes se realiza DAS28 al menos una vez en los últimos 6 meses.	5	5	5	4	4	5	28	4,67	91,67	Sí
12	Actual	RSL/GD	Proporción de los pacientes en quienes se realiza HAQ al menos una vez en los últimos 6 meses.	5	5	5	5	5	5	30	5,00	100,00	Sí



Anexo 5. Aplicación de la metodología CREMAA a los indicadores propuestos (continuación)

N°	Actual o nuevo	Propuesto por	Indicador	Calificación de criterios CREMAA						Puntaje		Puntuación estandarizada	¿Elección?
				C	R	E	M	A	A	Suma	Promedio		
13	Actual	RSL/GD	Proporción de los pacientes en tratamiento para AR que lograron remisión de la enfermedad (medida por DAS28 en los últimos 6 meses).	5	5	5	4	4	5	28	4,67	91,67	Sí
14	Actual	RSL/GD	Proporción de los pacientes en tratamiento para AR que lograron baja actividad (medida por DAS28 en los últimos 6 meses).	5	5	5	4	4	5	28	4,67	91,67	Sí
15	Nuevo	RSL/GD	Valoración por reumatología en el periodo.	5	5	5	5	5	5	30	5	100,00	Sí
16	Nuevo	RSL/GD	Tamizaje para VHB previo al inicio del uso de FAME biológicos o sintéticos con objetivo terapéutico.	5	5	5	5	5	5	30	5	100,00	Sí
17	Nuevo	RSL/GD	Tamizaje para VHC previo al inicio del uso de FAME biológicos o sintéticos con objetivo terapéutico.	5	5	5	5	5	5	30	5	100,00	Sí
18	Nuevo	RSL/GD	Acompañamiento psicosocial.	5	5	4	5	5	5	29	4,83	95,83	Sí
19	Nuevo	RSL/GD	Valoración del riesgo cardiovascular en el periodo.	5	5	5	5	5	5	30	5,00	100,00	Sí
20	Nuevo	RSL/GD	Personas diagnosticadas con AR evaluadas con una escala de calidad de vida.	4	5	3	5	5	5	27	4,50	87,50	Sí
21	Nuevo	RSL/GD	Suministro de FAME en el periodo.	4	4	5	3	4	5	25	4,17	79,17	Sí
22	Nuevo	RSL/GD	Uso de biosimilares sobre FAME biológicos.	5	5	4	1	5	5	25	4,17	79,17	Sí
23	Nuevo	RSL/GD	Uso de glucocorticoides al iniciar el tratamiento con FAME.	5	3	5	5	0	5	23	3,83	70,83	No
24	Nuevo	RSL/GD	Prescripción de actividad física.	3	5	4	1	5	4	22	3,67	66,67	No
25	Nuevo	RSL/GD	Porcentaje de pacientes con enfermedad activa con valoración por reumatología cada 3 meses.	5	4	2	3	4	1	19	3,17	54,17	No
26	Nuevo	RSL/GD	Porcentaje de pacientes en remisión o baja actividad con valoración por reumatología cada 6 meses.	5	4	2	3	2	1	17	2,83	45,83	No
27	Nuevo	RSL/GD	Valoración de riesgo de osteoporosis en tratamiento crónico con glucocorticoides.	5	4	3,5	4	5	2	23,5	3,92	72,92	No
28	Nuevo	RSL/GD	Educación al paciente.	0	4	5	0	3	4	16	2,67	41,67	No
29	Nuevo	RSL/GD	Proporción de pacientes con esquema de vacunación.	4	5	3	0	4	4	20	3,33	58,33	No
30	Nuevo	RSL/GD	Valoración del riesgo de caída.	5	3	5	4	5	1	23	3,83	70,83	No
31	Nuevo	RSL/GD	Número de usuarios por reumatólogo.	3	3	4	0	3	0	13	2,17	29,17	No

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 5. Aplicación de la metodología CREMAA a los indicadores propuestos (continuación)

N°	Actual o nuevo	Propuesto por	Indicador	Calificación de criterios CREMAA						Puntaje		Puntuación estandarizada	¿Elección?
				C	R	E	M	A	A	Suma	Promedio		
32	Nuevo	RSL/GD	Manejo por hepatólogo en coinfección con hepatitis.	5	0	5	5	0	1	16	2,67	41,67	No
33	Nuevo	RSL/GD	Derivación a podología.	5	3	4	4	2	0	18	3,00	50,00	No
34	Nuevo	RSL/GD	Porcentaje de pacientes que deja de fumar.	3	5	3	0	3	4	18	3,00	50,00	No
35	Nuevo	RSL/GD	Días de incapacidad al año.	5	4	5	5	0	4	23	3,83	70,83	No
36	Nuevo	RSL/GD	Manejo interdisciplinario en AR.	3	4	4	3	3	3	20	3,33	58,33	No
37	Nuevo	PE	Proporción de uso de medicamentos biológicos en los protegidos con artritis.	2	2	4	5	1	2	16	2,67	41,67	No
38	Nuevo	PE	Intensificación terapéutica en pacientes no controlados. Definición: pacientes con actividad moderada/alta sin ajuste de tratamiento en 3 a 6 meses. Tipo: Proceso crítico (<i>Treat-to-target</i>). El modelo <i>treat-to-target</i> exige ajustes oportunos si no hay control.	4	3	3	3	4	3	20	3,33	58,33	No
39	Nuevo	PE	Proporción de pacientes con AR en remisión o baja actividad sostenida en quienes se documenta reducción progresiva o suspensión de glucocorticoides sistémicos durante el periodo.	4	4	5	1	4	4	22	3,67	66,67	No
40	Nuevo	PE	Prevalencia de pacientes con AR que tienen terapia biológica con biosimilares/total de la población con uso de terapia biológica ≥ 30 %.	5	5	4	1	5	5	25	4,17	79,17	Sí

CREMAA: claro, relevante, económico, medible, adecuado, aportación marginal; **GD:** grupo desarrollador; **PE:** panel de expertos; **RSL:** revisión sistemática de la literatura.

Fuente: elaboración CAC.

Anexo 6. Listado de artículos excluidos tras la revisión del texto completo

N°	Título del artículo	Autores/ organización	Año	Motivo de la exclusión
1	<i>AB0188 Do Patient-Reported Outcomes in Rheumatoid Arthritis Reflect Disease Activity?</i>	Ben Abdelghani K.	2021	Tipo de publicación. El artículo fue excluido debido a que corresponde a un resumen presentado en formato de póster, el cual no proporciona información metodológica ni resultados completos suficientes para realizar una evaluación crítica adecuada e incluirlo en el proceso de construcción del consenso.
2	<i>Integrating PROMIS Measures in a Treat-to-Target Approach to Standardize Patient-Centered Treatment of Rheumatoid Arthritis.</i>	George J. Greene	2023	Diseño de estudio incorrecto. El artículo fue excluido porque el diseño metodológico no se ajusta a los criterios definidos para el consenso, dado que no permite responder de manera adecuada a la pregunta de interés ni aportar evidencia relevante para la formulación de recomendaciones o indicadores.



Anexo 6. Listado de artículos excluidos tras la revisión del texto completo (continuación)

Nº	Título del artículo	Autores/ organización	Año	Motivo de la exclusión
3	<i>Effects of Nutritional Status and Foods Consumed on Inflammation and Disease Activity in Patients with Rheumatoid Arthritis.</i>	Bilal Uysal	2024	No genera recomendaciones. El documento fue excluido debido a que su contenido es descriptivo y no desarrolla recomendaciones, lineamientos o elementos aplicables a la construcción y priorización de indicadores dentro del consenso.
4	<i>ABS1188-HPR Cardiovascular Risk Assessment in Rheumatoid Arthritis - Whose Responsibility Is It.</i>	Taylor I.	2025	Tipo de publicación. El artículo fue excluido debido a que corresponde a un resumen presentado en formato de póster, el cual no proporciona información metodológica ni resultados completos suficientes para realizar una evaluación crítica adecuada e incluirlo en el proceso de construcción del consenso.
5	<i>The management of patients with rheumatoid arthritis: an overview of obstacles and improvement strategies.</i>	Zanetti Anna	2022	Información duplicada (ya incluido en otro artículo). El artículo fue excluido porque la información presentada ya se encuentra contenida en otra publicación incluida previamente, lo que evita la duplicidad de la evidencia dentro del proceso de revisión.
6	<i>Cardiovascular Risk Management in Patients With Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review.</i>	Singh T.	2024	No genera recomendaciones. El documento fue excluido debido a que su contenido es descriptivo y no desarrolla recomendaciones, lineamientos o elementos aplicables a la construcción y priorización de indicadores dentro del consenso.
7	<i>Using Process Improvement and Systems Redesign to Improve Rheumatology Care Quality in a Safety Net Clinic.</i>	Aguirre A.	2025	No genera recomendaciones. El documento fue excluido debido a que su contenido es descriptivo y no desarrolla recomendaciones, lineamientos o elementos aplicables a la construcción y priorización de indicadores dentro del consenso.
8	<i>Upadacitinib for treating moderate rheumatoid arthritis, Technology appraisal guidance, TA744.</i>	NICE	2021	Enfoque en terapia específica sin aporte a indicadores. El artículo fue excluido debido a que se centra exclusivamente en una terapia específica para el manejo de la enfermedad y, aunque aborda aspectos clínicos relevantes, no aporta elementos útiles para la definición, construcción o evaluación de indicadores en el marco del consenso.
9	<i>Adalimumab, etanercept, infliximab and abatacept for treating moderate rheumatoid arthritis after conventional DMARDs have failed, Technology appraisal guidance, TA715.</i>	NICE	2021	Enfoque en terapia específica sin aporte a indicadores. El artículo fue excluido debido a que se centra exclusivamente en una terapia específica para el manejo de la enfermedad y, aunque aborda aspectos clínicos relevantes, no aporta elementos útiles para la definición, construcción o evaluación de indicadores en el marco del consenso.
10	<i>Filgotinib for treating moderate to severe rheumatoid arthritis, Technology appraisal guidance, TA676.</i>	NICE	2021	Enfoque en terapia específica sin aporte a indicadores. El artículo fue excluido debido a que se centra exclusivamente en una terapia específica para el manejo de la enfermedad y, aunque aborda aspectos clínicos relevantes, no aporta elementos útiles para la definición, construcción o evaluación de indicadores en el marco del consenso.
11	<i>Upadacitinib for treating severe rheumatoid arthritis, Technology appraisal guidance, TA665.</i>	NICE	2020	Enfoque en terapia específica sin aporte a indicadores. El artículo fue excluido debido a que se centra exclusivamente en una terapia específica para el manejo de la enfermedad y, aunque aborda aspectos clínicos relevantes, no aporta elementos útiles para la definición, construcción o evaluación de indicadores en el marco del consenso.
12	<i>Japan College of Rheumatology guidance for the use of methotrexate in patients with rheumatoid arthritis: Secondary publication.</i>	Hideto Kameda et al.	2023	Enfoque en terapia específica sin aporte a indicadores. El artículo fue excluido debido a que se centra exclusivamente en una terapia específica para el manejo de la enfermedad y, aunque aborda aspectos clínicos relevantes, no aporta elementos útiles para la definición, construcción o evaluación de indicadores en el marco del consenso.
13	<i>Canadian Rheumatology Association Living Guidelines for the Pharmacological Management of Rheumatoid Arthritis With Disease-Modifying Antirheumatic Drugs.</i>	Hazlewood Glen S.	2022	Imitación de otra GPC. Durante la lectura se evidenció que la guía se basa directamente en la guía australiana, tomando tanto las recomendaciones planteadas como la revisión sistemática de la literatura, por lo cual se decide no incluirla.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo
de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 7. Distribución de los artículos por temática

N°	Título	Autor/organización	Año	Prevención	Diagnóstico	Tratamiento	Oportunidad	Seguimiento
1	<i>EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update.</i>	EULAR	2022		x	x	x	x
2	<i>Rheumatoid arthritis in adults: management.</i>	NICE (National Institute for Health and Care Excellence)	2020			x	x	
3	<i>2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis.</i>	ACR	2021			x	x	
4	Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con artritis reumatoide.	Sociedad española de reumatología	2025		x	x	x	
5	Guía de práctica clínica para la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con artritis reumatoide.	Asociación Colombiana de Reumatología	2022		x	x	x	x
6	<i>2024 Update of the Japan College of Rheumatology Clinical Practice Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis.</i>	Japan College of Rheumatology	2025		x	x		
7	<i>Chinese guidelines for the diagnosis and treatment of rheumatoid arthritis: 2024 update.</i>	National Clinical Research Center for Dermatologic and Immunologic Diseases	2024		x	x		
8	<i>Recommendations for the treatment of rheumatoid arthritis in Saudi Arabia: adoption of the 2021 American College of Rheumatology guidelines.</i>	Saudi Society for Rheumatology	2022		x	x	x	
9	<i>Clinical Practice Guideline for Physical Therapist Management of People With Rheumatoid Arthritis.</i>	Royal Dutch Society for Physical Therapy	2021		x	x	x	
10	<i>Australian Living Guideline for the Pharmacological Management of Inflammatory Arthritis.</i>	Australian Rheumatology Association	2025	x	x	x	x	x
11	<i>The British Society for Rheumatology guideline for the management of foot health in inflammatory arthritis.</i>	British Society for Rheumatology	2025		x	x		
12	<i>Portuguese multidisciplinary recommendations for non-pharmacological and non-surgical interventions in patients with rheumatoid arthritis.</i>	Sociedade Portuguesa de Reumatologia	2021		x	x		
13	Actualización de las Guías para el Tratamiento Farmacológico de la Artritis Reumatoide del Colegio Mexicano de Reumatología 2023.	Colegio Mexicano de Reumatología	2024			x	x	
14	<i>2022 American College of Rheumatology Guideline for Exercise, Rehabilitation, Diet, and Additional Integrative Interventions for Rheumatoid Arthritis.</i>	ACR	2022			x		x
15	<i>Patient Empowerment Among Adults With Arthritis: The Case for Emotional Support.</i>	Kathleen L. Carluzzo et al.	2022					x
16	<i>Identification of Gaps in Quality of Care and Good Practice Interventions in Rheumatoid Arthritis: Insights From a Literature Review and Qualitative Study of Nine Centers in North America.</i>	Curtis et al.	2024				x	x



Anexo 7. Distribución de los artículos por temática (continuación)

Nº	Título	Autor/organización	Año	Prevención	Diagnóstico	Tratamiento	Oportunidad	Seguimiento
17	<i>Patient Reported Outcome Measures for Rheumatoid Arthritis Disease Activity: a systematic review following COSMIN guidelines.</i>	Pickles et al.	2022					x
18	<i>Assessment of disease activity and quality of life of Korean patients with rheumatoid arthritis.</i>	Young Ho Lee	2025					x
19	<i>The Effects of Continuity of Rheumatology Care on Emergency Department Utilization and Hospitalizations for Individuals with Early Rheumatoid Arthritis: A Population-Based Study.</i>	Davtyan et al.	2023			x	x	x
20	<i>Cardiovascular disease risk assessment in patients with rheumatoid arthritis: A scoping review.</i>	Murphy et al.	2024	x				x
21	<i>Outcome Assessments for the Rheumatoid Hand.</i>	Stjernberg-Salmela et al.	2024					x
22	<i>Adherence to biological therapies in patients with rheumatoid arthritis: a retrospective cohort study.</i>	Neycheva et al.	2023			x		x
23	<i>Significant Gains in Rheumatoid Arthritis Quality Measures Among RISE Registry Practices.</i>	Izadi et al.	2020					x
24	<i>The use of PROMIS measures in clinical studies in patients with inflammatory arthritis: a systematic review.</i>	Teuwen et al.	2023					x
25	<i>Association between sarcopenia, physical performance and falls in patients with rheumatoid arthritis: a 1-year prospective study.</i>	Wiegmann et al.	2021					x
26	<i>Use and detailed metric properties of patient-reported outcome measures for rheumatoid arthritis: a systematic review covering two decades.</i>	Küçükdeveci et al.	2021	x				x
27	<i>Does exercise therapy improve patient-reported outcomes in rheumatoid arthritis? A systematic review and meta-analysis for the update of the 2020 JCR guidelines for the management of rheumatoid arthritis.</i>	Sobue et al.	2021			x		x
28	<i>Outcomes Reported in Prospective Long-Term Observational Studies and Registries of Patients With Rheumatoid Arthritis Worldwide: An Outcome Measures in Rheumatology Systematic Review.</i>	ACR	2021	x				x
29	<i>Multimorbidity Patterns and Rheumatoid Arthritis Disease Outcomes: Findings From a Multicenter, Prospective Cohort.</i>	Dutt et al.	2023				x	x
30	<i>Do it fast! Early access to specialized care improved long-term outcomes in rheumatoid arthritis: data from the REAL multicenter observational study.</i>	Albuquerque et al.	2023				x	x
31	<i>Direct healthcare resource utilisation, health-related quality of life, and work productivity in patients with moderate rheumatoid arthritis: an observational study.</i>	Gallowayl et al.	2021	x				x
32	<i>Patient satisfaction, preferences, expectations, characteristics, and impact of suboptimal control of rheumatoid arthritis: A subgroup analysis of Japanese patients from a large international cohort study (SENSE).</i>	Kawahito et al.	2021	x				x

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo
de la gestión del riesgo de las personas con artritis reumatoide en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 7. Distribución de los artículos por temática (continuación)

N°	Título	Autor/organización	Año	Prevención	Diagnóstico	Tratamiento	Oportunidad	Seguimiento
33	<i>Effects of overweight and underweight on the treatment outcomes of rheumatoid arthritis patients treated with biological drugs: A retrospective observational descriptive study.</i>	Hirai et al.	2020	x		x		x
34	<i>The impact of obesity and overweight on rheumatoid arthritis patients: real-world insights from a biologic and targeted synthetic DMARDs registry.</i>	Güler et al.	2025	x		x		x
35	<i>Perceived Stress and Prediction of Worse Patient-Reported Outcomes in a Rheumatoid Arthritis Cohort.</i>	Patterson et al.	2025					x
36	<i>Effectiveness of General Medicine in the Management of Rheumatoid Arthritis in Rural Settings: A Systematic Review and Meta-Ethnography.</i>	Ohta et al.	2024	x	x			x
37	<i>Association of health literacy with disease outcomes in inflammatory arthritis: a systematic review.</i>	MrinaliniDey et al.	2025				x	x
38	<i>Development of the Australian Rheumatology Association Clinical Care Standard for the Diagnosis and Management of Rheumatoid Arthritis in Adults.</i>	Maria B. Sukkar	2024		x	x	x	x
39	<i>Quality of care for newly diagnosed patients with rheumatoid arthritis in South Korea.</i>	Jun Won Park et al.	2025				x	x
40	<i>Update to a Systematic Review on Quality Measures for Rheumatoid Arthritis.</i>	Githumbi et al.	2025				x	x
41	<i>Outcomes and Quality of Care in Rheumatoid Arthritis With or Without Video Telemedicine Follow-Up Visits.</i>	Ferucci, Elizabeth D., et al.	2022				x	x
42	<i>Can the adherence to quality of care indicators for early rheumatoid arthritis in clinical practice reduce risk of hospitalisation? Retrospective cohort study based on the Record Linkage of Rheumatic Disease study of the Italian Society for Rheumatology.</i>	Zanetti et al.	2020				x	x
43	<i>Evaluating Quality of Care for Rheumatoid Arthritis for the Population of Alberta Using System-level Performance Measures.</i>	Claire E.H. Barber et al.	2021				x	x
44	<i>Considerations for improving quality of care of patients with rheumatoid arthritis and associated comorbidities.</i>	Tore K Kvien	2020	x			x	x
45	<i>Data quality predicts care quality: findings from a national clinical audit.</i>	Yates et al.	2020				x	x
46	<i>Development of a Patient-centered Quality Measurement Framework for Measuring, Monitoring, and Optimizing Rheumatoid Arthritis Care in Canada.</i>	Claire E.H. Barber et al.	2021				x	x
47	<i>What are the core recommendations for rheumatoid arthritis care? Systematic review of clinical practice guidelines</i>	Conley et al.	2023		x	x		x
48	<i>Factors Associated With Quality Care Among Adults With Rheumatoid Arthritis.</i>	Seyferth et al.	2022				x	x
49	<i>Quality Indicators for Evaluating the Health Care of Patients with Rheumatoid Arthritis: a Korean Expert Consensus.</i>	Seo et al.	2021				x	x
Total				10	13	21	25	39

Fuente: elaboración CAC.



Anexo 8. Indicadores adicionales propuestos por el PE

Nombre del Indicador	Razones de exclusión/inclusión	Sector que propone el indicador
Proporción de uso de medicamentos biológicos en los protegidos con artritis.	Excluido dado que el objetivo no es incentivar su uso indiscriminadamente, sino por los criterios definidos.	Aseguramiento (EPS, ET, EAPB).
Intensificación terapéutica en pacientes no controlados. Definición: pacientes con actividad moderada/alta sin ajuste de tratamiento en 3 a 6 meses. Tipo: Proceso crítico (<i>Treat-to-target</i>). El modelo <i>treat-to-target</i> exige ajustes oportunos si no hay control.	Excluido dado que la medición de la intensificación terapéutica presenta limitaciones para su medición con las variables dispuestas por la Resolución 1393 de 2015.	Prestación (IPS o clínico delegado por IPS).
Proporción de pacientes con AR en remisión o baja actividad sostenida en quienes se documenta reducción progresiva o suspensión de glucocorticoides sistémicos durante el periodo.	Es una decisión altamente especializada que no debe incluirse como indicador de gestión del riesgo.	Gobierno (MSPS, IETS, INS, defensoría, Superintendencia, otro).
Prevalencia de pacientes con AR que tienen terapia biológica con biosimilares/total de la población con uso de terapia biológica $\geq 30\%$.	Expertos temáticos lo consideran relevante, aunque su medición es difícil por las características del proceso de prescripción/dispensación. Tras la votación se incluyó sin meta fijada.	Prestación (IPS o clínico delegado por IPS).

Fuente: elaboración CAC.

Anexo 9. Frecuencia y porcentaje de participación en las distintas rondas de votación según el sector

Sector	Ronda 1		Ronda 2		Ronda 3	
	Número de votos (n)	Porcentaje de participación (%)	Número de votos (n)	Porcentaje de participación (%)	Número de votos (n)	Porcentaje de participación (%)
Aseguramiento	29	63,04	23	67,65	26	68,42
Prestación	13	28,26	9	26,47	8	21,05
Gobierno	2	4,35	1	2,94	1	2,63
Sociedades científicas	1	2,17	0	0,00	1	2,63
Pacientes o cuidadores	1	2,17	1	2,94	2	5,26
Total	46	100	34	100	38	100

Fuente: elaboración CAC.

El diseño, la diagramación y la corrección de estilo de este consenso **fueron realizados por:**



ELEVATE'S
Media, talent and impact

Revisión y corrección de estilo

Adriana Yulieth Guzmán Matamoros

Correctora de estilo

Elevate's | Media, Talent and Impact

Diseño y diagramación

Angie Tatiana Silva Salamanca

Líder de diseño editorial

Elevate's | Media, Talent and Impact

Agosto, 2026



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