

**CARACTERIZACIÓN LABORAL DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDA EN LA IPS ARTMÉDICA EN LA SEDE  
EJE CAFETERO ENTRE 2015 Y 2017**

**Ana María Otálvaro Ospina  
Leonela Estefanía Vera Salazar**

**Fundación Universitaria del Área Andina  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Centro de Posgrados  
Especialización en Gerencia En Seguridad Y Salud En El trabajo  
Cohorte 121  
Pereira, Risaralda  
2018**

**CARACTERIZACIÓN LABORAL DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDA EN LA IPS ARTMÉDICA EN LA SEDE  
EJE CAFETERO ENTRE 2015 Y 2017**

**Trabajo de grado para optar al título de Especialista En Gerencia En  
Seguridad Y Salud En El Trabajo**

**Ana María Otálvaro Ospina  
Leonela Estefanía Vera Salazar**

**Asesora Metodológica  
Magda Dicelly Marín Villada**

**Asesor Temático  
Eugenio Ocampo Piedrahita**

**Fundación Universitaria del Área Andina  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Centro de Posgrados  
Especialización en Gerencia En Seguridad Y Salud En El trabajo  
Cohorte 121  
Pereira, Risaralda  
2018**

Nota de aceptación:

---

---

---

---

---

**Firma del presidente del jurado**

---

**Firma del Jurado**

---

**Firma del Jurado**

**Pereira, abril de 2018**

## TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	11
Palabras clave.....	11
Glosario.....	12
1. Problema.....	15
1.1 Pregunta del Problema.....	15
1.1 Descripción del Problema.....	15
2. Objetivos.....	17
2.1 Objetivo General.....	17
2.2 Objetivos Específicos.....	17
3. Marco de Referencia.....	18
3.1 Marco Institucional.....	18
3.1.1 Misión.....	18
3.1.2 Visión.....	18
3.1.3 Valores.....	19
3.2 Marco Teórico.....	19
3.3 Marco de Referencia.....	20
3.4 Marco Conceptual.....	20
3.5 Marco Legal.....	22
4. Estrategia Metodológica.....	24
4.1 Población.....	24
4.2 Muestra.....	24
4.3 Marco Muestral.....	24
4.4 Criterios de Selección.....	24
4.5 Variables.....	25
4.6 Tabla Operacionalización de Variables.....	28
5. Instrumento.....	32
5.1 Criterios de Clasificación.....	32
5.2 Procedimiento.....	32
5.3 Plan de Trabajo.....	32
5.4 Análisis de Datos.....	33
6. Marco Bioético.....	34
7. Marco Medioambiental.....	34
8. Presupuesto.....	35
8.1. Población Beneficiada.....	36
8.2 Difusión de los Resultados.....	36
9. Cronograma.....	37

10. Referencias Bibliográficas.....	39
11. Resultados .....	42
11.1 Análisis de Frecuencias.....	45
12. Discusión.....	91
13. Limitaciones del Estudio .....	95
14. Conclusiones .....	96
15. Conclusiones para el Área Laboral.....	97
16. Recomendaciones.....	99

## ANEXOS

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Marco legal.

Tabla 2. Criterios de selección.

Tabla 3. Variables.

Tabla 4. Operacionalización de variables.

Tabla 5. Cuadro presupuesto.

Tabla 6. Cronograma.

Tabla 7. Distribución por lugar de residencia.

Tabla 8. Distribución Por estrato socioeconómico.

Tabla 9. Distribución posibles casos de informalidad.

Tabla 10. Distribución de frecuencias según ocupación.

Tabla 11. Distribución de frecuencias de tratamiento con terapia biológica

Tabla 12. Promedio de mediciones de DAS 28 en pacientes que recibieron  
incapacidad.

Tabla 13. Distribución de sexo por grupos de edad.

Tabla 14. Distribución de tipo de afiliación por grupos de edad.

Tabla 15. Distribución de estrato socioeconómico según grupo de edad.

Tabla 16. Área de residencia según lugar de residencia.

Tabla 17. Tipo de artritis reumatoide según sexo.

Tabla 18. Distribución por tiempo de evolución.

Tabla 19. Tiempo de evolución según área de residencia.

Tabla 20. Distribución de incapacidades según su duración y según sexo.

Tabla 21. Distribución según estrato.

Tabla 22. Distribución de frecuencias de edad en sexo femenino.

Tabla 23. Distribución de frecuencias de tipo de artritis reumatoide en sexo femenino.

Tabla 24. Tipo de afiliación en sexo femenino, según grupos de edad.

Tabla 25. Distribución de tipo de artritis reumatoide según grupos de edad.

Tabla 26. Tipo de afiliación por grupos de edad en sexo femenino.

Tabla 27. Distribución de frecuencias de lugar de residencia en población femenina.

Tabla 28. Estrato Socioeconómico en población femenina.

Tabla 29. Tipo de afiliación y EPS en sexo femenino.

Tabla 30. Distribución según ocupación.

Tabla 31. Distribución de frecuencias de edad en sexo masculino.

Tabla 32. Distribución de frecuencias de Tipo de artritis reumatoide en sexo masculino.

Tabla 33. Tipo de afiliación por grupos de edad en sexo masculino.

Tabla 34. Tipos de artritis reumatoide según grupo de edad en sexo masculino.

Tabla 35. Distribución de frecuencias de lugar de residencia en población masculina.

Tabla 36. Estrato socioeconómico en población masculina.

Tabla 37. Tipo de afiliación y EPS en sexo masculino.

Tabla 38. Distribución según ocupación.

Tabla 39. Distribución de ocupación según edad.

Tabla 40. Ocupación y tiempos de evolución.

Tabla 41. Incapacidad médica según ocupación.

Tabla 42. Distribución de ocupación sexo femenino.

Tabla 43. Distribución de ocupación sexo masculino.

Tabla 44. Tipo de Artritis reumatoide y tiempo de evolución.

Tabla 45. Distribución por tiempo de evolución.

Tabla 46. Das 28.

Tabla 47. Distribución por tipo de artritis.

Tabla 48. Distribución por terapia.

Tabla 49. Terapia DMARD combinada de acuerdo a índice de severidad.

Tabla 50. Distribución según incapacidad y terapia biológica.

Tabla 36. Estrato socioeconómico en población masculina.

Tabla 37. Tipo de afiliación y EPS en sexo masculino.

Tabla 38. Distribución según ocupación.

Tabla 39. Distribución de ocupación según edad.

Tabla 40. Ocupación y tiempos de evolución.

Tabla 41. Incapacidad médica según ocupación.

Tabla 42. Distribución de ocupación sexo femenino.

Tabla 43. Distribución de ocupación sexo masculino.

Tabla 44. Tipo de artritis reumatoide y tiempo de evolución.

Tabla 45. Distribución por tiempo de evolución.

Tabla 46. Das 28.

Tabla 47. Distribución por tipo de artritis reumatoide.

Tabla 48. Distribución por terapia.

Tabla 49. Terapia DMARD combinada de acuerdo a índice de severidad.

Tabla 50. Distribución según incapacidad y terapia biológica.

*Tabla 51.* Incapacidad y tiempo de evolución.

Tabla 52. Distribución según incapacidad médica.

Tabla 53. Distribución según tipo de afiliación por ocupación e incapacidad.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Distribución de casos por grupos de edad.

Figura 2. Distribución por sexo.

Figura 3. Distribución por área de residencia.

Figura 4. Distribución de frecuencias de afiliación por EPS.

Figura 5. Distribución por régimen de afiliación.

Figura 6. Distribución de frecuencias tipo de artritis reumatoide.

Figura 7. Distribución de frecuencias de acuerdo a tiempo de evolución.

Figura 8. Distribución de frecuencias de manejo con monoterapia DMARD.

Figura 9. Distribución de frecuencia de área de residencia en el sexo femenino.

Figura 10. Distribución de frecuencia de área de residencia en el sexo masculino.

## INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica, multisistémica, inflamatoria, de etiología multifactorial <sup>(1)</sup> que compromete preferentemente la membrana sinovial de las articulaciones, pero puede afectar otros órganos y sistemas <sup>(2)</sup> En cualquiera de los casos, el proceso inflamatorio puede ser susceptible de resolución completa, sin daño residual; en otras situaciones puede dejar lesiones y secuelas por daño estructural. <sup>(3)</sup> Se caracteriza por el dolor crónico y destrucción articular, por mortalidad prematura y por presentar un riesgo de invalidez elevado con altos costos para el enfermo y la sociedad. <sup>(4)</sup> Sin tratamiento son esperables la incapacidad progresiva y la invalidez al cabo de un lapso que va de pocos meses a 20 años de evolución, dependiendo de la presencia de factores pronósticos. <sup>(4)</sup>

El dolor es el síntoma principal de la artritis reumatoide, éste, junto a la actividad de la enfermedad, y el daño articular, originan numerosas consecuencias; la mayoría de los pacientes sufren una considerable discapacidad, pérdida de ingresos económicos, por tal razón el impacto social y económico de la enfermedad es muy importante en relación con la incapacidad que produce. Aproximadamente el 50% de los pacientes con artritis reumatoide dejan de trabajar durante los primeros 10 años de la enfermedad. <sup>(4)</sup> Por ello es decisivo reconocer cuales son los pacientes que tendrán mayor discapacidad y con cuanta rapidez. En estudios realizados en España, el 20% de los pacientes con artritis reumatoide tienen algún grado de incapacidad laboral, sin embargo, también tiene repercusiones en cuanto a la pérdida de horas de trabajo, necesidad de bajas laborales transitorias, de modificación de las condiciones de trabajo y pérdida del empleo. <sup>(5)</sup>

### **PALABRAS CLAVE:**

Reumatología, Artritis Reumatoide, Incapacidad Laboral, Ausentismo Laboral.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Artritis Reumatoide:** La artritis reumatoide es una enfermedad que afecta las articulaciones o coyunturas. Las articulaciones son donde dos o más huesos se unen, como en las rodillas, las caderas o los hombros. La artritis reumatoide causa dolor, hinchazón y rigidez.

**Ausentismo Laboral:** El ausentismo laboral es el conjunto de ausencias de los empleados a su trabajo, justificadas o no. Es uno de los puntos que más preocupan a las empresas y que más tratan de controlar y reducir.

**Articulaciones:** Unión entre dos o más huesos, o entre un hueso y un cartílago. La función principal de las articulaciones es formar estructuras de unión entre los componentes del esqueleto y permitir el movimiento del cuerpo.

**Autolimitados:** Término que se refiere a aquellos procesos o enfermedades que suelen terminar sin tratamiento.

**Calidad De Vida:** La calidad de vida designa las condiciones en que vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida, o la llenen de aflicción. Es un concepto extremadamente subjetivo y muy vinculado a la sociedad en que el individuo existe y se desarrolla.

**Comorbilidades:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la comorbilidad o diagnóstico dual como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico (OMS, 1995). De conformidad con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), una persona con diagnóstico dual es una persona a la que se le ha diagnosticado un problema por el consumo abusivo de alcohol o drogas además de otro tipo de diagnóstico, normalmente de carácter psiquiátrico, por ejemplo, trastornos anímicos o esquizofrenia (PINUCD, 2000). En otras palabras, la comorbilidad en este contexto se refiere a la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad, uno de los cuales se deriva del consumo problemático de sustancias.

**Deformidad:** Una deformidad o malformación es una diferencia notable en la forma del cuerpo o parte del cuerpo, u órgano del cuerpo (interno o externo) comparada con la forma promedio de la parte en cuestión. El 3% de los recién nacidos en el

mundo nacen con una malformación desde muy leve hasta muy grave. El miedo a la deformidad es conocido como dismorfofobia.

**Desequilibrio:** El término desequilibrio puede referirse a: El desajuste en ciertos parámetros que mantienen el equilibrio en un sistema; En psicopatología, un trastorno mental, o bien trastorno psicológico, expresado como un desajuste en las facultades psíquicas de un individuo.

**Dolor:** Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo; es el resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas

**Discapacidad:** La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás Convención de la ONU, 2006

**DAS 28:** El índice DAS28 se ha consolidado como variable fundamental para valorar la actividad de la artritis reumatoide y es el principal parámetro utilizado para establecer decisiones terapéuticas en esta enfermedad, incluidas el inicio y el cambio de tratamientos biológicos.

**Enfermedad:** El término enfermedad proviene del latín *infirmitas*, que significa literalmente «falta de firmeza». La definición de enfermedad según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la de “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible

**Enfermedad Autoinmune:** La enfermedad autoinmune, también enfermedad auto inmunitaria, es una enfermedad causada por el sistema inmunitario, que ataca las células del propio organismo. En este caso, el sistema inmunitario se convierte en el agresor y ataca y destruye a los propios órganos y tejidos corporales sanos, en vez de protegerlos. Existe una respuesta inmunitaria exagerada contra sustancias y tejidos que normalmente están presentes en el cuerpo.

**Habilidad:** La habilidad es la aptitud innata, talento, destreza o capacidad que ostenta una persona para llevar a cabo y por supuesto con éxito, determinada actividad, trabajo u oficio.

**Inclusión:** Se denomina inclusión a toda actitud, política o tendencia que busque integrar a las personas dentro de la sociedad, buscando que éstas contribuyan con

sus talentos y a la vez se vean correspondidas con los beneficios que la sociedad pueda ofrecer.

**Incapacidad:** La incapacidad es, la condición de inferioridad de capacidades o habilidades que una persona puede presentar en su vida (desde su nacimiento, a partir de un evento específico o en un momento particular que luego puede subsanarse). Es no contar con aquellas capacidades o habilidades que se consideran dentro de los parámetros normales para un ser humano.

**Limitación:** Las limitaciones se aplican en base a los límites, es decir, un límite se aplica a todos en general bajo una ley en determinadas acciones, se limita el paso a un lugar sin excepciones y se puede poner solo limitaciones sobre un individuo en concreto por orden de un ente superior sin que de éste dependa ni sea su voluntad de hacerlo.

**Membrana Sinovial:** Capa de tejido conjuntivo que recubre las cavidades de las articulaciones, las envolturas del tendón y las bolsas llenas de líquido entre tendones y huesos. La membrana sinovial produce el líquido sinovial, que actúa como lubricante.

**Salud:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social.

**Síndrome De Sjögren:** El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune inflamatoria que causa resequedad, particularmente en los ojos y la boca. En las enfermedades autoinmunes el sistema inmunológico no funciona correctamente y ataca a tejidos sanos, ocasionando daño e inflamación. En este síndrome, las células del sistema inmunológico, conocidas como linfocitos, que son las que combaten las infecciones, atacan a las células normales de las glándulas exocrinas, mismas que secretan las sustancias humectantes de los ojos, la boca y otros tejidos.

**Síntoma:** En el ámbito de las ciencias de la salud, un síntoma es la referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad, a diferencia de un signo, que es un dato "objetivo", observable por parte del especialista.

## 1. PROBLEMA

### 1.1 PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son las características sociodemográficas, laborales, de actividad de la enfermedad, tratamiento y requerimiento de incapacidad médica en la cohorte de pacientes con artritis reumatoide manejada por Artmédica SAS en la sede eje cafetero entre enero de 2015 y diciembre de 2017?

### 1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La pérdida de la función y la discapacidad secundarias a la presencia de artritis reumatoide, se relacionan con un elevado costo acumulado en cuidados sanitarios, además de la disminución de los ingresos que se ha calculado aproximadamente 50% en los primeros 9 años de la enfermedad. <sup>(5)</sup> entre los factores determinantes para el abandono del trabajo es el requerimiento físico; aquellos trabajadores que requieren uso de fuerza física para su trabajo, tienen más dificultad en mantener su actividad laboral, mientras que aquellos que pueden marcar el ritmo laboral tienen más posibilidades de continuar trabajando. <sup>(5, 6, 7)</sup>

Las enfermedades crónicas, por sus características suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida del paciente. En la fase inicial aguda, los pacientes sufren un período de crisis caracterizado por un desequilibrio físico social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación; y posteriormente, la fase de asunción del carácter crónico del trastorno, que implica en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida. <sup>(8)</sup> El efecto psicológico se demarca en términos de emociones negativas como ansiedad, ira, tristeza, depresión, afectando el curso de la enfermedad. Se ha encontrado en Paraguay que el 21% de los pacientes con artritis reumatoide presentan trastornos depresivos asociados además a limitación funcional severa, de estos pacientes el 16% ya no pueden realizar sus actividades, mientras que el 48% tienen un desempeño normal. Por ello, es importante ofrecerles el adecuado apoyo terapéutico, psicológico o farmacológico en su caso, haciendo posible un enfoque integral con una mejor respuesta al tratamiento de la enfermedad de fondo, una mayor adecuación al medio y más pronta reinserción laboral. <sup>(9,10, 11,12)</sup>

Según Prada Hernández y compañía, la incapacidad laboral es una consecuencia común y costosa de la artritis reumatoide, que resulta en pérdidas para el paciente y menor productividad para la sociedad. La habilidad laboral es un fenómeno multifactorial que depende de un balance entre los factores personales y las exigencias laborales. Un asunto de gran relevancia en AR es su impacto sobre la calidad de vida de los pacientes, pues la enfermedad conlleva a discapacidad funcional, deterioro de la calidad y de la esperanza de vida, así como dependencia social. En su estudio en los pacientes con discapacidad laboral predominó la invalidez total, la cual fue más frecuente en los pacientes con menor grado de escolaridad (primaria y secundaria) y en la categoría ocupacional obrero. Expresándose relación estrecha entre el estatus laboral con el tiempo de evolución de la enfermedad, y la discapacidad funcional. (11)

Los factores de riesgo que se asocian a la incapacidad laboral son la demanda física, bajo nivel educativo, edad avanzada y larga duración de la enfermedad. (11)

El actual concepto de salud, la evolución y los avances científicos y terapéuticos en medicina, la ampliación de la protección en los diversos sistemas de seguridad social y las modificaciones tecnológicas del trabajo industrial, que afecta a la mayor parte de la sociedad, determinan la urgente necesidad de actualizar el concepto de incapacidad laboral. Ésta se define como “Toda pérdida de capacidad laboral derivada de una causa psicofísica objetivable por los métodos de investigación propios de la medicina”. (12)

Actualmente se desconocen los costos tangibles e intangibles que genera la artritis Reumatoide (AR). Los intangibles son consecuencia del deterioro de la calidad de vida y de su repercusión en el entorno familiar y social, con el agravante que las comorbilidades usuales en estos pacientes hacen la situación más dramática, la cual se aúna a que son de condiciones sociales precarias. El 51% de los pacientes pertenecían al nivel socioeconómico bajo, que discrepa del 87% del estudio de Tobón y Cols. 2004, (12) reflejo de los altos costos que acarrea en el sector salud por ser pacientes que provienen de sectores sociales con importantes necesidades. (13)

Con relación a los días de incapacidad Escobar M y Grisales R, encontraron que era mayor el promedio de los días de incapacidad que los de hospitalización, lo que podría explicarse por qué al ser una enfermedad que genera limitaciones en el movimiento por períodos de tiempo largos, hay una imposibilidad de seguir con la realización de las actividades cotidianas y es ahí donde ocurre la incapacitación. (14)

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar la ocupación de los pacientes con Artritis Reumatoide de la IPS Artmédica, sede eje cafetero atendido entre 2015 y 2017.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con artritis reumatoide atendidos en la sede del eje cafetero de Artmédica entre 2015 a 2017.
- Caracterizar la actividad laboral de los pacientes con artritis reumatoide atendidos en Artmédica sede eje cafetero entre 2015 a 2017.
- Cuantificar la cantidad de incapacidades médicas expedidas por actividad de artritis reumatoide, a los pacientes atendidos por Artmédica sede eje cafetero entre 2015 a 2017.
- Proponer un plan de acción para IPS, EPS y ARL para disminuir el nivel de ausentismo laboral en pacientes con artritis reumatoide.

## **ESTADO DEL ARTE**

En Colombia no se cuenta con estudios que evidencien la caracterización laboral de los pacientes con artritis reumatoide, igualmente, tampoco se cuenta con datos en el eje cafetero, de ahí la importancia de indagar sobre dicha asociación para valorar el impacto de la enfermedad sobre el ámbito laboral de los pacientes, logrando aportar datos a IPS, EPS y ARL para plantear estrategias de ajuste laboral para este tipo de pacientes.

## **3. MARCO TEORICO REFERENCIAL**

### **3.1 MARCO INSTITUCIONAL**

ARTMÉDICA SAS es una IPS creada para realizar gestión del riesgo en patologías autoinmunes, con presencia en Medellín, Eje Cafetero (Armenia, Pereira, Manizales), Montería, Bogotá, Pasto, Tunja.

#### **3.1.1 MISIÓN**

Artmédica, tiene como propósito fundamental, diseñar y poner en marcha modelos de gestión de riesgo en enfermedades de alto impacto determinadas por las siguientes características: Graves desenlaces fisiopatológicos, alta prevalencia y con grandes repercusiones al sistema de salud en Colombia.

Nuestro siguiente gran propósito misionario es poner al servicio de los pacientes, todo nuestro conocimiento en enfermedades complejas, con alta calidad científica, con principios éticos, responsables y sostenibles.

#### **3.1.2 VISIÓN**

Artmédica será en 2018 la empresa líder en gestión de riesgo en salud en Latinoamérica, será un referente mundial a tener en cuenta a partir de la información divulgada por los medios de difusión necesarios para transformar los paradigmas de gestión del siglo XXI.

### 3.1.3 VALORES

- **Liderazgo En Equipo:** La creación, operativización y los ajustes de nuestro día a día se caracterizan por el trabajo en equipo.
- **Responsabilidad Y Disciplina:** Nuestro norte es el respeto, del cual se derivan la responsabilidad en las decisiones de orden médico o administrativo, la puntualidad, la agilidad responsable en la toma de decisiones y por supuesto el trato humano y respetuoso a los pacientes.
- **Crítica Y Carácter Investigativo:** La argumentación en la toma de decisiones sean éstas de carácter médico, de enlace o administrativas están sustentadas con base en conocimiento, experiencia propia y foránea y en la interpretación crítica de la literatura.
- **Honestidad:** decir la verdad, ser decente, recatado, razonable, justo u honrado. es una cualidad humana que consiste en actuar de acuerdo como se piensa y se siente. Quien obra con honradez se caracterizará por la rectitud de ánimo, integridad con la cual procede en todo en lo que actúa.
- **Desarrollo Personal:** El crecimiento de Artmédica va de la mano del desarrollo profesional y humano de nuestros profesionales en las diversas áreas de la institución.
- **Confianza:** conducta futura del otro, creencia en que una persona o grupo será capaz y deseará actuar de manera adecuada en una determinada situación y pensamientos. La confianza se verá más o menos reforzada en función de las acciones.
- **Amistad:** Artmédica integra un cuerpo de amigos con objetivos y valores comunes.

### 3.2 MARCO TEÓRICO

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria autoinmune, de carácter crónico, con etiología multifactorial, que afecta un amplio espectro de la población, desde población infantil hasta población adulta mayor, con una alta tasa de afectación de la población femenina <sup>(14)</sup> a nivel mundial, por lo tanto, su curso afecta de manera directa la capacidad laboral del individuo que la padece, ya que su efecto articular y extra articular aumenta el deterioro de la calidad de vida y la morbilidad durante los años de mayor productividad laboral, afectando los roles sociales, familiares y laborales. <sup>(15)</sup>

El curso de la enfermedad puede ser variable, pudiendo englobar pacientes con actividad severa de la enfermedad, así como pacientes con episodios únicos auto limitados, por lo tanto, siendo voluble también la necesidad de mayor o menor uso de los recursos en salud, sin embargo, por la discapacidad que aparece con el desarrollo de las deformidades, se genera un mayor costo para el sistema de salud y para el sistema pensional, este último afectándose en términos de pérdida de capacidad laboral. (11)

Pese a que la sociedad actual ha permitido la inclusión de la mujer como fuerza de trabajo, el efecto de la morbilidad de la artritis reumatoide en la práctica clínica, evidencia gran necesidad de suspensión de sus actividades tanto laborales como domésticas, generando cambios en la dinámica familiar y social, por limitaciones en las funciones musculoesqueléticas y limitación para uso de la fuerza física, aumentando el grado de dependencia en las pacientes que la padecen. (11)

### **3.3 MARCO DE REFERENCIA**

En Colombia, los estudios epidemiológicos han estimado una prevalencia de la AR entre 0.8-1.0%; con una edad promedio de aparición de 53.2 años y de inicio de los síntomas de 41.3; una mayor prevalencia en el sexo femenino (81.9%); y una comorbilidad relacionada con la hipertensión esencial, la osteoporosis y el síndrome de Sjögren (16). Por estas razones, la AR implica un cambio importante en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas que la padecen. (16) La CVRS es entendida como la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, de su estado físico, emocional y social en un momento dado, y el reflejo del grado de satisfacción con una situación personal a nivel fisiológico (sintomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño o respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad o frustración), y social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad o actividades de ocio, entre otras). (16)

### **3.4 MARCO CONCEPTUAL**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas,

critérios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales. <sup>(17)</sup>

Se ha observado que hasta 70% de los pacientes con AR desarrollarán discapacidad laboral luego de 10 años de evolución de la enfermedad, produciéndose el incremento más significativo en los índices de discapacidad laboral en el primer año luego del diagnóstico. Debido a los avances en el manejo de la enfermedad, muchos pacientes tienen la posibilidad de continuar trabajando, aunque con distintos grados de compromiso en su productividad laboral. <sup>(2)</sup> En los pacientes con AR, la productividad laboral se ve afectada en mayor medida en aquellos con actividad severa de la enfermedad. Sin embargo, los pacientes con baja actividad presentan una productividad inferior que aquellos que se encuentran en remisión. <sup>(3)</sup>

La OMS describe en el ciclo vital la clasificación de las edades en el ser humano, sin embargo, esta clasificación no tiene en cuenta el ciclo laboral, el cual tampoco es descrito por la (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO) OIT, por lo que no es posible adoptar para nuestro trabajo el rango de edades del ciclo vital. <sup>(18)</sup> Por lo tanto, y teniendo en cuenta que en nuestro país la edad legal para iniciar actividades laborales corresponde a la mayoría de edad (18 años), dividiremos las edades en 5 rangos así: menores de 20 años (jóvenes), entre 21 años a 40 años (adultos jóvenes), de 41 años a 60 años (adultos), de 61 años a 80 años y mayores de 80 años, (adultos mayores), lo que nos facilitará la clasificación de la edad en la población a estudiar.

Gracias a la ley 100 de 1993, con la que se plantea la necesidad de un sistema de seguridad social <sup>(19)</sup> y el decreto 3047 de 2013, se crean 3 grandes grupos de clasificación de acuerdo al tipo de afiliación a dicho sistema, ellos son régimen contributivo, régimen subsidiado y condición de movilidad, los cuales no implican por el modelo económico colombiano la condición de empleado o desempleado por el gran índice de informalidad observado en los últimos años, <sup>(20)</sup> y reportado por el DANE en un 42.5% para marzo a mayo de 2017. <sup>(21)</sup> Por lo tanto, es difícil medir el efecto de la artritis reumatoide en los trabajadores si se estudian únicamente desde el régimen contributivo tal como está planteado nuestro modelo actual.

El DAS28 nos permite objetivar, aunque sea de forma imperfecta, la evolución del paciente. En este sentido se convierte, junto con el HAQ, en uno de los instrumentos de seguimiento más útiles para el reumatólogo que trata a pacientes con AR. <sup>(22)</sup>

El DAS28 tiene una escala continua que va de 0 a 9.4. El nivel de actividad de la enfermedad se interpreta como Bajo ( $DAS28 \leq 3.2$ ), Moderado ( $3.2 < DAS28 \leq 5.1$ ), o Alto ( $DAS28 > 5.1$ ). (23)

### 3.5 MARCO LEGAL

Tabla 1. Marco Legal

NORMA	FECHA DE INSCRIPCIÓN	DESCRIPCIÓN
CONSTITUCIÓN POLÍTICA COLOMBIANA (24)	1991	Se cita la constitución política de Colombia debido a que es nuestra carta magna.
LEY 100 (19)	1993	<b>Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones</b> Se cita esta ley ya que tiene como objetivo proteger sus derechos y brindar calidad en la atención, en uno de sus principios "integralidad" garantiza la cobertura y capacidad económica para atender las contingencias que se presenten en salud.
DECRETO 3047 (20)	2013	<b>Por el cual se establecen reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del SISBEN</b> Se relaciona este decreto ya que se pueden presentar variaciones sobre el tipo de afiliación en salud de acuerdo a la condición o no de cotización al régimen
RESOLUCIÓN 1393 (27)	2015	<b>Por la cual se establece el reporte para el registro de pacientes con artritis reumatoide a la cuenta de alto costo.</b> Se cita ya que la Artritis Reumatoide se considera una enfermedad de alto costo.
RESOLUCIÓN 8430 (28)	1993	<b>Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la Investigación en salud.</b>

<p>LEY 99 (30)</p>	<p>1993</p>	<p>Por la cual se crea el Ministerio del Medio Ambiente, se reordena el Sector Público encargado de la gestión y conservación del medio ambiente y los recursos naturales renovables, se organiza el Sistema Nacional Ambiental, SINA y se dictan otras disposiciones.</p>
<p>RESOLUCIÓN 1083 (27)</p>	<p>2013</p>	<p>Por la cual se adopta el Modelo Integrado de Gestión (MIG) y se conforma el Comité del Modelo de Integración de Gestión (CMIG) del Ministerio de Tecnologías de la información y las Comunicaciones.</p>

## 4 ESTRATEGIA METODOLÓGICA

### 4.1 POBLACIÓN

Se tomó como población los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en la sede Eje Cafetero en Artrmédica SAS durante 1 de enero de 2015 a 31 de diciembre de 2017.

### 4.2 MARCO MUESTRAL

Se recibió por parte de la IPS Arménica SAS una base de datos con 588 pacientes a la cual se le aplicaron los criterios de inclusión de exclusión y de eliminación, obteniendo finalmente una base de datos de 533 pacientes. (Ver Tabla 2).

### 4.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Con la base de datos aportada por la IPS y cumpliendo con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en la sede eje cafetero de la IPS Artrmédica SAS.

### 4.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Tabla 2. Criterios de selección

CRITERIOS DE SELECCIÓN		
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN
<b>Pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide</b>	Pacientes de sedes diferentes a sede Eje Cafetero	Pacientes menores de 18 años
<b>Pacientes con sexo masculino y femenino</b>	Pacientes con artritis reumatoide en estudio (diagnostico no definido)	Pacientes con patología autoinmune diferente a artritis reumatoide
<b>Pacientes mayores de 18 años</b>	Pacientes excluidos del programa	Pacientes que no tengan registro de su ocupación

<b>Pacientes que tengan en su historia clínica el registro de su ocupación</b>	Pacientes con poli autoinmunidad	Pacientes de atención particular
<b>Pacientes atendidos entre 01 enero de 2015 y 31 de diciembre de 2017</b>	Pacientes con Artropatía psoriásica o Artritis Psoriásica	
<b>Pacientes de régimen subsidiado y contributivo.</b>	Pacientes fallecidos	
<b>Pacientes con diagnóstico de AR vivos.</b>	Pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide juvenil	
<b>Pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide seronegativa, AR seropositiva, AR no especificada.</b>	Pacientes de atención particular	

#### 4.5 VARIABLES

Tabla 3. Variables:

<b>VARIABLES</b>			
<b>VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS</b>	<b>EDAD</b>	<b>AÑOS</b>	JÓVENES: MENORES DE 20 AÑOS
			ADULTOS JÓVENES ENTRE 21 A 40 AÑOS
			ADULTOS 41 A 60
			ADULTOS MAYORES 61 A 80 AÑOS
			ADULTOS MAYORES DE MÁS DE 81 AÑOS
	<b>SEXO</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>
	<b>TIPO DE AFILIACIÓN</b>	<b>CONTRIBUTIVO</b>	<b>COTIZANTE</b>
		<b>BENEFICIARIO</b>	

DATOS DE LA ENFERMEDAD	ÁREA DE RESIDENCIA SEDE DE ATENCION	SUBSIDIADO		
		MOVILIDAD		
		RURAL	URBANA	
		ARMENIA		
		MANIZALES		
	LUGAR DE RESIDENCIA	MUNICIPIOS DE	QUINDÍO	
			RISARALDA	
			CALDAS	
			NORTE DEL VALLE	
			MENOS DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN	
AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD		ENTRE 6 MESES Y 2 AÑOS		
		MAS DE 2 AÑOS		
NECESIDAD DE INCAPACIDAD MÉDICA	3 DIAS	ENTRE 4 DIAS Y 7 DIAS		
	ENTRE 7 Y 14 DIAS	MAYOR A 15 DIAS		
RECIBE TRATAMIENTO	SI	NO		
TRATAMIENTO RECIBIDO	TERAPIA DMARD	NINGUNO		
	TERAPIA BIOLÓGICA	OTROS TIPOS DE TERAPIAS		
ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD DAS 28	REMISIÓN	<2,6		
	ACTIVIDAD LEVE	2,7 a 3,2		
	ACTIVIDAD MODERADA	3,3 a 5,1		
	ACTIVIDAD SEVERA	>5,1		
ACTIVIDAD LABORAL	AMA DE CASA			
	DESEMPLEADO			
	CESANTE			
	JUBILADO			
	OCUPACIÓN ESPECÍFICA			
	TRABAJADOR INDEPENDIENTE			

	TRABAJADOR DEPENDIENTE		
	ESTUDIANTE		
	INTELECTUAL EXCLUSIVO		
	OCUPACIÓN MIXTA		
	MANUAL EXCLUSIVO		
	SIN DATO		

#### 4.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 4 Operacionalización de variables:

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES						
CLASIFICACIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Variables sociodemográficas	Edad	Cuantificación que se utiliza para hacer mención del tiempo de existencia de un ser vivo desde su nacimiento. La OMS plantea un ciclo vital en el que se dividen las edades de la vida en: niños, adolescentes, adultos, adultos mayores. No contamos con una clasificación que nos permita dividir a los adultos en sus etapas laborales, la cual inicia en nuestro país a los 18 años,	Tomado de historia clínica	menores de edad: hasta los 18 años	Intervalo	Porcentaje por grupo etario
				adultos jóvenes 18 a 40		
				adultos 41 a 64 años		

		momento en el cual se cumple la mayoría de edad y la condición de trabajador es legal.		adultos mayores de más de 65 años		
Sexo		Se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Tomado de historia clínica	Masculino	Nominal	Razón y/o proporción
				Femenino		
Tipo de afiliación		Hace referencia al tipo de afiliación en salud con que cuenta el paciente (Ley 100 de 1993, Decreto 3047 de 2013)	Tomado de historia clínica	Subsidiado	Nominal	Porcentaje
				Contributivo		
				Movilidad		
Área de residencia		Hace referencia al área donde se encuentra ubicada su vivienda	Tomado de historia clínica	Urbana	Nominal	Porcentaje
				Rural		
Ciudad		Se evaluarán solo pacientes atendidos en la sede eje cafetero (armenia, Manizales, Pereira)	Tomado de historia clínica	Armenia	Nominal	Porcentaje
				Manizales		
				Pereira		

<b>Datos sobre la enfermedad</b>	Años de evolución de la enfermedad	Hace referencia al tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad	Tomado de historia clínica	artritis reumatoide temprana (>6 meses)	Ordinal	Porcentaje
				artritis reumatoide intermedia (entre 6 meses y 2 años)		
				artritis reumatoide establecida o tardía (>2 años)		
	Necesidad de incapacidad médica	Hace referencia a la asignación de incapacidad médica laboral por concepto de actividad de la enfermedad	Tomado de historia clínica	0 días	Intervalo	Porcentaje
				3 días		
				entre 4 y 7 días		
				entre 8 días y 15 días		
				mayor a 15 días		
	Recibe tratamiento			Si	Nominal	Porcentaje

		Hace referencia a si el paciente recibe algún tratamiento para el manejo de la artritis reumatoide	Tomado de historia clínica	No		
	Tipo de tratamiento recibido	Hace referencia al tipo de terapia que recibe para el manejo de artritis reumatoide	Tomado de historia clínica	Terapia DMARD Terapia biológica Otros	Nominal	Porcentaje
<b>Actividad laboral</b>		Desempeño de un cargo, trabajo o tarea. Oficio o profesión	Tomado de historia clínica	Desemplea do	Nominal	Porcentaje
	Obrero					
	Cesante					
	Jubilado					
	Comerciant e					
	Ama de casa					
	Ocupación o profesión específica					
	Sin dato					

## **5. INSTRUMENTO**

Se diseñó una lista de chequeo como fuente de información secundaria, que incluyó variables socio-demográficas, variables asociadas al tratamiento, la actividad de la enfermedad y variables asociadas a la actividad laboral de los pacientes, que se aplicó a las historias clínicas encontradas en la base de datos que cumplían con los criterios de inclusión.

### **5.1 CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN**

La clasificación de los pacientes empleada en la lista de chequeo, se realizó en base a los hallazgos encontrados en la literatura revisada.

### **5.2 PROCEDIMIENTO**

Se realizó un estudio de tipo Descriptivo de corte transversal, retrospectivo, se analizó la información aportada por las historias clínicas de los pacientes atendidos entre 1 enero de 2015 y 31 diciembre de 2017 de la IPS Artmédica SAS en la sede eje cafetero.

### **5.3 PLAN DE TRABAJO**

Se realizó un filtro a la base de datos de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos durante 1 de enero de 2015 a diciembre 31 de 2017 por la IPS Artmédica SAS en la sede eje cafetero; se identificó la población de pacientes para el estudio de los mismos, posteriormente se incluyeron en el estudio los pacientes identificados aplicando los criterios de selección de esta investigación.

Se aplicó el instrumento diseñado, a las historias clínicas de los pacientes seleccionados y posterior se realizó tabulación de los datos obtenidos creando una base de datos en Epi Info <sup>TM</sup> versión 7, y se validaron bajo las fórmulas estadísticas necesarias y se analizaron las frecuencias, análisis bivariados y multi variados.

## **5.4 ANÁLISIS DE DATOS**

El análisis de los datos obtenidos, se realizó mediante la ejecución de la prueba del chi-cuadrado.

La hipótesis nula de la prueba Chi-cuadrado postula una distribución de probabilidad totalmente especificada como el modelo matemático de la población que ha generado la muestra.

Se analizaron los resultados obtenidos generando afirmaciones desde estos, para posterior construir un artículo de carácter científico.

El nivel de confianza con el que se realizó la investigación corresponde al 95%.

## **6. MARCO BIOÉTICO**

El presente proyecto se acoge al artículo 11 de la resolución 8430 de 1993, <sup>(28)</sup> en la cual se establecieron los lineamientos para la investigación en Colombia; planteando una investigación sin riesgo, puesto que no se realizó intervención directa en la población, sino que se tomó información de las historias clínicas previas, por lo tanto, no se requirió un aval por parte del comité de ética médica.

Se cuenta con un aval institucional para investigación de carácter académico por parte de la IPS, dado el 14 de agosto de 2017 por la Dra. María Alejandra Alzate Vinasco, coordinadora del grupo de información clínica de Artmédica SAS.

La investigación se adhiere además a las recomendaciones internacionales de autorías elaboradas por el comité internacional de directores de revistas biomédicas ICMJE. <sup>(25, 26)</sup>

## **7. MARCO MEDIOAMBIENTAL**

En Base a las pautas sugeridas por la ONU en la Cumbre de Rio de Janeiro de 1992, <sup>(29)</sup> el equipo decidió dar manejo a la información mediante medio magnético procurando un uso mínimo de impresiones y papel, a fin de proteger y conservar los recursos naturales, contribuyendo así a la causa propuesta por ésta, de un entorno sostenible. <sup>(28, 29, 30, 31)</sup>

## 8. PRESUPUESTO

Tabla 5. Cuadro presupuesto

RELACIÓN COSTOS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
<b>COSTOS DIRECTOS</b>			
Investigadores (Tiempo dedicado)	2	\$1.666.666.67	\$3.333.333.33
Transporte (16 viajes efectivos)	2	\$960.000.00	\$1.920.000.00
Viáticos (16 viajes efectivos)	2	\$480.000.00	\$960.000.00
Internet (mes)	2	\$130.000.00	\$260.000.00
Conectividad (datos/mes)	2	\$80.000.00	\$160.000.00
<b>COSTOS INDIRECTOS</b>			
Papelería y otros.	NA	150.000,00	150.000,00
Equipos de cómputo	3	2.000.000,00	6.000.000,00
<b>TOTAL (Sin imprevistos)</b>			\$12.783.333.33
Imprevistos (5%)	5%	NA	\$894.833.33
<b>TOTAL presupuesto</b>			\$13.678.166.67

## **8.1 POBLACIÓN BENEFICIADA**

La población que se benefició con este estudio es Artmédica SAS ya que se lograron identificar las características específicas de la población con artritis reumatoide del eje cafetero, en el momento en que sea publicado se beneficiara la población científica puesto que no se tenían datos de esta población específica.

## **8.2 DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

Se buscará la posibilidad de publicar el artículo científico en una revista indexada y de ser posible, hacer ponencias nacionales e internacionales.







## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quiceno, JM, & Vinaccia, S. Artritis Reumatoide: Consideraciones Psicobiológicas. *Perspectivas en Psicología*, 2011; 27-41 p.
2. Capote Chico, A, Carballar Alberteries L, Estevez del Toro, M, Garcia-Viniegras CR, Pernas Gonzales, A. Factores que influyen en el bienestar psicológico de pacientes con artritis reumatoide. *Revista Cubana de Medicina*. 2012; 48-60.
3. Morón CB, Del Moral RC, Rillo OL, Casalla L, Tamborenea N, Mysle E. Productividad laboral en artritis reumatoidea: relación con características clínico-radiológicas. *Revista Argentina de Reumatología*, 2012;23(1), 06-20.
4. Massardo L. Artritis reumatoide temprana. *Revista médica Chile* Nov 2018 Feb 27; 136(11): 1468-1475.
5. Prada DM, Martell R, Molinero C, Gómez JA, Fernández O, Hernández MV, Tamargo TO. Caracterización de la invalidez laboral en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. *Revista Cubana de Reumatología* 2013; 15(3). P.12.
6. Vinaccia S, Cadena J, Juárez F, Contreras F, Anaya JM. Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Granada, España vol. 4, núm. 1, enero, 2004, pp. 91-103.
7. Ariza R, Ballina FJ, Carmona L, De Miguel E, Garcia A, Garcia De Vicuña R, Vidal, J. Artritis Reumatoide: Guia de la enfermedad para el paciente. *Artritis Reumatoide*:. Madrid, España: Jarpyo Editores S.A. Asociación Española de Psicología Conductual Granada, España. (2006).
8. Tornero J, Piquerasa JA, Carballo LF, Vidal J. Epidemiología de la discapacidad laboral debida a las enfermedades reumáticas *Servicios de*

Reumatología y Unidad de Investigación. Hospital General Universitario de Guadalajara. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá. Madrid. España. *Revista Española de Reumatología*. 2002;29(8):373-84.

9. Rodríguez, PR. La atención integral y centrada en la persona. Fundación Pilares para la Autonomía Personal. n1 2013 Madrid.
10. Ballina F. Medición de la calidad de vida en la artritis reumatoide. Sección de Reumatología Hospital Central de Asturias. *Revista Española de Reumatología* 2002;29(2):56-64.
11. Bordon MI. Depresión en pacientes con enfermedad crónica de artritis reumatoidea. Asuncion, Paraguay. *Eureka vol 9* 2012;(1):78-87, 2012.
12. Chico A, Carballar L, Estévez E, García C, Pernas G, Factores que influyen en el bienestar psicológico de pacientes con artritis reumatoide *Revista Cubana de Medicina*. 2012;51(1):48-60.
13. Prada DM, Molinero C, Gomez JA, Reyes Y, Siñani CJ. Caracterización de la invalidez laboral en pacientes con artritis reumatoide. *Revista Cubana De Reumatologia Vol XV N. 3*, 2013;160-172.
14. Escobar M, L., & Grisales R, H. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide tratados en una IPS especializada, Medellín 2012. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 75-84.
15. Querubín J, Franco-Aguirre, J. C. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con artritis reumatoide de Medellín Colombia caracterización de los estudios publicados entre 2013 y 2013. *Iatreia volumen 28 (2)*, 109-119.
16. Escobar M, L, Grisales R, H. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide tratados en una IPS especializada, Medellín 2012. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]*. 2013;31(1):75-84.
17. Morales Hernández L. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide usuarios del centro médico Issemym. Toluca, México, (junio de 2014).

18. Vinaccia Alpi S, Quiceno J, Lozano F, Romero S, Calidad de vida relacionada con la salud, percepción de enfermedad, felicidad y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. Act.Colom.Psicol. vol.20 no.1 Bogotá ene./jun. 2017.
19. Cardona J, Higuera L. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Rev Cubana Salud Pública. 2014;40(2).
20. <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cicloVida.aspx>
21. Ley 100 del 23 de diciembre de 1993.
22. Decreto 3047 de diciembre de 2013.
23. ESTADISTICAS DANE (informe tecnico).
24. DAS28 Consideraciones clinimétricas y escenarios de simulación Miguel Ángel Belmonte Serrano Sección de Reumatología. Hospital General de Castellón. Castellón de la Plana. Castellón. España, Reumatología Clin. 2008;4(5):183-90.
25. Díaz J.F, Monge P, Clinimetría, una herramienta indispensable ISSN 0001-6002/2011/Supl.Reuma/7-9 Acta Médica Costarricense, ©2011 Colegio de Médicos y Cirujanos Acta méd costarric Vol 53 (Supl 1), febrero 2011.
26. Constitución política de Colombia. 1991.
27. Resolución 1393 de abril de 2015.
28. Resolución 8430 de octubre de 1993.
29. Ley 99/1993 Ley General Ambiental de Colombia.
30. Resolución 1083 de 2013 Por la cual se adopta el Modelo Integral de Gestión (MIG) y se conforma el Comité del Modelo Integrado de Gestión

(CMIG) del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones&quot.

31. Ley 1083 de 2006 Normas sobre planeación urbana sostenible.

32. Ley 1450 de 2010 Plan Nacional de Desarrollo.

## 11. RESULTADOS

Los resultados se presentan de acuerdo al análisis de frecuencias, al análisis bivariado y análisis estratificado:

Análisis de frecuencias:

1. Caracterización sociodemográfica
  - 1.1. Edad
  - 1.2. Sexo
  - 1.3. Lugar y área de residencia
  - 1.4. Estrato socioeconómico
  - 1.5. Tipo de afiliación al sistema general de seguridad social en salud y EPS a la que se encuentran afiliados
  - 1.6. Posibles casos de informalidad.
2. Caracterización laboral
  - 2.1. Tipo de ocupación
3. Caracterización de la enfermedad
  - 3.1. Tipo de artritis reumatoide
  - 3.2. Tiempo de evolución de la enfermedad
  - 3.3. Tipo de tratamiento recibido
    - 3.3.1. Pacientes sin tratamiento
    - 3.3.2. Tratamiento con terapia biológica
    - 3.3.3. Tratamiento con monoterapia DMARD
    - 3.3.4. Tratamiento con terapia DMARD combinada
  - 3.4. Índice de severidad de actividad de la enfermedad DAS 28 en el momento de la incapacidad.
4. Características de la incapacidad médica
  - 4.1. Total de pacientes que recibieron incapacidad:
  - 4.2. Casos especiales

Análisis estratificado:

5. Caracterización sociodemográfica.
  - 1.1. Edad y sexo.
  - 5.2. Edad y tipo de afiliación
  - 5.3. Edad y estrato socioeconómico:
  - 5.4. Área de residencia de acuerdo a ciudad de residencia
  - 5.5. Tipo de artritis reumatoide según sexo
  - 5.6. Tiempo de evolución de artritis reumatoide según edad
  - 5.7. Tiempo de evolución de artritis reumatoide según área de residencia
  - 5.8. Incapacidades médicas según sexo.
  - 5.9. Estrato socioeconómico según ocupación.

6. Caracterización según sexo
  - 6.1. Sexo femenino
    - 6.1.1. Edad
    - 6.1.2. Tipo de artritis reumatoide
    - 6.1.3. Edad según tipo de afiliación
    - 6.1.4. Edad y tipo de artritis reumatoide
    - 6.1.5. Edad y tipo de afiliación
    - 6.1.6. Lugar y área de residencia
    - 6.1.7. Estrato socioeconómico
    - 6.1.8. Tipo de afiliación y EPS
    - 6.1.9. Ocupación en sexo femenino
  - 6.2. Sexo masculino
    - 6.2.1. Edad
    - 6.2.2. Tipo de artritis reumatoide
    - 6.2.3. Edad según tipo de afiliación
    - 6.2.4. Edad y tipo de artritis reumatoide
    - 6.2.5. Lugar y área de residencia
    - 6.2.6. Estrato socioeconómico
    - 6.2.7. Tipo de afiliación y EPS
    - 6.2.8. Ocupación y sexo masculino
7. Caracterización laboral
  - 7.1 Edad y ocupación
  - 7.2 Ocupación según tiempo de evolución de la enfermedad
  - 7.3 Ocupación e incapacidad médica
  - 7.4 Índice de severidad y ocupación
  - 7.5 Diferencias laborales
8. Caracterización de la enfermedad
  - 8.1. Tipo de artritis reumatoide y tiempo de evolución
  - 8.2. Tipo de artritis reumatoide e índice de severidad de la actividad de la enfermedad DAS 28
  - 8.3. Tiempo de evolución y lugar de residencia
  - 8.4. Tiempo de evolución e índice de severidad DAS 28
9. Caracterización del tratamiento
  - 9.1. Tratamiento y tipo de artritis reumatoide
  - 9.2. Terapia DMARD combinada y tiempo de evolución.
  - 9.3. Tratamiento e índice de severidad.
  - 9.4. Tratamiento con terapia biológica e incapacidades asignadas.
10. Caracterización de incapacidades
  - 10.1 Incapacidad médica, edad y sexo

10.2 Incapacidad médica tiempo de evolución de la enfermedad

10.3 Incapacidad e índice de severidad DAS 28

10.4 Incapacidades que no cumplen con estándares de asignación

## 11.1 ANÁLISIS DE FRECUENCIAS

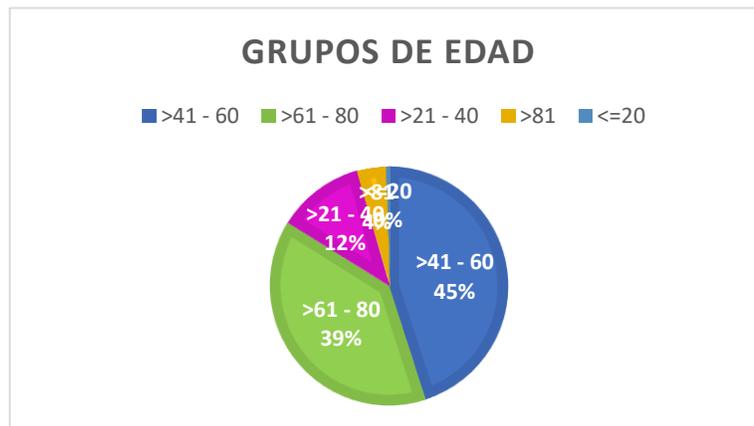
### 1. Características sociodemográficas:

1.1. Edad: se dividen los resultados por grupos de edad así: <20, entre 21 a 40, entre 41 a 60, entre 61 a 80 y mayores de 81 años:

El grupo de edad entre los 41 a 60 años tuvo una mayor frecuencia de pacientes, con un total de 45,03%, mientras que el grupo de edad de menores de 40 años tiene el 11,80% de los casos, los grupos de menores de 20 y mayores de 81 suman un total de 4,32%.

Cabe resaltar que la edad máxima para esta cohorte fue de 90 años y la edad mínima de 20 años, la edad de mayor frecuencia del evento es de 61 años, con un promedio de edad de 57 años, con una desviación estándar de 13 años.

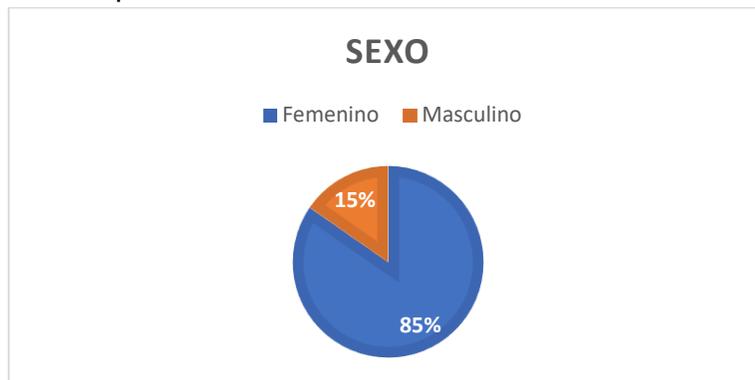
Figura 1. Distribución de Casos Por Grupos de Edad.



1.2. Sexo: Con respecto al sexo, la población femenina corresponde al 84,65%, mientras que el sexo masculino corresponde al 15,38%. ratificando los hallazgos observados en otras poblaciones con artritis reumatoide. (2, 3, 5, 6,

8)

Figura 2. Distribución por Sexo

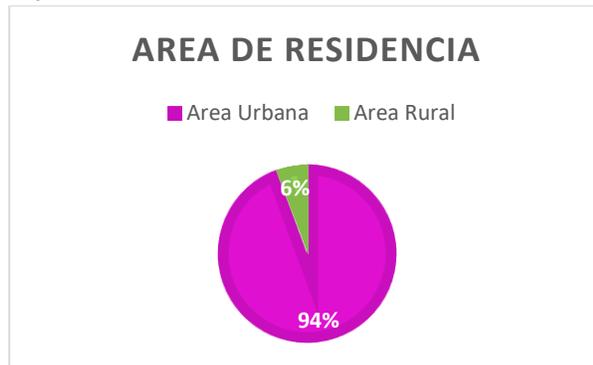


1.3. Lugar y área de Residencia: Se observó mayor frecuencia de residencia en el área urbana 94,37% (503 casos) 5,63% en área rural (30 casos), el mayor porcentaje de población reside en Pereira (34,15% con 182 pacientes), seguido de Manizales 14,82% (79 pacientes), Armenia con 13,7% (73 pacientes), Dosquebradas con 13,13% (70 pacientes), , Otras poblaciones del norte del Valle 6,02% (32 pacientes), Cartago 5,82% (31 pacientes), Santa Rosa de Cabal 4,50% (24 pacientes), otras poblaciones de Caldas 3,22% (17 pacientes), otras poblaciones de Quindío 2,83% (15 pacientes), otras poblaciones de Risaralda 1,71% (9) y otras poblaciones de Tolima 0,19% (1 paciente).

Tabla 7. Distribución por Lugar de Residencia

LUGAR DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PEREIRA	182	34,15%
MANIZALES	79	14,82%
ARMENIA	73	13,7%
DOSQUEBRADAS	70	13,13%
NORTE DEL VALLE	32	6,02%
CARTAGO	31	5,82%
SANTA ROSA	24	4,50%
CALDAS	17	3,22%
QUINDÍO	15	2,83%
RISARALDA	9	1,71%
TOLIMA	1	0,19%
TOTAL	533	100,00%

Figura 3. Distribución por Área de Residencia



1.4. Estrato Socioeconómico: Llama la atención en esta cohorte la mayor frecuencia de casos en estrato socioeconómico 2, con el 40,90% y con menor frecuencia en estrato socioeconómico 6 con 1,69%.

El porcentaje acumulado para estratos 1, 2,3 (estratos económicamente menos favorecidos) fue de 82,73%.

Tabla 8. Distribución Por Estrato Socioeconómico

ESTRATO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2	218	40,90%
3	162	30,39%
4	68	12,76%
1	61	11,44%
5	15	2,81%
6	9	1,69%
<b>Total</b>	<b>533</b>	<b>100,00%</b>

1.5. Tipo de afiliación al Sistema general de seguridad social en salud, y EPS a la que se encuentran afiliados: Artmédica SAS cuenta con convenios vigentes en eje cafetero y norte del valle con Coomeva EPS y Nueva EPS. De la población evaluada los casos correspondientes a Coomeva EPS fueron el 78.8% de la población y el 21,20% restante corresponden a Nueva EPS.

El Régimen de afiliación más frecuente fue el régimen contributivo, con mayor porcentaje en el tipo de afiliación cotizante con un 73,80%, seguidos del tipo beneficiario con un 26,20%.

El 1,87% de los pacientes corresponden al Régimen de afiliación subsidiado.

Figura 4. Distribución de Frecuencias de Afiliación por EPS

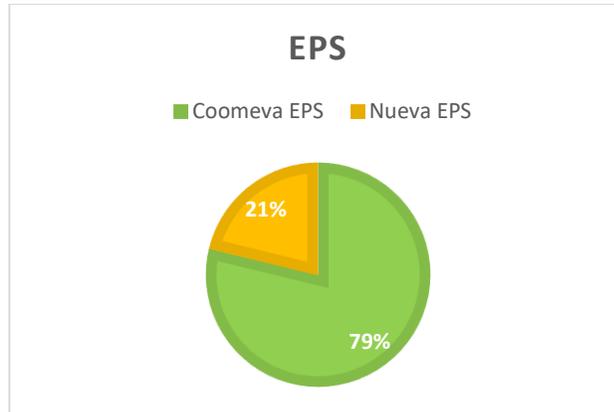
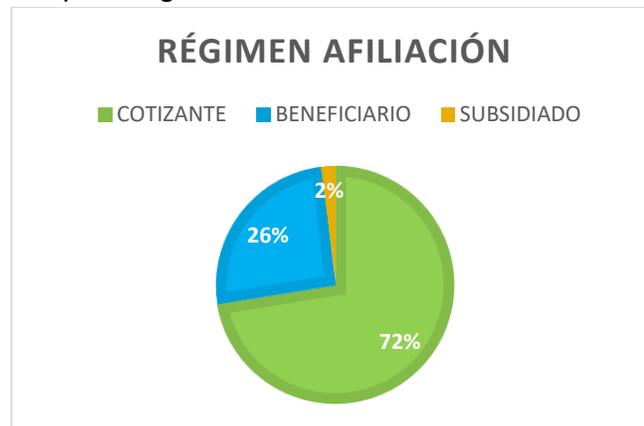


Figura 5. Distribución por Régimen de Afiliación



- 1.6. Posibles casos de Informalidad: De 533 pacientes en total, se encontraron 39 pacientes (7,31%) afiliados al sistema de seguridad social en salud como beneficiarios, sin embargo, reportan algún tipo de actividad económica, de esta población desconocemos si actualmente laboran o no, sin embargo, podría pensarse en posibles casos de informalidad.

Tabla 9. Distribución casos por informalidad

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>COMERCIANTE</b>	8	1,50%
<b>DOCENTE</b>	3	0,56%
<b>OFICIOS VARIOS</b>	3	0,56%
<b>ADMINISTRADOR</b>	2	0,37%
<b>AGRICULTOR</b>	2	0,37%
<b>ASESOR COMERCAL</b>	2	0,37%
<b>CONSTRUCCIÓN</b>	2	0,37%
<b>ABOGADO</b>	1	0,18%
<b>ARTESANO</b>	1	0,18%
<b>AUXILIAR CONTABLE</b>	1	0,18%
<b>AUXILIAR DE COCINA</b>	1	0,18%
<b>BIÓLOGO</b>	1	0,18%
<b>CHEF</b>	1	0,18%
<b>CONDUCTOR</b>	1	0,18%
<b>CONFECIÓN</b>	1	0,18%
<b>ESTETICISTA</b>	1	0,18%
<b>ESTILISTA</b>	1	0,18%
<b>ESTUDIANTE</b>	1	0,18%
<b>FOTÓGRAFO</b>	1	0,18%
<b>MADRE SUSTITUTA</b>	1	0,18%
<b>NIÑERA</b>	1	0,18%
<b>OPERARIOS</b>	1	0,18%
<b>PANADERO</b>	1	0,18%
<b>TAXISTA</b>	1	0,18%
<b>TOTAL</b>	39	7,16

2. Caracterización Laboral:

2.1. Tipo de Ocupación: Es de resaltar que la ocupación más frecuente de esta población corresponde a amas de casa con el 44,80% de la población.

El resto de la población se encuentra en múltiples renglones de la economía (se distribuyeron estas actividades de acuerdo a grupos económicos para facilitar su interpretación, dada la heterogeneidad): El 15,94% del total de la población en actividades de carácter administrativo, el 12,19% actividades de manufactura, confección, trabajo agrícola y de ganadero, sector de estética y belleza; el 7,12% en el sector comercio; el 6,56% en otras actividades (guarda de seguridad, oficios varios (aseo y limpieza), niños, electricistas) el 6% de la población corresponde a pensionados, el 3,1% a actividades asociadas al cuidado de la salud (19 pacientes); 1,87% en el sector transporte, y el 1,31% en el sector construcción.

El 1,91% corresponden a otras actividades que no hacen parte de ningún renglón de la economía que genere una fuente de ingresos como tal (estudiantes, cesantes y desempleados).

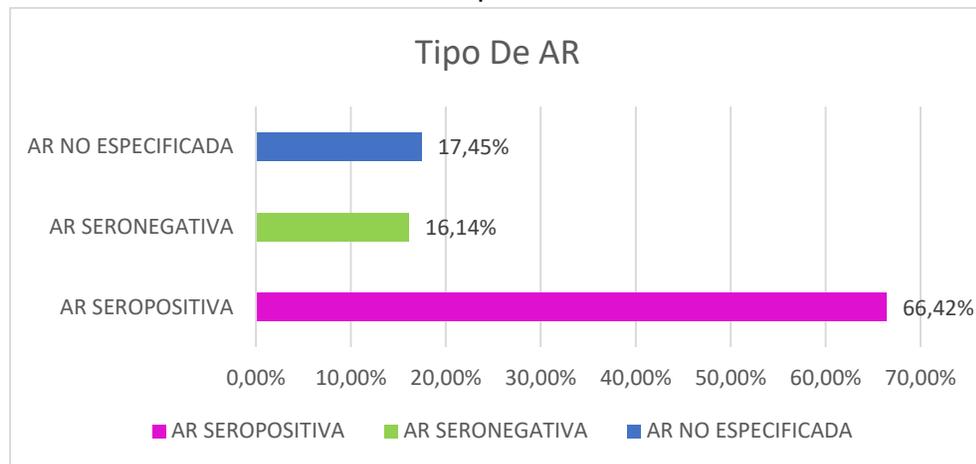
Tabla 10. Distribución de Frecuencias según Ocupación.

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Amas de casa</b>	44,80%
<b>Actividades Administrativas</b>	15,94%
<b>Actividades del sector manufacturero</b>	12,19%
<b>Actividades del sector comercio</b>	7,12%
<b>Otras actividades</b>	6,56%
<b>Pensionados</b>	6%
<b>Actividades del sector salud</b>	3,1%
<b>Otras actividades Que no generan ingresos</b>	1,91
<b>Actividades del sector transporte</b>	1,87%
<b>Actividades del sector construcción</b>	1.31%
<b>TOTAL</b>	100%

### 3. Caracterización de la enfermedad:

3.1. Tipo de Artritis reumatoide: El tipo de artritis reumatoide seropositivo fue el más frecuente, con un 66,42% de la población, seguida de la seronegativa con un 16,14%, quedando el 17,45% como artritis reumatoide no especificada, siendo un punto a trabajar por parte de la IPS, la clasificación definitiva de esta población.

Figura 6. Distribución de Frecuencias Tipo de Artritis Reumatoide



3.2. Tiempo de Evolución de la enfermedad: De acuerdo al tiempo de evolución, la artritis reumatoide se puede clasificar en: 1. menor a 6 meses de evolución, 2. con una evolución entre 6 meses a 2 años, 3. cuando su evolución es mayor a 2 años:

Para esta cohorte se encontró que el 90,99% de los casos corresponden a artritis reumatoide con evolución mayor a 2 años, el 7,69% corresponde a casos con evolución entre 6 meses a 2 años y el 1,31% a casos a evolución menor a 6 meses.

Figura 7. Distribución de Frecuencias de acuerdo a tiempo de evolución.



3.3. Tipo de tratamiento recibido: Teniendo en cuenta las múltiples opciones de tratamiento disponibles en la actualidad (terapia con esteroides (la cual no fue tomada en cuenta para este estudio), monoterapia DMARD, monoterapia biológica, terapia DMARD combinada, terapia DMARD combinada asociada a terapia biológica), se observó para esta cohorte:

3.3.1. Pacientes sin tratamiento: El 2,06% de la población estudiada no recibe ningún tipo de tratamiento farmacológico (11 pacientes).

3.3.2. Tratamiento con Terapia Biológica: El 18,1% de la población (97 pacientes) recibieron terapia biológica, siendo la alternativa biológica con mayor frecuencia de uso Tocilizumab en un 5,62% de la población, seguidos de Adalimumab 3,37%, Etanercept 2,62%, Rituximab 2,43%, Abatacept 1,31%, Certolizumab 1,12%, Golimumab 0,75%, con una menor frecuencia de uso de Tofacitinib 0.56%.

Es de anotar que no se encontraron casos en manejo con Infliximab en esta cohorte.

En el manejo con terapia biológica como monoterapia se evidenció mayor frecuencia de uso de Etanercept con el 0,7% de los casos y una menor frecuencia de uso de Rituximab con el 0,1% de la población.

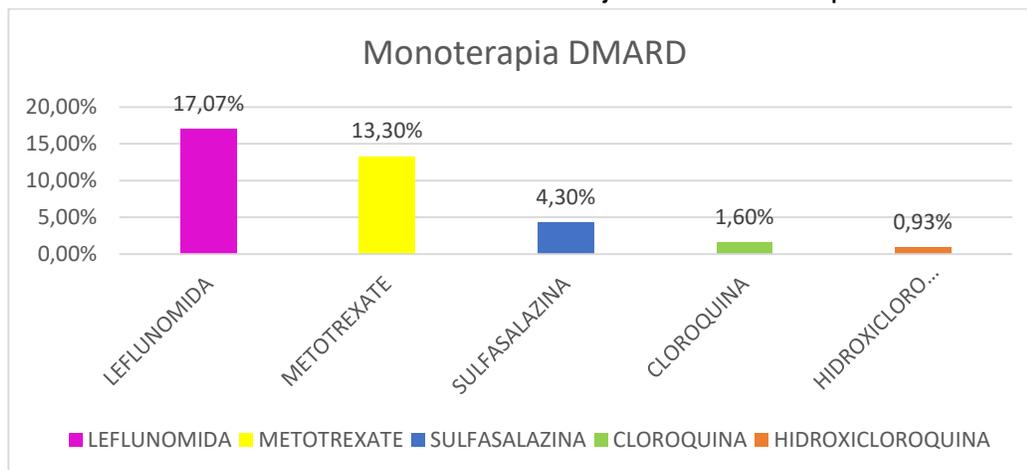
Tabla 11. Distribución de Frecuencias de Tratamiento con Terapia Biológica

TERAPIA BIOLÓGICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOCILIZUMAB	30	46,38%
ADALIMUMAB	18	18,55%
ETANERCEPT	14	14,43%
RITUXIMAB	13	15,46%
ABATACEPT	7	7,22%
CERTOLIZUMAB	6	6,19%
GOLIMUMAB	4	4,12%
TOFACITINIB	3	3,09%
<b>TOTAL</b>	<b>97</b>	<b>100,00%</b>

3.3.3. Tratamiento con Monoterapia DMARD: En el manejo con terapia DMARD en esquema monoterapia se observó que el 17,07% de los pacientes recibe manejo con Leflunomida, 13,3% Metotrexato, 4,3% Sulfasalazina, 1.6% Cloroquina y el 0,93% Hidroxicloroquina.

Llama la atención que no se identificaron pacientes en manejo con monoterapia DMARD azatioprina, tampoco se encontraron pacientes en manejo con monoterapia micofenolato.

Figura 8. Distribución de Frecuencias de Manejo con Monoterapia DMARD



3.3.4. Tratamiento con Terapia DMARD Combinada: las frecuencias de uso de terapia combinada DMARD serán evaluadas con otras variables más adelante.

3.4. Índice de Severidad de Actividad de la Enfermedad DAS 28 en el momento de la incapacidad: Para este estudio se tuvo en cuenta la calificación de DAS 28 de los pacientes que recibieron incapacidad médica, incluyendo únicamente la medición obtenida en la consulta en la que se generó la última incapacidad.

El DAS 28 es el índice de calificación de la severidad de la enfermedad, este índice califica a los pacientes en 4 categorías, así: <2,6 Remisión de la enfermedad, 2,7 a 3,1 actividad leve, 3,2 a 5,1 actividad moderada y >5,2 actividad severa de la enfermedad.

En esta cohorte, el promedio de medición de los casos en remisión fue de 1,78, actividad leve 2,63, actividad moderada 4,23 y para actividad severa 6,6.

Tabla 12. Promedio de Mediciones de DAS 28 en pacientes que recibieron incapacidad.

TIPO ACTIVIDAD	VALOR DAS 28	# PACIENTES
REMISIÓN	1,78	11
ACTIVIDAD LEVE	2,63	8
ACTIVIDAD MODERADA	4,23	25
ACTIVIDAD SEVERA	6,6	17

4. Caracterización de la Incapacidad Médica: Teniendo en cuenta el tiempo evaluado en este estudio (2 años), las posibilidades de incapacidad para un mismo paciente podían implicar más de 1 período con duración variable, por este motivo se decidió evaluar la sumatoria de días de incapacidad médica asignados.

El tiempo mínimo de incapacidad para la población estudio durante los 2 años fue de 2 días, el número de días de incapacidad más frecuente son 15 días, con un promedio de incapacidad de: 80 días para el total de la población, sin embargo, el tiempo de incapacidad muestra datos muy heterogéneos, lo que hace que la desviación estándar sea muy superior a 2

4.1. Total de pacientes que recibieron incapacidad: del total de la población evaluada (533 pacientes), solo 65 pacientes recibieron incapacidad médica.

4.2. Casos Especiales: se evidenció un caso en el que las incapacidades suman más de 365 días, se desconoce si este caso particular tiene calificación de invalidez por parte de junta.

#### Análisis estratificado

5. Caracterización sociodemográfica: Al realizar cruces de variables sociodemográficas, se encontró:

5.1. Edad y Sexo: El compromiso por artritis reumatoide en el sexo masculino fue más frecuente en el grupo de edad entre los 61 a 80 años con el 46,34% mientras que en los pacientes de sexo femenino el grupo de edad más frecuentemente afectado fue el de 41 a 60 años con el 44,56%

Tabla 13. Distribución de Sexo por Grupos de Edad.

SEXO			
GRUPOS DE EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
>61 - 80	37,47%	46,34%	38,84%
>41 - 60	46,56%	36,59%	45,03%
>21 - 40	11,75%	12,20%	11,82%
>80	3,99%	3,66%	3,94%
<=20	0,22%	1,22%	0,38%
<b>TOTAL</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

5.2. Edad y Tipo de afiliación: El mayor volumen de cotizantes y beneficiarios se concentra en el grupo de edad entre 41 a 60 años con el 44,82% y 43,80%, respectivamente.

Tabla 14. Distribución de Tipo de Afiliación por Grupos de Edad.

TIPO AFILIACIÓN			
GRUPOS DE EDAD	BENEFICIARIO	COTIZANTE	TOTAL
>41 – 60	43,80%	44,82%	44,55%
>61 – 80	42,34%	38,34%	39,39%
>21 – 40	8,76%	12,69%	11,66%
>81	3,65%	4,15%	4,02%
<=20	1,46%	0,00%	0,38%
<b>TOTAL</b>	100,00%	100,00%	100,00%

5.3. Edad y estrato socioeconómico: La población entre 21 a 40 años se encuentra mayormente concentrada en estrato 2 46,03%.

Llama la atención que el estrato 6 presenta mayor número de población en pacientes mayores de 81 años 9,52% sin embargo en este rango de edad el mayor porcentaje se observa en el estrato 2.

Tabla 15. Distribución de Estrato Socioeconómico Según Grupo de Edad.

GRUPOS DE EDAD						
ESTRATO	<=20	>21 - 40	>41 – 60	>61 - 80	>81	TOTAL
<b>2</b>	100,00%	46,03%	41,25%	38,16%	42,86%	40,90%
<b>3</b>	0,00%	33,33%	31,67%	28,99%	23,81%	30,39%
<b>4</b>	0,00%	12,70%	11,25%	15,46%	4,76%	12,76%
<b>1</b>	0,00%	7,94%	12,08%	11,11%	19,05%	11,44%
<b>5</b>	0,00%	0,00%	2,50%	4,35%	0,00%	2,81%
<b>6</b>	0,00%	0,00%	1,25%	1,93%	9,52%	1,69%
<b>TOTAL</b>	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

5.4. Área de residencia de acuerdo a ciudad de residencia: Teniendo en cuenta la distribución de la población, con 503 pacientes en área urbana y los 30 pacientes restantes en área rural, el mayor porcentaje de población rural se concentra en la ciudad de Pereira con el 33,33% del total de la población rural, al igual que el mayor porcentaje de población urbana con el 34,19% del total de la población urbana, sin embargo, es la sede con mayor población adscrita.

Otras poblaciones de los departamentos de Caldas y Risaralda representan del total de población rural el 13,32% cada uno, mientras que la población urbana se concentró después de Pereira principalmente en Manizales 15,11%, Armenia 14,11% y Dosquebradas 13,52% del total de la población urbana.

Tabla 16. Área de residencia según lugar de residencia.

ÁREA RESIDENCIA			
LUGAR RESIDENCIA	RURAL	URBANO	TOTAL
PEREIRA	33,33%	34,19%	34,15%
MANIZALES	10,00%	15,11%	14,82%
ARMENIA	6,67%	14,11%	13,70%
DOSQUEBRADAS	6,67%	13,52%	13,13%
RISARALDA	13,32%	5,77%	6,21%
NORTE DEL VALLE	6,66%	5,97%	6,02%
CARTAGO	3,33%	5,96%	5,82%
CALDAS	13,32%	2,60%	3,22%
QUINDÍO	6,66%	2,06%	2,83%
TOLIMA	0,00%	0,20%	0,19%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%

5.5. Tipo de Artritis Reumatoide según Sexo: Al realizar comparación de ambos grupos, encontramos que el tipo de AR más frecuente es la artritis reumatoide seropositiva con un 66,52% en el sexo femenino y un 65,85% en el sexo masculino

Tabla 17. Tipo de Artritis Reumatoide Según Sexo.

SEXO			
TIPO ARTRITIS REUMATOIDE	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
AR NO ESPECIFICADA	18,85%	9,76%	17,45%
AR SERONEGATIVA	14,63%	24,39%	16,14%
AR SEROPOSITIVA	66,52%	65,85%	66,42%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%

5.6. Tiempo de evolución de Artritis reumatoide según edad: Se observó en esta cohorte que el mayor porcentaje de pacientes con evolución mayor a 2 años se encontraban en un rango de edad entre 41 a 60 años con un 42,02%.

Tabla 18. Distribución por tiempo de evolución

TIEMPO DE EVOLUCIÓN			
EDAD	< 6 MESES	6 MESES A 2 AÑOS	MAS DE 2 AÑOS
41 A 60 AÑOS	0,56%	2,43%	42,02%
61 A 80 AÑOS	0,56%	2,81%	35,45%
21 A 40 AÑOS	0,18%	2,06%	9,56%
>81	0,00%	0,18%	3,75%
<20 AÑOS	0,00%	0,18%	0,18%
<b>TOTAL</b>	1,31%	7,69%	90,96%

5.7. Tiempo de evolución de Artritis Reumatoide Según Área de Residencia: el mayor porcentaje de población con AR con evolución mayor a 2 años se encuentra en área urbana con un 91,25%, sin embargo, la población de área rural con iguales características difiere solo en un 4,58% con un total de 86,67%.

Tabla 19. Tiempo de Evolución según área de residencia

ÁREA DE RESIDENCIA			
TIEMPO DE EVOLUCIÓN	RURAL	URBANO	TOTAL
>2 AÑOS	86,67%	91,25%	90,99%
6 MESES A 2 AÑOS	10,00%	7,55%	7,69%
> 6 MESES	3,33%	1,19%	1,31%
<b>TOTAL</b>	100,00%	100,00%	100,00%

5.8. Incapacidades Médicas Según Sexo: Entre la población que recibió incapacidad médica, se evidenció mayor duración en las incapacidades mayores a 31 días con un 44,44% en el sexo masculino y un 41,85% en el sexo femenino. otro grupo notorio de incapacidades son las registradas en el rango ente 11 y 20 días, con un total de 26,58%, siendo igualmente más frecuentes en el sexo masculino con un 33,33%, mientras que en el sexo femenino representan el 25,45%. para el sexo masculino no se registraron

incapacidades menores a 10 días, pero en el sexo femenino registran el 23,64%.

Para facilitar la presentación de resultados, se realizó sumatoria de los datos correspondientes a incapacidades superiores a 30 días. (Ver Figura 20)

Tabla 20. Distribución de Incapacidades Según su Duración y Según Sexo

SEXO				
INCAPACIDAD		FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
<b>&lt;3 DÍAS</b>	<b>2</b>	3,64%	0,00%	3,13%
	<b>3</b>	5,45%	0,00%	4,69%
<b>4 A 10 DÍAS</b>	<b>4</b>	1,82%	0,00%	1,56%
	<b>5</b>	5,45%	0,00%	4,69%
	<b>6</b>	1,82%	0,00%	1,56%
	<b>7</b>	1,82%	0,00%	1,56%
	<b>9</b>	1,82%	0,00%	1,56%
	<b>10</b>	1,82%	0,00%	1,56%
<b>11 A 20 DÍAS</b>	<b>14</b>	1,82%	11,11%	3,13%
	<b>15</b>	16,36%	11,11%	15,63%
	<b>19</b>	1,82%	11,11%	3,13%
	<b>20</b>	5,45%	0,00%	4,69%
<b>21 A 30 DÍAS</b>	<b>21</b>	1,82%	0,00%	1,56%
	<b>23</b>	1,82%	0,00%	1,56%
	<b>28</b>	1,82%	0,00%	1,56%
	<b>30</b>	3,64%	22,22%	6,25%
<b>&gt;30 DÍAS</b>	<b>1502824</b>	41,85%	44,44%	42,14%
<b>TOTAL</b>		100,00%	100,00%	100,00%

5.9. Estrato Socioeconómico Según Ocupación: La ocupación más frecuente es ama de casa, observándose un mayor porcentaje en el estrato 1 y 5, 50,82% y 46,67% respectivamente, seguido de los comerciantes, observados más frecuentemente en el estrato 6 con un 22,22%. los pensionados se concentran en un mayor porcentaje en el estrato 4 con un 10,29%.

Tabla 21. Distribución según estrato

OCUPACIÓN	ESTRATO					
	1	2	3	4	5	6
AMA DE CASA	50,82%	44,50%	42,59%	41,17%	46,67%	33,33%
COMERCIO	3,28%	8,26%	7,41%	4,41%	6,67%	22,22%
OTROS	4,92%	9,64%	4,32%	1,47%	0,00%	11,11%
ADMINISTRATIVO	9,84%	13,32%	17,90%	24,90%	6,67%	11,11%
MANUFACTURA	19,68%	11,94%	12,98%	5,88%	13,34%	11,11%
CONSTRUCCIÓN	1,64%	0,92%	0,00%	2,94%	0,00%	11,11%
ESTUDIANTE	0,00%	0,46%	3,70%	0,00%	0,00%	0,00%
CESANTE	1,64%	0,46%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
DESEMPLEADO	0,00%	0,00%	0,62%	0,00%	0,00%	0,00%
PENSIONADO	6,56%	5,97%	4,32%	10,29%	6,67%	0,00%
TRANSPORTE	0,00%	2,30%	1,85%	2,94%	6,67%	0,00%
SALUD	1,64%	1,84%	4,33%	5,88%	13,34%	0,00%

6. Caracterización Según Sexo:

6.1. Sexo Femenino: la población femenina evaluada en este estudio corresponde a un total de 451 pacientes (84,61%)

6.1.1. Edad: El mayor porcentaje de población femenina se observó en el grupo entre 41 a 60 años, con un 46,56%.

El promedio de edad en el sexo femenino fue de 57 años.

Tabla 22. Distribución de Frecuencias de Edad en Sexo Femenino.

GRUPOS DE EDAD EN MUJERES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
>41 – 60	210	46,56%
>61 – 80	169	37,47%
>21 – 40	53	11,75%
>81	18	3,99%
<=20	1	0,22%
<b>TOTAL</b>	<b>451</b>	<b>100,00%</b>

6.1.2. Tipo de Artritis reumatoide: El tipo de artritis reumatoide más frecuente entre las mujeres de esta cohorte fue el tipo seropositivo con el 66,52%, el menos frecuente fue el tipo seronegativo con el 14,85%, en este

sentido quedaría el 18,85% de la población para verificar valores de factor reumatoide y anticuerpos anti citrulinados por parte de la IPS.

Tabla 23. Distribución de Frecuencias de Tipo de Artritis Reumatoide en Sexo Femenino

TIPO DE ARTRITIS REUMATOIDE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AR SEROPOSITIVA	300	66,52%
AR NO ESPECIFICADA	85	18,85%
AR SERONEGATIVA	66	14,63%
TOTAL	451	100,00%

6.1.3. Edad Según Tipo de Afiliación: El tipo de afiliación más frecuente en la población femenina fue el tipo cotizante, con un 46,05% en el grupo de edad entre 41 a 60 años, al igual que el tipo cotizante con un 44,35% en el mismo grupo de edad.

Tabla 24. Tipo de Afiliación en Sexo Femenino, Según Grupos de Edad.

GRUPOS DE EDAD	TIPO AFILIACIÓN		
	BENEFICIARIO	COTIZANTE	TOTAL
>41 – 60	44,35%	46,71%	46,05%
>61 – 80	42,74%	36,05%	37,92%
>21 – 40	8,87%	12,85%	11,74%
>81	3,23%	4,39%	4,06%
<=20	0,81%	0,00%	0,23%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%

6.1.4. Edad y Tipo de Artritis Reumatoide: llama la atención que el tipo de artritis más frecuente es la seropositiva en mujeres entre los 41 a 60 años, sin embargo, la artritis reumatoide no especificada y seronegativa también fue más frecuente en este grupo de edad.

En el tipo no especificado, el 54,12% de los pacientes corresponden al grupo de edad entre 41 a 60 años, igualmente en los otros 2 tipos de artritis el porcentaje fue elevado en el mismo grupo de edad.

Tabla 25. Distribución de Tipo de Artritis Reumatoide Según Grupos de Edad

<b>TIPO ARTRITIS REUMATOIDE</b>				
<b>SEXO FEMENINO</b>				
<b>GRUPOS DE EDAD</b>	<b>AR NO ESPECIFICADA</b>	<b>AR SERONEGATIVA</b>	<b>AR SEROPOSITIVA</b>	<b>TOTAL</b>
<b>&gt;41 – 60</b>	54,12%	43,94%	45,00%	46,56%
<b>&gt;61 – 80</b>	16,47%	37,88%	43,33%	37,47%
<b>&gt;21 – 40</b>	25,88%	12,12%	7,67%	11,75%
<b>&gt;81</b>	3,53%	6,06%	3,67%	3,99%
<b>&lt;=20</b>	0,00%	0,00%	0,33%	0,22%
<b>TOTAL</b>	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

6.1.5. Edad y tipo de afiliación: El tipo de afiliación más frecuente en la población femenina fue el tipo cotizante, con un 46,05% en el grupo de edad entre 41 a 60 años, al igual que el tipo beneficiario con un 44,35% en el mismo grupo de edad.

Tabla 26. Tipo de afiliación por grupos de edad en sexo femenino

<b>TIPO AFILIACIÓN</b>			
<b>GRUPOS DE EDAD</b>	<b>BENEFICIARIO</b>	<b>COTIZANTE</b>	<b>TOTAL</b>
<b>&gt;41 – 60</b>	44,35%	46,71%	46,05%
<b>&gt;61 – 80</b>	42,74%	36,05%	37,92%
<b>&gt;21 – 40</b>	8,87%	12,85%	11,74%
<b>&gt;81</b>	3,23%	4,39%	4,06%
<b>&lt;=20</b>	0,81%	0,00%	0,23%
<b>TOTAL</b>	100,00%	100,00%	100,00%

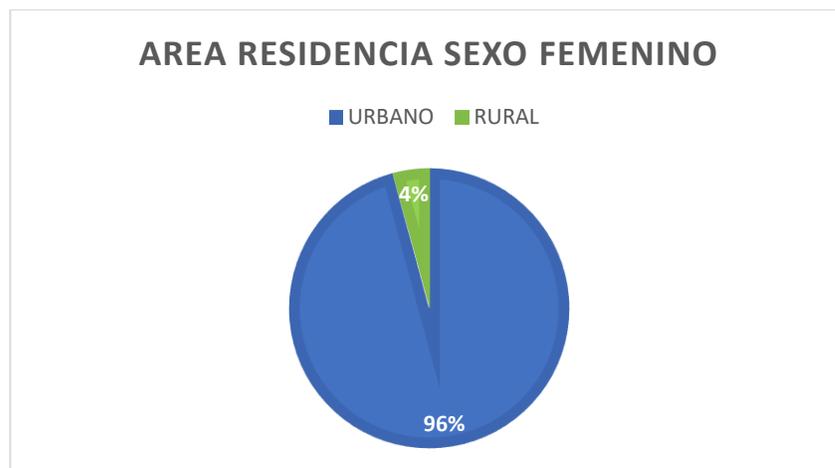
6.1.6. Lugar y Área de Residencia: La población femenina se concentra principalmente en Manizales con el 14,19%, teniendo en cuenta que el porcentaje de población total para esta sede corresponde al 14,82%. seguido de otros municipios de eje cafetero y norte del valle con el 13,7% que para el total de la población corresponden al 13,07%.

Tabla 27. Distribución de Frecuencias de Lugar de Residencia En Población Femenina

LUGAR RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PEREIRA	157	34,81%
MANIZALES	64	14,19%
ARMENIA	60	13,30%
DOSQUEBRADAS	56	12,42%
CARTAGO	28	6,21%
SANTA ROSA	24	5,32%
NORTE DEL VALLE	15	3,32%
QUINDÍO	13	2,88%
CALDAS	13	2,87%
RISARALDA	11	2,42%
LA UNIÓN	9	2,00%
TOLIMA	1	0,22%
TOTAL	451	100,00%

El área de residencia más común entre las mujeres de la población estudio fue el área urbana, con un 95.79%, mientras que el área rural un 4,21%

Figura 9. Distribución de Frecuencia de Área de Residencia en el Sexo Femenino.



6.1.7. Estrato Socioeconómico: En la población femenina evaluada en este estudio (un total de 451 pacientes), se observó una mayor frecuencia de residencia en estratos 2 y 3 con el 40,13% y 32,37%.

El porcentaje acumulado para estratos 1,2,3 (estratos económicamente menos favorecidos) fue de 83,59%.

Tabla 28. Estrato Socioeconómico en Población Femenina.

<b>ESTRATO EN POBLACIÓN FEMENINA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>2</b>	181	40,13%
<b>3</b>	146	32,37%
<b>4</b>	56	12,42%
<b>1</b>	50	11,09%
<b>5</b>	12	2,66%
<b>6</b>	6	1,33%
<b>TOTAL</b>	451	100,00%

6.1.8. Tipo de Afiliación y EPS: De un total de 451 mujeres incluidas en el estudio, se encontró que el 78,4% estaban afiliadas a Coomeva EPS, siendo cotizantes el 68,9%, beneficiarias el 29,6% y afiliadas a régimen subsidiado el 1,4%.

El 21,5% de las mujeres se encontraban afiliadas a Nueva EPS, como cotizantes el 77,31%, beneficiarias el 19,58%, y afiliadas al régimen subsidiado el 3,09%

Tabla 29. Tipo de afiliación y EPS en Sexo Femenino

<b>RÉGIMEN</b>	<b>TIPO AFILIACIÓN</b>	<b>COOMEVA EPS</b>		<b>NUEVA EPS</b>	
		<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>RÉGIMEN CONTRIBUTIVO</b>		354	78,49%	97	21,5%
	COTIZANTE	244	68,9%	75	77,31%
	BENEFICIARIO	105	29,6%	19	19,58%
<b>RÉGIMEN SUBSIDIADO</b>		5	1,4%	3	3,09%

6.1.9. Ocupación en Sexo Femenino: La ocupación más frecuente en el sexo femenino fue ama de casa con un 52,10%, seguido de oficios varios 5,32%, comerciante 4,65%, pensionado 4,65%, asesor comercial 2,66%, confección 2,66%, secretaria 2,43%, administrador 2,21%.

Tabla 30. Distribución según ocupación

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>AMA DE CASA</b>	235	52,10%
<b>OFICIOS VARIOS</b>	24	5,32%
<b>COMERCIANTE</b>	21	4,65%
<b>PENSIONADO</b>	21	4,65%
<b>ASESOR COMERCIAL</b>	12	2,66%
<b>CONFECCIÓN</b>	12	2,66%
<b>SECRETARIA</b>	11	2,43%
<b>ADMINISTRADOR</b>	10	2,21%
<b>AUXILIAR ADMINISTRATIVO</b>	8	1,77%
<b>DOCENTE</b>	8	1,77%
<b>AUXILIAR DE ENFERMERÍA</b>	7	1,55%
<b>ABOGADO</b>	6	1,33%
<b>AUXILIAR CONTABLE</b>	6	1,33%
<b>ESTUDIANTE</b>	6	1,33%
<b>ESTILISTA</b>	5	1,10%
<b>AUXILIAR DE COCINA</b>	4	0,88%
<b>OPERARIO</b>	4	0,88%
<b>ENFERMERA PROFESIONAL</b>	3	0,66%
<b>ARTESANO</b>	2	0,44%
<b>CAJERO</b>	2	0,44%
<b>CHEF</b>	2	0,44%
<b>CONTADOR</b>	2	0,44%
<b>ESTETICISTA</b>	2	0,44%
<b>GERENTE</b>	2	0,44%
<b>INGENIERO SISTEMAS</b>	2	0,44%
<b>MANICURISTA</b>	2	0,44%
<b>NIÑERA</b>	2	0,44%
<b>AGRÓNOMO</b>	1	0,22%
<b>ARQUITECTO</b>	1	0,22%

<b>AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA</b>	1	0,22%
<b>BACTERIÓLOGO</b>	1	0,22%
<b>BIÓLOGO</b>	1	0,22%
<b>CONSTRUCCIÓN</b>	1	0,22%
<b>FLORISTA</b>	1	0,22%
<b>FOTÓGRAFO</b>	1	0,22%
<b>GERONTÓLOGO</b>	1	0,22%
<b>GUARDA DE SEGURIDAD</b>	1	0,22%
<b>GUARDA DE TRÁNSITO</b>	1	0,22%
<b>INGENIERO COMERCIAL</b>	1	0,22%
<b>INGENIERO MINAS</b>	1	0,22%
<b>INGENIERO INDUSTRIAL</b>	1	0,22%
<b>LICENCIADO EN EDUCACIÓN</b>	1	0,22%
<b>MADRE SUSTITUTA</b>	1	0,22%
<b>MASAJISTA</b>	1	0,22%
<b>MÉDICO GENERAL</b>	1	0,22%
<b>MESERO</b>	1	0,22%
<b>PANADERO</b>	1	0,22%
<b>PROPIETARIO RESTAURANTE</b>	1	0,22%
<b>PSICÓLOGO</b>	1	0,22%
<b>REPOSTERO</b>	1	0,22%
<b>SUPERVISOR</b>	1	0,22%
<b>TESORERO</b>	1	0,22%
<b>TRABAJADOR SOCIAL</b>	1	0,22%
<b>VENTAS</b>	1	0,22%
<b>TOTAL</b>	451	100%

## 6.2. Sexo Masculino

6.2.1. Edad: El mayor porcentaje de población Masculina se observó en el grupo entre 61 a 80 años, con un 46,34%.

El promedio de edad en el sexo masculino fue de 58 años.

Tabla 31. Distribución de Frecuencias de Edad en Sexo Masculino.

<b>GRUPOS DE EDAD EN HOMBRES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
>61 – 80	38	46,34%
>41 – 60	30	36,50%
>21 – 40	11	13,41%
>81	3	1,64%
<=20	0	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100,00%</b>

6.2.2. Tipo de Artritis Reumatoide: El tipo de artritis reumatoide más frecuente entre Los hombres de esta cohorte fue el tipo seropositivo con el 65,85%, el menos frecuente fue el tipo no especificado con el 9,7%, siendo el tipo seronegativo el 24,39%.

Tabla 32. Distribución de Frecuencias de Tipo de Artritis Reumatoide en Sexo Masculino

<b>TIPO DE ARTRITIS REUMATOIDE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>AR SEROPOSITIVA</b>	54	65,85%
<b>AR SERONEGATIVA</b>	20	24,39%
<b>AR NO ESPECIFICADA</b>	8	9,7%
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100,00%</b>

6.2.3. Edad según tipo de afiliación: El tipo de afiliación más frecuente en la población masculina, fue el tipo cotizante, con un 34,14% en el grupo de edad entre 61 a 80 años, al igual que el tipo beneficiario con un 4,87% en el mismo grupo de edad.

Tabla 33. Tipo de afiliación por grupos de edad en sexo masculino

TIPO AFILIACIÓN			
GRUPOS DE EDAD	BENEFICIARIO	COTIZANTE	TOTAL
>61 – 80	4,87%	34,14%	0,00%
>41 – 60	2,43%	29,20%	1,21%
>21 – 40	1,21%	9,75%	0,00%
>81	0,00%	2,43%	0,00%
<=20	0,00%	0,00%	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

6.2.4. Edad y Tipo de Artritis Reumatoide: En el sexo masculino, el grupo de edad con más casos de AR no especificada y seronegativa, fue el grupo de edad entre los 61 a 80 años, con un 75% y un 50%, mientras que la AR seronegativa fue más frecuente en el grupo entre los 41 a 60 años con un 44,44%.

Tabla 34. Tipos de Artritis Reumatoide Según Grupo de Edad en Sexo Masculino

TIPO ARTRITIS REUMATOIDE SEXO MASCULINO				
GRUPOS DE EDAD	AR NO ESPECIFICADA	AR SERONEGATIVA	AR SEPOSITIVA	TOTAL
>61 – 80	75,00%	50,00%	40,74%	46,34%
>41 – 60	25,00%	20,00%	44,44%	36,59%
>21 – 40	0,00%	25,00%	9,26%	12,20%
>81	0,00%	5,00%	3,70%	3,66%
<=20	0,00%	0,00%	1,85%	1,22%
<b>TOTAL</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

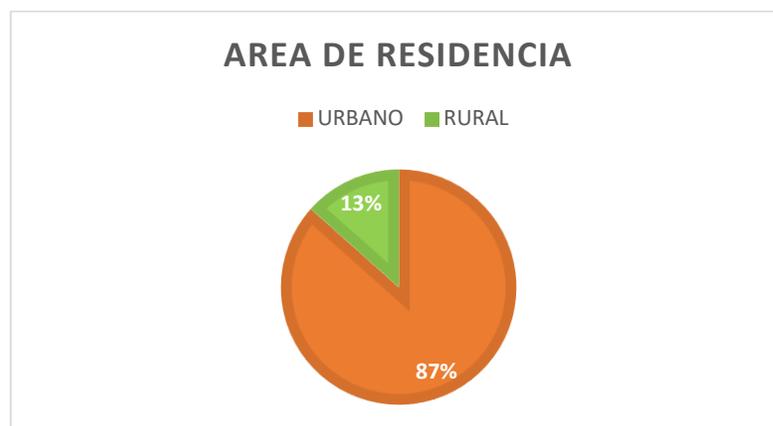
6.2.5. Lugar y Área de Residencia: La población masculina se concentra principalmente en Pereira con el 30,48%, seguido de Manizales con el 18,29%, Dosquebradas 17.07%, Armenia 15,85%.

Tabla 35. Distribución de Frecuencias de Lugar de Residencia En Población Masculina

RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PEREIRA	25	30,48%
MANIZALES	15	18,29%
DOSQUEBRADAS	14	17,07%
ARMENIA	13	15,85%
CALDAS	4	4,87
CARTAGO	3	3,65%
LA VIRGINIA	3	3,65%
NORTE DEL VALLE	3	3,65%
QUINDÍO	2	2,43%
TOTAL	82	100,00%

El área de residencia más común entre los hombres de la población estudio fue el área urbana, con un 86.58%, mientras que el área rural un 13,41%

Figura 10. Distribución de Frecuencia de Área de Residencia en el Sexo Masculino.



6.2.6. Estrato Socioeconómico: En la población masculina evaluada en este estudio (un total de 82 pacientes), se observó una mayor frecuencia de residencia en estratos 2 y 3 con el 36,58% y el 14,63% respectivamente

El porcentaje acumulado para estratos 1,2,3 (estratos económicamente menos favorecidos) fue de 64.63%.

Tabla 36. Estrato Socioeconómico en Población Masculina.

ESTRATO EN POBLACIÓN MASCULINA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2	30	36,58%
3	12	14,63%
4	12	14,63%
1	11	13,42%
6	3	3,65%
5	2	2,43%
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100,00%</b>

6.2.7. Tipo de Afiliación y EPS: De un total de 82 hombres incluidos en el estudio, se encontró que el 80,48% estaban afiliados a Coomeva EPS, siendo cotizantes el 80,30%, beneficiarios el 16,6% y afiliados a régimen subsidiado el 3.03%.

El 19,5% de los hombres se encontraban afiliados a Nueva EPS, como cotizantes el 87,5%, beneficiarios el 12,5%, sin encontrar afiliados al régimen subsidiado.

Tabla 37. Tipo de afiliación y EPS en Sexo Masculino

RÉGIMEN	TIPO AFILIACIÓN	COOMEVA EPS		NUEVA EPS	
		FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		66	80.48%	16	19,5%
	COTIZANTE	53	80.30%	14	87,5%
	BENEFICIARIO	11	16,6%	2	12,5%
RÉGIMEN SUBSUDIADO		2	3.03%	0	0,0%

6.2.8. Ocupación y sexo Masculino: Para el sexo masculino de esta cohorte, la ocupación más frecuente fue comerciante con un 19,51%, seguido de pensionados 13,41%, agricultor 12,19% y conductor 8,53%.

Tabla 38. Distribución según ocupación

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
COMERCIANTE	16	19,51%
PENSIONADO	11	13,41%
AGRICULTOR	10	12,19%
CONDUCTOR	7	8,53%
CONSTRUCCIÓN	3	3,65%
GUARDA DE SEGURIDAD	3	3,65%
MECÁNICO	3	3,65%
ABOGADO	2	2,43%
CESANTE	2	2,43%
CORTERO	2	2,43%
EBANISTA	2	2,43%
OFICIOS VARIOS	2	2,43%
PSICÓLOGO	2	2,43%
TAXISTA	2	2,43%
ADMINISTRADOR	1	1,21%
ARQUITECTO	1	1,21%
ARTESANO	1	1,21%
ASESOR COMERCIAL	1	1,21%
DESEMPLEADO	1	1,21%
DISEÑADOR	1	1,21%
ELECTRICISTA	1	1,21%
EMPLEADO PÚBLICO	1	1,21%
ESTUDIANTE	1	1,21%
GANADERO	1	1,21%
INGENIERO AGRÓNOMO	1	1,21%
JARDINERO	1	1,21%
MENSAJERO	1	1,21%
OPERARIO	1	1,21%
VISITADOR MÉDICO	1	1,21%
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100%</b>

7. Caracterización Laboral:

7.1. Edad y Ocupación: Para el grupo de edad entre 21 a 40 años, la ocupación más frecuente fue la desarrollada en actividades administrativas 3,19%, en el grupo de 41 a 60 años, la actividad más frecuente fue amas de casa al

igual que en el grupo ente 61 a 80 años con un 19,14% y 20,45% respectivamente, al igual que para el grupo de mayores de 80 años con 1,50

Tabla 39. Distribución de Ocupación Según Edad.

OCUPACIÓN	GRUPOS DE EDAD				
	<20	21-40	41-60	61-80	>80
ADMINISTRATIVO	0,00	3,19	7,69	4,13	0,56
AMA DE CASA	0,19	2,81	19,14	20,45	1,50
CESANTE	0,00	0,00	0,38	0,00	0,00
COMERCIO	0,19	0,94	2,44	3,38	0,19
CONSTRUCCIÓN	0,00	0,19	0,00	0,94	0,00
DESEMPLEADO	0,00	0,19	0,00	0,00	0,00
ESTUDIANTE	0,00	0,94	0,38	0,00	0,00
MANUFACTURA	0,00	1,31	7,13	3,19	0,56
OTROS	0,00	1,31	3,56	1,31	0,19
PENSIONADO	0,00	0,38	2,25	2,81	0,56
SALUD	0,00	0,38	1,31	1,69	0,00
TRANSPORTE	0,00	0,00	0,94	1,13	0,38

7.2. Ocupación según tiempos de evolución de la enfermedad: El tiempo de evolución de la artritis reumatoide se clasifica en: 1. menor a 6 meses, 2, entre 6 meses a 2 años, 3 mayor a 2 años.

Al evaluar la ocupación con mayor tiempo de evolución de la enfermedad, seguimos encontrando a las amas de casa, dado el gran volumen de esta población en esta cohorte, sin embargo, llama la atención el porcentaje de personas del área de la confección con evolución menor a 6 meses, con un 28,57%.

Tabla 40. Ocupación y tiempos de evolución.

<b>EVOLUCIÓN</b>				
<b>OCUPACIÓN</b>	<b>&gt; 6 MESES</b>	<b>6 MESES A 2 AÑOS</b>	<b>&gt;2 AÑOS</b>	<b>TOTAL</b>
<b>AMA DE CASA</b>	28,57%	39,02%	44,74%	44,09%
<b>COMERCIANTE</b>	14,29%	4,88%	7,01%	6,94%
<b>PENSIONADO</b>	0,00%	0,00%	5,98%	5,44%
<b>OFICIOS VARIOS</b>	0,00%	12,20%	4,33%	4,88%
<b>ASESOR COMERCIAL</b>	0,00%	7,32%	2,06%	2,44%
<b>CONFECCIÓN</b>	28,57%	0,00%	2,06%	2,25%
<b>ADMINISTRADOR</b>	0,00%	0,00%	2,27%	2,06%
<b>SECRETARIA</b>	0,00%	2,44%	2,06%	2,06%
<b>AGRICULTOR</b>	14,29%	2,44%	1,44%	1,69%
<b>ABOGADO</b>	0,00%	2,44%	1,44%	1,50%
<b>AUXILIAR ADMINISTRATIVO</b>	0,00%	2,44%	1,44%	1,50%
<b>DOCENTE</b>	0,00%	0,00%	1,65%	1,50%
<b>CONDUCTOR</b>	0,00%	0,00%	1,44%	1,31%
<b>ESTUDIANTE</b>	0,00%	2,44%	1,24%	1,31%
<b>AUXILIAR CONTABLE</b>	0,00%	2,44%	1,03%	1,13%
<b>AUXILIAR DE ENFERMERÍA</b>	0,00%	0,00%	1,03%	0,94%
<b>ESTILISTA</b>	0,00%	0,00%	1,03%	0,94%
<b>OPERARIO</b>	14,29%	0,00%	0,82%	0,94%
<b>AUXILIAR DE COCINA</b>	0,00%	2,44%	0,62%	0,75%
<b>CONSTRUCCIÓN</b>	0,00%	0,00%	0,82%	0,75%
<b>PENSIONADO</b>	0,00%	0,00%	0,62%	0,56%
<b>ARTESANO</b>	0,00%	0,00%	0,62%	0,56%
<b>GUARDA DE SEGURIDAD</b>	0,00%	0,00%	0,62%	0,56%
<b>MECÁNICO</b>	0,00%	0,00%	0,62%	0,56%
<b>MESERO</b>	0,00%	0,00%	0,62%	0,56%

<b>PSICÓLOGO</b>	0,00%	0,00%	0,62%	0,56%
<b>ENFERMERA PROFESIONAL</b>	0,00%	0,00%	0,41%	0,38%
<b>ARQUITECTO</b>	0,00%	0,00%	0,41%	0,38%
<b>CAJERO</b>	0,00%	0,00%	0,41%	0,38%
<b>CESANTE</b>	0,00%	0,00%	0,41%	0,38%
<b>CHEF</b>	0,00%	2,44%	0,21%	0,38%
<b>CONTADOR</b>	0,00%	0,00%	0,41%	0,38%
<b>CORTERO</b>	0,00%	0,00%	0,41%	0,38%
<b>EBANISTA</b>	0,00%	0,00%	0,41%	0,38%
<b>ESTETICISTA</b>	0,00%	0,00%	0,41%	0,38%
<b>GERENTE</b>	0,00%	0,00%	0,41%	0,38%
<b>INGENIERO DE SISTEMAS</b>	0,00%	0,00%	0,41%	0,38%
<b>MANICURISTA</b>	0,00%	0,00%	0,42%	0,38%
<b>NIÑERA</b>	0,00%	4,88%	0,00%	0,38%
<b>TAXISTA</b>	0,00%	0,00%	0,41%	0,38%
<b>AGRICULTOR</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>OFICIOS VARIOS</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>AGRÓNOMO</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>AUXILIAR ODONTOLOGÍA</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>BIÓLOGO</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>DESEMPLEADO</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>DISEÑADOR</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>ELECTRICISTA</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>EMPLEADO PÚBLICO</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>ENFERMERA PROFESIONAL</b>	0,00%	2,44%	0,00%	0,19%
<b>FLORISTA</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>FOTÓGRAFO</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>GANADERO</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>GERONTÓLOGO</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>GUARDA DE TRÁNSITO</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>INGENIERO AGRÓNOMO</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%

<b>INGENIERO COMERCIAL</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>INGENIERO DE MINAS</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>INGENIERO INDUSTRIAL</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>JARDINERO</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>LICENCIADO EN EDUCACIÓN</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>MADRE SUSTITUTA</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>MASAJISTA</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>MÉDICO GENERAL</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>MENSAJERO</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>PANADERO</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>PROPIETARIO RESTAURANTE</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>REPOSTERO</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>SUPERVISOR</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>TESORERO</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>TRABAJADOR SOCIAL</b>	0,00%	2,44%	0,00%	0,19%
<b>TRABAJO EN VENTAS</b>	0,00%	0,00%	0,21%	0,19%
<b>VISITADOR MÉDICO</b>	0,00%	2,44%	0,00%	0,19%
<b>TOTAL</b>	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

7.3. Ocupación e Incapacidad Médica: la ocupación con mayor número de incapacidades fue oficios varios con un 15%, llama la atención la asignación de incapacidad a amas de casa con un 9,23%, pensionados y estudiantes con un 1,54% cada una, teniendo en cuenta que son actividades que no requieren asignación de incapacidad médica.

Tabla 41. Incapacidad Médica Según Ocupación.

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>INCAPACIDAD</b>	<b>OCUPACIÓN</b>	<b>INCAPACIDAD</b>
	<b>AD</b>		<b>AD</b>
<b>OFICIOS VARIOS</b>	15,38%	<b>DOCENTE</b>	1,54%
<b>AMA DE CASA</b>	9,23%	<b>ESTUDIANTE</b>	1,54%
<b>COMERCIANTE</b>	6,15%	<b>OPERARIO</b>	1,54%
<b>CONFECCIÓN</b>	6,15%	<b>MESERO</b>	1,54%
<b>AUXILIAR ADMINISTRATIVO</b>	6,15%	<b>PSICÓLOGO</b>	1,54%
<b>ASESOR COMERCIAL</b>	4,62%	<b>ENFERMERA PROFESIONAL</b>	1,54%
<b>SECRETARIA</b>	3,08%	<b>CHEF</b>	1,54%
<b>ABOGADO</b>	3,08%	<b>CORTERO</b>	1,54%
<b>CONDUCTOR</b>	3,08%	<b>ESTETICISTA</b>	1,54%
<b>AUXILIAR CONTABLE</b>	3,08%	<b>INGENIERO DE SISTEMAS</b>	1,54%
<b>AUXILIAR DE ENFERMERÍA</b>	4,62%	<b>MANICURISTA</b>	1,54%
<b>AUXILIAR DE COCINA</b>	3,08%	<b>TAXISTA</b>	1,54%
<b>GUARDA DE SEGURIDAD</b>	3,08%	<b>LICENCIADO EN EDUCACIÓN</b>	1,54%
<b>CAJERO</b>	3,08%	<b>MENSAJERO</b>	1,54%
<b>PENSIONADO</b>	1,54%	<b>REPOSTERO</b>	1,54%
<b>ADMINISTRADOR</b>	1,54%	<b>TOTAL</b>	100,00%

7.4. Índice de severidad y ocupación: Al evaluar el índice de severidad de la enfermedad en los pacientes que recibieron incapacidad, se observan índices de actividad alta en amas de casa y comerciantes en el 17,65% para cada uno, en oficios varios, asesores comerciales, psicólogos, el 11,76% mientras que los índices de actividad baja se observaron en el 37,50 de las amas de casa.

Tabla 41. Índice de Severidad y Ocupación

<b>DAS 28</b>					
<b>OCUPACIÓN</b>	<b>ALTA</b>	<b>BAJA</b>	<b>MODERADA</b>	<b>REMISIÓN</b>	<b>TOTAL</b>
<b>AMA DE CASA</b>	17,65%	37,50%	28,00%	36,36%	27,87%
<b>OFICIOS VARIOS</b>	11,76%	12,50%	12,00%	18,18%	13,11%
<b>COMERCIANTE</b>	17,65%	0,00%	12,00%	9,09%	11,48%
<b>ASESOR COMERCIAL</b>	11,76%	0,00%	4,00%	0,00%	4,92%
<b>DOCENTE</b>	5,88%	0,00%	4,00%	9,09%	4,92%
<b>ADMINISTRADOR</b>	0,00%	0,00%	0,00%	18,18%	3,28%
<b>PENSIONADO</b>	0,00%	0,00%	4,00%	9,09%	3,28%
<b>PSICÓLOGO</b>	11,76%	0,00%	0,00%	0,00%	3,28%
<b>ENFERMERA PROFESIONAL</b>	0,00%	0,00%	4,00%	0,00%	1,64%
<b>PENSIONADO</b>	0,00%	12,50%	0,00%	0,00%	1,64%
<b>AUXILIAR ADMINISTRATIVO</b>	0,00%	12,50%	0,00%	0,00%	1,64%
<b>AUXILIAR CONTABLE</b>	0,00%	0,00%	4,00%	0,00%	1,64%
<b>AUXILIAR DE COCINA</b>	0,00%	0,00%	4,00%	0,00%	1,64%
<b>CONDUCTOR</b>	0,00%	0,00%	4,00%	0,00%	1,64%
<b>CONFECCIÓN</b>	5,88%	0,00%	0,00%	0,00%	1,64%
<b>EBANISTA</b>	0,00%	12,50%	0,00%	0,00%	1,64%
<b>ELECTRICISTA</b>	0,00%	0,00%	4,00%	0,00%	1,64%
<b>ESTILISTA</b>	0,00%	0,00%	4,00%	0,00%	1,64%
<b>ESTUDIANTE</b>	5,88%	0,00%	0,00%	0,00%	1,64%
<b>FOTÓGRAFO</b>	5,88%	0,00%	0,00%	0,00%	1,64%
<b>INGENIERO COMERCIAL</b>	0,00%	0,00%	4,00%	0,00%	1,64%
<b>INGENIERO DE SISTEMAS</b>	0,00%	0,00%	4,00%	0,00%	1,64%
<b>MANICURISTA</b>	0,00%	0,00%	4,00%	0,00%	1,64%
<b>OPERARIO</b>	5,88%	0,00%	0,00%	0,00%	1,64%
<b>SECRETARIA</b>	0,00%	12,50%	0,00%	0,00%	1,64%
<b>TOTAL</b>	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

7.5. Diferencias laborales: al comparar las diferentes actividades reportadas por los pacientes de esta cohorte encontramos mayor diversidad en las actividades ejercidas por los pacientes de sexo femenino que por los de sexo masculino.

Tabla 42. Distribución de ocupación sexo femenino

<b>OCUPACIONES EXCLUSIVAS DE SEXO FEMENINO</b>	<b>FRECUENCIA</b>
<b>AGRÓNOMO</b>	21
<b>AMA DE CASA</b>	21
<b>AUXILIAR ADMINISTRATIVO</b>	10
<b>AUXILIAR CONTABLE</b>	8
<b>AUXILIAR DE COCINA</b>	8
<b>AUXILIAR DE ENFERMERÍA</b>	7
<b>AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA</b>	6
<b>BACTERIÓLOGO</b>	6
<b>BIÓLOGO</b>	6
<b>CAJERO</b>	5
<b>CHEF</b>	4
<b>CONFECCIÓN</b>	3
<b>CONTADOR</b>	2
<b>DOCENTE</b>	2
<b>ENFERMERA PROFESIONAL</b>	2
<b>ESTETICISTA</b>	2
<b>ESTILISTA</b>	2
<b>FLORISTA</b>	2
<b>FOTÓGRAFO</b>	2
<b>GERENTE</b>	1
<b>GERONTÓLOGO</b>	1
<b>GUARDA DE TRÁNSITO</b>	1
<b>INGENIERO COMERCIAL</b>	1
<b>INGENIERO INDUSTRIAL</b>	1
<b>INGENIERO MINAS</b>	1
<b>INGENIERO SISTEMAS</b>	1
<b>LICENCIADO EN EDUCACIÓN</b>	1
<b>MADRE SUSTITUTA</b>	1
<b>MANICURISTA</b>	1
<b>MASAJISTA</b>	1
<b>MÉDICO GENERAL</b>	1
<b>MESERO</b>	1

NIÑERA	1
PANADERO	1
PROPIETARIO RESTAURANTE	1
REPOSTERO	1
SECRETARIA	1
SUPERVISOR	1
TESORERO	1
TRABAJADOR SOCIAL	1
VENTAS	1

Tabla 43. Distribución de ocupación sexo masculino

<b>OCUPACIONES EXCLUSIVAS DE SEXO MASCULINO</b>	
AGRICULTOR	10
CESANTE	3
CONDUCTOR	2
CORTERO	2
DESEMPLEADO	2
DISEÑADOR	2
EBANISTA	2
ELECTRICISTA	1
EMPLEADO PÚBLICO	1
GANADERO	1
INGENIERO AGRÓNOMO	1
JARDINERO	1
MECÁNICO	1
MENSAJERO	1
TAXISTA	1
VISITADOR MÉDICO	1

8. Caracterización de la enfermedad:

8.1. Tipo de Artritis reumatoide y tiempo de evolución: Al evaluar el tipo de artritis y su tiempo de evolución, se evidenció mayor tiempo de evolución en los casos de artritis reumatoide seropositiva con el 68,04%, llama la atención, que el mayor número de casos de artritis reumatoide no especificada para esta cohorte presentan una evolución entre 6 meses a 2 años. no se encontró diferencia en número de casos con evolución menor

a 6 meses entre los pacientes con artritis reumatoide seropositiva y seronegativa, ambos representan el 42,86% cada uno.

Tabla 44. Tipo de Artritis reumatoide y tiempo de evolución.

TIPO ARTRITIS	EVOLUCIÓN			TOTAL
	> 6 MESES	6 MESES A 2 AÑOS	>2 AÑOS	
ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA	42,86%	51,22%	68,04%	66,42%
ARTRITIS REUMATOIDE NO ESPECIFICADA	14,29%	29,27%	16,49%	17,45%
ARTRITIS REUMATOIDE SERONEGATIVA	42,86%	19,51%	15,46%	16,14%
<b>TOTAL</b>	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

8.2. Tipo de artritis reumatoide e índice de severidad de la actividad de la enfermedad DAS 28: Al evaluar el índice de actividad de artritis reumatoide (DAS28) en los pacientes que requirieron incapacidad médica, se observó que los casos de artritis reumatoide seropositiva que requirieron incapacidad presentaron un índice de severidad alto con un 64,71%, no se presentaron diferencias en el índice de actividad bajo entre las AR seropositivas y no especificadas con un 37,50% cada uno, mientras que para el caso seronegativos, la calificación alta fue la más frecuente con un 29,41%

Tabla 44. Tipo de artritis reumatoide e índice de severidad de la actividad de la enfermedad DAS 28

TIPO ARTRITIS REUMATOIDE	DAS 28				TOTAL
	ALTA	BAJA	MODERADA	REMISIÓN	
AR SEROPOSITIVA	64,71%	37,50%	60,00%	54,55%	57,38%
AR NO ESPECIFICADA	5,88%	37,50%	32,00%	27,27%	24,59%
AR SERONEGATIVA	29,41%	25,00%	8,00%	18,18%	18,03%
<b>TOTAL</b>	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

8.3. Tiempo de evolución y lugar de residencia: No se evidenciaron diferencias en el tiempo de evolución y la frecuencia de casos de acuerdo a la ciudad de residencia.

Tabla 45. Distribución por tiempo de evolución.

<b>EVOLUCIÓN</b>				
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>	<b>&gt; 6 MESES</b>	<b>&gt;2 AÑOS</b>	<b>6 MESES A 2 AÑOS</b>	<b>TOTAL</b>
<b>PEREIRA</b>	28,57%	33,81%	39,02%	34,15%
<b>MANIZALES</b>	28,57%	15,05%	9,76%	14,82%
<b>DOSQUEBRADAS</b>	14,29%	12,78%	17,07%	13,13%
<b>ARMENIA</b>	14,29%	8,04%	7,32%	8,07%
<b>NORTE DEL VALLE</b>	0,00%	6,40%	2,44%	6,02%
<b>CARTAGO</b>	0,00%	6,19%	2,44%	5,82%
<b>ARMENIA</b>	0,00%	5,15%	12,20%	5,63%
<b>SANTA ROSA</b>	0,00%	4,74%	2,44%	4,50%
<b>CALDAS</b>	14,29%	3,11%	2,44%	3,22%
<b>QUINDÍO</b>	0,00%	2,89%	2,44%	2,83%
<b>RISARALDA</b>	0,00%	1,67%	2,44%	1,71%
<b>TOLIMA</b>	0,00%	0,21%	0,00%	0,19%
<b>TOTAL</b>	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

8.4. Tiempo de evolución e índice de severidad: Llama la atención que el índice de actividad fue elevado para el 100% de los casos con evolución mayor a 2 años que requirieron incapacidad, mientras que los casos con evolución menor a 6 meses, solo el 4% requirieron incapacidad.

Tabla 46. Das 28

DAS 28					
EVOLUCIÓN	ALTA	BAJA	MODERADA	REMISIÓN	TOTAL
>2 AÑOS	100,00%	87,50%	96,00%	81,82%	93,44%
6 MESES A 2 AÑOS	0,00%	12,50%	0,00%	18,18%	4,92%
> 6 MESES	0,00%	0,00%	4,00%	0,00%	1,64%
<b>TOTAL</b>	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

9. Caracterización del Tratamiento:

9.1. Tratamiento y tipo de Artritis Reumatoide: No se observaron diferencias representativas entre los tres tipos de artritis reumatoide y el manejo con monoterapia DMARD Leflunomida y la terapia DMARD cloroquina, siendo los dos tipos de terapia más comunes.

Tabla 47. Distribución por tipo de artritis

TIPO ARTRITIS REUMATOIDE				
TERAPIA COMBINADA	AR NO ESPECIFICA	AR SERONEGATIVA	AR SEROPOSITIVA	TOTAL
LEFLUNOMIDA	23,66%	22,89%	21,35%	22,01%
METOTREXATE-LEFLUNOMIDA	21,51%	22,89%	21,64%	21,81%
METOTREXATE	20,43%	15,66%	20,18%	19,50%
SULFASALAZINA-LEFLUNOMIDA	5,38%	8,43%	8,19%	7,72%
METOTREXATE-SULFASALAZINA	5,38%	6,02%	7,02%	6,56%
SULFASALAZINA	8,60%	6,02%	6,14%	6,56%
SIN TERAPIA	4,30%	2,41%	2,05%	2,51%
CLOROQUINA	0,00%	2,41%	2,34%	1,93%
HIDROXICLOROQUINA-LEFLUNOMIDA	2,15%	0,00%	1,75%	1,54%

<b>METOTREXATE- CLOROQUINA</b>	2,15%	1,20%	0,88%	1,16%
<b>METOTREXATE- CLOROQUINA- LEFLUNOMIDA</b>	0,00%	0,00%	1,75%	1,16%
<b>HIDROXICLOROQUINA</b>	1,08%	2,41%	0,58%	0,97%
<b>METOTREXATE- HIDROXICLOROQUINA</b>	1,08%	1,20%	0,88%	0,97%
<b>METOTREXATE- SULFASALAZINA- LEFLUNOMIDA</b>	0,00%	2,41%	0,88%	0,97%
<b>SULFASALAZINA- HIDROXICLOROQUINA</b>	1,08%	0,00%	0,88%	0,77%
<b>SULFASALAZINA- CLOROQUINA</b>	0,00%	2,41%	0,29%	0,58%
<b>SULFASALAZINA- CLOROQUINA- LEFLUNOMIDA</b>	1,08%	0,00%	0,58%	0,58%
<b>CLOROQUINA- LEFLUNOMIDA</b>	0,00%	1,20%	0,29%	0,39%
<b>METOTREXATE- SULFASALAZINA- CLOROQUINA</b>	0,00%	2,41%	0,00%	0,39%
<b>SULFASALAZINA- HIDROXICLOROQUINA- LEFLUNOMIDA</b>	0,00%	0,00%	0,58%	0,39%
<b>CICLOROQUINA</b>	0,00%	0,00%	0,29%	0,19%
<b>CLOROQUINA- AZATIOPRINA</b>	0,00%	0,00%	0,29%	0,19%
<b>LEFLUNOMIDA- AZATIOPRINA</b>	1,08%	0,00%	0,00%	0,19%
<b>METOTREXATE- CLOROQUINA- LEFLUNOMIDA</b>	0,00%	0,00%	0,29%	0,19%

<b>METOTREXATE- CLOROQUINA</b>	0,00%	0,00%	0,29%	0,19%
<b>METOTREXATE- SULFASALAZINA- HIDROXICLOROQU INA</b>	0,00%	0,00%	0,29%	0,19%
<b>SULFASALAZINA- CICLOQUINA</b>	0,00%	0,00%	0,29%	0,19%
<b>SULFASALAZINA- CLOROQUINA</b>	1,08%	0,00%	0,00%	0,19%
<b>TOTAL</b>	100,00%	100,00%	100,00%	100,00 %

9.2. Terapia DMARD combinada y tiempo de evolución: De acuerdo con el tiempo de evolución, se observó que los pacientes con evolución mayor a 2 años recibieron Leflunomida en un 23,19%, metotrexato + Leflunomida 22,13%, los pacientes con menor tiempo de evolución recibieron en un gran porcentaje (57,14%) terapia DMARD combinada metotrexato Leflunomida, mientras que los de evolución entre 6 meses a 2 años recibieron en un 26,83% monoterapia metotrexato.

El 7,3% de los pacientes con evolución entre 6 meses a 2 años no recibían ningún tipo de terapia.

Tabla 48. Distribución por terapia

<b>TERAPIA COMBINADA</b>	<b>EVOLUCIÓN</b>			<b>TOTAL</b>
	<b>&gt; 6 MESES</b>	<b>&gt;2 AÑOS</b>	<b>6 MESES A 2 AÑOS</b>	
<b>LEFLUNOMIDA</b>	0,00%	23,19%	12,20%	22,01%
<b>METOTREXATE- LEFLUNOMIDA</b>	57,14%	22,13%	12,20%	21,81%
<b>METOTREXATE</b>	0,00%	19,15%	26,83%	19,50%
<b>SULFASALAZINA- LEFLUNOMIDA</b>	14,29%	8,09%	2,44%	7,72%
<b>METOTREXATE- SULFASALAZINA</b>	14,29%	6,17%	9,76%	6,56%

<b>SULFASALAZINA</b>	0,00%	7,02%	2,44%	6,56%
<b>SIN TERAPIA</b>	0,00%	2,13%	7,32%	2,51%
<b>CLOROQUINA</b>	14,29%	1,49%	4,88%	1,93%
<b>HIDROXICLOROQUINA- LEFLUNOMIDA</b>	0,00%	1,28%	4,88%	1,54%
<b>METOTREXATE- CLOROQUINA</b>	0,00%	1,28%	0,00%	1,16%
<b>METOTREXATE- CLOROQUINA- LEFLUNOMIDA</b>	0,00%	1,06%	2,44%	1,16%
<b>HIDROXICLOROQUINA</b>	0,00%	0,85%	2,44%	0,97%
<b>METOTREXATE- HIDROXICLOROQUINA</b>	0,00%	0,85%	2,44%	0,97%
<b>METOTREXATE- SULFASALAZINA- LEFLUNOMIDA</b>	0,00%	1,06%	0,00%	0,97%
<b>SULFASALAZINA- HIDROXICLOROQUINA</b>	0,00%	0,85%	0,00%	0,77%
<b>SULFASALAZINA- CLOROQUINA</b>	0,00%	0,64%	0,00%	0,58%
<b>SULFASALAZINA- CLOROQUINA- LEFLUNOMIDA</b>	0,00%	0,64%	0,00%	0,58%
<b>CLOROQUINA- LEFLUNOMIDA</b>	0,00%	0,43%	0,00%	0,39%
<b>METOTREXATE- SULFASALAZINA- CLOROQUINA</b>	0,00%	0,43%	0,00%	0,39%
<b>SULFASALAZINA- HIDROXICLOROQUINA- LEFLUNOMIDA</b>	0,00%	0,21%	2,44%	0,39%
<b>CICLOFOSFAMIDA</b>	0,00%	0,21%	0,00%	0,19%
<b>CLOROQUINA- AZATIOPRINA</b>	0,00%	0,21%	0,00%	0,19%
<b>LEFLUNOMIDA- AZATIOPRINA</b>	0,00%	0,21%	0,00%	0,19%

<b>METOTREXATE- CLOROQUINA- LEFLUNOMIDA</b>	0,00%	0,00%	2,44%	0,19%
<b>METOTREXATE- CLOROQUINA</b>	0,00%	0,00%	2,44%	0,19%
<b>METOTREXATE- SULFASALAZINA- HIDROXICLOROQUINA</b>	0,00%	0,21%	0,00%	0,19%
<b>SULFASALAZINA- CICLOROQUINA</b>	0,00%	0,21%	0,00%	0,19%
<b>SULFASALAZINA- CLOROQUINA</b>	0,00%	0,00%	2,44%	0,19%
<b>TOTAL</b>	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

9.3. Tratamiento e índice de severidad: En cuanto al tratamiento, se observó que la combinación de terapia DMARD más frecuente fue Metotrexato + Leflunomida, en un 50% de los pacientes con actividad baja y en un 37,50% en los pacientes con actividad alta.

La Sulfasalazina en monoterapia fue una opción frecuente en pacientes con actividad alta con un 18,75%, el Metotrexato en pacientes con actividad baja y moderada en un 25% y un 24% respectivamente.

El 9,09% de los pacientes se encontraban en remisión y no recibían ningún tipo de terapia.

Tabla 49. Terapia DMARD Combinada de acuerdo a índice de severidad

DAS 28					
TERAPIA COMBINADA	ALTA	BAJA	MODERADA	REMISIÓN	TOTAL
<b>METOTREXATE-LEFLUNOMIDA</b>	37,50%	50,00%	28,00%	27,27%	33,33%
<b>LEFLUNOMIDA</b>	25,00%	12,50%	24,00%	18,18%	21,67%
<b>METOTREXATE</b>	0,00%	25,00%	24,00%	9,09%	15,00%
<b>SULFASALAZINA</b>	18,75%	0,00%	8,00%	9,09%	10,00%
<b>METOTREXATE-SULFASALAZINA</b>	0,00%	0,00%	4,00%	18,18%	5,00%
<b>HIDROXICLOROQUINA</b>	0,00%	12,50%	4,00%	0,00%	3,33%
<b>METOTREXATE-SULFASALAZINA-LEFLUNOMIDA</b>	6,25%	0,00%	4,00%	0,00%	3,33%
<b>CLOROQUINA-LEFLUNOMIDA</b>	0,00%	0,00%	0,00%	9,09%	1,67%
<b>METOTREXATE-CLOROQUINA-LEFLUNOMIDA</b>	6,25%	0,00%	0,00%	0,00%	1,67%
<b>SIN TERAPIA</b>	0,00%	0,00%	0,00%	9,09%	1,67%
<b>SULFASALAZINA-HIDROXICLOROQUINA</b>	0,00%	0,00%	4,00%	0,00%	1,67%
<b>SULFASALAZINA-LEFLUNOMIDA</b>	6,25%	0,00%	0,00%	0,00%	1,67%
<b>TOTAL</b>	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

9.4. Tratamiento con terapia biológica e incapacidades asignadas: Los pacientes que recibieron incapacidad médica que se encuentran en manejo con terapia biológica recibían en un 0,81% Abatacept, recibían Adalimumab, Etanercept, Rituximab, en un 0,37% cada uno, y el 0,18% Tocilizumab comparado con el total de la población.

Tabla 50. Distribución según incapacidad y terapia biológica

INCAPACIDAD	TERAPIA BIOLÓGICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	ABATACEPT	3	0,81%
	ADALIMUMAB	2	0,37%
	ETANERCEPT	2	0,37%
	RITUXIMAB	2	0,37%
	TOCILIZUMAB	1	0,18%
<b>TOTAL</b>		10	2,1%

10. Caracterización de incapacidades:

- 10.1. Incapacidad médica, edad y sexo: El total de pacientes que recibieron incapacidad médica en el periodo de 2 años en esta cohorte fue de 65 pacientes, de estos, 55 eran de sexo femenino, con una edad promedio de 47 años, siendo la edad mínima de 24 años y la edad máxima de 68 años, para el caso del sexo masculino, 10 casos, con una edad promedio de 49 años, siendo la edad mínima de 27 años y la edad máxima de 75 años;
- 10.2. Incapacidad y tiempo de evolución de la enfermedad: Se identificó mayor necesidad de incapacidad en pacientes con evolución mayor a dos años, con un 87,69%, mientras que los casos de menor evolución (menos de 6 meses) requirieron incapacidad solo en el 1,54% de los casos.

Tabla 51. Incapacidad y tiempo de evolución:

TIEMPO DE EVOLUCIÓN	INCAPACIDAD		
	NO	SI	TOTAL
>2 AÑOS	91,45%	87,69%	90,99%
6 MESES A 2 AÑOS	7,26%	10,77%	7,69%
> 6 MESES	1,28%	1,54%	1,31%
<b>TOTAL</b>	100,00%	100,00%	100,00%

- 10.3. Incapacidad e índice de severidad de la enfermedad: Al evaluar el índice de actividad de la enfermedad, se evidenció que el mayor porcentaje de incapacidades se asignaron a pacientes con un índice de actividad alto (42,86%) y moderado (38,10%).

Tabla 52. Distribución según incapacidad médica

<b>INCAPACIDAD MÉDICA</b>			
<b>DAS 28</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>TOTAL</b>
<b>MODERADA</b>	42,50%	38,10%	40,98%
<b>ALTA</b>	20,00%	42,86%	27,87%
<b>REMISIÓN</b>	22,50%	9,52%	18,03%
<b>BAJA</b>	15,00%	9,52%	13,11%
<b>TOTAL</b>	100,00%	100,00%	100,00%

- 10.4. Incapacidades que no cumplen con los estándares de asignación:  
 Teniendo en cuenta que las incapacidades médicas deben ser asignadas a pacientes afiliados al régimen contributivo como cotizantes, Llamo la atención la asignación de incapacidad a 3 amas de casa y a 1 persona con ocupación oficios varios, afiliada como beneficiario.

Tabla 52. Distribución según tipo de afiliación por ocupación e incapacidad

<b>TIPO AFILIACIÓN</b>	<b>OCUPACIÓN</b>	<b>INCAPACIDAD</b>
<b>BENEFICIARIO</b>	OFICIOS VARIOS	5
<b>BENEFICIARIO</b>	AMA DE CASA	15
<b>BENEFICIARIO</b>	AMA DE CASA	15
<b>BENEFICIARIO</b>	AMA DE CASA	2
<b>TOTAL DIAS INCAPACIDAD</b>		37

## 12. DISCUSION

Para el presente estudio, la literatura que se encontró fue poca, en su mayoría los artículos hacen referencia a poblaciones de otros países como Cuba, Chile, pero no se encontraron datos al respecto de la población colombiana con artritis reumatoide, específicamente en el eje cafetero, y menos una caracterización laboral de este tipo de pacientes.

El tratamiento de la Artritis reumatoide ha cambiado significativamente en los últimos años, permitiendo a los médicos tratantes evitar la aparición de deformidades y en general, mejorando la calidad de vida de los pacientes, sin embargo, el sistema laboral y el sistema de salud hasta el momento no cuentan con estrategias que permitan minimizar el deterioro en la capacidad funcional de la persona.

Probablemente las condiciones del entorno, puede que sean las mismas para ambos sexos, más aún cuando en la actualidad la mujer viene logrando mayores o iguales derechos que los hombres esta enfermedad está afectando considerablemente la mayor parte de la población femenina, siendo ésta la involucrada en las condiciones físicas, psíquicas y laborales. Con referente a lo anterior Vinaccia S, Cadena J, Juárez F, Contreras F, Anaya JM. En su estudio Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Granada, España vol. 4, núm. 1, enero, 2004, pp. 91-103. Considera: Este trastorno afecta aproximadamente al 1% de la población humana con una incidencia mujer-varón 3:1, produciendo síntomas diversos como rigidez matinal, fatiga, dolor, incapacidad funcional y depresión (Ballina y Rodríguez, 2000). De acuerdo con la anterior investigación el estudio realizado arrojó características en la población femenina que es significativa puesto que, la población femenina que se encuentra más afectada por la enfermedad corresponde al 84,65%, mientras que el sexo masculino corresponde al 15,38%. Ratificando los hallazgos anteriores observados en otras poblaciones con artritis reumatoide.

Por otro lado, algunos datos pueden concluir que las experiencias más comunes en personas trabajadoras son aquellas reportadas con incapacidades, considerando que esta enfermedad progresiva ha revelado casos de incapacidad permanente, para ello. Quiceno, JM, & Vinaccia, S. En su estudio Artritis Reumatoide: Consideraciones Psicobiologicas. *Perspectivas en Psicología*, 2011; 27-41.ñp. La incapacidad física asociada con la AR afecta el campo laboral del

paciente dificultándole mantener un empleo estable. La incapacidad laboral entre los 5 y 10 años desde el inicio de la enfermedad en diferentes países es del 43% al 50%, en muchos casos no vuelven a trabajar o cuando lo hacen se encuentran con que deben ocupar un cargo de menor responsabilidad (Cadena et ál. 2003). Haciendo un comparativo de lo anterior se encontró en los resultados que entre la población que recibió incapacidad médica, se evidenció mayor duración en las incapacidades superiores a 31 días con un 44,44% en el sexo masculino y un 41,85% en el sexo femenino. otro grupo notorio de incapacidades son las registradas en el rango ente 11 y 20 días, con un total de 26,58%, siendo igualmente más frecuentes en el sexo masculino con un 33,33%, mientras que en el sexo femenino representan el 25,45%. Para el sexo masculino no se registraron incapacidades menores a 10 días, pero en el sexo femenino registran el 23,64%. Demostrando que las incapacidades afectan significativamente la parte laboral, física y funcional de las personas tratadas, considerado que en su tiempo de evolución los factores asociados a la enfermedad seguirán su progresión.

Tornero J, Piquerasa JA, Carballo LF, Vidal J. Epidemiología de la discapacidad laboral debida a las enfermedades reumáticas Servicios de Reumatología y Unidad de Investigación. Hospital General Universitario de Guadalajara. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá. Madrid. España. Revista Española de Reumatología. 2002; 29(8):373-84. Manifiesta Tanto en el estudio de la incapacidad temporal como en el de la invalidez permanente se ha considerado la profesión de cada individuo y, posteriormente, se han agrupado por: a) sectores económicos (según el régimen de afiliación a la Seguridad Social), y b) según el grado de carga y demanda física ejercido por el trabajo sobre el aparato locomotor. Haciendo una relación de la investigación anterior y teniendo en cuenta el tiempo evaluado en este estudio (2 años), las posibilidades de incapacidad para un mismo paciente podían implicar más de 1 periodo con duración variable, por este motivo se decidió evaluar la sumatoria de días de incapacidad médica asignados. El tiempo mínimo de incapacidad para la población estudio durante los 2 años fue de 2 días, el número de días de incapacidad más frecuente son 15 días, con un promedio de incapacidad de: 80 días para el total de la población, sin embargo, el tiempo de incapacidad muestra datos muy heterogéneos, lo que hace que la desviación estándar sea muy superior a 2. Del total de la población evaluada (533 pacientes), solo 65 pacientes recibieron incapacidad médica, se evidenció un caso en el que las incapacidades suman más de 365 días, se desconoce si este caso particular tiene calificación de invalidez por parte de junta.

Para finalizar, los resultados de la presente investigación ponen en manifiesto diferentes características y aspectos que persisten en el desarrollo de la

discapacidad laboral de personas con artritis reumatoide, y las condiciones de la población femenina y masculina que se ha visto afectada por esta enfermedad; dentro de la IPS el conocimiento de los resultados obtenidos y las implicaciones laborales, incentiva la implementación de estrategias de prevención e intervención con el objetivo de minimizar las secuelas derivadas de la enfermedad.

### 13. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

1. No contar con una caracterización regional de aspectos básicos de la población implicó dedicar gran parte del tiempo a esta tarea.
2. No fue posible evaluar de manera detallada el comportamiento de la población afiliada al régimen subsidiado, ya que solo se contó con 10 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión del estudio.
3. La base de datos aportada por la IPS mostraba errores en la clasificación de la actividad laboral, por lo que fue necesario realizar revisión manual de cada historia en búsqueda de datos obtenidos desde el interrogatorio médico, excluyendo algunos pacientes, y quedando algunos datos no muy claros.
4. se desconoce la actividad laboral actual de los pacientes afiliados al régimen de seguridad social en salud como beneficiarios, en este sentido, se encontraron algunos profesionales en este grupo de los cuales se desconoce si ejercen su profesión, y de otros, se desconoce si la actividad reportada implica la generación de ingresos.
5. La ausencia de datos como fondo de pensiones al cual están afiliados los pacientes, limita el planteamiento de estrategias para el manejo de esta población por parte de estas entidades
6. La IPS en el eje cafetero solo cuenta con convenio con 2 EPS, lo que limita la población a estudiar.
7. Quedaron aspectos como patologías asociadas, compromiso articular (mayor impacto en pies, manos), limitaciones producidas por la enfermedad, deformidades establecidas, tiempo de cese de actividades laborales y su relación con la aparición de la enfermedad, por evaluar, inquietudes que pueden ser la base para próximos estudios a realizar.
8. Para los casos de pacientes pensionados, no se logró identificar la actividad previa a su pensión, o si esta pensión era producto de calificación por invalidez.

## 14. CONCLUSIONES

1. La población más frecuentemente afectada por artritis reumatoide para esta cohorte del eje cafetero corresponde al sexo femenino.
2. La edad más frecuente en los pacientes fue de 61 años, sin embargo, el promedio de edad se encontró en los 57 años,
3. Para el sexo femenino la edad de afectación más frecuente fue entre los 41 a 60 años, mientras que para el sexo masculino fue entre los 61 a 80 años.
4. Se observó mayor afectación de pacientes residentes en área urbana que en área rural, sin embargo, las poblaciones de ambas áreas muestran una marcada diferencia numérica.
5. Hay mayor incidencia de artritis reumatoide en esta cohorte en pacientes de estratos socioeconómicos menos favorecidos (estratos 1, 2 y 3), con edades entre los 21 a 41 años.
6. Los pacientes de esta cohorte se concentran en mayor porcentaje en Pereira, Manizales, Armenia, Dosquebradas, Cartago y Santa Rosa de Cabal.
7. El tipo de afiliación más frecuente al régimen de seguridad social en salud, corresponde al régimen contributivo, lo que implica mayor número de población trabajadora.
8. La EPS con mayor volumen de pacientes en esta cohorte fue COOMEVA EPS.
9. El tipo de artritis reumatoide más frecuente en el total de la población fue el tipo seropositivo, manteniéndose esta característica en ambos sexos.
10. Quedan por clasificar como seronegativos o seropositivos el 17,45% de pacientes de esta cohorte.
11. Los pacientes estudiados en su mayoría tienen una evolución de la enfermedad mayor a 2 años, teniendo un rango de edad entre los 41 a 60 años y siendo mayor la población de área urbana.
12. El 2,05% de los pacientes de esta cohorte no reciben tratamiento.
13. El 18,1% de los pacientes están en manejo con terapia biológica, siendo el más usado el Tocilizumab
14. No se identificaron casos en manejo con Infliximab.
15. En el manejo como monoterapia, se encontró mayor frecuencia de uso de Leflunomida
16. En el sexo femenino el tipo de afiliación más frecuente fue el tipo cotizante, en especial en el grupo de edad entre 41 a 60 años; para el sexo masculino,

los cotizantes se encontraban en mayor porcentaje en el grupo de edad entre 61 a 80 años.

17. Para el sexo femenino el tipo de artritis reumatoide en esta cohorte fue el tipo seropositivo, al igual que en el sexo masculino.

## 15. CONCLUSIONES PARA EL ÁREA LABORAL

1. El mayor volumen de cotizantes y beneficiarios se concentran en el grupo de edad entre 41 a 60 años.
2. Llama la atención el porcentaje de pacientes que reportan alguna ocupación, cuya afiliación corresponde al régimen contributivo como beneficiarios.
3. La ocupación más frecuente en esta cohorte fueron las amas de casa, seguido de actividades de carácter administrativo.
4. Entre los pacientes que recibieron incapacidad, se encontraron mediciones de DAS 28 cuyos promedios en los diferentes rangos fueron: remisión 1,78, actividad leve: 2,63, actividad moderada: 4,23 y para actividad severa 6,6.
5. De 533 pacientes, 65 recibieron incapacidad, siendo más prolongadas y más frecuentes para el sexo masculino.
6. De 65 pacientes que recibieron incapacidad, 55 eran de sexo femenino, con una edad promedio de 47 años, siendo la edad mínima de 24 años y la edad máxima de 68 años, para el caso del sexo masculino, 10 casos, con una edad promedio de 49 años, siendo la edad mínima de 27 años y la edad máxima de 75 años.
7. El tiempo mínimo de incapacidad para la población estudio fue de 2 días.
8. El número de días de incapacidad más frecuente son 15 días.
9. Se encontró 1 caso en el que la sumatoria de días de incapacidad fue mayor a 365 días, de este caso, se desconoce si cuenta con calificación de invalidez por parte de la junta.
10. Las ocupaciones más frecuentes en estratos socioeconómicos menos favorecidos (1, 2 y 3) fueron, cargos administrativos, actividades de manufactura, mientras que en los estratos económicos 4, 5 y 6, las más frecuentes fueron actividades administrativas, actividades de manufactura, actividades del área de la salud, pensionados; las amas de casa cuentan con un gran porcentaje en todos los estratos.
11. La ocupación más frecuente en el sexo femenino fue ama de casa, seguido de oficios varios, mientras que en el sexo masculino fue comercio y pensionados.
12. De acuerdo al grupo de edad, las actividades administrativas fueron más frecuentes entre los 21 a 40 años, las actividades relacionadas con comercio entre los 61 a 80 años, actividades de manufactura entre los 41 a 60 años, sin embargo, las amas de casa tienen un alto porcentaje de representación en todos los grupos de edad.

13. En amas de casa se observó mayor tiempo de evolución de artritis reumatoide (>2 años), sin embargo, tiene un alto porcentaje en todos rangos de evolución; en el grupo comerciantes la mayor proporción se encontraban en el rango menor a 6 meses, al igual que en el sector comerciantes, confecciones, operarios, agricultores; para el tiempo de evolución entre 6 meses a 2 años la ocupación más frecuente fue oficios varios.
14. La ocupación que más frecuentemente recibió incapacidad en esta cohorte fue oficios varios,
15. Llama la atención dentro del estudio que se identificaron incapacidades a amas de casa e incluso a pensionados, siendo actividades que por su tipo de afiliación al sistema general de seguridad social en salud no requieren incapacidad. 3 amas de casa y a 1 persona con ocupación oficios varios, afiliada como beneficiario.
16. Al evaluar el índice de severidad de la actividad de la enfermedad en los pacientes que recibieron incapacidad, se observó actividad alta en actividades como amas de casa, oficios varios, comerciantes.
17. Al comparar las diferentes actividades reportadas por los pacientes de esta cohorte encontramos mayor diversidad en las actividades ejercidas por los pacientes de sexo femenino que por los de sexo masculino
18. Se observó además que los pacientes que recibieron incapacidad por actividad de artritis reumatoide tenían una evolución de la enfermedad mayor a 2 años, con un porcentaje elevado en cada tipo de actividad de la enfermedad (remisión, actividad baja, moderada y severa).
19. Algunas de las posibles dificultades de aplicación de las terapias biológicas para pacientes cotizantes que pueden interferir con la vida laboral son: Necesidad de aplicación en sala de infusión o por personal entrenado, 1 vez por semana, o aplicaciones quincenales o semestrales (para los casos Etanercept, Adalimumab, Golimumab, Abatacept, Infliximab, Tocilizumab).
20. Necesidad de toma de paraclínicos de perfil infeccioso anual o semestral.
21. Riesgo de aparición de cuadros infecciosos secundarios a inmunosupresión.
22. Riesgo de infección en sitio de aplicación (aplica para medicamentos de administración subcutánea)

## 16.RECOMENDACIONES

Entre las recomendaciones que se realizan en base a los hallazgos de la investigación, tenemos:

1. Ajustes a software:
  - a. Crear un ítem que permita registrar la ocupación actual.
  - b. Bloquear los registros anteriores en la historia clínica, para que ello permita tener un historial de ocupaciones y tipos de afiliación previa.
  - c. Adicionar un ítem para reconocer a aquellos pacientes que ya cuentan con una calificación de invalidez dada por patología autoinmune.
  - d. Ajustar el ítem de incapacidades, de tal modo que permita agregar diagnósticos diferentes para la asignación de incapacidad, además de ampliar el cuadro de texto para la justificación de las incapacidades
  - e. Anexar a la historia clínica un formato de concepto especializado, que permita al área de medicina laboral, o medicina del trabajo, o medicina ocupacional, conocer: el estado actual del paciente, el estado actual del tratamiento (terminado, no terminado), plan de manejo (en caso de no haber terminado manejo), tiempo de evolución de la enfermedad, pronóstico y secuelas esperadas. Proceso que en la actualidad se realiza de forma manual, pero que podría diligenciarse directamente desde la plataforma, además de tener disponibilidad de registro de estos conceptos para futuras solicitudes recibidas.
2. Ajustes al proceso de ingreso de pacientes al sistema
  - a. Al encontrar inconsistencias en datos como el tipo de afiliación y el tipo de ocupación de los pacientes, se recomienda que al ingreso de los pacientes se anote la ocupación específica reportada por el paciente, además se realicen correcciones en el momento en que cambie el estatus del paciente de cotizante a beneficiario y viceversa, igualmente para el caso de pensionados.
  - b. En cada consulta, se deberán verificar los datos de afiliación actual del paciente y actualizarlos de ser necesario
3. Ajustes al proceso de atención del paciente
  - a. Se identificaron inconsistencias en la asignación de incapacidades, cuyo esclarecimiento no corresponde a los objetivos del presente estudio, sin embargo, se recomienda capacitar al personal médico (médicos generales y médicos especialistas), sobre las condiciones para asignación de incapacidad médica.

- b. Realizar capacitación a los médicos sobre el tipo de recomendaciones que pueden ser generadas desde el área de reumatología en pro de facilitar el proceso de ajuste laboral del paciente con artritis reumatoide.
- c. Capacitar al personal sobre el proceso de calificación de invalidez, para que logren identificar los casos susceptibles de participar en el proceso y mejoren la claridad de los conceptos emitidos.
- d. Realizar capacitación sobre el decreto 1477/2014, a fin de ampliar el conocimiento de los médicos de la IPS sobre las enfermedades de origen laboral.
- e. Durante el proceso de consulta se deberá mejorar el interrogatorio en aras de conocer mejor el tipo de actividad ejercida actualmente por el paciente, previendo requerimientos de incapacidad de acuerdo a su ocupación
- f. Sería importante para futuros estudios conocer si se presentó cambio del estatus laboral en relación con el inicio de la enfermedad, o si se presentaron cambios durante su evolución.

## **ANEXOS**

# Árbol de problemas

