

Situación del

CÁNCER

EN LA POBLACIÓN ADULTA
atendida en el SGSSS de Colombia

2024



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024



Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024

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

ISSN: 2539-2301

Periodicidad: una edición anual

Bogotá, D. C., Colombia, septiembre de 2025

© Todos los derechos reservados

Citación sugerida: Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024; Bogotá, D. C. 2025.

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

Junta directiva

Presidente

Jorge Alberto Tamayo Saldarriaga
Salud Total EPS

Beda Margarita Suárez Aguilar
Anas Wayuu EPS Indígena

Julián Guillermo Guerra Camargo
Comfenalco Valle EPS

Eduardo José Verbell De La Rosa
Coosalud EPS

Almanury Pérez Contreras
ComfaOriente

Justo Jesús Paz Wilches
Mutual Ser EPS

Bernardo Armando Camacho Rodríguez
Nueva EPS

Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

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

María Teresa Daza Fonseca
Subdirectora de Gestión de la Información

Ana María Valbuena García
Subdirectora de Gestión del Conocimiento e Investigación

Luis Alberto Soler Vanoy
Subdirector de Gestión del Riesgo y Apropiación

Miguel Ángel García Gómez
Subdirector de Tecnología e Innovación

Sandra Liliana Sabogal Rincón
Coordinadora de Auditoría

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Orlando Andrés Fajardo Tejada
Coordinador de Innovación, Investigación y Desarrollo

Martha Lucía Salas Antolines
Coordinadora de Gestión del Riesgo

Grupo desarrollador

Ana María Valbuena García
Subdirectora de Gestión del Conocimiento e
Investigación

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Lina Johanna Herrera Parra
Líder de Investigación

Sara Esther Builes Montes
Especialista en Analítica

Sandra Milena Puentes Sánchez
Epidemióloga

Sandra Liliana Sabogal Rincón
Coordinadora de Auditoría

Comité editorial

Lizbeth Acuña Merchán
Presidenta

Ana María Valbuena García
Secretaria

María Teresa Daza Fonseca
Vocal

Luis Alberto Soler Vanoy
Vocal

Miguel Ángel García Gómez
Vocal

Liliana Barbosa Vaca
Vocal

Luisa Giraldo Marín
Vocal

Revisión y corrección de estilo

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

Diseño y diagramación

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

Revisores clínicos

Delegados, miembros de la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología (ACHO):

Claudia Sossa Melo

Presidente ACHO

Hematóloga - Jefe del servicio de hematología, Unidad de Trasplante y Terapia Celular FOSCAL.
Profesora titular, Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB.
Coordinadora Posgrado en Medicina Interna UNAB.
Máster in Manufacturing of Advanced Therapy Medicinal Products - ATMPs.
Máster en Trasplante Hematopoyético, Universidad de Valencia.
Doctor en Medicina, Universidad de Valencia, España.

William Mantilla Durán

Vicepresidente ACHO

Hematólogo y oncólogo - Unidad funcional de cáncer de mama.
Centro de Tratamiento e Investigación sobre Cáncer Luis Carlos Sarmiento Angulo (CTIC).

Ricardo Brugés Maya

Oncólogo clínico - Instituto Nacional de Cancerología.
Hospital Universitario San Ignacio - Centro Javeriano de Oncología.
Profesor asistente, facultad de medicina - Pontificia Universidad Javeriana
Profesor de Oncología Clínica - Universidad El Bosque.

Diego Gómez Abreo

Oncólogo clínico - Jefe del Instituto del Cáncer del Hospital Internacional de Colombia.

Abraham Hernández Blanquissett

Oncólogo clínico - Clínica Portoazul Auna.

Henry Vargas Díaz

Oncólogo clínico - Líder de la unidad de tumores digestivos, Fundación Santafé de Bogotá.
Los Cobos Medical Center.
Docente - Universidad de Los Andes.

Diego Ballén Lozano

Oncólogo clínico - Instituto Nacional de Cancerología.
Centro Javeriano de Oncología.

Matilde Chinchia Arias

Hematóloga y oncóloga - Clínica Rey David - Cosmitet.
Clínica Sebastián de Belalcázar.

Revisores clínicos

Maycos Zapata Muñoz

Oncólogo clínico - Instituto de Cancerología AUNA Medellín.
Docente - Universidad de Antioquia.

Mirian Caicedo Arias

Oncóloga clínica - Oncólogos del Occidente.

July Russi Noguera

Oncóloga clínica - Hospital Universitario San Ignacio.
Docente de la especialización en oncología - Pontificia Universidad Javeriana.

Natalia Villarroya Salgado

Hematóloga - Clínica Portoazul Auna.

Martín Zapata Laguado

Oncólogo clínico - Instituto Nacional de Cancerología.

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

Todos los derechos reservados.

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

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

direccion@cuentadealtocosto.org

o a la dirección física de correspondencia de la CAC:

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

Tabla de control de cambios

Título de la publicación	Versión	Fecha de publicación	Cambios respecto a la versión anterior
Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024	1.0	24 de septiembre de 2025.	
	1.1	29 de septiembre de 2025.	Ajuste en el contenido infográfico del capítulo 12, cambio de 2.977 casos fallecidos a 297.

Tabla de contenido

Abreviaturas	29
Lista de entidades que le reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis	30
Glosario	32
Introducción	34
Referencias bibliográficas.....	34
Aspectos éticos y legales.....	35
Aspectos metodológicos.....	36
Auditoría de la información.....	36
Generalidades del reporte	36
Población de interés, población auditada y periodo evaluado.....	37
Calidad de la información.....	37
i) Malla de validación en los sistemas de información.....	37
ii) Verificación de la información con fuentes externas.....	37
iii) Auditoría de campo	37
Ajustes de datos posterior a la auditoría.....	38
Análisis epidemiológico.....	39
Generalidades	39
Análisis descriptivo	39
Estimación de la morbilidad y la mortalidad	39
Análisis de los indicadores de la gestión del riesgo	40
Suplemento 1.....	43
Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría	43
Referencias bibliográficas.....	44
1. Generalidades del cáncer.....	46
Contenido infográfico capítulo 1	47
1.1. Descripción general de los casos reportados.....	48
1.2. CNR del cáncer general invasivo.....	48
1.3. Mortalidad general del cáncer general invasivo	49
1.4. Morbimortalidad del cáncer general en la población evaluada.....	51
1.4.1. PCNR del cáncer general invasivo según la región y la entidad territorial	51
1.4.2. PCNR del cáncer general invasivo según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	51
1.4.3. Prevalencia del cáncer general invasivo según la región y la entidad territorial	52

1.4.4. Prevalencia del cáncer general invasivo según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	52
1.4.5. Mortalidad general en las personas con cáncer invasivo según la región y la entidad territorial	53
1.4.6. Mortalidad general en las personas con cáncer invasivo según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	53
1.4.7. Evolución del registro de cáncer general invasivo en el aseguramiento en Colombia.....	54
1.5. Caracterización de los casos nuevos reportados de cáncer	54
1.5.1. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer	54
1.5.2. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos reportados de cáncer.....	56
1.5.3. Oportunidad de la atención en los casos nuevos reportados de cáncer	57
1.6. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer	59
1.6.1. Caracterización clínica de los casos prevalentes de cáncer reportados	59
1.6.2. Caracterización del tratamiento en los casos prevalentes de cáncer.....	60
2. Cáncer de mama	61
Contenido infográfico capítulo 2	62
2.1. Morbimortalidad del cáncer de mama.....	63
2.1.1. PCNR de cáncer de mama según la región y la entidad territorial	63
2.1.2. PCNR de cáncer de mama según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	64
2.1.3. Prevalencia del cáncer de mama según la región y la entidad territorial.....	64
2.1.4. Prevalencia del cáncer de mama según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	65
2.1.5. Mortalidad en las mujeres con cáncer de mama según la región y la entidad territorial	65
2.1.6. Mortalidad del cáncer de mama según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	66
2.1.7. Evolución del registro de cáncer de mama en el aseguramiento en Colombia	66
2.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de mama	67
2.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de mama	67
2.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de mama reportados.....	68
2.2.3. Caracterización del tratamiento de los casos nuevos de cáncer de mama.....	71
2.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de mama	73
2.4. Indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de mama.....	73
Referencias bibliográficas.....	78
3. Cáncer de próstata	79
Contenido infográfico capítulo 3	80
3.1. Morbimortalidad del cáncer de próstata.....	81
3.1.1. PCNR de cáncer de próstata según la región y la entidad territorial.....	81
3.1.2. PCNR de cáncer de próstata según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	82

3.1.3. Prevalencia del cáncer de próstata según la región y la entidad territorial	82
3.1.4. Prevalencia del cáncer de próstata según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	83
3.1.5. Mortalidad del cáncer de próstata según la región y la entidad territorial.....	83
3.1.6. Mortalidad del cáncer de próstata según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	84
3.1.7. Evolución del registro de cáncer de próstata en el aseguramiento en Colombia	84
3.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de próstata	85
3.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de próstata	85
3.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer de próstata.....	85
3.2.3. Caracterización del tratamiento de los casos nuevos de cáncer de próstata.....	87
3.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de próstata	88
3.4. Indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de próstata.....	88
Referencias bibliográficas.....	91
4. Cáncer de cuello uterino	92
Contenido infográfico capítulo 4	93
4.1. Morbimortalidad del cáncer de cuello uterino	94
4.1.1. PCNR de cáncer de cuello uterino según la región y la entidad territorial.....	94
4.1.2. PCNR de cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	95
4.1.3. Prevalencia del cáncer de cuello uterino según la región y la entidad territorial	96
4.1.4. Prevalencia del cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	97
4.1.5. Mortalidad general del cáncer de cuello uterino invasivo según la región y la entidad territorial	97
4.1.6. Mortalidad general del cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	98
4.1.7. Evolución del registro de cáncer de cuello uterino en el aseguramiento en Colombia	98
4.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino.....	99
4.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino	99
4.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino reportados	100
4.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino	101
4.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de cuello uterino.....	102
4.4. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de cuello uterino	102
Referencias bibliográficas.....	106
5. Cáncer de colon y recto	107
Contenido infográfico capítulo 5	108
5.1. Morbimortalidad del cáncer de colon y recto.....	109

5.1.1. PCNR del cáncer de colon y recto según la región y la entidad territorial	109
5.1.2. PCNR de cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	110
5.1.3. Prevalencia del cáncer de colon y recto según la región y la entidad territorial.....	110
5.1.4. Prevalencia del cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	111
5.1.5. Mortalidad en las personas con cáncer de colon y recto según la región y la entidad territorial	111
5.1.6. Mortalidad del cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	112
5.1.7. Evolución del registro de cáncer de colon y recto en el aseguramiento en Colombia.....	112
5.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de colon y recto	113
5.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de colon y recto.....	113
5.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer de colon y recto.....	113
5.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de colon y recto.....	114
5.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de colon y recto	115
5.4. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de colon y recto.....	116
Referencias bibliográficas.....	119
6. Cáncer de estómago	120
Contenido infográfico capítulo 6	121
6.1. Morbimortalidad del cáncer de estómago.....	122
6.1.1. PCNR del cáncer de estómago según la región y la entidad territorial	122
6.1.2. PCNR del cáncer de estómago según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	123
6.1.3. Prevalencia del cáncer de estómago según la región y la entidad territorial.....	123
6.1.4. Prevalencia del cáncer de estómago según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	124
6.1.5. Mortalidad en las personas con cáncer de estómago según la región y la entidad territorial	124
6.1.6. Mortalidad del cáncer de estómago según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	125
6.1.7. Evolución del registro de cáncer de estómago en el aseguramiento en Colombia.....	125
6.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de estómago	126
6.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de estómago.....	126
6.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer de estómago.....	126
6.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de estómago.....	127
6.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de estómago	128
6.4. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de estómago.....	129
Referencias bibliográficas.....	133

7. Cáncer de pulmón	134
Contenido infográfico capítulo 7	135
7.1. Morbimortalidad del cáncer de pulmón	136
7.1.1. PCNR de cáncer de pulmón según la región y la entidad territorial	136
7.1.2. PCNR de cáncer de pulmón según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	137
7.1.3. Prevalencia del cáncer de pulmón según la región y la entidad territorial.....	137
7.1.4. Prevalencia del cáncer de pulmón según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	138
7.1.5. Mortalidad en las personas con cáncer de pulmón según la región y la entidad territorial.....	138
7.1.6. Mortalidad del cáncer de pulmón según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	139
7.1.7. Evolución del registro de cáncer de pulmón en el aseguramiento en Colombia.....	139
7.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de pulmón	140
7.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de pulmón.....	140
7.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer de pulmón	140
7.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de pulmón	141
7.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de pulmón.....	142
7.4. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de pulmón	143
Referencias bibliográficas.....	147
8. Melanoma.....	148
Contenido infográfico capítulo 8	149
8.1. Morbimortalidad del melanoma	150
8.1.1. PCNR de melanoma según la región y la entidad territorial	150
8.1.2. PCNR de melanoma según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	151
8.1.3. Prevalencia del melanoma según la región y la entidad territorial.....	151
8.1.4. Prevalencia del melanoma según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	152
8.1.5. Mortalidad en las personas con melanoma según la región y la entidad territorial.....	152
8.1.6. Mortalidad del melanoma según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	153
8.1.7. Evolución del registro de melanoma en el aseguramiento en Colombia.....	153
8.2. Caracterización de los casos nuevos de melanoma	154
8.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de melanoma.....	154
8.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de melanoma	154
8.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de melanoma.....	155
8.3. Caracterización de los casos prevalentes de melanoma.....	156
8.4. Indicadores de la gestión del riesgo en melanoma.....	157
Referencias bibliográficas.....	160

9. Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población adulta	161
Contenido infográfico capítulo 9	162
9.1. Morbimortalidad del LNH en la población adulta	163
9.1.1. PCNR del LNH en la población adulta según la región y la entidad territorial.....	163
9.1.2. PCNR del LNH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	164
9.1.3. Prevalencia del LNH en la población adulta según la región y la entidad territorial	164
9.1.4. Prevalencia del LNH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	165
9.1.5. Mortalidad del LNH en la población adulta según la región y la entidad territorial.....	165
9.1.6. Mortalidad del LNH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	166
9.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LNH en el aseguramiento en Colombia	166
9.2. Caracterización de los casos nuevos de LNH en la población adulta.....	167
9.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LNH.....	167
9.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LNH.....	167
9.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LNH.....	168
9.3. Caracterización de los casos prevalentes de LNH en la población adulta.....	169
9.4. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LNH	170
Referencias bibliográficas.....	173
10. Linfoma Hodgkin (LH) en la población adulta.....	174
Contenido infográfico capítulo 10	175
10.1. Morbimortalidad del LH en la población adulta.....	176
10.1.1. PCNR de LH en la población adulta según la región y la entidad territorial.....	176
10.1.2. PCNR de LH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	177
10.1.3. Prevalencia del LH en la población adulta según la región y la entidad territorial	177
10.1.4. Prevalencia del LH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	178
10.1.5. Mortalidad del LH en la población adulta según la región y la entidad territorial.....	178
10.1.6. Mortalidad del LH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	179
10.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LH en el aseguramiento en Colombia	179
10.2. Caracterización de los casos nuevos de LH en la población adulta	180
10.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LH.....	180
10.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LH.....	180
10.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LH.....	181

10.3. Caracterización de los casos prevalentes de LH en la población adulta	182
10.4. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LH.....	183
Referencias bibliográficas.....	187
11. Leucemia linfoide aguda (LLA) en la población adulta	188
Contenido infográfico capítulo 11.....	189
11.1. Morbimortalidad de la LLA en la población adulta	190
11.1.1. PCNR de LLA en la población adulta según la región y la entidad territorial.....	190
11.1.2. PCNR de LLA en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	191
11.1.3. Prevalencia de la LLA en la población adulta según la región y la entidad territorial	191
11.1.4. Prevalencia de la LLA en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	192
11.1.5. Mortalidad de la LLA en la población adulta según la región y la entidad territorial.....	192
11.1.6. Mortalidad de la LLA en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	193
11.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LLA en el aseguramiento en Colombia	193
11.2. Caracterización de los casos nuevos de LLA en la población adulta.....	194
11.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LLA.....	194
11.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LLA.....	194
11.2.3. Caracterización del tratamiento de los casos nuevos de LLA.....	195
11.3. Caracterización de los casos prevalentes de LLA en la población adulta.....	197
11.4. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LLA	198
Referencias bibliográficas.....	202
12. Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población adulta	203
Contenido infográfico capítulo 12	204
12.1. Morbimortalidad de la LMA en la población adulta	205
12.1.1. PCNR de LMA en los adultos según la región y la entidad territorial	205
12.1.2. PCNR estandarizada de LMA en los adultos según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	206
12.1.3. Prevalencia de la LMA en la población adulta según la región y la entidad territorial.....	206
12.1.4. Prevalencia de la LMA en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	207
12.1.5. Mortalidad en la población adulta con LMA según la región y la entidad territorial	207
12.1.6. Mortalidad en los adultos con LMA según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	208
12.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LMA en el aseguramiento en Colombia.....	208
12.2. Caracterización de los casos nuevos de LMA en los adultos	209

12.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LMA	209
12.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LMA	209
12.2.3. Caracterización del tratamiento de los casos nuevos de LMA	210
12.3. Caracterización de los casos prevalentes de LMA en los adultos	212
12.4. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LMA	213
Referencias bibliográficas.....	217
13. Descripción especial: mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias	218
Contenido infográfico capítulo 13	219
13.1. Características sociodemográficas de los casos reportados de mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias.....	220
13.2. Indicadores de la gestión del riesgo en mieloma múltiple	222
Referencias bibliográficas.....	227
14. Otros tipos de cáncer	228
Contenido infográfico capítulo 14	229
14.1. Morbilidad y mortalidad de los otros tipos de cáncer reportados.....	230
Discusión y conclusiones	233
Referencias bibliográficas	235

Lista de tablas

Tabla 1. Entidades activas que deben reportar la información según la Resolución 0247 de 2014	36
Tabla 2. Calidad de la información de los datos de cáncer reportados en la cohorte, resultado de la auditoría del periodo 2024 según el régimen de afiliación	38
Tabla 3. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría 2024 de la cohorte de cáncer.....	43
Tabla 1.1. Descripción general de la población con cáncer reportada en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	48
Tabla 1.2. PCNR del cáncer invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	51
Tabla 1.3. PCNR del cáncer invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	51
Tabla 1.4. Prevalencia del cáncer invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	52
Tabla 1.5. Prevalencia del cáncer invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	52
Tabla 1.6. Mortalidad general del cáncer invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	53
Tabla 1.7. Mortalidad general del cáncer invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2024	53
Tabla 1.8. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024	55
Tabla 1.9. Caracterización del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	56
Tabla 1.10. Caracterización del tratamiento prescrito en los casos prevalentes en el periodo según el régimen de afiliación, 2024	60
Tabla 2.1. Medidas de frecuencia del cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2024...	63
Tabla 2.2. PCNR de cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	64
Tabla 2.3. PCNR de cáncer de mama según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	64
Tabla 2.4. Prevalencia del cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	65
Tabla 2.5. Prevalencia del cáncer de mama según el régimen de afiliación, Colombia 2024	65
Tabla 2.6. Mortalidad general del cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	66
Tabla 2.7. Mortalidad general del cáncer de mama según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	66
Tabla 2.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de mama reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	68
Tabla 2.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de mama reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024	68

Tabla 2.10. Concordancia entre los resultados de las pruebas HER2 y FISH en los casos nuevos de cáncer de mama reportados en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	70
Tabla 2.11. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de mama según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	71
Tabla 2.12. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de mama según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	73
Tabla 2.13. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	77
Tabla 3.1. Medidas de frecuencia del cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	81
Tabla 3.2. PCNR de cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	81
Tabla 3.3. PCNR de cáncer de próstata según el régimen de afiliación, Colombia 2024	82
Tabla 3.4. Prevalencia del cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	82
Tabla 3.5. Prevalencia del cáncer de próstata según el régimen de afiliación, Colombia 2024	83
Tabla 3.6. Mortalidad general del cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	83
Tabla 3.7. Mortalidad general del cáncer de próstata según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	84
Tabla 3.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de próstata reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	85
Tabla 3.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de próstata reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024	86
Tabla 3.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de próstata según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	87
Tabla 3.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de próstata según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	88
Tabla 3.12. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	91
Tabla 4.1. Medidas de frecuencia del cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	94
Tabla 4.2. PCNR del cáncer de cuello uterino invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	94
Tabla 4.3. PCNR del cáncer de cuello uterino <i>in situ</i> según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	95
Tabla 4.4. PCNR del cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2024	95

Tabla 4.5. Prevalencia del cáncer de cuello uterino invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	96
Tabla 4.6. Prevalencia del cáncer de cuello uterino <i>in situ</i> según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	97
Tabla 4.7. Prevalencia del cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2024	97
Tabla 4.8. Mortalidad general del cáncer de cuello uterino invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	98
Tabla 4.9. Mortalidad general del cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	98
Tabla 4.10. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	99
Tabla 4.11. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	100
Tabla 4.12. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	101
Tabla 4.13. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de cuello uterino según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	102
Tabla 4.14. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de cuello uterino según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	105
Tabla 5.1. Medidas de frecuencia del cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	109
Tabla 5.2. PCNR del cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	109
Tabla 5.3. PCNR del cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación, Colombia 2024	110
Tabla 5.4. Prevalencia del cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	110
Tabla 5.5. Prevalencia del cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación, Colombia 2024	111
Tabla 5.6. Mortalidad general del cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	111
Tabla 5.7. Mortalidad general del cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación, Colombia 2024	112
Tabla 5.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de colon y recto reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	113
Tabla 5.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de colon y recto reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	114

Tabla 5.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de colon y recto según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	114
Tabla 5.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	115
Tabla 5.12. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	119
Tabla 6.1. Medidas de frecuencia del cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	122
Tabla 6.2. PCNR del cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	122
Tabla 6.3. PCNR del cáncer de estómago según el régimen de afiliación, Colombia 2024	123
Tabla 6.4. Prevalencia del cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	123
Tabla 6.5. Prevalencia del cáncer de estómago según el régimen de afiliación, Colombia 2024	124
Tabla 6.6. Mortalidad general del cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	124
Tabla 6.7. Mortalidad general del cáncer de estómago según el régimen de afiliación, Colombia 2024	125
Tabla 6.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de estómago reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	126
Tabla 6.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de estómago reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024	127
Tabla 6.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de estómago según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	128
Tabla 6.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de estómago según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	129
Tabla 6.12. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	132
Tabla 7.1. Medidas de frecuencia del cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	136
Tabla 7.2. PCNR de cáncer de pulmón según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	136
Tabla 7.3. PCNR de cáncer de pulmón según el régimen de afiliación, Colombia 2024	137
Tabla 7.4. Prevalencia del cáncer de pulmón según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	137
Tabla 7.5. Prevalencia del cáncer de pulmón según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	138
Tabla 7.6. Mortalidad general del cáncer de pulmón según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	138

Tabla 7.7. Mortalidad general del cáncer de pulmón según el régimen de afiliación, Colombia 2024	139
Tabla 7.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de pulmón reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	140
Tabla 7.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de pulmón reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024.	141
Tabla 7.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de pulmón según el estadio clínico, Colombia 2024.....	141
Tabla 7.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de pulmón según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	143
Tabla 7.12. Indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de pulmón según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	146
Tabla 8.1. Medidas de frecuencia del melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	150
Tabla 8.2. PCNR de melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	150
Tabla 8.3. PCNR de melanoma según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	151
Tabla 8.4. Prevalencia del melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	151
Tabla 8.5. Prevalencia del melanoma según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	152
Tabla 8.6. Mortalidad general del melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	152
Tabla 8.7. Mortalidad general del melanoma según el régimen de afiliación, Colombia 2024	153
Tabla 8.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de melanoma reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	154
Tabla 8.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de melanoma reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024	155
Tabla 8.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de melanoma según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	156
Tabla 8.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de melanoma según el régimen de afiliación, Colombia 2024	157
Tabla 8.12. Indicadores de la gestión del riesgo en melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	160
Tabla 9.1. Medidas de frecuencia del LNH en adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2024 ...	163
Tabla 9.2. PCNR del LNH en adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	163
Tabla 9.3. PCNR del LNH en adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	164
Tabla 9.4. Prevalencia del LNH en adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	164

Tabla 9.5. Prevalencia del LNH en adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	165
Tabla 9.6. Mortalidad general del LNH en adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	165
Tabla 9.7. Mortalidad general del LNH en adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024	166
Tabla 9.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LNH en adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	167
Tabla 9.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LNH en adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024	168
Tabla 9.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de LNH en adultos según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	169
Tabla 9.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LNH en adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024	170
Tabla 9.12. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LNH según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	173
Tabla 10.1. Medidas de frecuencia del LH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	176
Tabla 10.2. PCNR de LH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	176
Tabla 10.3. PCNR de LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024	177
Tabla 10.4. Prevalencia del LH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	177
Tabla 10.5. Prevalencia del LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024	178
Tabla 10.6. Mortalidad general del LH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	178
Tabla 10.7. Mortalidad general del LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	179
Tabla 10.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	180
Tabla 10.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024	181
Tabla 10.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de LH en los adultos según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	181
Tabla 10.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	183
Tabla 10.12. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LH según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	186
Tabla 11.1. Medidas de frecuencia de la LLA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	190

Tabla 11.2. PCNR de LLA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	190
Tabla 11.3. PCNR de LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024	191
Tabla 11.4. Prevalencia de la LLA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	191
Tabla 11.5. Prevalencia de la LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024	192
Tabla 11.6. Mortalidad general de la LLA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	192
Tabla 11.7. Mortalidad general de la LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024	193
Tabla 11.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	194
Tabla 11.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024	195
Tabla 11.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	198
Tabla 11.11. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LLA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	201
Tabla 12.1. Medidas de frecuencia de la LMA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	205
Tabla 12.2. PCNR de LMA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	205
Tabla 12.3. PCNR de LMA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	206
Tabla 12.4. Prevalencia de la LMA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	206
Tabla 12.5. Prevalencia de la LMA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	207
Tabla 12.6. Mortalidad general en los adultos con LMA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	207
Tabla 12.7. Mortalidad general en los adultos con LMA según el régimen de afiliación, Colombia 2024	208
Tabla 12.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LMA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	209
Tabla 12.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LMA según el régimen de afiliación, Colombia 2024	210
Tabla 12.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LMA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	213

Tabla 12.11. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LMA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	216
Tabla 13.1. Características sociodemográficas y clínicas de los casos con mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	221
Tabla 13.2. Indicadores de la gestión del riesgo en la población con mieloma múltiple según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	226
Tabla 14.1. Frecuencia de los casos y medidas de morbimortalidad de los otros tipos de cáncer, según el CIE-10, reportados a la CAC en el aseguramiento, Colombia 2024	230

Lista de figuras

Figura 1. Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2023.....	40
Mapa 1. Distribución geográfica de las regiones de Colombia según el DANE, 2020	41
Figura 2. Proyección de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud según la Empresa Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2023.....	42
Figura 1.1. Distribución porcentual de los casos nuevos reportados según el tipo de cáncer y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	49
Figura 1.2. Distribución porcentual de los CNR de cáncer invasivo para los tipos de mayor frecuencia según el sexo y el grupo de edad en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	49
Figura 1.3. Distribución porcentual de las muertes según el tipo de cáncer y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	50
Figura 1.4. Relación entre la PCNR y la mortalidad general en los tipos de cáncer priorizados en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	50
Figura 1.5. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer general invasivo en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2024	54
Figura 1.6. Tendencia de la oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024	57
Figura 1.7. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de cáncer según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024	58
Figura 1.8. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de cáncer según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024	59
Figura 1.9. Distribución porcentual de los casos prevalentes según el tipo de cáncer priorizado y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	59
Figura 2.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2024	67
Figura 2.2. Distribución de los casos nuevos de cáncer de mama reportados según los resultados de las pruebas hormonales y HER2, en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	70
Figura 2.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de mama según el estadio en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	72
Figura 2.4. Tendencia de la proporción de los casos nuevos en estadios tempranos en el momento del diagnóstico de cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024	75
Figura 2.5. Tendencia de la oportunidad de la atención general de los casos nuevos de cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024	75
Figura 2.6. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024	76
Figura 3.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2024	84
Figura 3.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	87

Figura 3.3. Tendencia de la proporción de casos nuevos de cáncer de próstata localizado (estadios 0, I y II) en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	89
Figura 3.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024	90
Figura 3.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024	90
Figura 4.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2024	99
Figura 4.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	101
Figura 4.3. Tendencia en la proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino con estadificación en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024	104
Figura 4.4. Tendencia en la proporción de los casos prevalentes de cáncer de cuello uterino con estadificación en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	104
Figura 4.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	105
Figura 5.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento en Colombia, 2015 - 2024.....	112
Figura 5.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	115
Figura 5.3. Tendencia de la proporción de casos nuevos de cáncer de colon y recto identificados en estadios tempranos (I a IIa) en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	117
Figura 5.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	117
Figura 5.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024	118
Figura 6.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2024	125
Figura 6.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	128
Figura 6.3. Tendencia de la proporción de los casos nuevos en estadios tempranos al momento del diagnóstico en cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	130
Figura 6.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	131
Figura 6.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024	131
Figura 7.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2024	139
Figura 7.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	142
Figura 7.3. Tendencia de la proporción de los casos nuevos de cáncer de pulmón en estadios tempranos en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	144

Figura 7.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	145
Figura 7.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	145
Figura 8.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2024.....	153
Figura 8.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	156
Figura 8.3. Tendencia de la proporción de los casos nuevos de melanoma en estadios I y II al momento del diagnóstico en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	158
Figura 8.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	159
Figura 8.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	159
Figura 9.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la población adulta con LNH en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2024.....	166
Figura 9.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LNH en adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	169
Figura 9.3. Tendencia de la proporción de los casos nuevos en estadios I y II en el momento del diagnóstico del LNH en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	171
Figura 9.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de LNH en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	172
Figura 9.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de LNH en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	172
Figura 10.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la población adulta con LH en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2024.....	179
Figura 10.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	182
Figura 10.3. Tendencia de la proporción de los casos nuevos en estadios I y II al momento del diagnóstico de LH de la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	184
Figura 10.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de LH de la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	185
Figura 10.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de LH en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	185
Figura 11.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la población adulta con LLA en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2024.....	193
Figura 11.2. Distribución porcentual de los tipos de trasplante en los casos nuevos de LLA en adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	195
Figura 11.3. Frecuencia del uso de la terapia sistémica en los casos nuevos de LLA en los adultos según los grupos de riesgo y etario en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	196
Figura 11.4. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LLA en los adultos según el grupo etario en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	197

Figura 11.5.1. Tendencia de la proporción de los casos nuevos con clasificación del riesgo de LLA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2024.....	199
Figura 11.5.2. Tendencia de la proporción de los casos prevalentes con clasificación del riesgo de LLA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2024	199
Figura 11.6. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de LLA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	200
Figura 11.7. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de LLA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	200
Figura 12.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la población adulta con LMA en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2024.....	208
Figura 12.2. Distribución porcentual de los tipos de trasplante en los casos nuevos de LMA en adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	210
Figura 12.3. Frecuencia de uso de la terapia sistémica en los casos nuevos de LMA en los adultos según los grupos de riesgo y etario en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	211
Figura 12.4. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LMA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	212
Figura 12.5.1. Tendencia de la proporción de los casos nuevos con clasificación del riesgo de LMA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2024.....	214
Figura 12.5.2. Tendencia de la proporción de los casos prevalentes con clasificación del riesgo de LMA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2024	214
Figura 12.6. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de LMA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	215
Figura 12.7. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de LMA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024.....	215
Figura 13.1. Distribución de los casos nuevos de mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias según el grupo etario y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2024	220
Figura 13.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos con mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias en el marco del aseguramiento, Colombia 2024.....	222
Figura 13.3. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de mieloma múltiple en el marco del aseguramiento, Colombia 2022 - 2024.....	224
Figura 13.4. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de mieloma múltiple en el marco del aseguramiento, Colombia 2022 - 2024	225

Abreviaturas

- AJCC:** *American Joint Committee on Cancer.*
- BDUA:** Base de Datos Única de Afiliados.
- CAC:** Cuenta de Alto Costo.
- CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades 10° Revisión.
- CIE-O-3:** Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, 3ra Edición.
- CNR:** casos nuevos reportados (diagnosticados durante el periodo de análisis).
- DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
- DDDS:** Direcciones Departamentales y Distritales de Salud.
- DE:** desviación estándar.
- EAPB:** Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.
- EAPVS:** Entidades Administradoras de Planes Voluntarios de Salud.
- EPS:** Entidades Promotoras de Salud.
- EORTC:** *European Organization for Research and Treatment of Cancer.*
- FIGO:** *International Federation of Gynecology and Obstetrics.*
- FISH:** *fluorescence in situ hybridization* - hibridación fluorescente *in situ*.
- HER2:** receptor 2 de factor de crecimiento epidérmico humano.
- IARC:** *International Agency for Research on Cancer* (Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer).
- IC:** intervalo de confianza.
- IPS:** Institución Prestadora de Servicios.
- LAC:** Latinoamérica y el Caribe.
- LLA:** leucemia linfocítica aguda.
- LMA:** leucemia mieloide aguda.
- LH:** linfoma Hodgkin.
- LNH:** linfoma no Hodgkin.
- MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- PCNR:** proporción de casos nuevos reportados (diagnosticados en el periodo).
- PSA:** antígeno prostático específico.
- RIC:** rango intercuartílico.
- RSD:** registro simplificado de datos.
- SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- SNC:** sistema nervioso central.

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

Periodo de reporte: del 2 de enero de 2023 al 1° de enero de 2024.

Codigo de la Entidad	Nombre de la entidad
Régimen contributivo	
EAS016	Empresas Públicas de Medellín
EAS027	Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia
EPS001	Aliansalud EPS
EPS002	Salud Total EPS
EPS005	Sanitas EPS
EPS008	Compensar EPS
EPS010	Sura EPS
EPS012	Comfenalco Valle EPS
EPS017	Famisanar EPS
EPS018	Servicio Occidental de Salud S.O.S. EPS
EPS037	Nueva EPS
EPS042	Coosalud EPS
EPS046	Salud Mía EPS
EPS047	Salud Bolívar EPS
EPS048	Mutual Ser EPS
Plan voluntario	
EMP002	Mediplus Medicina Prepagada S.A.
EMP015	Medisánitas S.A. Compañía Medicina Prepagada
EMP023	Empresa Medicina Prepagada Colsanitas S.A.
EMP029	Colpatria Medicina Prepagada S.A.
Régimen subsidiado	
CCF033	Caja de Compensación Familiar de Sucre
CCF050	Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano
CCF055	Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico
CCF102	Caja de Compensación Familiar del Chocó
EPS025	Caja de Previsión Social y Seguridad del Casanare - Capresoca EPS
EPSI01	Asociación de Cabildos indígenas del Cesar y La Guajira - Dusakawi EPSI
EPSI03	Asociación Indígena del Cauca - A.I.C. EPSI
EPSI04	Anas Wayuu EPSI
EPSI05	Mallamas EPSI
EPSI06	Pijaos Salud EPSI
EPSS34	Capital Salud EPS
EPSS40	Savia Salud EPS
EPSS41	Nueva EPS
ESS024	Coosalud ESS
ESS062	Asmet Salud EPS
ESS118	Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud Emssanar ESS
ESS207	Mutual Ser EPS

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

Periodo de reporte: del 2 de enero de 2023 al 1° de enero de 2024.

Codigo de la Entidad	Nombre de la entidad
Régimen especial	
RES006	Universidad Industrial de Santander
RES007	Universidad del Valle
RES008	Universidad Nacional de Colombia
RES009	Universidad del Cauca
RES011	Universidad de Antioquia
RES012	Universidad de Córdoba
RES014	Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
REUE05	Universidad de Nariño
REUE09	Universidad del Atlántico
Régimen de excepción	
RES001	Policía Nacional
RES002	Ecopetrol
RES003	Fuerzas Militares
RES004	Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio
No asegurado	
05000	Secretaría Departamental de Salud de Antioquia
08000	Secretaría Departamental de Salud del Atlántico
08001	Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla
11001	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.
13000	Secretaría Departamental de Salud de Bolívar
15000	Secretaría Departamental de Salud de Boyacá
19000	Secretaría Departamental de Salud del Cauca
23000	Secretaría Departamental de Salud de Córdoba
25000	Secretaría Departamental de Salud de Cundinamarca
47000	Secretaría Departamental de Salud del Magdalena
50000	Secretaría Departamental de Salud del Meta
52000	Secretaría Departamental de Salud de Nariño
54000	Secretaría Departamental de Salud de Norte de Santander
66000	Secretaría Departamental de Salud de Risaralda
68000	Secretaría Departamental de Salud de Santander
76000	Secretaría Departamental de Salud del Valle
85000	Secretaría Departamental de Salud del Casanare

Glosario

Los términos presentados a continuación y que son referencia para todo el documento se adoptaron del diccionario de cáncer del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos (NCI por sus siglas en inglés)¹.

Anticuerpos monoclonales:	es un tipo de proteína creada en laboratorio, cuya función es estimular una reacción inmunitaria que destruye células neoplásicas.
Antineoplásicos:	medicamentos que bloquean el crecimiento neoplásico.
Cáncer:	células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos.
Cáncer primario:	es un término usado para describir dónde se desarrolló el tumor original.
Citotóxico:	sustancia que elimina células, como las cancerosas. Estos medicamentos pueden impedir que las células cancerosas se dividan y crezcan, y pueden disminuir el tamaño de los tumores.
Clasificación de Dukes:	es un sistema de estadificación usado para describir la extensión del cáncer de colon y recto.
Diagnóstico histopatológico:	confirmación de un tipo de cáncer o neoplasia, a través del estudio de tejidos y células.
Escala Gleason:	es un sistema para graduar los tejidos del cáncer de próstata, basado en la histología. Se clasifica de 2 a 10 indicando el riesgo de infiltración. Un Gleason bajo es similar a una próstata normal, un Gleason de alto grado significa que el tejido neoplásico es diferente del tejido normal circundante, e implica un alto riesgo de infiltración.
Estadificación FIGO:	de sus siglas en francés, <i>Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique</i> . Sistema de clasificación en cáncer ginecológico exceptuando al cáncer de mama.
HER2:	Receptor 2 de factor de crecimiento epidérmico humano, es un marcador tumoral, empleado en el proceso diagnóstico de algunos tipos de cáncer.
Histología:	el estudio de los tejidos y las células bajo el microscopio.
In situ:	células anormales que se encuentran en el lugar donde se formaron inicialmente y no se han diseminado.
Inmunoterapia:	tipo de terapia biológica en la que se usan sustancias para estimular o inhibir el sistema inmunitario a fin de ayudar al cuerpo a combatir el cáncer, las infecciones y otras enfermedades.

Glosario

Invasivo o infiltrante:	cáncer que se ha diseminado más allá de la capa de tejido de la cual se desarrolló, infiltrando el tejido sano.
Metástasis:	diseminación de células cancerígenas del lugar de donde inicialmente se originaron a otras partes del cuerpo.
Neoplasia:	crecimiento celular anormal descontrolado. Para efectos del documento sinónimo de cáncer.
PSA:	antígeno prostático específico, es una glicoproteína producida por las células prostáticas, su elevación está relacionada con las alteraciones de la glándula prostática.
Quimioterapia:	tratamiento usado para detener el crecimiento de las células neoplásicas.
Quimioterapia intratecal:	tratamiento con medicamentos antineoplásicos que son inyectados entre las capas de tejido que recubren el cerebro y la médula espinal.
Radioterapia:	es el uso de radiación de alta energía proveniente de rayos gamma, rayos x, protones, neutrones y otras fuentes, para detener el crecimiento del cáncer.
Terapia biológica:	es un tipo de tratamiento que usa organismos vivos, sustancias procedentes de los mismos o versiones producidas en el laboratorio de estas sustancias, para el tratamiento de enfermedades como el cáncer.
Terapia hormonal:	tratamiento que detiene el crecimiento de algunos tipos de cáncer (próstata y mama).
TNM:	es un sistema que se usa para describir la cantidad de cáncer y su diseminación en el cuerpo de un paciente. La letra T describe el tamaño del tumor y la diseminación del cáncer al tejido cercano; la letra N describe la diseminación del cáncer a los ganglios linfáticos cercanos y la letra M describe las metástasis (diseminación del cáncer a otras partes del cuerpo).

¹ NIH Instituto Nacional del Cáncer. Diccionario de cáncer [en línea]. 2017. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario>



Introducción

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. De acuerdo con las últimas estimaciones del Observatorio Global en Cáncer (GLOBOCAN), en 2022 se estimaron más de 19 millones de casos nuevos y 9 millones de muertos por esta causa (1). Para 2050, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha proyectado un incremento significativo en la carga global de esta enfermedad, asociado al crecimiento y al envejecimiento poblacional, así como a la mayor exposición a los factores de riesgo (2).

Este panorama es especialmente relevante en los países más vulnerables, es decir, aquellos de ingresos bajos y medios (3), ya que diversas investigaciones han demostrado que el impacto del cáncer está relacionado con el Índice de Desarrollo Humano (IDH), una medida que considera el nivel de vida, la salud y la educación (4). Esta situación se debe a que, en estos contextos, puede haber una limitación en el acceso a los servicios de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, lo que se traduce en peores desenlaces clínicos.

En Colombia existe una amplia normatividad que prioriza la gestión del riesgo de la población con cáncer, con el propósito de garantizar una atención integral y de calidad (5). Esto es especialmente destacable, ya que estos lineamientos orientan a los diferentes actores del sistema de salud y han contribuido a avances significativos en la gestión de la población. Sin embargo, de acuerdo con los reportes de la Cuenta de Alto Costo (CAC) en los últimos años, persisten algunos desafíos en la atención de esta población (6).

Por esta razón, es fundamental seguir fortaleciendo el manejo intersectorial del cáncer para avanzar en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas. En particular, para 2030 se busca reducir la mortalidad prematura por las enfermedades no transmisibles y alcanzar la cobertura universal en salud, lo que incluye la protección contra los efectos financieros, la provisión de servicios de calidad y el acceso equitativo a los medicamentos esenciales (7).

Este documento corresponde al décimo informe elaborado por la CAC. En él se presenta un resumen de la información disponible respecto a la situación actual del cáncer en la población en Colombia en el marco del aseguramiento en salud. Para este análisis, se utilizó la información reportada por los aseguradores y por los prestadores entre el 2 de enero del 2023 y el 1º de enero del 2024. El objetivo es describir la carga de la enfermedad en el sistema sanitario, así como las características clínicas y sociodemográficas de la población oncológica, y los resultados de los indicadores de la gestión del riesgo. Con esta información, se busca proporcionar la evidencia de calidad que permita tomar decisiones informadas, mejorar la atención oncológica y contribuir al bienestar integral de la población colombiana.

Referencias bibliográficas

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. 2024. [Citado 2024 Mayo 5]. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/en/data-sources-methods>
2. OMS. Crece la carga mundial de cáncer en medio de una creciente necesidad de servicios [en línea]. 2024 [citado en 2025 Ene 20]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>
3. Tolba M, Skelton M, Abdul Sater Z, Fadhil I, Al-Zahrani A, Kutluk T, et al. Cancer Research in Vulnerable Populations: A Call for Collaboration and Sustainability From MENAT Countries. JCO Glob Oncol [en línea]. 2023 Sep [citado 2025 Mar 9]; 9(9): e2300201. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10730041/>
4. Jemal J, Torre L, Soerjomataram I, Bray F. The Cancer Atlas, 3rd edition [en línea]. 2019 [cited 2024 May 5]. 1-69 p. Disponible en: www.cancer.org
5. Observatorio Nacional del Cáncer. Normatividad y gobernanza del cáncer en Colombia [en línea]. [Citado en 2024 Mayo 5]. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/normatividad-cancer.aspx>
6. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Cuenta de Alto Costo (CAC). Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2023 [en línea]. 2024. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/situacion-del-cancer-en-la-poblacion-adulta-atendida-en-el-sgsss-de-colombia-2023/>
7. Naciones Unidas. Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Sustainable Development Knowledge Platform [en línea]. 2015 [citado en 2025 Mar 9]. Disponible en: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>

Aspectos éticos y legales

La información presentada en este documento corresponde al análisis de los datos obtenidos del reporte obligatorio que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) realizaron a la CAC durante el periodo comprendido entre el 2 de enero de 2023 y el 1° de enero de 2024.

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

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

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



Aspectos metodológicos

Auditoría de la información

Generalidades del reporte

Los datos presentados a continuación corresponden a la información notificada con corte al 1° de enero del 2024 a la Cuenta de Alto Costo (CAC) por las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) y las direcciones departamentales y distritales de salud (DDDS). Lo anterior, en cumplimiento de la Resolución 0247 de 2014 (1), que establece la obligatoriedad del reporte anual de la población con cáncer que fue atendida en el marco del sistema de salud colombiano.

La información recolectada hace parte de la bodega de datos de la CAC y se estructura según el instructivo definido en la misma resolución.

El reporte para el periodo 2024 se obtuvo de las siguientes entidades:

- 32 EAPB pertenecientes a los regímenes contributivo y subsidiado.
- 24 entes territoriales que notificaron casos de la enfermedad, de los cuales 10 no habían generado reportes en el periodo anterior (Magdalena, Quindío, Sucre, Tolima, Putumayo, Guaviare, Barranquilla, Caquetá, Guainía y Vichada).
- 9 entidades del régimen especial, en el cual se ubican las universidades.
- 4 entidades administradoras de planes de medicina prepagada. Una entidad menos comparada con el periodo 2023 (PVS1333).
- 4 entidades del régimen de excepción (Policía Nacional, Ecopetrol, Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio y Fuerzas Militares).

En la **tabla 1** se relaciona el número de entidades existentes: las que reportaron casos en el periodo, las que informaron no tener ningún paciente objeto del reporte y las que no reportaron, pero sí presentaron casos en periodos anteriores.

Tabla 1. Entidades activas que deben reportar la información según la Resolución 0247 de 2014

Tipo de entidad	Entidades existentes	Entidades que reportaron casos de la condición	Entidades que reportan no tener casos	Entidades que no reportaron a la CAC en el periodo
EAPB de excepción	4	4	0	0
EAPB especial	10	9	0	1
EAPVS	8	4	0	4
EPS	32	32	0	0
Fondo de atención en salud para PPL	1	0	0	1
Secretarías Departamentales y Distritales de Salud	38	24	8	6
Total	93	73	8	12

EAPB: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios; **EAPVS:** Entidades Administradoras de Planes Voluntarios de Salud; **EPS:** Entidad Promotora de Salud; **PPL:** personas privadas de la libertad.

Población de interés, población auditada y periodo evaluado

La población objeto del reporte está conformada por todas las personas con diagnóstico histopatológico o clínico de cáncer *in situ* o invasivo, atendidas entre el 2 de enero de 2023 y el 1° de enero de 2024, y que estaban afiliadas a una EAPB (incluyendo el régimen de excepción) o reportadas por las secretarías de salud departamentales y distritales. Adicionalmente, se incluyeron las personas reportadas el año anterior, así como la actualización de los datos correspondientes para este periodo.

Esta población se dividió en dos grupos. El primero corresponde a los 11 tipos de cánceres priorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) mediante la Resolución 3974 de 2009 (2), teniendo en cuenta su relevancia en términos de la carga de la enfermedad y otros aspectos relacionados con la gestión y la sostenibilidad financiera del sistema de salud. En este grupo se encuentran: el cáncer de mama, de cuello uterino, de próstata, de colon y recto, de estómago, de pulmón, el melanoma, el linfoma Hodgkin (LH), el linfoma no Hodgkin (LNH), la leucemia linfocítica aguda (LLA) y la leucemia mieloide aguda (LMA). Por su parte, el segundo grupo, denominado "otros tipos de cáncer", está conformado por 14 tipos de tumores distintos a los previamente mencionados y definidos según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) (3).

Calidad de la información

La información reportada fue auditada con el fin de garantizar su calidad y confiabilidad. Este proceso se desarrolló en tres fases: i) la verificación inicial realizada en la malla de validación, ii) el cruce de datos con las fuentes externas y iii) la auditoría de los registros contrastados con los soportes de la historia clínica. A continuación se describe cada una de las fases:

i) Malla de validación en los sistemas de información

En este primer paso, se identificaron los errores durante el reporte con el objetivo de retroalimentar a las entidades en tres aspectos: estructura, consistencia y coherencia entre las variables. Posterior a esto, se realizó la obtención de los registros únicos mediante la aclaración de las personas coincidentes en la misma entidad o aquellos compartidos entre diferentes entidades o regímenes.

ii) Verificación de la información con fuentes externas

En segundo lugar, se verificaron los casos a través del cruce de la información con la base de datos única de afiliados (BDUA) y se identificó la situación administrativa relacionada con el estado de afiliación y las novedades asociadas con el estado vital.

iii) Auditoría de campo

En el proceso de verificación de los datos, se aplicó la calificación de calidad de la información, con el fin de establecer una base de datos robusta y confiable. Esto es esencial para el análisis epidemiológico, la evaluación de los indicadores de salud y la gestión del riesgo de la cohorte. Esta base de datos proporciona información veraz que apoya la asignación eficiente de los recursos sanitarios, la cual se dispone al MSPS para facilitar la toma de decisiones informadas y para la elaboración de políticas de salud.

En el periodo actual, se radicaron un total de 1.193.934 casos, de los cuales 282.213 fueron inactivados por parte del área de tecnología. Las causas estuvieron relacionadas con cambios del tipo de identificación, casos sin el diagnóstico y aquellos reportados por más de una EAPB que fueron identificados en el cruce de la información con la BDUA.

Posteriormente, durante el proceso de auditoría se inactivaron 155.034 casos identificados a través de fuentes de triangulación. Estos casos fueron inicialmente reportados con diagnóstico de cáncer en otras fuentes del sistema de salud, pero las entidades los informaron a la CAC como descartados o pendientes de confirmación. La auditoría permitió validar el descarte de estos diagnósticos. Para aquellos casos en los que aún no se ha podido confirmar la veracidad del diagnóstico, se realizará su verificación en el próximo periodo.

Así mismo, se inactivaron 49.166 registros por ausencia o invalidez de los soportes clínicos requeridos para sustentar el diagnóstico. Finalmente, 27.452 casos fueron inactivados por corresponder a diagnósticos descartados.



Tabla 2. Calidad de la información de los datos de cáncer reportados en la cohorte, resultado de la auditoría del periodo 2024 según el régimen de afiliación

Régimen	Registros reportados como pertenecientes a la cohorte	Registros con inconsistencias	% de inconsistencias ¹	% datos de calidad ²	% datos ajustados ³	% datos no soportados ⁴	% datos no gestionados ⁵
EAPB contributivo	522.298	40.495	7,75	78,20	1,64	16,14	4,02
EAPB subsidiado	206.322	32.095	15,56	66,78	1,67	28,07	3,48
EAPB de excepción	39.020	3.659	9,38	77,02	2,05	18,16	2,77
EAPB prepagadas	3.505	20	0,57	95,58	0,88	1,12	2,42
EAPB especiales	2.181	124	5,69	82,18	2,15	13,23	2,44
Entes territoriales	1.199	225	18,77	46,22	2,46	47,61	3,71
Total	774.525	76.618	9,89	74,90	1,67	19,65	3,78

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

² **Datos de calidad:** dato reportado por la EAPB acorde al dato observado en los soportes clínicos.

³ **Datos ajustados:** dato reportado por la EAPB que no coincide con el observado en los soportes y que fue corregido con lo descrito en el soporte clínico.

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

⁵ **Datos no gestionados:** corresponde a un dato en el que no se realizó una actividad de seguimiento anual.

En línea con el compromiso institucional con la calidad de la información, la auditoría contó con el respaldo de un comité de expertos clínicos ante el cual se presentaron casos relevantes y contextos específicos identificados en la cohorte para su análisis técnico. En este espacio, se enfatizó a los aseguradores y prestadores de servicios la importancia de garantizar que los diagnósticos histopatológicos estén debidamente respaldados por los informes emitidos por las entidades responsables del procesamiento de las muestras de tejido. Este soporte resulta fundamental para verificar la oportunidad en el procesamiento y análisis de dichas muestras, aspectos clave para asegurar una atención oncológica de calidad.

Otros hallazgos importantes posteriores a la auditoría pueden ser consultados en el **suplemento 1**.

Ajustes de datos posterior a la auditoría

Tras finalizar la auditoría de campo y realizar los ajustes definitivos, todos los registros, tanto auditados como no auditados, fueron revisados con base en tres aspectos clave: pacientes fallecidos antes del periodo, inconsistencias en registros auditados según el motivo y casos duplicados. En este último punto, el análisis incluyó casos de tumores dobles o múltiples, así como situaciones en las que los pacientes fueron reportados por más de una entidad o registrados repetidamente por error. Esto permitió garantizar la precisión de la información para el seguimiento y la atención.

Para este periodo, posterior a la auditoría, se identificaron 680.069 casos reportados con diagnóstico de cáncer en la base de datos. Del total de las inconsistencias identificadas durante la etapa de auditoría, 3.991 casos correspondieron a un "cáncer diferente al reportado", lo que implica la existencia de un diagnóstico de la enfermedad confirmado, no obstante, la EAPB reportó un tipo de neoplasia diferente según la histología y las demás características; por lo anterior, estos casos son incluidos en los análisis con el ajuste del diagnóstico correcto. Luego de la depuración de la información, se excluyeron 33.153 registros por los siguientes motivos: fallecidos antes del periodo (n= 22.437) y duplicados no válidos (n= 10.716). Finalmente, la población que se incluyó en los análisis epidemiológicos estuvo conformada por 650.907 tumores.

Por otro lado, para la estimación de los indicadores de la gestión del riesgo, se adicionaron 9.310 registros, para un total de 660.217; este número fue mayor debido a que es posible que una persona reciba atención por una EAPB y por la entidad de medicina prepagada, lo que conduce a una duplicidad válida. Por lo tanto, debe incluirse en las dos para evaluar la gestión del riesgo de cada una de ellas. Sin embargo, en el análisis epidemiológico no se incluyen estos casos reportados por más de una entidad.

Análisis epidemiológico

Generalidades

Las neoplasias priorizadas se clasifican en los mismos grupos definidos por la Agencia Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC por sus siglas en inglés) según el CIE-10 (3). Adicionalmente, en el registro se incluyen los casos no invasivos o *in situ* que comienzan por la letra "D"; el uso de dicho parámetro de clasificación obedece a su ausencia en la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O-3), que además las agrupa de forma histológica (4). Sin embargo, los códigos CIE-10 y CIE-O-3 se presentan al inicio de cada capítulo. Para los análisis de la morbilidad solo se utilizaron los códigos de cáncer invasivo (letra C), exceptuando el cáncer de cérvix en el que se incluyeron tumores *in situ* (letra D).

Análisis descriptivo

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de interés. En el primer grupo se incluyeron la edad, el sexo, la pertenencia étnica, la entidad territorial, el régimen de afiliación y la entidad que realizó el reporte. Las variables clínicas estuvieron relacionadas con el diagnóstico, la estadificación, el tiempo de oportunidad de la atención general y la frecuencia de uso de los medicamentos, entre otras. Para las variables numéricas con distribución normal, se reportó la media y la desviación estándar (DE); en caso contrario, la mediana y el rango intercuartílico (RIC; primer cuartil [Q1] - tercer cuartil [Q3]). Las variables categóricas fueron informadas como valores absolutos y proporciones.

Estimación de la morbilidad y la mortalidad

Las medidas estimadas fueron la proporción de los casos nuevos reportados (PCNR), la prevalencia y la mortalidad general:

- **PCNR:** agrupa el número de casos nuevos reportados (CNR), definidos como aquellos con fecha de diagnóstico oncológico (clínico o por cualquier método diagnóstico) durante el periodo de reporte. Se informó como el número de CNR por cada 100.000 habitantes/afiliados.
- **Prevalencia:** es el número total de las personas con diagnóstico de cáncer que fueron reportadas a la CAC en el periodo analizado, independiente del estado vital a la fecha de corte, es decir, se calculó una prevalencia de periodo. Se reportó como el número de casos por cada 100.000 habitantes/afiliados.
- **Mortalidad:** reporte de las personas fallecidas que hacen parte de la cohorte. Los fallecimientos se definieron según las novedades administrativas relacionadas con la muerte, las cuales fueron informadas por las entidades y validadas con la base de datos de mortalidad de la BDUA, que constituye la fuente oficial. Se informó como el número de defunciones por cualquier causa por cada 100.000 habitantes/afiliados.

Las medidas de morbilidad se estandarizaron por la edad, utilizando el método directo y tomando como referencia a la población colombiana estimada por el DANE (n= 52.215.503) por quinquenios, con corte al 30 de junio de 2023 (**figura 1**). Para el cáncer de mama y el de cérvix, el denominador DANE se restringió al total de las mujeres (n= 26.729.489); en próstata, a la población masculina (n= 25.486.014), y en las neoplasias hematológicas a las personas con edad ≥ 18 años (n= 38.195.238). Cabe mencionar que estos datos fueron tomados posterior a la actualización COVID-19. Adicionalmente, la morbilidad se calculó para las regiones del país definidas por el DANE según el producto interno bruto (**mapa 1**) y la estandarización de las medidas nacionales se realizó con la población estándar de la OMS (5).

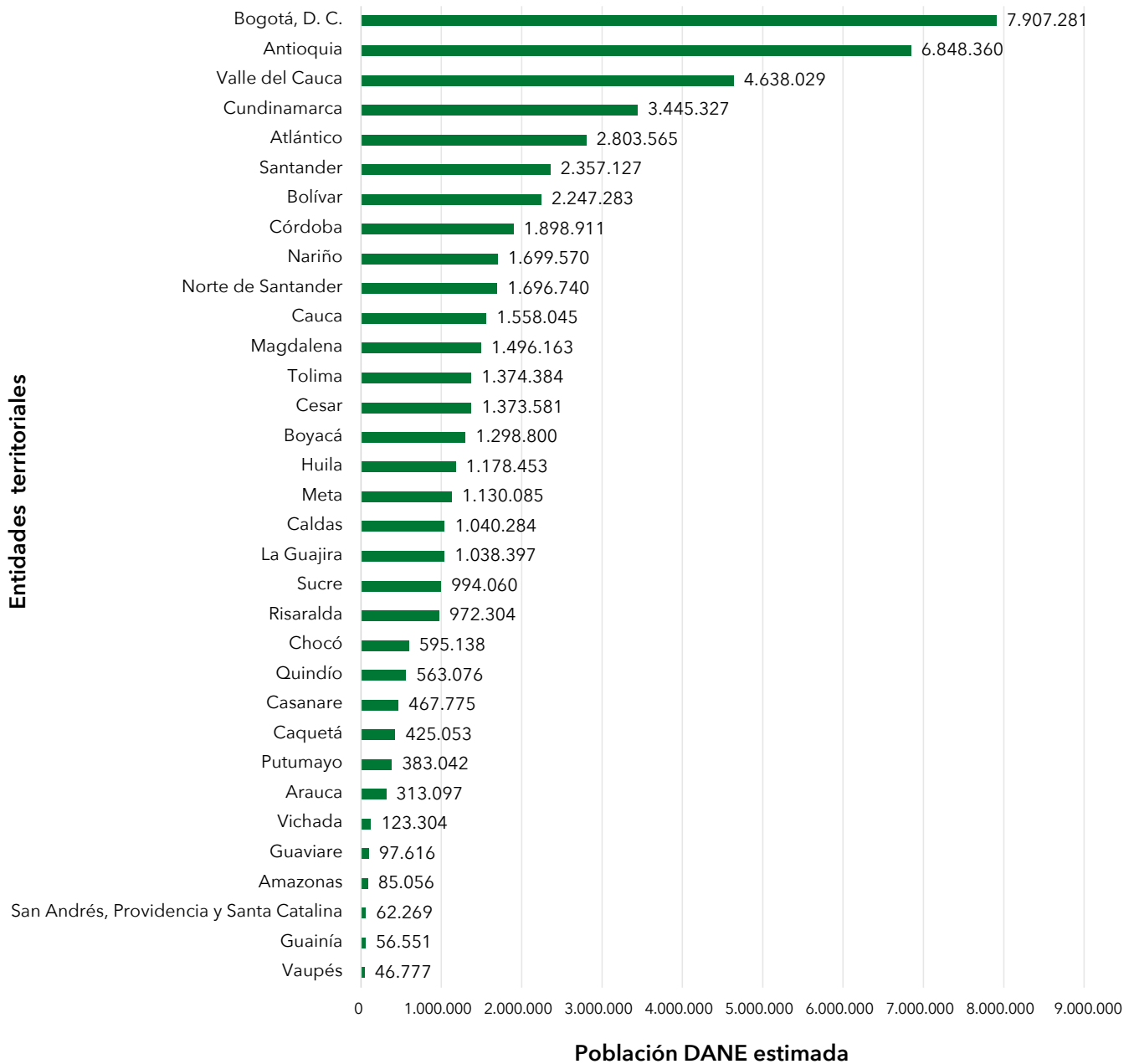
En los análisis que tuvieron como denominador a la población afiliada al sistema de salud colombiano, se usó el conteo de afiliados para cada EAPB con corte al 30 de junio de 2023, obtenido de la BDUA, y en el caso de las entidades de los regímenes de excepción (RES003 y RES001) y especial (RES011) (n= 51.146.486), la información se obtuvo a través de los datos de afiliados proporcionados por las entidades (**figura 2**). Para las estimaciones de cáncer de mama y de cérvix se utilizó el total de las mujeres afiliadas (n= 26.170.616); en próstata, el de los hombres (n= 24.975.870), y en los hematolinfáticos, el de la población adulta (n= 38.400.837).



Análisis de los indicadores de la gestión del riesgo

Se calcularon los indicadores para la evaluación de la gestión del riesgo de las personas con diagnóstico de cáncer, establecidos previamente en los consensos basados en la evidencia (6,13). Todos los análisis estadísticos se realizaron en el programa Stata versión 17.

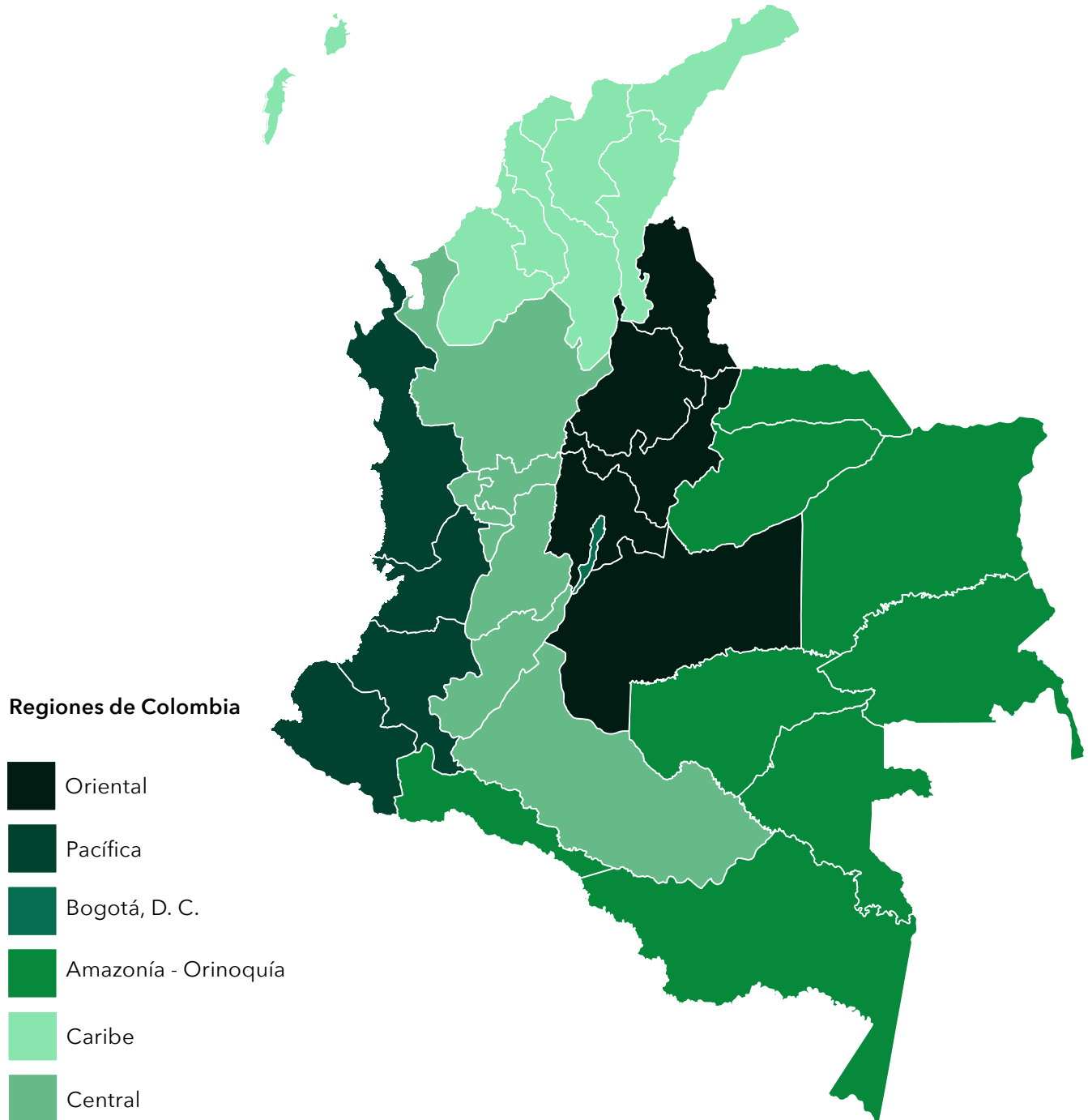
Figura 1. Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2023



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyección al 30 de junio de 2023.

[Descargar figura](#)

Mapa 1. Distribución geográfica de las regiones de Colombia según el DANE, 2020

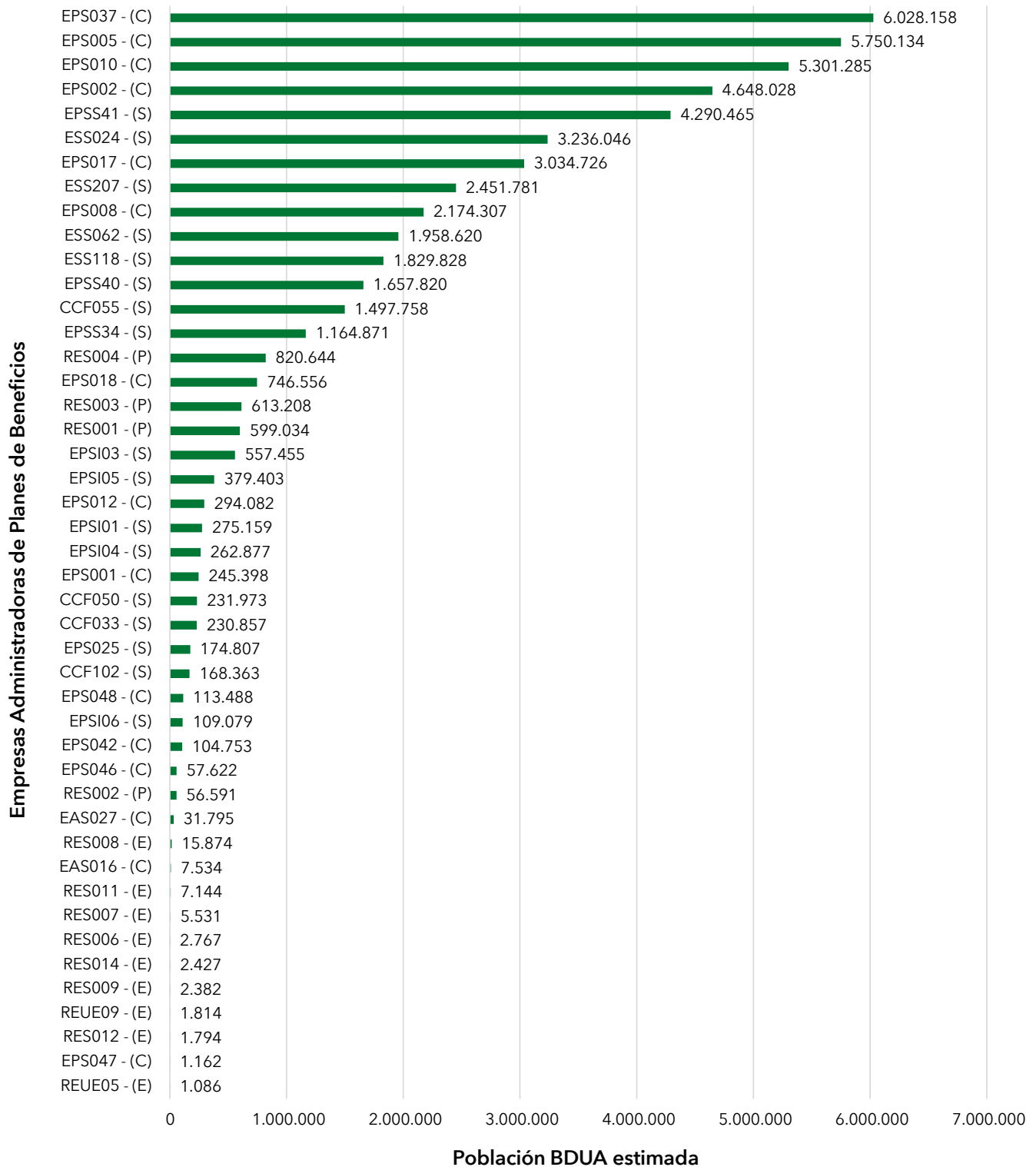


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Clasificación 2020.

[Descargar figura](#)



Figura 2. Proyección de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud según la Empresa Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2023



Fuente: Base Única de Afiliados, Ministerio de Salud y Protección Social, con corte al 30 de junio de 2023.

[Descargar figura](#)

Suplemento 1

Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría

A continuación, se presentan los principales hallazgos derivados de la auditoría 2024, los cuales integran aspectos clínicos, de aseguramiento y de calidad en la gestión y construcción de la información disponible.

Se identificaron 22.186 casos reportados por primera vez a la CAC, que tenían diagnóstico nuevo de cáncer confirmado en periodos anteriores y que no recibieron atención médica durante el periodo evaluado. Esta situación subraya la necesidad de fortalecer la articulación entre los aseguradores y los prestadores, con el fin de mejorar el seguimiento activo de los pacientes. Se debe garantizar el acceso oportuno a servicios especializados que favorezcan la remisión de la enfermedad, la detección de nuevas lesiones primarias y la educación en prevención de recaídas.

En cuanto a las terapias con intención curativa, se identificó la necesidad de capturar información adicional que los aseguradores no reportaron. Esto resalta la necesidad de robustecer el sistema de integración de datos entre las IPS y los aseguradores, lo cual permitiría una gestión más efectiva del riesgo, el acceso a información confiable y un seguimiento oportuno para la gestión del riesgo en la cohorte.

Así mismo, se observó que una proporción de los registros no contaba con estadificación al momento del diagnóstico, siendo más frecuente en los casos de cáncer de mama, próstata y colorrectal. Dado que la estadificación es un componente fundamental para la planificación terapéutica y la estimación del pronóstico, se insiste en su importancia como requisito indispensable para garantizar una atención de calidad (**suplemento 1**).

Tabla 3. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría 2024 de la cohorte de cáncer

Agrupador	Descripción de los hallazgos
Cáncer de mama	Continúa la tendencia de mejora del reporte de estadificación TNM observado desde hace 2 años. Se debe seguir mejorando el registro en las historias clínicas, dado que estas permiten determinar el plan de manejo terapéutico, por lo que su ausencia impacta en la sobrevida de los pacientes.
	Las guías de práctica clínica destacan que la realización de biomarcadores en pacientes con cáncer de mama, como la expresión del receptor de estrógeno (ER), del receptor de progesterona (PR) y de HER2, son clave para definir el pronóstico y guiar las decisiones terapéuticas. En este contexto, garantizar la correcta realización y registro de estos biomarcadores es una prioridad. Durante el proceso de auditoría se identificaron casos de pacientes diagnosticados en el periodo que no tienen esta información documentada en los soportes clínicos. Por ello, resulta esencial fortalecer las estrategias en colaboración con la red de prestadores para asegurar tanto la toma como el registro adecuado de los receptores hormonales en los expedientes clínicos.
Cáncer de próstata	Se identificó que el 28,03% de los casos carecen de estadificación TNM, lo que representa un área crítica de mejora. Esto requiere acciones como la capacitación continua a los médicos tratantes y actividades de sensibilización, con el objetivo de garantizar que todas las personas cuenten con esta clasificación y que su registro quede debidamente consignado en la historia clínica.
	Así mismo, se evidenció que el registro de la escala de Gleason en la historia clínica está ausente en el 3,55% (n= 233) de los pacientes diagnosticados durante el periodo. Es importante recordar que esta escala es fundamental para definir un manejo terapéutico adecuado en el cáncer de próstata. Su ausencia no solo dificulta la evaluación de los criterios diagnósticos, sino que también complica el seguimiento de la evolución clínica de los pacientes.
	Por otro lado, se encontró que el registro del PSA (antígeno prostático específico) no está presente en el 8,62% (n= 565) de los nuevos casos diagnosticados en el periodo. La ausencia de este biomarcador dificulta la monitorización efectiva del tratamiento y del nivel de adherencia al mismo. Por ello, resulta prioritario reforzar los esfuerzos para garantizar la realización y el registro adecuado de esta información clave en la atención del cáncer de próstata.



Tabla 3. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría 2024 de la cohorte de cáncer (continuación)

Agrupador	Descripción de los hallazgos
Cáncer colorrectal	<p>El porcentaje de ausencia de estadificación TNM fue del 23,58%, lo que representa una ligera mejoría en comparación con periodos anteriores: en 2022, este indicador alcanzó el 32,56%, y en 2023 se situó en 30,97%. Sin embargo, el número de registros sin estadificación TNM sigue siendo considerablemente alto, lo que resalta la necesidad de continuar implementando actividades de concientización y programas de capacitación dirigidos a los profesionales de la salud.</p> <p>Por otra parte, se identificó que algunos pacientes diagnosticados durante el periodo no recibieron valoración nutricional, un componente crucial del abordaje integral en esta patología. La valoración nutricional es fundamental para el seguimiento adecuado y la evaluación de la eficacia de los tratamientos ofrecidos.</p>
Cáncer de cérvix	<p>Para este tipo de cáncer, el porcentaje de ausencia de estadificación TNM fue del 28,03%, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la capacitación para los médicos tratantes y de implementar actividades de sensibilización. El objetivo es garantizar que todos los pacientes cuenten con esta clasificación y que su registro esté debidamente consignado en la historia clínica.</p> <p>Por otro lado, se evaluó la ausencia de información sobre la primera fecha de atención terapéutica del médico tratante, un dato fundamental para verificar la oportunidad en la prestación de los servicios. Durante este periodo, se registró una ausencia del 11,27%, lo que representa un incremento en comparación con el 6,16% registrado en 2022. Este hallazgo subraya la importancia de continuar fortaleciendo las estrategias para mejorar la disponibilidad y el registro de esta información clave.</p>

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0247 del 2014. Bogotá, D.C.; 2014. p. 1-22. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%200247%20de%202014.pdf
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3974 del 2009. Bogotá, D.C.; 2009. p. 1-4. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/compilacion/docs/resolucion_minproteccion_3974_2009.htm
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Demografía y Epidemiología. Catálogo de patologías CIE-10. Actualización 26-01-2019.
4. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. Tercera Edición. Primera Revisión. [En línea]; 2016. Disponible en: <https://cpage.mpr.gob.es/producto/clasificacion-internacional-de-enfermedades-para-oncologia-cie-o/>
5. Monitoring health for the SDGs. The global health observatory [online database]. Geneva: World Health Organization [en línea]. [consultada el 13 May 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/world-health-statistics>
6. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia de indicadores de gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de mama y cuello uterino en Colombia [en línea]. Bogotá, D.C.; 2016. 1-115 p. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/indicadores-prioritarios-para-la-medicion-evaluacion-y-monitoreo-de-la-gestion-de-riesgo-por-parte-de-aseguradores-y-prestadores-en-pacientes-con-cancer-de-mama-y-cuello-uterino-en-colombia/>
7. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia de indicadores de gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de próstata en Colombia [en línea]. 2017. p. 1-44. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/consenso-basado-en-evidencia-para-la-definicion-de-indicadores-prioritarios-para-la-medicion-evaluacion-y-monitoreo-de-la-gestion-de-riesgo-por-parte-de-aseguradores-y-prestadores-en-pacientes-con-ca/>
8. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia de indicadores de gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer gástrico y cáncer de colon y recto en Colombia [en línea]. Bogotá, D.C.; 2017. 1-86 p. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/consenso-basado-en-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-pacientes-con-cancer-gastrico-y-cancer-de-colon-y-recto-en-colombia/>

9. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia indicadores de gestión del riesgo en pacientes con cáncer de pulmón en Colombia [en línea]. Bogotá, D.C.; 2018. 1-98 p. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-pacientes-con-cancer-de-pulmon-en-colombia/>
10. Cuenta de Alto Costo. Indicadores de gestión del riesgo en adultos con linfoma no Hodgkin y linfoma Hodgkin en Colombia [en línea]. Bogotá, D.C.; 2018. 1-114 p. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-adultos-con-lyfoma-no-hodgkin-y-lyfoma-hodgkin-en-colombia/>
11. Cuenta de Alto Costo. Indicadores de gestión del riesgo en adultos con leucemia linfoide y leucemia mieloide aguda en Colombia [en línea]. Bogotá, D.C.; 2018. 1-74 p. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-adultos-con-leucemia-lyfoide-aguda-y-leucemia-mieloide-aguda-en-colombia/>
12. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en la evidencia para la definición de indicadores de gestión del riesgo en pacientes con melanoma cutáneo en Colombia [en línea]. Bogotá, D.C.; 2020. 1-105 p. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-para-la-definicion-de-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-pacientes-con-melano-ma-cutaneo-en-colombia/>
13. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en la evidencia: Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas con mieloma múltiple atendidas en el marco del sistema de salud colombiano [en línea]. Bogotá, D.C.; 2022. 1-58 p. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/consenso-basado-en-la-evidencia-indicadores-minimos-para-evaluar-la-gestion-del-riesgo-en-las-personas-con-mieloma-multiple-atendidas-en-el-marco-del-sistema-de-salud-colombiano/>

1.

Generalidades del cáncer



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

1.

RESUMEN infográfico

Generalidades del cáncer

Periodo: del 2 de enero de 2023 al 1° de enero de 2024.

Descripción general de los casos reportados



Se identificaron **62.000** casos nuevos reportados (CNR), de los cuales el 93,6% (n= 58.058) fueron invasivos.



Los tipos de cáncer de mayor frecuencia, en los casos nuevos en el sexo femenino fueron: mama (26,1%), cervix (9,9%) y colon y recto (6,3%).



En el masculino, los más comunes fueron el de próstata (25,0%), el de colon y recto (7,6%) y el de estómago (5,2%).

Morbimortalidad del cáncer general invasivo

La PCNR estandarizada fue de **96,9** casos nuevos por cada 100.000 habitantes (IC 95%: 96,2 - 97,7).



La prevalencia estandarizada fue de 1.012 casos por cada 100.000 habitantes (IC 95%: 1.009,8 - 1.014,9).



La mortalidad general estandarizada más alta se presentó en el cáncer de próstata seguido por las neoplasias en mama y en colon y recto.

Caracterización clínica de los casos nuevos



El 93,0% de los casos nuevos fueron tumores sólidos, el 3,4% linfomas y el 1,4% leucemias.



Se reportó estadificación TNM en el 58,7% de los tumores sólidos y en el 66,7% de los linfomas.



La clasificación del riesgo se documentó en el 68,2% de las leucemias agudas y el 54,5% de los linfomas.

La cirugía

fue el tratamiento **más frecuente (37,7%),** seguida de la terapia sistémica (36,1%).



1. Generalidades del cáncer

1.1. Descripción general de los casos reportados

Durante el periodo 2024, el registro de cáncer ascendió a un total de 650.907 casos prevalentes. El número de CNR alcanzó los 62.000, de los cuales el 93,64% (n= 58.058) fueron invasivos. En cuanto a los fallecimientos, se informaron 34.160 muertes por todas las causas en las neoplasias de tipo invasivo. De acuerdo con los casos notificados, en el país se obtuvo una PCNR de 96,94 casos por cada 100.000 habitantes diagnosticados durante el periodo, una prevalencia de 1.012,32 casos invasivos y la mortalidad general de 55,22 defunciones.

En cuanto a los casos nuevos de cáncer reportados, el 57,92% fueron mujeres, la mediana de la edad fue de 64 años (RIC: 52 - 73), el 65,38% estaban afiliados al régimen contributivo y el 30,83% se concentraron en la región Central. En la **tabla 1.1** se describen las características generales de los casos nuevos reportados (CNR), prevalentes y fallecidos.

Tabla 1.1. Descripción general de la población con cáncer reportada en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Variables ¹	CNR ¹	Prevalentes ¹	Fallecidos ^{1,2}
Casos totales	62.000	650.907	34.952
Casos invasivos	58.058 (93,64)	607.495 (93,33)	34.160 (97,73)
Medida de frecuencia estandarizada (IC 95%)³	96,94 (96,15 - 97,73)	1.012,32 (1.009,76 - 1.014,88)	55,22 (54,64 - 55,82)
Sexo			
Femenino	35.909 (57,92)	406.740 (62,49)	18.384 (52,60)
Masculino	26.091 (42,08)	244.151 (37,51)	16.567 (47,40)
Edad (RIC)			
	64 (52 - 73)	65 (53 - 75)	71 (59 - 81)
Régimen de afiliación			
Contributivo	40.536 (65,38)	449.861 (69,11)	21.011 (60,11)
Subsidiado	18.130 (29,24)	163.986 (25,19)	12.659 (36,22)
Excepcion	3.004 (4,85)	34.274 (5,27)	1.182 (3,38)
Especial	280 (0,45)	2.070 (0,32)	84 (0,24)
No asegurado	50 (0,08)	716 (0,11)	16 (0,05)
Región de residencia			
Amazonía-Orinoquía	578 (0,93)	7.360 (1,13)	447 (1,28)
Bogotá, D. C.	12.431 (20,05)	150.807 (23,17)	6.612 (18,92)
Caribe	10.841 (17,49)	86.335 (13,26)	5.834 (16,69)
Central	19.115 (30,83)	197.745 (30,38)	10.444 (29,88)
Oriental	8.343 (13,46)	104.528 (16,06)	5.705 (16,32)
Pacífica	10.692 (17,25)	104.132 (16,00)	5.910 (16,91)

¹ Los valores reportados son números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, en la que se presenta la mediana (rango intercuartílico). La descripción de las variables sociodemográficas se realizó sobre el total de los casos (*in situ* e invasivos).

² Corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.

³ Datos estimados incluyendo únicamente los casos invasivos reportados a la CAC. Se presentan los valores estandarizados por la edad, reportados por cada 100.000 habitantes.

CNR: casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **RIC:** rango intercuartílico.

1.2. CNR del cáncer general invasivo

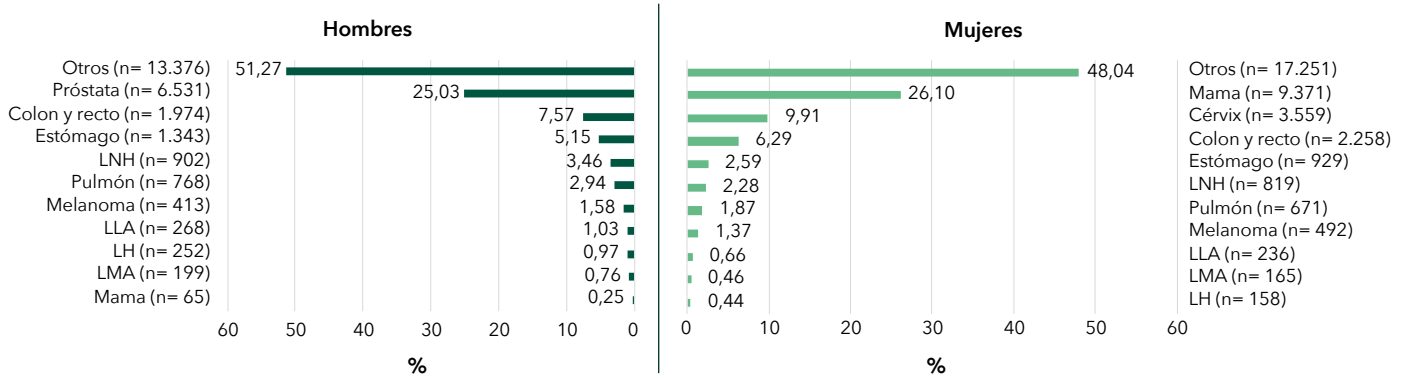
En la **figura 1.1** se observa la distribución de los casos nuevos reportados para los tipos de cáncer priorizados, según el sexo. Los tipos más frecuentes en los CN para las mujeres fueron: mama (26,10%), cérvix (9,91%) y colon y recto (6,29%). Por su parte, en los hombres, los más comunes fueron el de próstata (25,03%), colon y recto (7,57%) y estómago (5,15%).

Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024

Generalidades del cáncer

www.fuerteadelapostol.org

Figura 1.1. Distribución porcentual de los casos nuevos reportados según el tipo de cáncer y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2024



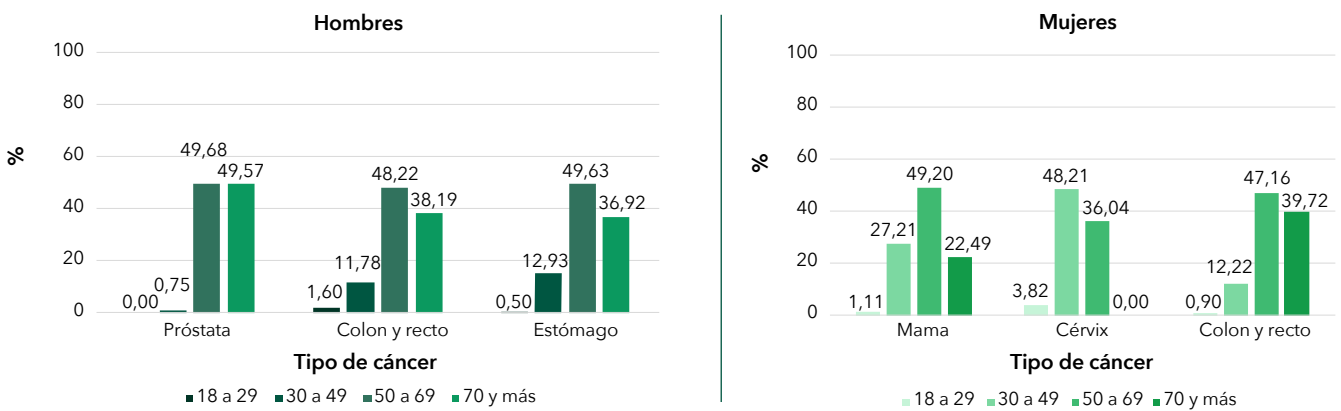
Incluye todos los casos nuevos de cáncer en todas las edades que fueron reportados en el periodo.

Se muestran los 11 tipos de cáncer priorizados y la categoría "otros", que reúne los demás tipos de cáncer reportados.

[Descargar figura](#)

Enseguida, en la **figura 1.2**, se muestra la distribución de los CNR para los tipos de cáncer más frecuentes según el sexo y los grupos de edad (personas de 18 años o más). En los hombres, se presentó una mayor concentración de los casos nuevos de estómago y colon y recto, entre los 50 y los 69 años (48,22% y 49,63%), mientras que el cáncer de próstata, en su mayoría, fue diagnosticado en mayores de 50 años. En las mujeres, se comparte el mismo rango de edades para la mayor proporción de casos nuevos de colon y recto, comparado con los hombres. Por su parte, cerca del 50% de los CNR de cáncer de mama se presentaron entre los 50 y los 69 años, mientras que, en el de cérvix, la mayoría (48,21%) se presentó en mujeres entre los 30 y los 49 años. En general el rango de edades en donde se presenta la mayor concentración de los casos nuevos se mantiene según los reportes de periodos anteriores, para ambos sexos.

Figura 1.2. Distribución porcentual de los CNR de cáncer invasivo para los tipos de mayor frecuencia según el sexo y el grupo de edad en el marco del aseguramiento, Colombia 2024



Incluye únicamente los casos invasivos en las personas de 18 años o más.

[Descargar figura](#)

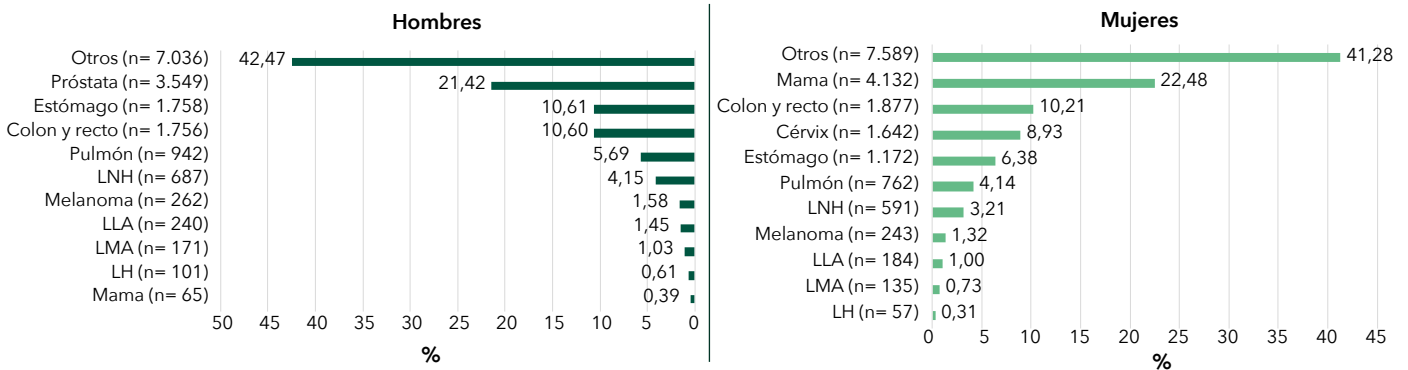
1.3. Mortalidad general del cáncer general invasivo

Como se observa en la **figura 1.3**, en las mujeres el mayor número de fallecimientos se presentó en el cáncer de mama, colon y recto y cérvix. Por su parte, en los hombres se presentó en próstata, estómago y colon y recto. Para ambos sexos, los tipos de neoplasias con mayor número de casos nuevos presentaron también la mayor



proporción de muertes en general. En este periodo se mantiene el orden en los tipos de cáncer con el mayor número de fallecimientos por todas las causas, para hombres y mujeres, comparado con el anterior.

Figura 1.3. Distribución porcentual de las muertes según el tipo de cáncer y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

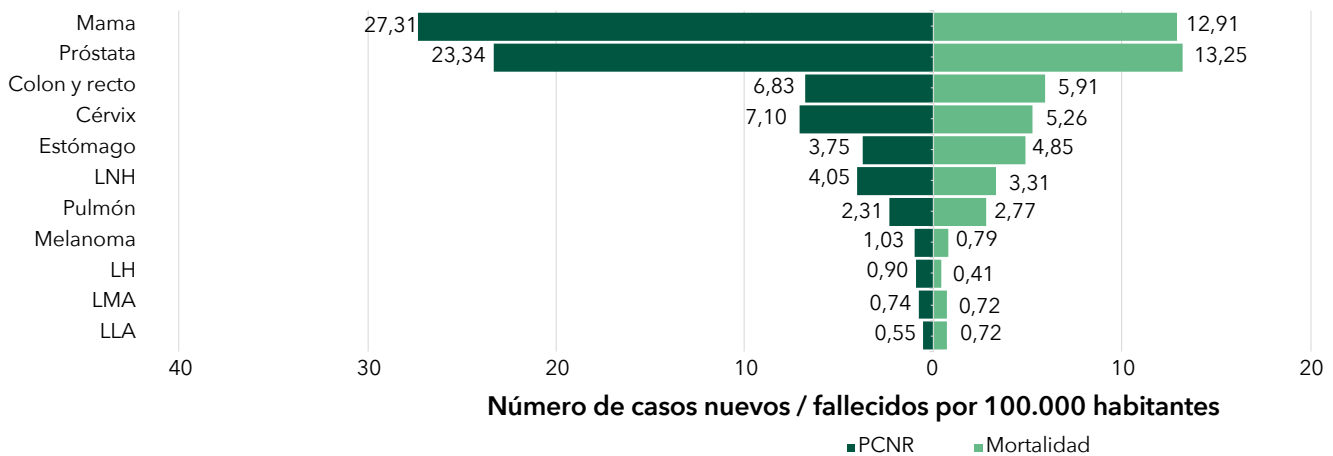


Incluye los fallecimientos por todas las causas reportados a la CAC, independiente de la edad.
Se muestran los 11 tipos de cáncer priorizados y la categoría "otros", que reúne los demás tipos de cáncer reportados.

[Descargar figura](#)

En la **figura 1.4** se muestra la relación entre la PCNR y la mortalidad general, estandarizadas por la edad, para los 11 tipos de cáncer priorizados. Los tipos de cáncer con la mayor PCNR fueron mama, próstata y cérvix. Por su parte, las tasas de mortalidad más altas se presentaron en próstata, mama y colon y recto, en ese orden. El cáncer de estómago, pulmón y la LLA, presentaron una mortalidad más alta con respecto a la PCNR.

Figura 1.4. Relación entre la PCNR y la mortalidad general en los tipos de cáncer priorizados en el marco del aseguramiento, Colombia 2024



Medidas estandarizadas por la edad.
Incluye los casos invasivos de los tumores sólidos y los casos de neoplasias hematológicas en los adultos.
La mortalidad presentada es general, es decir, corresponde a los casos fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.

[Descargar figura](#)

1.4. Morbimortalidad del cáncer general en la población evaluada

1.4.1. PCNR del cáncer general invasivo según la región y la entidad territorial

Al analizar el comportamiento de la PCNR por las regiones, la cifra más alta se presentó en Bogotá, D. C., con 121,78 casos por cada 100.000 habitantes, seguida por la región Central con 115,21; en cambio, la Amazonía-Orinoquía tuvo la más baja con 40,36 (**tabla 1.2**). Por su parte, Risaralda, Antioquia y Valle del Cauca fueron las entidades territoriales con la PCNR más alta (169,36, 142,62 y 127,11 respectivamente), mientras que las tasas más bajas se presentaron en Vaupés (11,86), Vichada (16,18) y Guainía (21,59).



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 1.2. PCNR del cáncer invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	550	1.573.218	34,96	40,36	37,03 - 43,90
Bogotá, D. C.	11.412	7.907.281	144,32	121,78	119,54 - 124,05
Caribe	10.356	11.914.229	86,92	85,72	84,07 - 87,39
Central	17.790	12.401.914	143,45	115,21	113,51 - 116,94
Oriental	7.875	9.928.079	79,32	68,55	67,04 - 70,09
Pacífica	10.075	8.490.782	118,66	99,86	97,90 - 101,85
Nacional	58.058	52.215.503	111,19	96,94	96,15 - 97,73

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer invasivo reportados a la CAC, sin discriminar por el sexo, la edad o el tipo de cáncer.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La PCNR es informada por cada 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

1.4.2. PCNR del cáncer general invasivo según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La PCNR estandarizada por la edad fue significativamente mayor en el régimen especial (**tabla 1.3**). Las entidades EAS016, EPS046 y EPS012, presentaron la PCNR estandarizada más alta con 391,26, 242,96 y 216,48 casos nuevos por cada 100.000 afiliados. Por el contrario, las entidades con la PCNR más baja en el periodo fueron la EPSI03, la EPS025 y la CCF033 con 34,38, 36,37 y 37,50, respectivamente.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 1.3. PCNR del cáncer invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	37.711	28.539.028	132,14	107,19	106,10 - 108,28
Subsidiado	17.209	20.477.162	84,04	71,91	70,83 - 73,02
Excepción	2.832	2.089.477	135,54	87,95	84,59 - 91,42
Especial	259	40.819	634,51	335,56	266,59 - 419,34
No asegurado	47	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer invasivo reportados a la CAC, sin discriminar por el sexo, la edad o el tipo de cáncer.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La PCNR es informada por cada 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.



1.4.3. Prevalencia del cáncer general invasivo según la región y la entidad territorial

La región del país con la prevalencia estandarizada más alta fue Bogotá, D. C., con 1.508,52 casos por cada 100.000 habitantes y la más baja se observó en la Amazonía-Orinoquía con 494,24 (**tabla 1.4**). Las entidades territoriales con las prevalencias más elevadas (excluyendo a Bogotá, D. C.) fueron Risaralda, Antioquia y Valle del Cauca con 1.484,72, 1.395,70, y 1.219,19, respectivamente. En contraste, las estimaciones más bajas se observaron en los departamentos de Guainía, Vichada y Vaupés con 193,16, 233,27 y 238,59, en ese orden.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 1.4. Prevalencia del cáncer invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	6.723	1.573.218	427,34	494,24	482,41 - 506,28
Bogotá, D. C.	140.837	7.907.281	1.781,11	1.508,52	1.500,60 - 1.516,47
Caribe	80.818	11.914.229	678,33	667,72	663,11 - 672,34
Central	184.924	12.401.914	1.491,09	1.198,28	1.192,77 - 1.203,82
Oriental	97.475	9.928.079	981,81	844,04	838,71 - 849,39
Pacífica	96.718	8.490.782	1.139,09	953,15	947,09 - 959,25
Nacional	607.495	52.215.503	1.163,44	1.012,32	1.009,76 - 1.014,88

¹ Incluye todos los casos de cáncer invasivo reportados a la CAC, sin discriminar por el sexo, la edad o el tipo de cáncer.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

1.4.4. Prevalencia del cáncer general invasivo según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada por la edad fue mayor en el régimen especial, con 1.660,26 casos por cada 100.000 afiliados (**tabla 1.5**). Entre tanto, la prevalencia más alta se estimó en las entidades EAS016, EPS001 y EPS018 con 3.204,68, 1.778,20, y 1.749,80 casos por 100.000 afiliados. Por el contrario, las medidas más bajas se estimaron en la CCF033, la EPSI04 y la CCF102 con 293,67, 295,05 y 297,35 casos por 100.000 afiliados, respectivamente.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 1.5. Prevalencia del cáncer invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	419.537	28.539.028	1.470,05	1.186,88	1.183,26 - 1.190,51
Subsidiado	153.139	20.477.162	747,85	640,86	637,60 - 644,13
Excepción	32.215	2.089.477	1.541,77	1.003,85	992,41 - 1.015,40
Especial	1.905	40.819	4.666,94	1.660,26	1.526,20 - 1.806,09
No asegurado	699	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de cáncer invasivo reportados a la CAC, sin discriminar por el sexo, la edad o el tipo de cáncer.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.

IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.

1.4.5. Mortalidad general en las personas con cáncer invasivo según la región y la entidad territorial

En el país, la mortalidad estandarizada fue más alta en Bogotá, D. C., con 68,45 muertes por cada 100.000 habitantes, por el contrario, la más baja se presentó en Amazonía-Orinoquía con 33,07 (**tabla 1.6**). Las entidades territoriales con la mayor tasa de mortalidad, además de Bogotá, D. C., fueron Risaralda y Antioquia con 74,33 y 73,62 muertes por 100.000 personas, en ese orden. En contraste, Guainía con 4,28, Vaupés con 9,81 y Vichada con 14,00 muertes presentaron las cifras más bajas.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 1.6. Mortalidad general del cáncer invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	435	1.573.218	27,65	33,07	30,02 - 36,35
Bogotá, D. C.	6.454	7.907.281	81,62	68,45	66,78 - 70,15
Caribe	5.701	11.914.229	47,85	46,63	45,43 - 47,86
Central	10.235	12.401.914	82,53	63,53	62,30 - 64,79
Oriental	5.557	9.928.079	55,97	46,33	45,11 - 47,58
Pacífica	5.778	8.490.782	68,05	54,22	52,81 - 55,66
Nacional	34.160	52.215.503	65,42	55,22	54,64 - 55,82

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer invasivo reportadas a la CAC, sin discriminar por el sexo, la edad o el tipo de cáncer.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La mortalidad es informada por cada 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

1.4.6. Mortalidad general en las personas con cáncer invasivo según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad general estandarizada por la edad en las personas con cáncer invasivo fue mayor en el régimen contributivo, con 6,22 defunciones menos que el régimen subsidiado (**tabla 1.7**). Al analizar por la EAPB, las cifras más altas se observaron en la EAS027 con 163,70, la EPS018 con 81,37 y la EPS012 con 79,68 muertes por 100.000 afiliados. Por el contrario, la CCF033, la EPSI01 y la CCF102 reportaron la mortalidad más baja en el periodo, con 22,98, 25,22 y 31,13 muertes por 100.000 afiliados, respectivamente. La entidad EPS047 no reportó fallecimientos para este periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 1.7. Mortalidad general del cáncer invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	20.470	28.539.028	71,73	55,65	54,88 - 56,42
Subsidiado	12.435	20.477.162	60,73	49,43	48,55 - 50,32
Excepción	1.163	2.089.477	55,66	34,06	32,05 - 36,17
Especial	77	40.819	188,64	42,94	29,60 - 71,58
No asegurado	15	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer invasivo reportadas a la CAC, sin discriminar por el sexo, la edad o el tipo de cáncer.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La mortalidad es informada por cada 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.

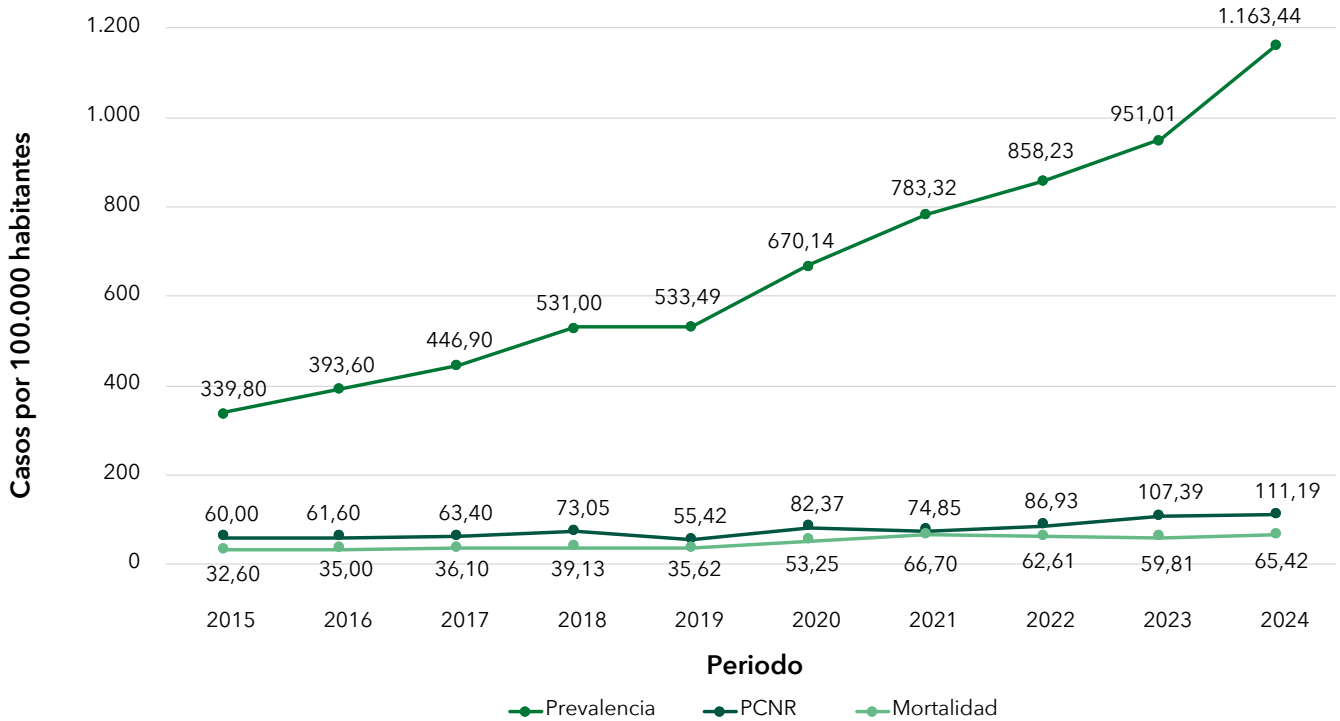
IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.



1.4.7. Evolución del registro de cáncer general invasivo en el aseguramiento en Colombia

Con respecto al registro del cáncer invasivo en el país, la prevalencia ha mostrado un incremento significativo, específicamente en el 2024 fueron notificados 2,18 veces más casos prevalentes con respecto al 2019. Así mismo, la PCNR y la mortalidad en general aumentaron en un 3,54% y 9,38%, respectivamente (**figura 1.5**).

Figura 1.5. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer general invasivo en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2024



Incluye todos los casos de cáncer invasivo reportados a la CAC, sin discriminar por la edad o el tipo de cáncer.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por cada 100.000 habitantes.

Mortalidad: corresponde al número de casos fallecidos por todas las causas reportadas a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)

1.5. Caracterización de los casos nuevos reportados de cáncer

1.5.1. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer

A continuación, la **tabla 1.8** describe las características clínicas de los CNR de acuerdo con el régimen de afiliación al sistema de salud. En general, la proporción de casos nuevos invasivos fue superior al 90%, con un mayor porcentaje en los afiliados al subsidiado. La mayoría de los casos informados durante el periodo fueron neoplasias de tipo tumores sólidos (93,01%), seguido por los linfomas (3,44%).

En las neoplasias sólidas el 58,67% contó con la estadificación, dentro de este porcentaje el 47,73% se encontraba en estadios I y II, mientras que el 39,98% en III y IV. Entre los regímenes de afiliación, el porcentaje de tumores sólidos estadificados fue superior en el régimen especial y el subsidiado. A excepción de los casos de la población no asegurada, la mayor proporción de tumores estadificados al momento del diagnóstico se encontraban en estadio II para el resto de los regímenes.

Para el 2024 el porcentaje de linfomas estadificados disminuyó en un 10,40% comparado con el periodo anterior, y más del 70,00% de los que fueron estadificados se clasificaron como avanzados. Los casos de linfoma que fueron diagnosticados durante el periodo y que pertenecían al régimen de excepción, presentaron el menor porcentaje de estadificación.

Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024

Generalidades del cáncer

www.fuerzadeatoposto.org

En cuanto a la clasificación del riesgo, en las leucemias agudas se presentó un ligero aumento con respecto al 2023 (1,25%), con un resultado similar al nacional en los regímenes contributivo y subsidiado. Del total de las leucemias clasificadas la mitad se encontraba en alto riesgo, este comportamiento fue similar entre los regímenes de afiliación.

Tabla 1.8. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación					Total n= 62.000 (100,00%)
	Contributivo n= 40.536 (65,38%)	Subsidiado n= 18.130 (29,24%)	Excepción n= 3.004 (4,85%)	Especial n= 280 (0,45%)	No asegurado n= 50 (0,08%)	
Extensión²						
<i>In situ</i>	2.825 (6,97)	921 (5,08)	172 (5,73)	21 (7,50)	3 (6,00)	3.942 (6,36)
Invasivo	37.711 (93,03)	17.209 (94,92)	2.832 (94,27)	259 (92,50)	47 (94,00)	58.058 (93,64)
Clasificación general²						
Tumores sólidos	37.788 (93,22)	16.726 (92,26)	2.841 (94,57)	266 (95,00)	46 (92,00)	57.667 (93,01)
Linfomas	1.415 (3,49)	616 (3,40)	92 (3,06)	5 (1,79)	3 (6,00)	2.131 (3,44)
Leucemias	500 (1,23)	349 (1,92)	18 (0,60)	1 (0,36)	0 (0,00)	868 (1,40)
Otros hematológicos	833 (2,05)	439 (2,42)	53 (1,76)	8 (2,86)	1 (2,00)	1.334 (2,15)
Estadificación (sí)³						
Tumores sólidos	22.146 (58,61)	10.040 (60,03)	1.455 (51,21)	172 (64,66)	20 (43,48)	33.833 (58,67)
Linfomas	972 (68,69)	394 (63,96)	51 (55,43)	4 (80,00)	0 (0,00)	1.422 (66,73)
Estadio al diagnóstico (tumores sólidos)^{3,4}						
<i>In situ</i>	2.976 (13,44)	972 (9,68)	178 (12,23)	22 (12,79)	3 (15,00)	4.151 (12,27)
I	5.284 (23,86)	1.662 (16,55)	326 (22,41)	51 (29,65)	1 (5,00)	7.324 (21,65)
II	5.853 (26,43)	2.466 (24,56)	446 (30,65)	52 (30,23)	5 (25,00)	8.822 (26,08)
III	4.309 (19,46)	2.444 (24,34)	281 (19,31)	23 (13,37)	7 (35,00)	7.064 (20,88)
IV	3.716 (16,78)	2.494 (24,84)	224 (15,40)	24 (13,95)	4 (20,00)	6.462 (19,10)
V	8 (0,04)	2 (0,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	10 (0,03)
Estadio al diagnóstico (linfomas)^{3,4}						
Temprano	299 (28,10)	123 (27,21)	17 (30,91)	1 (20,00)	0 (0,00)	440 (27,92)
Avanzado	746 (70,11)	322 (71,24)	36 (65,45)	4 (80,00)	0 (0,00)	1.108 (70,30)
Extraganglionar	19 (1,79)	7 (1,55)	2 (3,64)	0 (0,00)	0 (0,00)	28 (1,78)
Clasificación del riesgo (sí)⁵						
Leucemias agudas	342 (68,40)	239 (68,48)	10 (55,56)	1 (100,00)	0 (0,00)	592 (68,20)
Linfomas	768 (54,28)	347 (56,33)	43 (46,74)	4 (80,00)	0 (0,00)	1.162 (54,53)
Clasificación del riesgo (leucemias agudas)⁵						
Estándar	55 (16,13)	39 (16,32)	1 (10,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	95 (16,07)
Intermedio	113 (33,14)	69 (28,87)	5 (50,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	188 (31,81)
Alto	173 (50,73)	131 (54,81)	4 (40,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	308 (52,12)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables.

² Definida según el código CIE-10.

³ Definida según la clasificación TNM.

⁴ Incluye todos los casos nuevos reportados durante el periodo que fueron estadificados, sin discriminar por sexo o edad. El estadio V aplica únicamente para los tumores de Wilms. En el caso de los linfomas, se consideran estadios tempranos los estadios I y II, y estadios avanzados los estadios III y IV. Los tumores linfáticos extraganglionares comprenden aquellos con localización extranodal, primarios del sistema nervioso central, mediastinales o en otros órganos.

⁵ Los grupos de riesgo citogénico-molecular fueron definidos según la guía de práctica clínica colombiana de leucemias.



1.5.2. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos reportados de cáncer

En la **tabla 1.9** se presenta la distribución del tipo de tratamiento recibido por los CNR y su ubicación temporal según el régimen de afiliación. Cabe aclarar que para el análisis no se tuvo en cuenta si el tratamiento fue prescrito de forma concomitante con otra de las alternativas terapéuticas. Además, los procedimientos quirúrgicos y las terapias sistémicas continúan siendo las terapias más frecuentemente indicadas. De acuerdo con el régimen de afiliación, las cirugías fueron más frecuentes en los regímenes contributivo, de excepción y especial, mientras que las terapias sistémicas se presentaron en una mayor proporción en el régimen subsidiado. Por su parte, la radioterapia fue suministrada en cerca del 11% de los casos diagnosticados durante el periodo, sin embargo, este porcentaje fue superior en la población no asegurada y en el régimen especial.

Según la temporalidad del tratamiento, la mayoría de las personas sometidas a cirugía recibieron esta alternativa como manejo inicial (98,94%). Por otro lado, la terapia sistémica se administró con más frecuencia como neoadyuvancia (32,77%) y tratamiento inicial curativo sin cirugía asociada (28,47%). La radioterapia fue indicada en mayor proporción como alternativa adyuvante (35,68%).

En los CN con enfermedad metastásica o bajo la consideración de cuidados paliativos, fue más frecuente el manejo con radioterapia, seguido por las terapias sistémicas. A su vez, el 35,78% de los CNR no había recibido ningún tipo de tratamiento a la fecha de corte, siendo mayor la proporción en la población no asegurada (62,00%) y en las personas del régimen de excepción (44,31%). Esta proporción presentó un leve aumento en comparación con lo reportado en los últimos periodos; específicamente, comparado con el 2020, el incremento fue del 10,98%, sin embargo, es necesario precisar que en este grupo se encuentran los casos diagnosticados cerca del corte, aquellos que estaban en observación o en manejo expectante, o que fallecieron antes del inicio del tratamiento.

Tabla 1.9. Caracterización del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Tratamiento/ubicación temporal ^{1,2}	Régimen de afiliación					Total n= 62.000 (100,00%)
	Contributivo n= 40.536 (65,38%)	Subsidiado n= 18.130 (29,24%)	Excepción n= 3.004 (4,85%)	Especial n= 280 (0,45%)	No asegurado n= 50 (0,08%)	
Cirugía (sí)	16.505 (41,07)	5.552 (30,87)	1.017 (34,17)	95 (34,17)	6 (13,33)	23.175 (37,70)
Manejo inicial	16.369 (99,18)	5.458 (98,31)	1.004 (98,72)	93 (97,89)	6 (100,00)	22.930 (98,94)
Manejo de recaída	18 (0,11)	9 (0,16)	3 (0,29)	1 (1,05)	0 (0,00)	31 (0,13)
Manejo de enfermedad metastásica	117 (0,71)	84 (1,51)	10 (0,98)	1 (1,05)	0 (0,00)	212 (0,91)
Sin información	1 (0,01)	1 (0,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,01)
Terapia sistémica (sí)³	13.909 (34,61)	7.235 (40,22)	968 (32,53)	94 (33,81)	6 (13,33)	22.212 (36,13)
Neoadyuvancia	4.579 (32,92)	2.333 (32,25)	316 (32,64)	45 (47,87)	5 (83,33)	7.278 (32,77)
Tratamiento inicial curativo (sin cirugía)	3.699 (26,59)	2.301 (31,80)	307 (31,71)	16 (17,02)	0 (0,00)	6.323 (28,47)
Adyuvancia	3.683 (26,48)	1.379 (19,06)	263 (27,17)	25 (26,60)	0 (0,00)	5.350 (24,09)
Manejo de enfermedad metastásica	826 (5,94)	441 (6,10)	30 (3,10)	4 (4,26)	0 (0,00)	1.301 (5,86)
Manejo paliativo	1.122 (8,07)	781 (10,79)	52 (5,37)	4 (4,26)	1 (16,67)	1.960 (8,82)
Radioterapia (sí)	4.226 (10,52)	2.132 (11,85)	259 (8,70)	44 (15,83)	13 (28,89)	6.674 (10,86)
Neoadyuvancia	802 (18,98)	500 (23,45)	68 (26,25)	10 (22,73)	11 (84,62)	1.391 (20,84)
Tratamiento inicial curativo (sin cirugía)	1.069 (25,30)	665 (31,19)	70 (27,03)	11 (25,00)	0 (0,00)	1.815 (27,20)
Adyuvancia	1.765 (41,77)	503 (23,59)	91 (35,14)	20 (45,45)	2 (15,38)	2.381 (35,68)
Manejo de enfermedad metastásica	298 (7,05)	253 (11,87)	18 (6,95)	0 (0,00)	0 (0,00)	569 (8,53)

Tabla 1.9. Caracterización del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024 (continuación)

Tratamiento/ubicación temporal ^{1,2}	Régimen de afiliación					Total n= 62.000 (100,00%)
	Contributivo n= 40.536 (65,38%)	Subsidiado n= 18.130 (29,24%)	Excepción n= 3.004 (4,85%)	Especial n= 280 (0,45%)	No asegurado n= 50 (0,08%)	
Manejo paliativo	290 (6,86)	210 (9,85)	12 (4,63)	3 (6,82)	0 (0,00)	515 (7,72)
Sin información	2 (0,05)	1 (0,05)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,04)
Sin tratamiento	14.014 (34,57)	6.710 (37,01)	1.331 (44,31)	100 (35,71)	31 (62,00)	22.186 (35,78)

¹ No se tuvo en cuenta si el tratamiento fue prescrito de forma concomitante con otra de las alternativas terapéuticas.

² La ubicación temporal se definió según el instructivo de reporte y corresponde al primer o único tratamiento/esquema recibido en el periodo para cada alternativa terapéutica (cirugía, terapia sistémica o radioterapia).

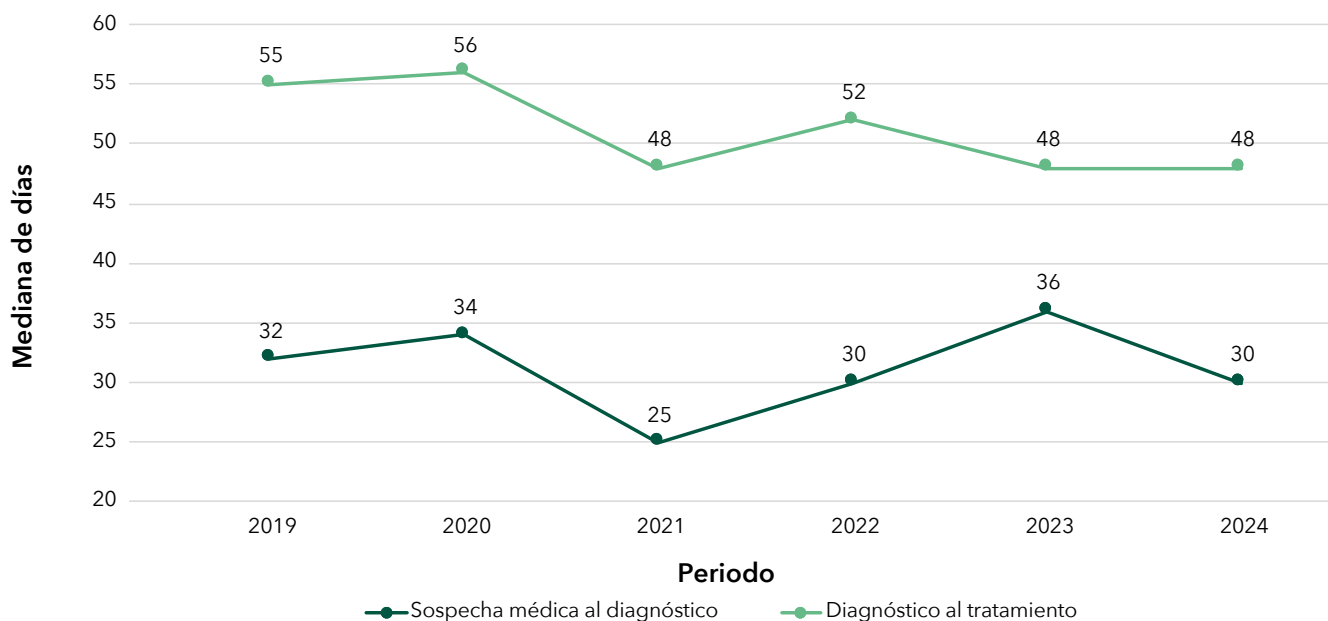
³ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

1.5.3. Oportunidad de la atención en los casos nuevos reportados de cáncer

La operacionalización de la oportunidad de la atención fue definida previamente en la sección de aspectos metodológicos. Aquí, en la **figura 1.6**, se observa la tendencia nacional de la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento para los CNR de cáncer. La mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico se encuentra en los 30 días (RIC: 16 - 65) desde la sospecha médica, mientras que entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento esta medida es de 48 días (RIC: 23 - 85).

Estos resultados resaltan la importancia de fortalecer las estrategias para disminuir los tiempos de espera, con la finalidad de acceder a la confirmación del diagnóstico y a los tratamientos en menos de 30 días. En consecuencia, estas oportunidades impactan de manera positiva en los resultados en salud de la población con cáncer.

Figura 1.6. Tendencia de la oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



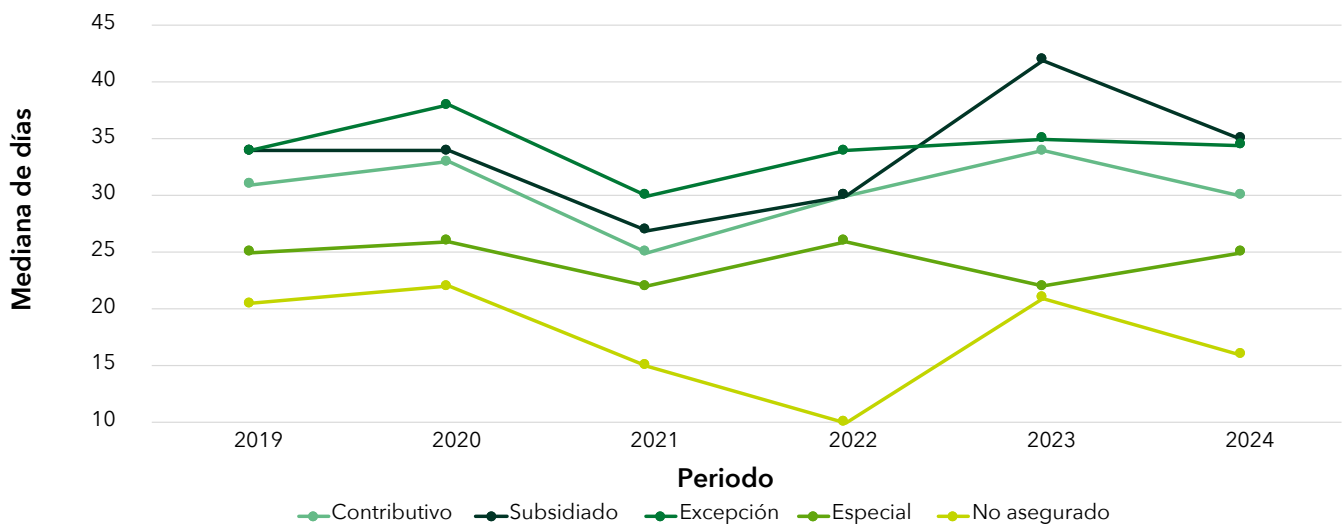
Incluye el cáncer *in situ* e invasivo, en ambos sexos y en todas las edades y tipos de cáncer reportados.

[Descargar figura](#)



En las **figuras 1.7 y 1.8** se observan el comportamiento de la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento entre los periodos 2019 y 2024, según el régimen de afiliación. La mediana del tiempo desde la remisión o sospecha hasta la confirmación del diagnóstico presentó un comportamiento diferente para cada régimen de afiliación, que al compararla con el periodo 2023 disminuyó en los regímenes contributivo y subsidiado, mientras que en el especial aumentó. Solo los casos diagnosticados durante el periodo en la población no asegurada y en el régimen especial presentaron una oportunidad menor a los 30 días. No obstante, es importante considerar que, en la población sin aseguramiento, no se cuenta con información completa en la mayoría de los casos, por lo que estos resultados podrían no reflejar con precisión la situación real.

Figura 1.7. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de cáncer según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024

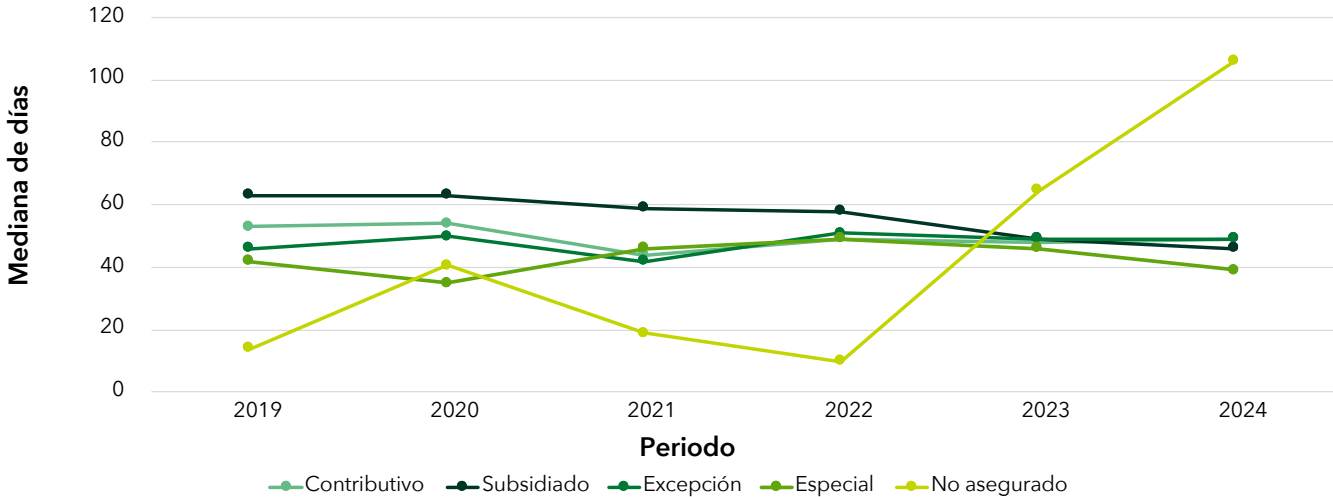


Incluye el cáncer *in situ* e invasivo, en ambos sexos y en todas las edades y tipos de cáncer reportados.

[Descargar figura](#)

En cuanto a la oportunidad del tratamiento, para el 2024 la mediana de días se encontró entre los 40 a 50 días para los diferentes regímenes de afiliación, a excepción de la población no asegurada, en donde el tiempo fue superior. En general, la tendencia del acceso a los tratamientos no ha presentado brechas significativas entre los regímenes a diferencia de la confirmación diagnóstica.

Figura 1.8. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de cáncer según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024



Incluye el cáncer *in situ* e invasivo, en ambos sexos y en todas las edades y tipos de cáncer reportados.

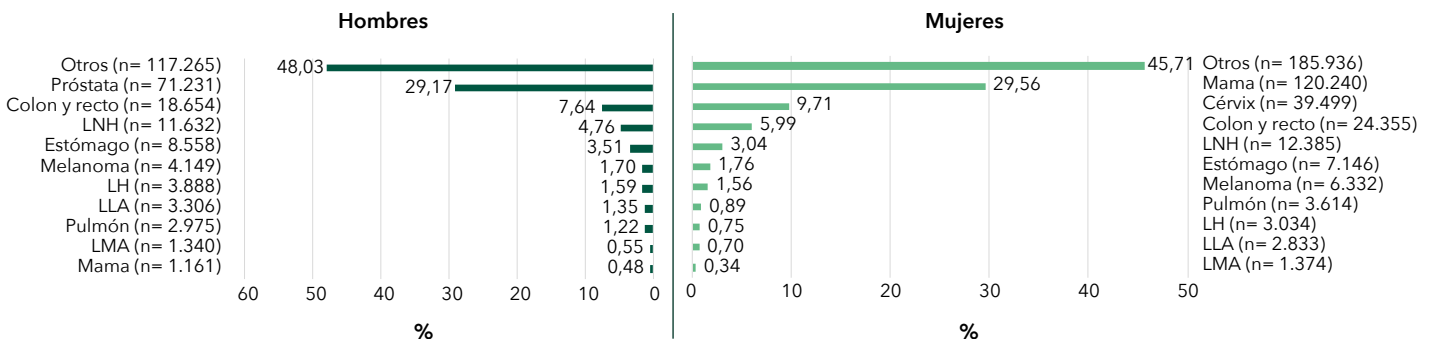
[Descargar figura](#)

1.6. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer

1.6.1. Caracterización clínica de los casos prevalentes de cáncer reportados

El 91,33% (n= 594.471) de los casos prevalentes correspondió a tumores sólidos, y de ellos, el 92,70% (n= 551.059) se clasificó como invasivo. En cuanto a los hematolinfáticos, el 4,75% de los casos correspondieron a linfomas, el 1,36% a leucemias y el 2,56% a otros tipos. En la **figura 1.9** se muestra la distribución según el sexo y el tipo de cáncer priorizado por la CAC. Excluyendo los "otros tipos", el cáncer de próstata fue el más frecuente en los hombres, seguido por el de colon y recto y el LNH. Entre tanto, el cáncer de mama, el de cérvix y el de colon y recto, fueron las neoplasias con mayor prevalencia entre las mujeres.

Figura 1.9. Distribución porcentual de los casos prevalentes según el tipo de cáncer priorizado y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2024



Incluye los casos prevalentes de cáncer en todas las edades que fueron reportados en el periodo. Se muestran los 11 tipos de cáncer priorizados y la categoría "otros", que reúne los demás tipos de cáncer reportados.

[Descargar figura](#)



1.6.2. Caracterización del tratamiento en los casos prevalentes de cáncer

En la **tabla 1.10** se presenta la distribución del tipo de tratamiento recibido por los casos prevalentes durante el periodo según la ubicación temporal y el régimen de afiliación. Los porcentajes presentados en la tabla para cada tratamiento no son excluyentes, lo que quiere decir que cada individuo pudo recibir más de una alternativa de tratamiento durante el periodo. A diferencia de los CNR, las terapias sistémicas presentaron una mayor frecuencia de indicación en los casos prevalentes (15,73%) comparado con las cirugías (5,88%). Este mismo comportamiento se observó entre los regímenes de afiliación. En el país, tan solo el 3,16% de los prevalentes incluyó la radioterapia dentro de su manejo.

En cuanto a la ubicación temporal, predomina dentro del manejo inicial incluir los procedimientos quirúrgicos oncológicos, mientras que la radioterapia y las terapias sistémicas fueron prescritas en su mayoría como tratamiento adyuvante en el 39,59% y el 39,12% de los casos, respectivamente.

Tabla 1.10. Caracterización del tratamiento prescrito en los casos prevalentes en el periodo según el régimen de afiliación, 2024

Tratamiento/ubicación temporal ^{1,2}	Régimen de afiliación					Total n= 650.907 (100,00%)
	Contributivo n= 449.861 (69,11%)	Subsidiado n= 163.986 (25,19%)	Excepción n= 34.274 (5,27%)	Especial n= 2.070 (0,32%)	No asegurado n= 760 (0,11%)	
Cirugía (sí)	26.174 (5,84)	9.956 (6,12)	1.761 (5,19)	136 (6,61)	16 (2,38)	38.043 (5,88)
Manejo inicial	25.374 (96,94)	9.439 (94,81)	1.635 (92,84)	131 (96,32)	13 (81,25)	36.592 (96,19)
Manejo de recaída	419 (1,60)	249 (2,50)	70 (3,98)	2 (1,47)	3 (18,75)	743 (1,95)
Manejo de enfermedad metastásica	380 (1,45)	267 (2,68)	56 (3,18)	3 (2,21)	0 (0,00)	706 (1,86)
Sin información	1 (0,01)	1 (0,01)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,01)
Terapia sistémica (sí)³	64.617 (14,42)	30.978 (19,04)	5.892 (17,36)	311 (15,13)	24 (3,57)	101.822 (15,73)
Neoadyuvancia	12.132 (18,78)	5.750 (18,56)	801 (13,59)	60 (19,29)	14 (58,33)	18.757 (18,42)
Tratamiento inicial curativo (sin cirugía)	13.813 (21,38)	7.278 (23,49)	1.445 (24,52)	61 (19,61)	2 (8,33)	22.599 (22,19)
Adyuvancia	26.206 (40,56)	11.205 (36,17)	2.293 (38,92)	118 (37,94)	6 (25,00)	39.828 (39,12)
Manejo de recaída	3.521 (5,45)	1.339 (4,32)	607 (10,30)	32 (10,29)	1 (4,17)	5.500 (5,40)
Manejo de enfermedad metastásica	4.941 (7,65)	2.435 (7,86)	436 (7,40)	27 (8,68)	0 (0,00)	7.839 (7,70)
Manejo paliativo	4.004 (6,20)	2.971 (9,59)	310 (5,26)	13 (4,18)	1 (4,17)	7.299 (7,17)
Radioterapia (sí)	13.132 (2,93)	6.404 (3,94)	816 (2,40)	69 (3,35)	52 (7,73)	20.473 (3,16)
Neoadyuvancia	1.672 (12,73)	1.205 (18,82)	171 (20,96)	10 (14,49)	41 (78,85)	3.099 (15,14)
Tratamiento inicial curativo (sin cirugía)	2.902 (22,10)	1.544 (24,11)	180 (22,06)	16 (23,19)	0 (0,00)	4.642 (22,67)
Adyuvancia	5.636 (42,92)	2.111 (32,97)	318 (38,97)	32 (46,38)	9 (17,31)	8.106 (39,59)
Manejo de recaída	507 (3,86)	174 (2,72)	21 (2,57)	3 (4,35)	0 (0,00)	705 (3,44)
Manejo de enfermedad metastásica	1.510 (11,50)	745 (11,63)	92 (11,27)	4 (5,80)	0 (0,00)	2.351 (11,48)
Manejo paliativo	902 (6,87)	623 (9,73)	34 (4,17)	4 (5,80)	2 (3,85)	1.565 (7,64)
Sin información	3 (0,02)	2 (0,03)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (0,02)
Sin tratamiento	362.319 (80,54)	125.073 (76,27)	27.065 (78,97)	1.643 (79,37)	650 (90,78)	516.750 (79,39)

¹ No se tuvo en cuenta si el tratamiento fue prescrito de forma concomitante con otra de las alternativas terapéuticas.

² La ubicación temporal se definió según el instructivo de reporte y corresponde al primer o el único tratamiento/esquema recibido en el periodo para cada alternativa terapéutica (cirugía, terapia sistémica o radioterapia).

³ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

2.

Cáncer de mama



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

2.

RESUMEN infográfico

Cáncer de mama

Periodo: del 2 de enero de 2023 al 1° de enero de 2024.

Morbimortalidad del cáncer de mama



Se notificaron **8.590** casos nuevos invasivos,

lo que corresponde a una PCNR estandarizada de 27 casos nuevos por cada 100.000 mujeres (IC 95%: 26,7 - 27,9).



Fue el más frecuente entre los 11 tipos de cáncer priorizados y continúa siendo el más común entre las mujeres.



Del total de los casos prevalentes, 112.513 fueron invasivos. La prevalencia estandarizada fue de 345 casos por cada 100.000 mujeres (IC 95%: 342,7 - 346,7).

Caracterización de los casos nuevos de cáncer de mama

El **65,3%** estaba afiliado al **régimen contributivo** y la mayoría (30,0%) residía en la región Central.



El 91,7% de los casos correspondieron a neoplasias invasivas, con una distribución similar entre los distintos regímenes del sistema de salud.



En el país, al 84,9% de los casos se les realizó la prueba de HER2, de los cuales el 18,1% obtuvo un resultado positivo.



El 68,9% de los casos fueron manejados con terapia sistémica.

Evaluación de la gestión del riesgo en los casos de cáncer de mama



En 2024, se alcanzaron los mejores resultados de detección temprana a nivel nacional y en el régimen contributivo, en comparación con los tres periodos previos.



En el ámbito nacional, así como en los regímenes contributivo y subsidiado, se estimó una reducción en el tiempo transcurrido entre la atención por el médico tratante y el inicio del tratamiento, alcanzando los mejores desempeños registrados en los últimos cinco periodos evaluados.

En todas las regiones del país, la estadificación clínica mediante el sistema TNM fue realizada en _____

en más del 90,0% de los casos nuevos diagnosticados.

2. Cáncer de mama

CIE10: C50-D05; CIE-O-3: C50

2.1. Morbimortalidad del cáncer de mama

El cáncer de mama continúa siendo el tipo de cáncer más frecuente entre los 11 tipos priorizados en ambos sexos. En las mujeres, ocupó el primer lugar dentro del total de casos reportados en el periodo, con una proporción del 29,56% (n= 120.240). De estos, el 6,42% (n= 7.727) correspondió a tumores *in situ* y el 93,57% (n= 112.513) a invasivos. Para el 2024, se informaron 8.590 casos nuevos y 4.322 defunciones entre los casos invasivos. Las medidas de morbimortalidad fueron estimadas considerando únicamente los casos invasivos (**tabla 2.1**).

Cabe señalar que este capítulo hace referencia exclusivamente al cáncer de mama en la población femenina. Sin embargo, se destaca que en el periodo se diagnosticaron 65 casos en la población masculina, con una mediana de la edad de 67 años (RIC: 58 - 76). En general, se han informado 1.161 casos prevalentes de tumores de mama en hombres y 84 defunciones.

Tabla 2.1. Medidas de frecuencia del cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida ajustada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	8.590	32,14	27,31	26,73 - 27,90
Prevalencia	112.513	420,93	344,70	342,67 - 346,73
Mortalidad ⁵	4.322	16,17	12,91	12,53 - 13,31

¹ Incluye todos los casos de cáncer de mama invasivo en las mujeres reportados a la CAC.

² Informadas por cada 100.000 mujeres.

³ La población de referencia corresponde a la proyectada por el DANE para el año 2023.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos de fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

2.1.1. PCNR de cáncer de mama según la región y la entidad territorial

La región del país con la PCNR estandarizada más alta fue Bogotá, D. C., con 34,41 casos nuevos por 100.000 mujeres. En contraste, la Amazonía-Orinoquía tuvo la cifra más baja con 8,19 (**tabla 2.2**). Las entidades territoriales, Antioquia, Bolívar y Atlántico tuvieron la PCNR más alta con 41,08, 38,35 y 35,57 respectivamente. Por otro lado, Amazonas, Vichada y Casanare presentaron las estimaciones más bajas. En el departamento del Vaupés no se reportaron casos nuevos.

Es relevante señalar que, en el contexto del cáncer, son muchos los casos de pacientes que se trasladan hasta otros departamentos con mayor disponibilidad de atención especializada. Esto representa una variable que debe ser considerada con cautela al momento de analizar e interpretar los resultados.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.



Tabla 2.2. PCNR de cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	57	778.413	7,32	8,19	6,20 - 10,62
Bogotá, D. C.	1.791	4.120.589	43,46	34,41	32,82 - 36,05
Caribe	1.734	6.021.777	28,80	27,74	26,44 - 29,08
Central	2.546	6.380.687	39,90	31,77	30,53 - 33,05
Oriental	1.239	5.030.347	24,63	20,71	19,57 - 21,91
Pacífica	1.223	4.397.676	27,81	23,13	21,84 - 24,49
Nacional	8.590	26.729.489	32,14	27,31	26,73 - 27,90

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de mama invasivo en las mujeres reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La PCNR es informada por cada 100.000 mujeres.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

2.1.2. PCNR de cáncer de mama según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La PCNR fue significativamente mayor en el régimen especial (**tabla 2.3**). Entre las EAPB, la PCNR más alta se observó en las entidades EPS001, EPS046 y EPS012 con 54,58, 51,18 y 44,63 casos nuevos por 100.000 mujeres afiliadas, respectivamente. Las cifras más bajas fueron identificadas en la EPS025, la EPSI05 y la CCF050, con 2,06, 6,51 y 6,81, respectivamente. La entidad EPS047 no reportó casos nuevos en el periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 2.3. PCNR de cáncer de mama según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	5.548	14.531.674	38,18	30,10	29,31 - 30,92
Subsidiado	2.485	10.628.425	23,38	20,93	20,11 - 21,78
Excepción	472	988.602	47,74	28,04	25,40 - 30,94
Especial	76	21.915	346,79	247,78	169,69 - 357,20
No asegurado	9	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de mama invasivo en las mujeres reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La PCNR es informada por cada 100.000 mujeres afiliadas.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

2.1.3. Prevalencia del cáncer de mama según la región y la entidad territorial

Bogotá, D. C., fue la región con la prevalencia estandarizada más alta con 434,74 casos por cada 100.000 mujeres. En contraste, la más baja se observó en la Amazonía-Orinoquía con 145,58 casos (**tabla 2.4**). Las entidades territoriales con la prevalencia más alta fueron Risaralda con 454,97 y Antioquia con 451,55; por el contrario, los departamentos con la cifra más baja fueron Vichada y Guainía. No se notificaron casos en el departamento del Vaupés.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 2.4. Prevalencia del cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	975	778.413	125,25	145,58	136,54 - 155,05
Bogotá, D. C.	23.374	4.120.589	567,25	434,74	429,15 - 440,39
Caribe	19.416	6.021.777	322,43	305,97	301,68 - 310,32
Central	34.017	6.380.687	533,12	399,97	395,68 - 404,30
Oriental	16.916	5.030.347	336,28	274,40	270,25 - 278,60
Pacífica	17.815	4.397.676	405,10	320,87	316,11 - 325,69
Nacional	112.513	26.729.489	420,93	344,70	342,67 - 346,73

¹ Incluye todos los casos de cáncer de mama invasivo en las mujeres reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 mujeres.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

2.1.4. Prevalencia del cáncer de mama según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada fue significativamente mayor en el régimen especial con cerca de 700 casos por cada 100.000 mujeres afiliadas (**tabla 2.5**). Por su parte, en el subsidiado se reportó el menor número de casos de cáncer de mama con 217,35.

Al comparar las entidades, las estimaciones más altas se registraron en la EAS016 con 946,12, seguida por la EPS001 con 641,79. Las prevalencias más bajas se obtuvieron en la CCF102, la EPSI01 y la EPSI06, con 94,52, 102,00 y 103,46 respectivamente.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 2.5. Prevalencia del cáncer de mama según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	77.660	14.531.674	534,42	405,28	402,41 - 408,17
Subsidiado	26.814	10.628.425	252,29	217,35	214,72 - 220,00
Excepción	7.551	988.602	763,81	414,63	404,77 - 424,72
Especial	393	21.915	1.793,29	679,89	580,22 - 802,87
No asegurado	95	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de cáncer de mama invasivo en las mujeres reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 mujeres afiliadas.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.

IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.

2.1.5. Mortalidad en las mujeres con cáncer de mama según la región y la entidad territorial

La región con la mayor mortalidad general estandarizada fue la Caribe con 14,08 defunciones por todas las causas, mientras que en la Amazonía-Orinoquía se presentó la más baja con 7,96 fallecimientos por cada 100.000 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama (**tabla 2.6**).

En los departamentos del Valle del Cauca, Atlántico y Bolívar la mortalidad general fue superior comparada con la región Caribe, con 17,24, 17,06 y 16,68, en ese orden; los departamentos con el resultado más bajo fueron Guaviare (2,46) y Chocó (3,61). En Vaupés no se reportaron defunciones-por cualquier causa en mujeres con este tipo de cáncer.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 2.6. Mortalidad general del cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	54	778.413	6,94	7,96	5,97 - 10,39
Bogotá, D. C.	736	4.120.589	17,86	13,42	12,46 - 14,43
Caribe	906	6.021.777	15,05	14,08	13,18 - 15,04
Central	1.180	6.380.687	18,49	13,36	12,60 - 14,16
Oriental	688	5.030.347	13,68	10,90	10,09 - 11,76
Pacífica	758	4.397.676	17,24	13,40	12,45 - 14,41
Nacional	4.322	26.729.489	16,17	12,91	12,53 - 13,31

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de mama invasivo reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La mortalidad es informada por cada 100.000 mujeres.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

2.1.6. Mortalidad del cáncer de mama según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

Al analizar la cohorte, la mortalidad general estandarizada fue superior en el régimen contributivo con 13,07 fallecimientos por 100.000 mujeres afiliadas con diagnóstico de cáncer de mama (**tabla 2.7**). En la población no asegurada no se reportaron muertes por todas las causas en mujeres con esta condición.

Con respecto a las entidades, las mayores estimaciones se observaron en la EPS012, la EPS042 y la EPS048, con tasas de 21,39, 20,17 y 19,98, en ese orden. Por el contrario, la cifra más baja se halló en la EPSI01, con 4,44 defunciones por 100.000 mujeres afiliadas.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 2.7. Mortalidad general del cáncer de mama según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	2.627	14.531.674	18,08	13,07	12,57 - 13,59
Subsidiado	1.488	10.628.425	14,00	11,68	11,08 - 12,30
Excepción	195	988.602	19,72	10,47	8,91 - 12,27
Especial	12	21.915	54,76	12,32	5,89 - 64,61
No asegurado	0	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de mama invasivo reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La mortalidad es informada por cada 100.000 mujeres afiliadas.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.

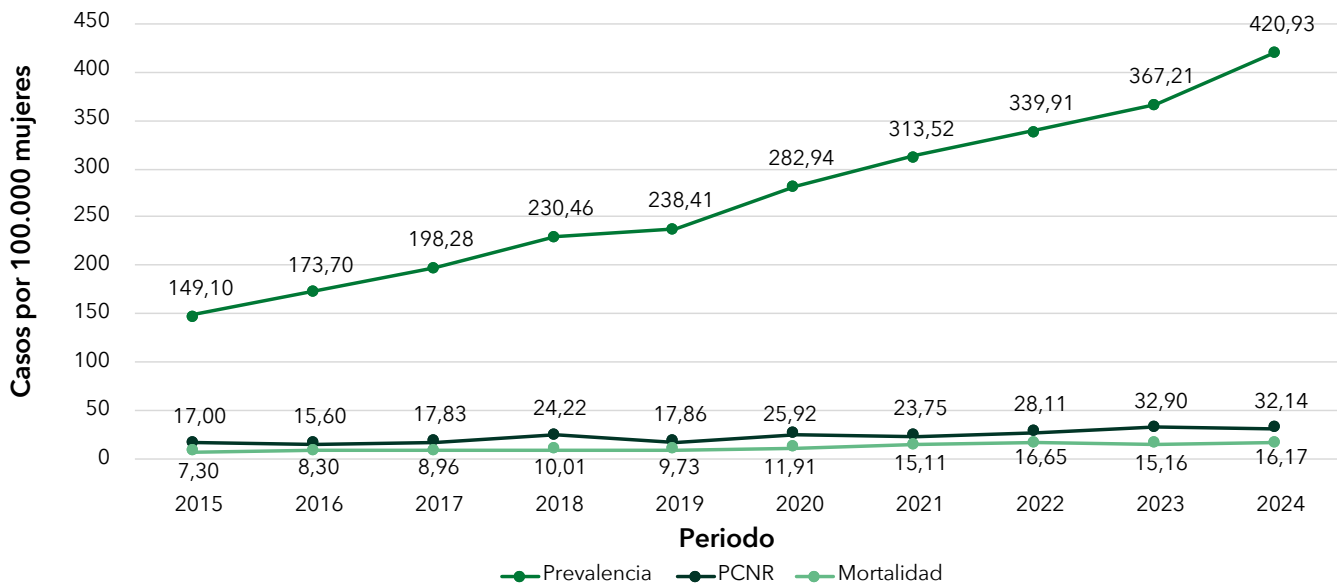
IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.

2.1.7. Evolución del registro de cáncer de mama en el aseguramiento en Colombia

En la **figura 2.1** se muestra la tendencia de la morbimortalidad del cáncer de mama registrada desde el periodo 2015. Los casos prevalentes de cáncer de mama en el país marcan un aumento significativo, específicamente en el último periodo se observó un incremento del 14,63%. Así mismo, en los últimos cinco periodos, la proporción

de casos nuevos presentó un crecimiento del 24,00% en comparación con el 2020. Por su parte, el comportamiento de la mortalidad general ha fluctuado, con un resultado más alto en el 2022 con 16,65 fallecidos por 100.000 mujeres.

Figura 2.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2024



Incluye los casos con cáncer de mama invasivo en las mujeres reportados a la CAC.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportadas por cada 100.000 mujeres.

Mortalidad: corresponde al número de casos fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)

2.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de mama

2.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de mama

A continuación, la **tabla 2.8** presenta la caracterización general de los casos nuevos de cáncer de mama reportados en el periodo según el régimen del aseguramiento. En el total de los CNR la mediana de la edad fue de 59 años, el 65,28% pertenecía al régimen contributivo y cerca del 1% correspondía a mujeres indígenas o afrocolombianas.

El 50,77% de los casos nuevos reportados residía en la región Central y en Bogotá, D. C. Cabe destacar que la mayoría de los casos afiliados al régimen subsidiado se concentraron en la región Caribe (39,60%), y los del especial en Bogotá, D. C., (45,98%).

En la población no asegurada fueron reportados nueve casos nuevos en mujeres, ocho residían en la región Oriental y una en la Pacífica, con una mediana de la edad de 46 años (RIC: 40 - 57).



Tabla 2.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de mama reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 9.371 (100,00%)
	Contributivo n= 6.117 (65,28%)	Subsidiado n= 2.644 (28,21%)	Excepción n= 514 (5,49%)	Especial n= 87 (0,93%)	
Edad	58 (48 - 68)	58 (49 - 67)	64 (54 - 72)	61 (50 - 71)	59 (48 - 68)
Etnia					
Ninguna	6.075 (99,31)	2.578 (97,50)	513 (99,81)	87 (100,00)	9.262 (98,84)
Indígena	4 (0,07)	44 (1,66)	0 (0,00)	0 (0,00)	48 (0,51)
Negro	32 (0,52)	18 (0,68)	1 (0,19)	0 (0,00)	51 (0,54)
Otra ³	6 (0,10)	4 (0,15)	0 (0,00)	0 (0,00)	10 (0,11)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	26 (0,43)	37 (1,40)	0 (0,00)	0 (0,00)	63 (0,67)
Bogotá, D. C.	1.627 (26,60)	144 (5,45)	131 (25,49)	40 (45,98)	1.942 (20,72)
Caribe	738 (12,06)	1.047 (39,60)	76 (14,79)	9 (10,34)	1.870 (19,96)
Central	1.944 (31,78)	730 (27,61)	131 (25,49)	11 (12,64)	2.816 (30,05)
Oriental	914 (14,94)	313 (11,84)	100 (19,46)	9 (10,34)	1.344 (14,34)
Pacífica	868 (14,19)	373 (14,11)	76 (14,79)	18 (20,69)	1.336 (14,26)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tienen en cuenta nueve casos reportados como población no asegurada.

³ Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia y palenquero de San Basilio.

2.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de mama reportados

En la **tabla 2.9** se presentan las características clínicas de los casos nuevos de este tipo de cáncer según el régimen de afiliación al sistema de salud. En 2024, la proporción de tumores de mama invasivos superó el 90% en todos los regímenes, excepto en el especial; en los demás, los resultados fueron cercanos al nacional.

Así mismo, en comparación con 2023, se informó un aumento del 5,41% en la estadificación TNM al momento del diagnóstico, con una tendencia similar entre los distintos grupos del aseguramiento, menos el de excepción. De los casos estadificados, más del 50,00% fueron clasificados como II y III, y menos del 6,00% en el estadio IV; este último porcentaje fue más alto en el régimen subsidiado. En la población no asegurada, se clasificaron siete casos: tres en estadio IV, los otros en estadio II y III.

Es fundamental reforzar las acciones orientadas a garantizar el reporte adecuado y completo de la estadificación, con el fin de reducir las brechas entre regímenes, especialmente considerando su importancia para el manejo y pronóstico de la enfermedad.

Tabla 2.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de mama reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 9.371 (100,00%)
	Contributivo n= 6.117 (65,28%)	Subsidiado n= 2.644 (28,21%)	Excepción n= 514 (5,49%)	Especial n= 87 (0,93%)	
Extensión³					
<i>In situ</i>	569 (9,30)	159 (6,01)	42 (8,17)	11 (12,64)	781 (8,33)
Invasivo	5.548 (90,70)	2.485 (93,99)	472 (91,83)	76 (87,36)	8.590 (91,67)
Estadificación (sí)⁴	5.703 (93,23)	2.470 (93,42)	450 (87,55)	81 (93,10)	8.711 (92,96)

Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024

Cáncer de mama

www.cuentadefaltoposto.org

Tabla 2.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de mama reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024 (continuación)

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 9.371 (100,00%)
	Contributivo n= 6.117 (65,28%)	Subsidiado n= 2.644 (28,21%)	Excepción n= 514 (5,49%)	Especial n= 87 (0,93%)	
Estadio al diagnóstico^{4,5}					
<i>In situ</i>	591 (10,36)	160 (6,48)	43 (9,56)	11 (13,58)	805 (9,24)
Estadio I	1.362 (23,88)	323 (13,08)	116 (25,78)	31 (38,27)	1.832 (21,03)
Estadio II	2.383 (41,79)	1.022 (41,38)	186 (41,33)	28 (34,57)	3.621 (41,57)
Estadio III	1.115 (19,55)	743 (30,08)	87 (19,33)	9 (11,11)	1.957 (22,47)
Estadio IV	252 (4,42)	222 (8,99)	18 (4,00)	2 (2,47)	496 (5,69)
HER2⁶					
Sí	5.246 (85,76)	2.195 (83,02)	435 (84,63)	72 (82,76)	7.955 (84,89)
No	313 (5,12)	280 (10,59)	38 (7,39)	4 (4,60)	637 (6,80)
No aplica	499 (8,16)	133 (5,03)	36 (7,00)	10 (11,49)	678 (7,24)
Desconocido	59 (0,96)	36 (1,36)	5 (0,97)	1 (1,15)	101 (1,08)
Resultado del HER2⁷					
Positivo (+++)	926 (17,65)	426 (19,41)	71 (16,32)	13 (18,06)	1.441 (18,11)
Negativo (+ ó 0)	3.750 (71,48)	1.621 (73,85)	329 (75,63)	50 (69,44)	5.751 (72,29)
Equívoco/indeterminado (++)	568 (10,83)	148 (6,74)	35 (8,05)	9 (12,50)	761 (9,57)
Desconocido	2 (0,04)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,03)
Estudio de receptores hormonales					
Sí	5.688 (92,99)	2.323 (87,86)	453 (88,13)	80 (91,95)	8.550 (91,24)
No	382 (6,24)	306 (11,57)	57 (11,09)	6 (6,90)	754 (8,05)
No aplica/desconocido	47 (0,77)	15 (0,57)	4 (0,78)	1 (1,15)	67 (0,71)
Resultado de los receptores hormonales^{8,9}					
Positivo PgR (+) y RE (+)	3.829 (67,32)	1.394 (60,01)	337 (74,39)	53 (66,25)	5.617 (65,70)
Positivo PgR (+) ó RE (+)	690 (12,13)	326 (14,03)	47 (10,38)	11 (13,75)	1.076 (12,58)
Negativo PgR (-) y RE (-)	1.163 (20,45)	601 (25,87)	69 (15,23)	16 (20,00)	1.849 (21,63)
PgR (no se realizó) y RE (-)	3 (0,05)	2 (0,09)	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (0,06)
PgR (-) y RE (no se realizó)	2 (0,04)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,02)
Desconocido	1 (0,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,01)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%).

² Para los valores totales se tienen en cuenta nueve casos reportados como población no asegurada.

³ Definida según el código CIE-10.

⁴ Definida según la clasificación TNM.

⁵ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de mama que fueron estadificados.

⁶ Determinado utilizando la técnica de inmunohistoquímica. La categoría de "no aplica" se refiere a las mujeres con cáncer de mama *in situ* o aquellas que recibieron la atención por el ente territorial durante el periodo.

⁷ Incluye solo los casos nuevos de cáncer de mama a los que se les realizó la prueba HER2 durante el periodo.

⁸ Incluye solo los casos nuevos de cáncer de mama a los que se les realizó la prueba de receptores hormonales durante el periodo.

⁹ RE: receptor de estrógeno; PgR: receptor de progesterona.

Por otro lado, en este periodo, las pruebas de receptores hormonales (RH) se realizaron en un 3,75% más de los casos nuevos en comparación con 2023. Esta proporción fue mayor en los regímenes contributivo y especial, mientras que la más baja se observó en el subsidiado. Entre las mujeres con resultado disponible para esta prueba, el 65,70% presentó positividad tanto para los receptores de progesterona como los de estrógeno; en el 21,63% de los casos ambos receptores fueron negativos, y el 12,58% mostró expresión positiva en uno de los dos receptores hormonales.



Adicionalmente, se identificó que al 84,89% de los casos nuevos se le realizó el estudio de HER2, alcanzando el mejor resultado de los últimos cinco periodos; la cobertura de este examen fue más alta en el régimen contributivo (**tabla 2.9**). Entre las mujeres que contaron con la prueba, el 72,29% presentó un resultado negativo (0 y +), mientras que el 9,57% (n= 761) obtuvo un resultado equívoco o indeterminado.

Según las recomendaciones de prácticas clínicas, este último grupo es candidato para la realización de un estudio adicional de expresión genética, siendo la técnica más usada el FISH. La **tabla 2.10** muestra los resultados de esta prueba, realizada en el 50,59% de las mujeres con resultado HER2 equívoco. Dentro de este grupo, el 38,63% obtuvo un resultado negativo y el 11,96% positivo. Como consecuencia, el porcentaje de positividad del HER2 alcanzó el 19,26% (n= 1.532).

Es necesario identificar las razones por las cuales no se efectuó el estudio complementario en aquellas mujeres con HER2 indeterminado, con el fin de garantizar un diagnóstico completo y el cumplimiento del algoritmo del tratamiento.

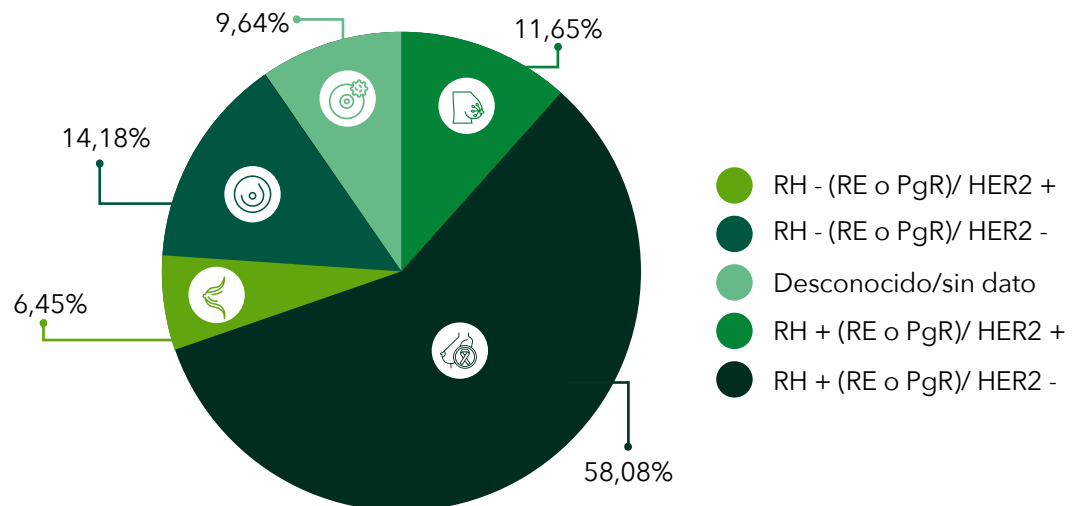
Tabla 2.10. Concordancia entre los resultados de las pruebas HER2 y FISH en los casos nuevos de cáncer de mama reportados en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Resultado del FISH	Resultado HER2 ¹ equívoco/indeterminado
	n (%)
Positivo	91 (11,96)
Negativo	294 (38,63)
No se realizó/desconocido	376 (49,41)
Total	761 (100,00)

¹ Determinado utilizando la técnica de inmunohistoquímica.

Finalmente, al analizar el grupo de mujeres que contaban con las pruebas de RH y HER2, se encontró que el 58,08% (n= 4.508) de los casos diagnosticados en el 2024 correspondieron a neoplasias con RH positivo y HER2 negativo. Por otro lado, el 11,65% presentó positividad en ambas pruebas, y el 14,18% (n= 1.101) correspondió a tumores triples negativos, los cuales se asocian con un mayor riesgo de metástasis y de recurrencia (**figura 2.2**). La identificación de estos subtipos permite orientar la selección del tratamiento y evaluar el pronóstico.

Figura 2.2. Distribución de los casos nuevos de cáncer de mama reportados según los resultados de las pruebas hormonales y HER2, en el marco del aseguramiento, Colombia 2024



Incluye solo los casos nuevos de cáncer de mama a los que se les realizó la prueba HER2 y RH durante el periodo.

RE: receptor de estrógeno; **PgR:** receptor de progesterona.

[Descargar figura](#)

2.2.3. Caracterización del tratamiento de los casos nuevos de cáncer de mama

Durante el periodo, del total de casos nuevos, el 83,73% recibió algún tipo de tratamiento. Las terapias sistémicas (que incluyen: quimioterapia, tratamiento hormonal e inmunoterapia), fueron las más indicadas en el manejo de los CN del periodo con el 68,90% (n= 6.457), seguido por los procedimientos quirúrgicos con el 48,66% y la radioterapia con el 19,37%. Por otra parte, el 33,04% (n=3.096) registró algún tipo de atención por cuidados paliativos, de estos, la mayoría se encontraba en los estadios II (41,76%) y III (22,38%).

Adicionalmente, se identificó que el 16,27% (n= 1.525) no recibió ningún tipo de tratamiento. De ellos, el 45,64% (n= 696) fue diagnosticado dos meses previos a la fecha de corte. En las 829 mujeres restantes, el 31,36% (n= 260) y el 19,90% (n= 165) de los casos fueron diagnosticados en los estadios II y III, respectivamente. Se resalta que una proporción importante de estos casos (18,58%, n= 154) no fue estadificada.

En la **tabla 2.11** se muestra la distribución del tratamiento de acuerdo con la estadificación clínica al diagnóstico. De las mujeres que recibieron terapias sistémicas, el 67,68% se encontraba en los estadios II o III, mientras que las cirugías de tipo no reconstructivas fueron más frecuentes en las mujeres diagnosticadas en los estadios I y II (69,68%). La radioterapia fue la opción terapéutica de elección en las etapas tempranas de la enfermedad (I y II), mientras que la cirugía reconstructiva se realizó con mayor frecuencia, específicamente en las mujeres en el estadio II.

Tabla 2.11. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de mama según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Tratamiento	Estadio al diagnóstico						Total n (%)
	<i>In situ</i>	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	Desconocido	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Terapia sistémica ¹	390 (6,04)	1.128 (17,47)	2.727 (42,23)	1.643 (25,45)	393 (6,09)	176 (2,73)	6.457 (100,00)
Cirugía	629 (13,79)	1.428 (31,32)	1.749 (38,36)	531 (11,64)	45 (0,99)	178 (3,90)	4.560 (100,00)
Radioterapia	256 (14,10)	657 (36,20)	600 (33,06)	165 (9,10)	83 (4,57)	54 (2,98)	1.815 (100,00)
Cirugía reconstructiva	18 (20,93)	20 (23,26)	33 (38,37)	9 (10,47)	2 (2,33)	4 (4,65)	86 (100,00)

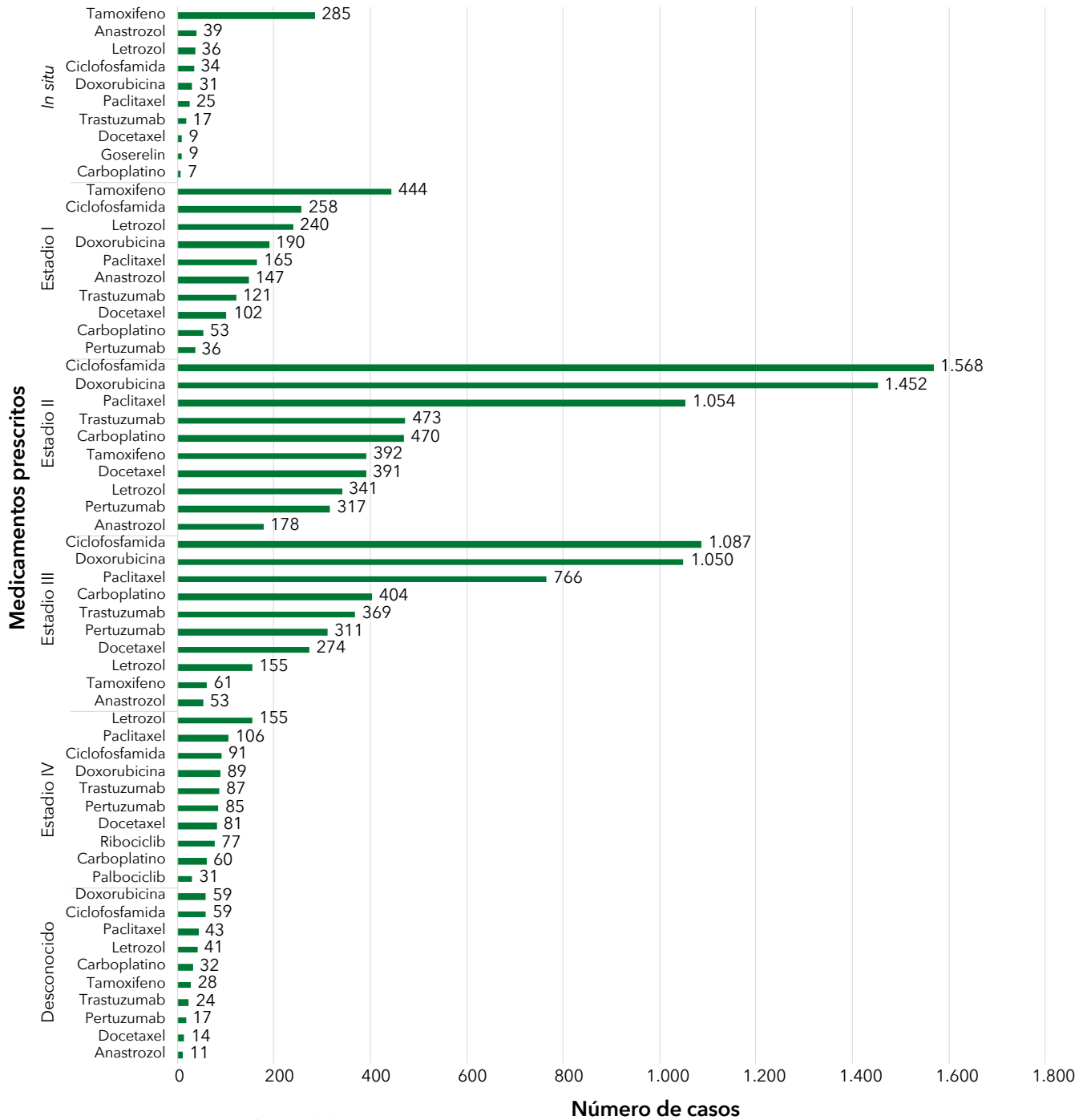
¹ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

Para los casos en estadio II y III se observa una alta frecuencia en la indicación de esquemas de politerapias antineoplásicas que incluyen: la ciclofosfamida, la doxorrubicina, el carboplatino, el paclitaxel y/o el docetaxel. Dentro de los medicamentos biológicos, el agente terapéutico más usado fue el trastuzumab, seguido del pembrolizumab, y en menor frecuencia fue reportado el tratamiento con bevacizumab.

Por su parte, el neratinib, medicamento que fue aprobado durante el periodo 2024, no fue reportado en los casos nuevos, pero sí en 25 casos prevalentes. Es importante puntualizar que los datos presentados corresponden a las frecuencias de prescripción, sin tener en cuenta el uso concomitante de uno o más fármacos. En la **figura 2.3** se presentan los 10 principios activos prescritos con mayor frecuencia.



Figura 2.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de mama según el estadio en el marco del aseguramiento, Colombia 2024



Incluye cáncer *in situ* e invasivo y todas las edades en mujeres.

[Descargar figura](#)

2.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de mama

Enseguida, la **tabla 2.12** presenta la caracterización general de los casos prevalentes de cáncer de mama informados en el periodo, según el régimen del aseguramiento. La mediana de la edad fue de 63 años (RIC: 54 - 72); la mayoría de las mujeres estaban afiliadas al contributivo y residían principalmente en las regiones Central, Bogotá, D. C., y Caribe, en ese orden.

Entre los regímenes del aseguramiento, la mediana de la edad más alta se observó en el especial. En referencia a la región de residencia, en el régimen subsidiado la mayoría de las mujeres residían en la región Caribe, mientras que en los otros regímenes la mayoría de los casos se ubicaron en la Central.

Tabla 2.12. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de mama según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación					Total n= 120.240 (100,00%)
	Contributivo n= 83.718 (69,63%)	Subsidiado n= 28.048 (23,33%)	Excepción n= 7.940 (6,60%)	Especial n= 439 (0,37%)	No asegurado n= 95 (0,08%)	
Edad	63 (54 - 72)	62 (53 - 71)	67 (58 - 74)	69 (60 - 76)	56 (44 - 66)	63 (54 - 72)
Etnia						
Ninguna	82.792 (98,89)	27.147 (96,79)	7.677 (96,69)	439 (100,00)	95 (100,00)	118.150 (98,26)
Indígena	41 (0,05)	535 (1,91)	4 (0,05)	0 (0,00)	0 (0,00)	580 (0,48)
Negro	821 (0,98)	339 (1,21)	250 (3,15)	0 (0,00)	0 (0,00)	1.410 (1,17)
Otra ²	64 (0,08)	27 (0,10)	9 (0,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	100 (0,08)
Región de residencia						
Amazonía-Orinoquía	398 (0,48)	548 (1,95)	90 (1,13)	0 (0,00)	0 (0,00)	1.036 (0,86)
Bogotá, D. C.	21.482 (25,66)	2.141 (7,63)	1.211 (15,25)	151 (34,40)	20 (21,05)	25.005 (20,80)
Caribe	9.501 (11,35)	9.243 (32,95)	1.813 (22,83)	29 (6,61)	1 (1,05)	20.587 (17,12)
Central	27.091 (32,36)	7.178 (25,59)	2.403 (30,26)	128 (29,16)	10 (10,53)	36.810 (30,61)
Oriental	12.246 (14,63)	4.031 (14,37)	1.406 (17,71)	45 (10,25)	57 (60,00)	17.785 (14,79)
Pacífica	13.000 (15,53)	4.907 (17,50)	1.017 (12,81)	86 (19,59)	7 (7,37)	19.017 (15,82)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, en la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenqueros de San Basilio.

2.4. Indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de mama

En el siguiente apartado se presentan los resultados de los siguientes indicadores prioritarios para la medición, la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y de los prestadores en las mujeres con cáncer de mama en el marco del aseguramiento en Colombia (1):

- 1.1. Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM en los casos nuevos reportados (CNR).
- 1.2. Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM en los casos prevalentes.
2. Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados como carcinoma *in situ* al momento del diagnóstico.
3. Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados en estadios tempranos al momento del diagnóstico.



4. Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados en estadios avanzados al momento del diagnóstico.
5. Proporción de pacientes con diagnóstico histopatológico antes de cirugía.
6. Proporción de mujeres con cáncer de mama con resultado de receptores hormonales (estrógenos/progesterona).
7. Proporción de pacientes con estudio de HER2.
- 8.1. Proporción de mujeres con cáncer de mama *in situ* a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama.
- 8.2. Proporción de mujeres con cáncer de mama invasivo a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama.
9. Proporción de pacientes con cáncer de mama a quienes se les realizó radioterapia después de la cirugía conservadora de la mama.
10. Proporción de mujeres con receptores hormonales positivos a quienes se les administra bloqueo hormonal como tratamiento.
11. Proporción de pacientes HER2 (+) con terapia anti- HER2.
- 12.1. Proporción de pacientes con cáncer de mama invasivo con valoración por cuidado paliativo, estadios tempranos en los CNR.
- 12.2. Proporción de pacientes con cáncer de mama invasivo con valoración por cuidado paliativo, estadios avanzados en los CNR.
13. Oportunidad de la atención general.
14. Oportunidad de la atención en cáncer.
15. Oportunidad de la atención por el médico tratante.
16. Oportunidad de inicio de tratamiento.
17. Oportunidad de inicio de terapia adyuvante.
18. Letalidad del cáncer de mama (estadios tempranos).
- 18.1. Letalidad del cáncer de mama (estadios avanzados).
19. Mortalidad general en cáncer de mama.
20. Supervivencia general a los 5 años.
21. Proporción de mujeres con cáncer de mama que cumplen criterios de seguimiento (aún no disponible).

La actualización de metas y la modificación y medición de nuevos indicadores para esta población se realizará a partir del periodo 2025, considerando la etapa de difusión de la [actualización del consenso de expertos, realizada durante el 2024 \(2\)](#).

El indicador 19, relacionado con la mortalidad, se presenta en el apartado de morbimortalidad de este capítulo. Es importante señalar que los resultados más recientes del indicador 20 se presentaron en el informe especial "[Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo 2014-2022" \(3\)](#). La medición del indicador 21 no está disponible conforme a la información recolectada según la Resolución 0247 de 2014.



Puede consultar los datos de la gestión del riesgo con una mayor desagregación ingresando a **HIGIA**.

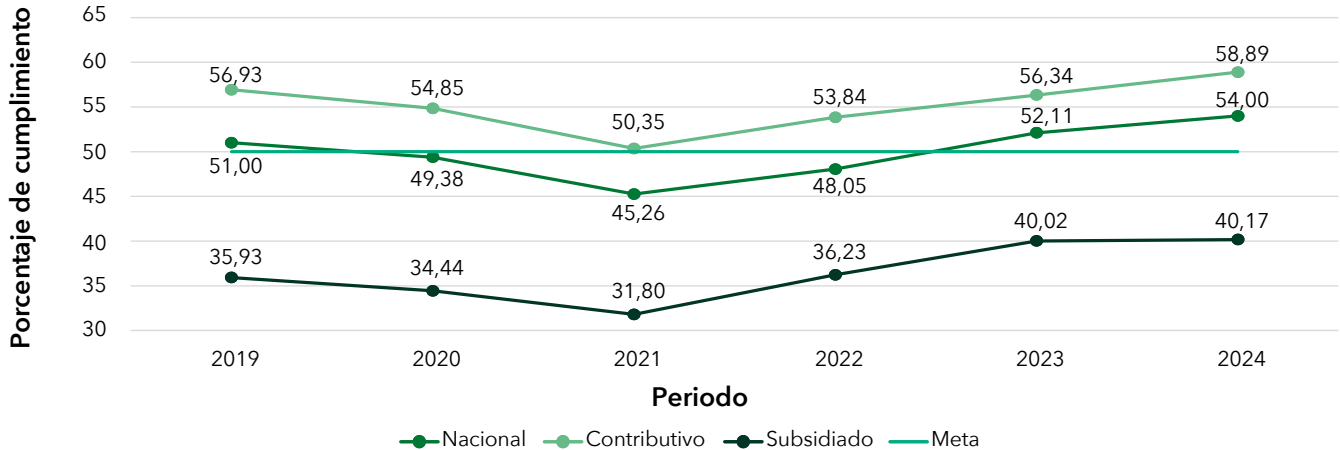
Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024

Cáncer de mama

www.cuirtapecalifornia.gov

En los últimos tres periodos la detección temprana del cáncer de mama en las mujeres registró una mejora continua, alcanzando el mejor resultado durante el 2024. Sin embargo, se debe trabajar para disminuir las brechas en la gestión entre los regímenes de afiliación, identificando particularmente las dificultades que se presentan para las mujeres del régimen subsidiado, a quienes se diagnostica en un estadio más avanzado de la enfermedad.

Figura 2.4. Tendencia de la proporción de los casos nuevos en estadios tempranos en el momento del diagnóstico de cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024

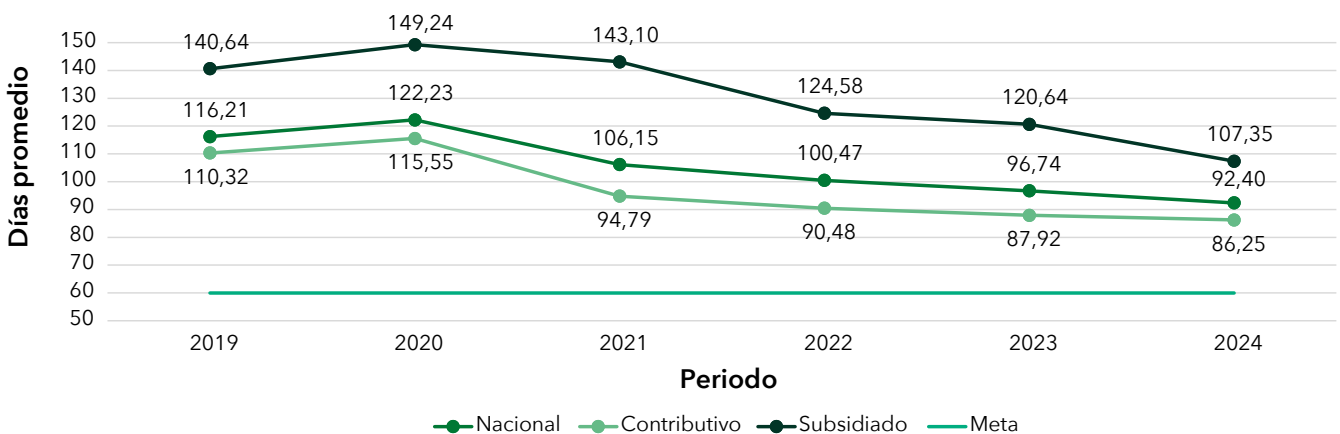


Detección temprana: incluye estadios I a IIa.

[Descargar figura](#)

Desde el periodo 2020, en el lapso entre la sospecha o inicio de síntomas hasta el primer tratamiento oncológico, se registra una mejoría en los tiempos de acceso, con un tiempo promedio de 93 días para el 2024. Considerando que la oportunidad para iniciar los tratamientos se asocia con una mejor supervivencia, los esfuerzos y estrategias para disminuir los tiempos de atención deben reforzarse para lograr la meta definida en los lineamientos nacionales para la lucha contra el cáncer, evitando los retrasos y diferencias en la atención integral de las mujeres con este diagnóstico, afiliadas a los diferentes regímenes del aseguramiento.

Figura 2.5. Tendencia de la oportunidad de la atención general de los casos nuevos de cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Incluye cáncer *in situ* e invasivo

Oportunidad de la atención general: tiempo entre el inicio de síntomas hasta el primer tratamiento.

La media (desviación estándar) para la oportunidad de la atención general en el 2024 fue: nacional 92,40 días (\pm 71,02), contributivo 86,25 días (\pm 63,06), y subsidiado 107,35 días (\pm 87,68).

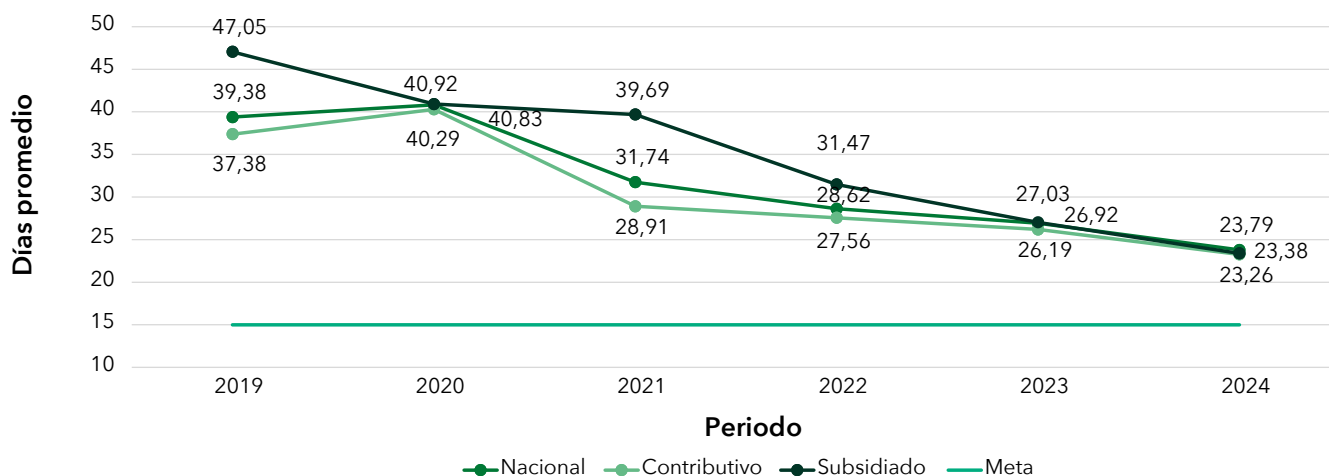
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad de la atención general en el 2024 fue: nacional 72 días (RIC: 48 - 115), contributivo 69 días (RIC: 46 - 107), y subsidiado 84 días (RIC: 51 - 136).

[Descargar figura](#)



En los últimos periodos se observa una disminución en el tiempo de espera para el inicio de los tratamientos. En el 2024, los esfuerzos para mejorar su accesibilidad han logrado que los casos nuevos inicien su manejo terapéutico dentro de los primeros 25 días luego de ser confirmado el diagnóstico. En esta oportunidad no se presentan diferencias entre las mujeres afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado, por lo que los días promedio son similares al resultado del país.

Figura 2.6. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

Oportunidad del tratamiento: tiempo entre la atención del médico tratante hasta el primer tratamiento.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 23,79 días ($\pm 28,78$), contributivo 23,26 días ($\pm 26,10$), y subsidiado 23,38 días ($\pm 32,38$).

La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 15 días (RIC: 6 - 31), contributivo 15 días (RIC: 7 - 31), y subsidiado 13 días (RIC: 4 - 29).

[Descargar figura](#)

A continuación, en la **tabla 2.13** se observan los resultados de la gestión del riesgo según la región de residencia. En el país, los indicadores relacionados con la confirmación del diagnóstico, la estadificación, la realización de pruebas para identificar el estadio y la tipificación del tumor según su expresión genética presentan un buen desempeño. Sin embargo, los resultados en las regiones Amazonía-Orinoquía, Caribe y Pacífica son menores que lo estimado para la nación.

En cuanto a los tratamientos, en general menos del 50% de los casos nuevos recibieron radioterapia antes de la cirugía conservadora, tratamiento con bloqueo hormonal o cuidados paliativos. Por su parte, la terapia anti-HER2 y la cirugía conservadora fueron los tratamientos realizados con mayor proporción en los casos diagnosticados durante el periodo.

Por otro lado, las regiones Amazonía-Orinoquía y Oriental, tuvieron los tiempos de acceso más prolongados, con un promedio para la atención, en general, de más de 90 días. Especialmente la diferencia en la atención para las mujeres que viven en estas regiones se pudo identificar en dos momentos: la espera para la atención por parte del médico tratante y la oportunidad para acceder al tratamiento adyuvante, momentos en los que el tiempo promedio de días de espera fue mayor comparado con el resto de las regiones y el resultado nacional.

Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024

Cáncer de mama

www.cuentaderealtocosta.org

Tabla 2.13. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	1.1.	1.2.	2.	3.	4.	5.	6.
	≥ 90%	≥ 90%	≥ 12%	≥ 50%	< 50%	≥ 70%	≥ 90%
	80 a 90%	80 a 90%	6 a < 12%	42 a < 50%	50 a ≤ 57%	≥ 40 a 70%	≥ 70 a < 90%
	< 80%	< 80%	< 6%	< 42%	≥ 58%	< 40%	< 70%
Amazonía-Orinoquía	● 89,09	● 86,52	● 10,20	● 40,91	● 59,09	● 85,00	● 90,91
Bogotá, D. C.	● 93,26	● 81,01	● 9,13	● 58,15	● 41,85	● 92,10	● 94,15
Caribe	● 94,32	● 83,04	● 8,09	● 47,92	● 52,08	● 91,57	● 87,93
Central	● 95,18	● 84,91	● 10,70	● 57,81	● 42,19	● 95,15	● 94,79
Oriental	● 92,09	● 83,02	● 9,64	● 52,80	● 47,20	● 87,99	● 89,72
Pacífica	● 91,56	● 80,62	● 9,77	● 50,00	● 50,00	● 92,92	● 87,04
Nacional	● 93,63	● 82,76	● 9,57	● 54,00	● 46,00	● 92,68	● 91,47

Tabla 2.13. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024 (continuación)

Región	7.	8.1.	8.2.	9.	10.	11.	12.1.	12.2.
	≥ 90%	≥ 90%	≥ 70%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 70%	Por definir	Por definir
	≥ 70 a < 90%	≥ 70 a < 90%	≥ 50 a 70%	70 a < 90%	80 a < 90%	≥ 34,1 a < 70%		
	< 70%	< 70%	< 50%	< 70%	< 80%	< 34,1%		
Amazonía-Orinoquía	● 88,64	● 100,00	● 75,00	● 20,00	● 26,47	● 42,86	26,92	13,33
Bogotá, D.C.	● 97,44	● 83,61	● 75,72	● 42,88	● 35,41	● 60,85	32,34	14,64
Caribe	● 89,56	● 64,52	● 49,48	● 33,59	● 37,30	● 69,17	37,22	12,50
Central	● 96,41	● 72,73	● 68,13	● 54,23	● 40,19	● 70,05	52,07	19,12
Oriental	● 92,71	● 82,86	● 70,03	● 34,16	● 33,66	● 61,45	29,98	12,89
Pacífica	● 89,88	● 94,19	● 77,72	● 42,01	● 37,61	● 65,48	31,38	18,16
Nacional	● 93,78	● 78,22	● 67,26	● 44,40	● 37,27	● 66,15	38,47	15,85

Tabla 2.13. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024 (continuación)

Región	13.	14.	15.	16.	17.	18.1.	18.2.
	≤ 60 días	≤ 30 días	≤ 15 días	≤ 15 días	≤ 42 días	≤ 1,3%	≤ 4,4%
	> 60 a ≤ 75 días	> 30 a ≤ 45 días	> 15 a ≤ 30 días	> 15 a ≤ 30 días	> 42 a ≤ 56 días	> 1,3 a ≤ 2%	> 4,4 a ≤ 5%
	> 75 días	> 45 días	> 30 días	> 30 días	> 56 días	> 2%	> 5%
Amazonía-Orinoquía	● 125,94	● 72,50	● 45,20	● 29,19	● 69,86	● 0,54	● 11,23
Bogotá, D. C.	● 87,34	● 49,60	● 26,79	● 25,12	● 57,72	● 1,61	● 4,73
Caribe	● 93,91	● 45,23	● 29,26	● 17,73	● 62,28	● 2,49	● 6,58
Central	● 80,27	● 41,37	● 21,76	● 21,16	● 60,30	● 1,87	● 5,74
Oriental	● 112,25	● 65,99	● 38,79	● 32,00	● 68,83	● 1,60	● 6,26
Pacífica	● 107,62	● 60,51	● 34,89	● 29,67	● 49,69	● 1,87	● 7,59
Nacional	● 92,40	● 49,81	● 28,53	● 23,79	● 59,57	● 1,85	● 6,15



Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo (CAC). Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Consenso basado en evidencia: indicadores de gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de mama y cuello uterino en Colombia, Bogotá, D.C.; 2016. p. 1-115. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/indicadores-prioritarios-para-la-medicion-evaluacion-y-monitoreo-de-la-gestion-de-riesgo-por-parte-de-aseguradores-y-prestadores-en-pacientes-con-cancer-de-mama-y-cuello-uterino-en-colombia/>
2. Cuenta de Alto Costo (CAC). Actualización del consenso basado en la evidencia Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de mama en Colombia. Bogotá, D.C.; 2025. p. 1-90. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/actualizacion-del-consenso-basado-en-la-evidencia-indicadores-minimos-para-la-medicion-evaluacion-y-monitoreo-de-la-gestion-del-riesgo-de-las-mujeres-con-cancer-de-mama-en-colombia/>
3. Cuenta de Alto Costos (CAC). Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014 - 2022. Bogotá, D.C.; 2025. P.1-75. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/informe-especial-resultados-de-supervivencia-global-en-las-personas-atendidas-en-el-marco-del-sistema-de-salud-colombiano-y-notificadas-a-la-cuenta-de-alto-costo-2014-2022/>

3.

Cáncer de próstata



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

3.

RESUMEN infográfico

Cáncer de próstata

Periodo: del 2 de enero de 2023 al 1° de enero de 2024.

Morbimortalidad del cáncer de próstata



El número total de casos nuevos, prevalentes y fallecidos en el periodo fue de

6.531, 71.231 y 3.789,
respectivamente.



Ocupó el segundo lugar entre los 11 tipos de cáncer priorizados y el primero en la población masculina con el 25,0% del total de los casos nuevos.



Del total de los casos prevalentes, el 99,0% (n= 70.539) fueron de tipo invasivo.

Caracterización de los casos nuevos de cáncer de próstata

La mediana de la edad fue de

69 años
(RIC: 64 - 75).



El 25,9% de los CNR se encontraban ubicados en la región Caribe al momento del diagnóstico.



La estadificación TNM presentó un aumento del 22,6% frente al periodo anterior. El 41,7% de los casos fueron diagnosticados en estadio II.



La terapia sistémica fue el tratamiento más frecuente.

Evaluación de la gestión del riesgo en los casos de cáncer de próstata



Se continúan presentando dificultades para la detección temprana de este cáncer.



En 2024, la oportunidad diagnóstica presentó un incremento en el país, reflejado en un mayor número de días. Este comportamiento fue similar entre los regímenes.

La oportunidad de inicio del tratamiento disminuyó

casi 4 días
con respecto al 2023.

3. Cáncer de próstata

CIE10: C61, D075; CIE-O-3: C61

3.1. Morbimortalidad del cáncer de próstata

De los once tipos de cáncer priorizados, el cáncer de próstata ocupó el segundo lugar entre los casos nuevos reportados (CNR) en ambos sexos. Además, se mantuvo como el más frecuente en la población masculina, representando el 25,03% del total de los casos registrados. Durante el 2024, se identificaron 71.231 personas con esta enfermedad, de las cuales 6.531 (8,98%) correspondieron a nuevos diagnósticos; esta cifra incluye tanto a los casos *in situ* como a los invasivos. Adicionalmente, se reportaron 3.789 muertes por todas las causas en pacientes con este diagnóstico.

Para el cálculo de las medidas de morbilidad y mortalidad, solo se incluyeron los casos invasivos (**tabla 3.1**).

Tabla 3.1. Medidas de frecuencia del cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	6.528	25,61	23,34	22,77 - 23,90
Prevalencia	70.539	276,78	251,74	249,87 - 253,60
Mortalidad ⁵	3.748	14,71	13,25	12,83 - 13,68

¹ Incluye todos los casos de cáncer de próstata invasivo reportados a la CAC.

² Informadas por cada 100.000 hombres.

³ La población de referencia corresponde a la proyectada por el DANE para el año 2023.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

3.1.1. PCNR de cáncer de próstata según la región y la entidad territorial

La PCNR más alta se estimó en las regiones de Bogotá, D. C., y Caribe, mientras que la más baja se observó en la región Amazonía-Orinoquía, con un valor de 5,56 casos por 100.000 hombres (**tabla 3.2**). En cuanto a las entidades territoriales, la mayor PCNR se registró en San Andrés, Providencia y Santa Catalina, mientras que la más baja se presentó en Vichada. Durante este periodo, no se informaron casos nuevos en los departamentos del Amazonas, Guainía y Vaupés.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 3.2. PCNR de cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	35	794.805	4,40	5,56	3,87 - 7,71
Bogotá, D. C.	1.380	3.786.692	36,44	34,24	32,45 - 36,10
Caribe	1.692	5.892.452	28,71	29,64	28,24 - 31,09
Central	1.603	6.021.227	26,62	21,83	20,76 - 22,92
Oriental	849	4.897.732	17,33	15,32	14,30 - 16,39
Pacífica	969	4.093.106	23,67	20,52	19,24 - 21,85
Nacional	6.528	25.486.014	25,61	23,34	22,77 - 23,90

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de próstata invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La PCNR es informada por cada 100.000 hombres.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.



3.1.2. PCNR de cáncer de próstata según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La PCNR estandarizada fue significativamente más baja en el régimen subsidiado (**tabla 3.3**). En contraste, los regímenes especial y de excepción registraron los valores más altos durante este periodo.

En cuanto a las EAPB, la PCNR más elevada se observó en la EAS016 y la EPS048, con 70,91 y 54,27 casos nuevos por 100.000 hombres afiliados, respectivamente. Por el contrario, la EPS025 presentó la cifra más baja (0,96). Por segundo periodo consecutivo, la EPS047 no reportó casos nuevos.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 3.3. PCNR de cáncer de próstata según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	4.384	14.007.354	31,30	26,62	25,83 - 27,41
Subsidiado	1.644	9.848.737	16,69	13,08	12,45 - 13,73
Excepción	448	1.100.875	40,69	30,09	27,34 - 33,05
Especial	51	18.904	269,78	92,47	65,42 - 149,95
No asegurado	1	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de próstata invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La PCNR es informada por cada 100.000 hombres afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

3.1.3. Prevalencia del cáncer de próstata según la región y la entidad territorial

La región del país con la prevalencia estandarizada más alta fue Bogotá, D. C., seguida de la región Central. En contraste, las cifras más bajas se estimaron en las regiones Amazonía-Orinoquía y Oriental (**tabla 3.4**). Respecto a las entidades territoriales, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, junto con Bogotá, D. C., registraron las mayores prevalencias. En cambio, departamentos como Guainía y Vaupés reportaron menos de cinco casos cada uno.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 3.4. Prevalencia del cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	482	794.805	60,64	78,17	71,32 - 85,46
Bogotá, D. C.	16.279	3.786.692	429,90	417,34	410,93 - 423,81
Caribe	12.790	5.892.452	217,06	224,13	220,26 - 228,05
Central	19.186	6.021.227	318,64	262,51	258,80 - 266,25
Oriental	10.312	4.897.732	210,55	184,69	181,13 - 188,29
Pacífica	11.490	4.093.106	280,72	235,09	230,79 - 239,45
Nacional	70.539	25.486.014	276,78	251,74	249,87 - 253,60

¹ Incluye todos los casos de cáncer de próstata invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 hombres.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

3.1.4. Prevalencia del cáncer de próstata según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

En el análisis por regímenes de aseguramiento, la prevalencia estandarizada fue mayor en el especial y el de excepción. Así mismo, durante este periodo el régimen subsidiado registró la tasa más baja (**tabla 3.5**).

En lo referente a las entidades, las estimaciones más altas correspondieron a la EAS016, la EPS001 y la EPS018, con 1.490,90, 562,79 y 452,08 casos por cada 100.000 hombres afiliados, respectivamente. Por otro lado, las prevalencias más bajas se identificaron en la CCF033 con 35,27 y la EPSI06 con 46,13.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 3.5. Prevalencia del cáncer de próstata según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	51.416	14.007.354	367,06	315,16	312,44 - 317,90
Subsidiado	13.538	9.848.737	137,46	104,55	102,78 - 106,34
Excepción	5.219	1.100.875	474,08	335,35	326,27 - 344,64
Especial	349	18.904	1846,17	403,99	355,23 - 475,83
No asegurado	17	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de cáncer de próstata invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 hombres afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.
IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

3.1.5. Mortalidad del cáncer de próstata según la región y la entidad territorial

Para la cohorte en seguimiento, la mortalidad general estandarizada fue más baja en la región Amazonía-Orinoquía, mientras que la estimación más alta se presentó en Bogotá, D. C., (**tabla 3.6**). Por su parte, las entidades territoriales con mayor mortalidad por todas las causas fueron Antioquia y Atlántico, en tanto que en Amazonas y Arauca se registraron las cifras más bajas. En los departamentos de Guainía, Vaupés y Vichada no se reportaron defunciones durante el periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 3.6. Mortalidad general del cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	31	794.805	3,90	4,92	3,33 - 6,96
Bogotá, D. C.	681	3.786.692	17,98	18,02	16,68 - 19,42
Caribe	775	5.892.452	13,15	13,43	12,50 - 14,41
Central	1.040	6.021.227	17,27	14,35	13,48 - 15,25
Oriental	601	4.897.732	12,27	10,53	9,69 - 11,40
Pacífica	620	4.093.106	15,15	12,17	11,23 - 13,18
Nacional	3.748	25.486.014	14,71	13,25	12,83 - 13,68

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de próstata invasivo reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La mortalidad es informada por cada 100.000 hombres.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



3.1.6. Mortalidad del cáncer de próstata según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad general estandarizada fue mayor en el régimen contributivo, seguido del régimen de excepción (**tabla 3.7**). Al analizar por las entidades, la EAS027, la EAS016 y la EPS018 registraron las estimaciones más altas con 48,85, 24,41 y 22,53 muertes por 100.000 hombres afiliados, respectivamente. Por el contrario, las tasas más bajas se observaron en la CCF033 con 1,96, la EPSI06 con 2,79 y la CCF102 con 3,13. La EPS047 no reportó fallecimientos durante el periodo.


 La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 3.7. Mortalidad general del cáncer de próstata según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ⁴	IC 95% ⁴
Contributivo	2.391	14.007.354	17,07	14,67	14,09 - 15,27
Subsidiado	1.169	9.848.737	11,87	8,74	8,24 - 9,26
Excepción	177	1.100.875	16,08	10,96	9,40 - 12,74
Especial	10	18.904	52,90	7,61	3,62 - 59,85
No asegurado	1	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de próstata invasivo reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La mortalidad es informada por cada 100.000 hombres afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

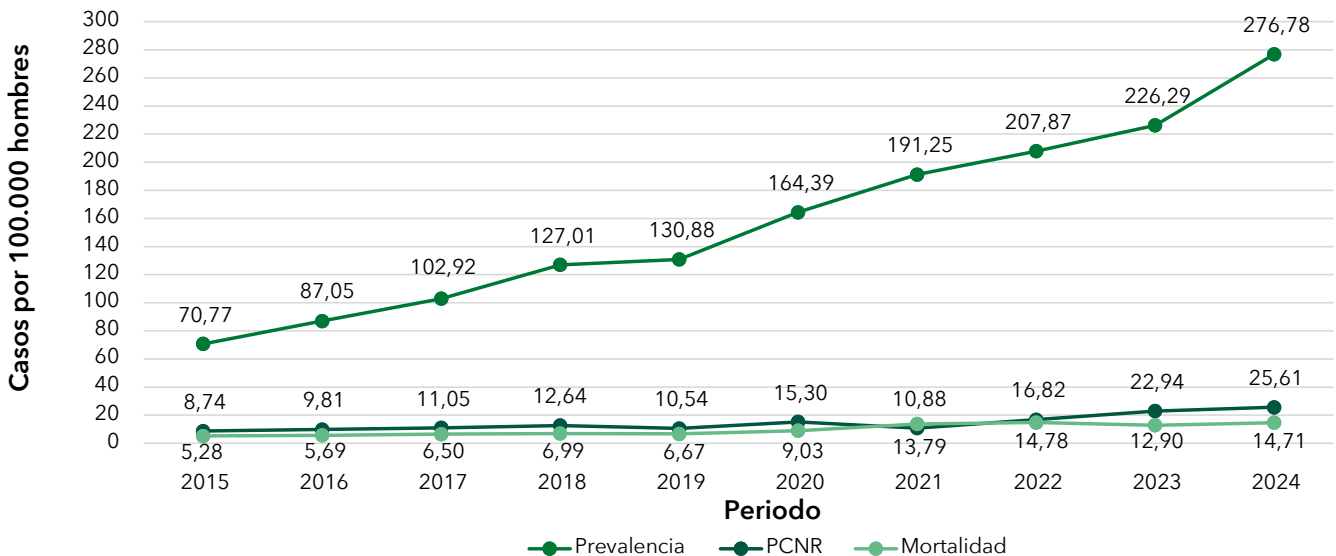
En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.

IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.

3.1.7. Evolución del registro de cáncer de próstata en el aseguramiento en Colombia

Como se observa en la **figura 3.1**, en comparación con el periodo anterior, se estimó un aumento en las tres medidas de morbilidad para este tipo de cáncer. En el caso de la prevalencia, el incremento fue de 50,49 casos por 100.000 hombres con respecto al periodo 2023. Así mismo, la PCNR y la mortalidad por todas las causas presentaron un crecimiento de 11,63% y 14,03% respectivamente.

Figura 3.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2024



Incluye los casos con cáncer de próstata invasivo reportados a la CAC.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportadas por cada 100.000 hombres.

Mortalidad: corresponde a los casos de fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)

3.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de próstata

3.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de próstata

A continuación, la **tabla 3.8** presenta una caracterización general de los CNR según el régimen del aseguramiento durante el periodo evaluado. A nivel nacional, la mediana de la edad fue de 69 años, la mayoría de los casos estaban afiliados al régimen contributivo y el 1,34% de los hombres pertenecían a alguna comunidad étnica.

En cuanto a la región de residencia, en el régimen contributivo el 29,75% de los casos se encontraban en la región Central, mientras que en el régimen subsidiado la mayor proporción residía en la Caribe. En 2024, solo se registró un caso en la categoría de no asegurado, el cual residía en la región Oriental.

Tabla 3.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de próstata reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación				
	Contributivo n= 4.387 (67,17)	Subsidiado n= 1.644 (25,17)	Excepción n= 448 (6,86)	Especial n= 51 (0,78)	Total ² n= 6.531 (100,00)
Edad	69 (63 - 75)	71 (66 - 77)	70 (64 - 75)	68 (60 - 74)	69 (64 - 75)
Etnia					
Ninguna	4.350 (99,16)	1.595 (97,02)	446 (99,55)	51 (100,00)	6.443 (98,65)
Indígena	4 (0,09)	36 (2,19)	0 (0,00)	0 (0,00)	40 (0,61)
Negro	32 (0,73)	12 (0,73)	2 (0,45)	0 (0,00)	46 (0,70)
Otra ³	1 (0,02)	1 (0,06)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,03)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	16 (0,36)	16 (0,97)	3 (0,67)	0 (0,00)	35 (0,54)
Bogotá, D. C.	1.103 (25,14)	96 (5,84)	156 (34,82)	26 (50,98)	1.381 (21,15)
Caribe	706 (16,09)	910 (55,35)	71 (15,85)	5 (9,80)	1.692 (25,91)
Central	1.305 (29,75)	222 (13,50)	66 (14,73)	12 (23,53)	1.605 (24,58)
Oriental	570 (12,99)	183 (11,13)	89 (19,87)	6 (11,76)	849 (13,00)
Pacífica	687 (15,66)	217 (13,20)	63 (14,06)	2 (3,92)	969 (14,84)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, en la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso reportado como población no asegurada.

³ Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia y palenqueros de San Basilio.

3.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer de próstata

Enseguida, en la **tabla 3.9**, se describen las características clínicas de los casos nuevos de cáncer de próstata según el régimen de afiliación al sistema de salud. En cuanto a la extensión de la enfermedad, determinada por el código CIE-10, el 99,95% de los tumores de próstata fueron definidos como invasivos.

En el país, la estadificación TNM se registró en el 75,01% (n= 4.899) de los CNR, con una proporción superior en el régimen contributivo (76,82%). Entre los casos estadificados, el 41,72% correspondió al estadio II y el 22,13% al IV. En contraste, en el régimen subsidiado se observó una mayor proporción de casos en estadio IV (35,30%).

Respecto a la evaluación con la escala de Gleason (una herramienta utilizada para orientar el pronóstico y el tratamiento), se calculó en el 93,58% (n= 6.112) de los casos. La mayoría de ellos se ubicaron en el grupo 1, es decir, con un Gleason de 6 o menor.



Otro aspecto relevante es la realización del análisis de antígeno prostático específico (PSA por sus siglas en inglés) en diferentes momentos de la atención. Durante este periodo, la proporción de casos con este examen al momento del diagnóstico fue similar a la registrada en 2023. Sin embargo, se observó una leve disminución en el porcentaje de pacientes a quienes se les realizó este paraclínico después del tratamiento, evidenciando una reducción más marcada en el régimen especial (23,87%). En cuanto al seguimiento postratamiento con este examen, en la mayoría de los regímenes se realizó con una frecuencia de una vez al año.

Tabla 3.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de próstata reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Regimen de afiliación				
	Contributivo n= 4.387 (67,17)	Subsidiado n= 1.644 (25,17)	Excepción n= 448 (6,86)	Especial n= 51 (0,78)	Total ² n= 6.531 (100,00)
Extensión³					
<i>In situ</i>	3 (0,06)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,04)
Invasivo	4.384 (99,93)	1.644 (100,00)	448 (100,00)	51 (100,00)	6.528 (99,95)
Estadificación (sí)⁴	3.370 (76,82)	1.218 (74,09)	277 (61,83)	34 (66,67)	4.899 (75,01)
Estadio al diagnóstico⁵					
<i>In situ</i>	7 (0,20)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (0,14)
Estadio I	612 (18,16)	153 (12,56)	57 (20,58)	4 (11,76)	826 (16,86)
Estadio II	1.513 (44,90)	389 (31,94)	128 (46,21)	14 (41,18)	2.044 (41,72)
Estadio III	634 (18,81)	246 (20,20)	55 (19,86)	3 (8,82)	938 (19,15)
Estadio IV	604 (17,92)	430 (35,30)	37 (13,36)	13 (38,24)	1.084 (22,13)
Clasificación de Gleason (sí)⁶	4.113 (93,75)	1.515 (92,15)	432 (96,43)	51 (100,00)	6.112 (93,58)
Agrupación Gleason⁶					
Grupo 1	1.146 (27,86)	381 (25,15)	102 (23,61)	8 (15,69)	1.637 (26,78)
Grupo 2	801 (19,47)	294 (19,41)	90 (20,83)	10 (19,61)	1.195 (19,55)
Grupo 3	821 (19,96)	285 (18,81)	95 (21,99)	8 (15,69)	1.210 (19,80)
Grupo 4	874 (21,25)	353 (23,30)	97 (22,45)	19 (37,25)	1.343 (21,97)
Grupo 5	471 (11,45)	202 (13,33)	48 (11,11)	6 (11,76)	727 (11,89)
PSA al diagnóstico (sí)	4.034 (92,31)	1.421 (86,54)	416 (92,86)	46 (92,00)	5.918 (90,89)
PSA (ng/ml) ⁷	12,7(7,60 - 30)	31(12,22 - 100)	10,33(6,98 - 24)	10,05(5,80 - 14,90)	14,59(8 - 40)
PSA posterior al tratamiento (sí)	2.993 (68,22)	1.061 (64,54)	326 (72,77)	22 (43,14)	4.403 (67,42)
Frecuencia de la PSA post tratamiento					
Una vez al año	1.826 (41,62)	702 (42,70)	199 (44,42)	14 (27,45)	2.741 (41,97)
Dos veces al año	742 (16,91)	258 (15,69)	100 (22,32)	4 (7,84)	1.105 (16,92)
Tres veces al año	314 (7,15)	81 (4,92)	24 (5,35)	3 (5,88)	422 (6,46)
Más de tres veces al año	111 (2,53)	20 (1,21)	3 (0,66)	1 (1,96)	135 (2,06)
No se le realizó/desconocido	1.393 (31,75)	583 (35,46)	122 (27,23)	29 (56,86)	2.127 (32,57)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%), excepto para los valores del PSA.

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso reportado como población no asegurada.

³ Definida según el código CIE-10.

⁴ Definida según la clasificación TNM (*in situ* no fue establecido por la AJCC en cáncer de próstata, sin embargo, se tienen reportes de casos en estadio 0).

⁵ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de próstata que fueron estadificados.

⁶ **Grupo 1:** Gleason ≤ 6, **grupo 2:** Gleason 3+4= 7 (el primer valor determina el patrón principal de crecimiento celular), **grupo 3:** Gleason 4+3= 7, **grupo 4:** Gleason 8 y **grupo 5:** Gleason 9 - 10.

⁷ El valor corresponde a la mediana (rango intercuartílico).

PSA: antígeno prostático específico.

3.2.3. Caracterización del tratamiento de los casos nuevos de cáncer de próstata

Durante el periodo, la terapia sistémica fue la opción terapéutica más utilizada. En el caso de la cirugía, su uso predominó en los estadios tempranos (I y II), mientras que en los avanzados (III y IV) fue más frecuente la radioterapia (**tabla 3.10**).

Por otra parte, en el 24,89% (n= 1.600) de los CNR no se reportó algún tipo de tratamiento. Esto podría atribuirse a casos diagnosticados cerca de la fecha de corte, pacientes en observación, aquellos que recibieron manejo paliativo o quienes fallecieron antes de acceder a alguna alternativa terapéutica. Al analizar estos casos, se encontró que el 44,19% (n= 707) no contaba con estadificación TNM, lo que pudo haber dificultado la elección del tratamiento. De igual forma, se identificó que el 36,12% (n= 578) fue diagnosticado en los tres meses previos a la fecha de corte y el 6,5% (n= 104) recibió manejo a través de cuidados paliativos.

Tabla 3.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de próstata según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

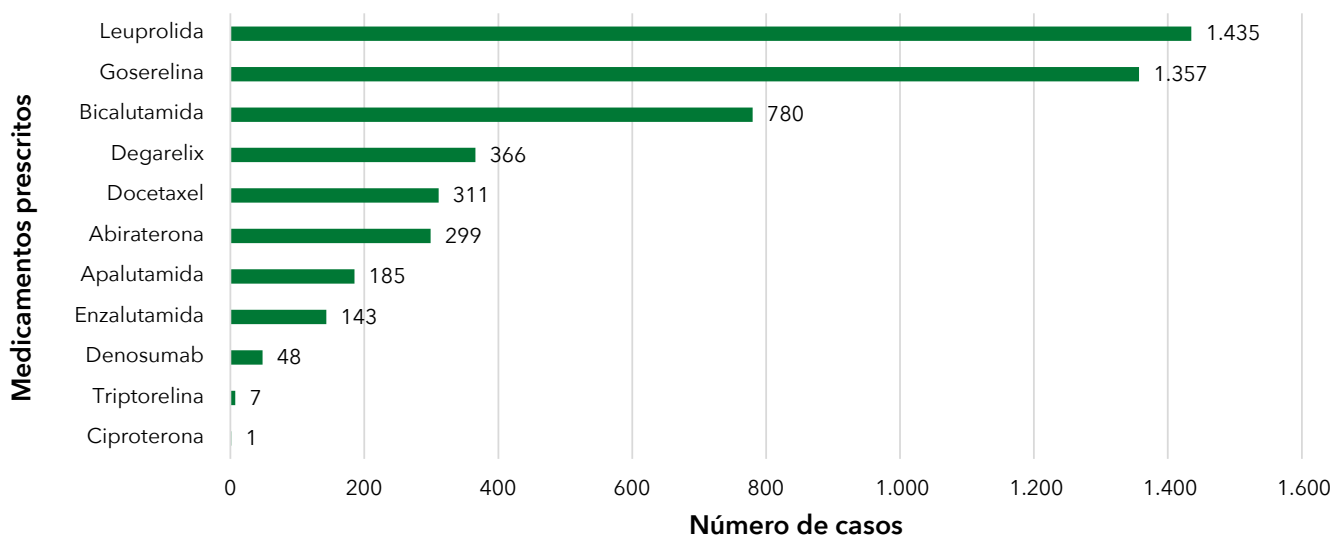
Tratamiento	Estadio al diagnóstico						Total
	<i>In situ</i>	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	Desconocido	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Terapia sistémica ¹	0 (0,00)	205 (6,24)	892 (27,18)	654 (19,93)	918 (27,97)	613 (18,68)	3.282 (100,00)
Cirugía	3 (0,16)	312 (17,25)	738 (40,80)	199 (11,00)	240 (13,27)	317 (17,52)	1.809 (100,00)
Radioterapia	1 (0,06)	130 (8,82)	508 (34,46)	333 (22,59)	262 (17,77)	240 (16,28)	1.474 (100,00)

¹ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

En cuanto a la distribución farmacológica, en 2024 los medicamentos más frecuentemente administrados en los casos nuevos fueron la leuprolida, la goserelina y la bicalutamida, todos ellos pertenecientes a la terapia hormonal. Los menos utilizados fueron la triptorelina y la ciproterona.

Es importante destacar que los datos presentados corresponden a las frecuencias de uso, por lo que no se considera el uso concomitante de uno o más fármacos, ni la administración de medicamentos que, aunque reportados, no constituyen el tratamiento de elección para este tipo de cáncer.

Figura 3.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2024



Incluye cáncer *in situ* e invasivo en todas las edades.

[Descargar figura](#)



3.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de próstata

En el país, la mediana de la edad de los casos prevalentes de cáncer de próstata fue de 74 años, superando a la registrada para los CNR. La mayoría estaban afiliados al régimen contributivo (72,89%) y residían en la región Central (27,13%). En cuanto a la distribución étnica, el 1,64% (n= 1.170) de los casos pertenecían a la población negra y el 0,45% (n= 319) a la indígena.

En cuanto al régimen del aseguramiento, la mediana de la edad más alta se registró en el régimen especial con 76 años. Así mismo, en el subsidiado se observó una mayor concentración de casos en la región Caribe, mientras que en los otros regímenes la mayoría residía en la región Central. En relación con la etnia, se reportó que el 3,64% (n= 192) de los casos del régimen especial pertenecían a la población negra.

Adicionalmente, se identificaron 17 casos prevalentes en la población no asegurada.

Tabla 3.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de próstata según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación				
	Contributivo n= 51.920 (72,89)	Subsidiado n= 13.655 (19,17)	Excepción n= 5.279 (7,41)	Especial n= 360 (0,51)	Total ² n= 71.231 (100,00)
Edad	73 (67 - 80)	75 (69 - 81)	74 (68 - 80)	76 (70 - 81)	74 (68 - 80)
Etnia					
Ninguna	51.094 (98,41)	13.138 (96,21)	5.075 (96,14)	358 (99,44)	69.682 (97,83)
Indígena	20 (0,04)	295 (2,16)	4 (0,08)	0 (0,00)	319 (0,45)
Negro	761 (1,47)	216 (1,58)	192 (3,64)	1 (0,28)	1.170 (1,64)
Otra ³	45 (0,09)	6 (0,04)	8 (0,15)	1 (0,28)	60 (0,08)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	194 (0,37)	249 (1,82)	40 (0,76)	0 (0,00)	483 (0,68)
Bogotá, D. C.	14.057 (27,07)	1.044 (7,65)	1.231 (23,32)	112 (31,11)	16.445 (23,09)
Caribe	6.239 (12,02)	5.614 (41,11)	1.117 (21,16)	22 (6,11)	12.993 (18,24)
Central	15.411 (29,68)	2.580 (18,89)	1.207 (22,86)	117 (32,50)	19.322 (27,13)
Oriental	7.549 (14,54)	1.872 (13,71)	974 (18,45)	32 (8,89)	10.434 (14,65)
Pacífica	8.470 (16,31)	2.296 (16,81)	710 (13,45)	77 (21,39)	11.554 (16,22)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, en la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tienen en cuenta 17 casos reportados como población no asegurada.

³ Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia y palenqueros de San Basilio.

3.4. Indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de próstata

Los siguientes son los indicadores prioritarios para la medición, la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y prestadores en la población con cáncer de próstata en el marco del aseguramiento en Colombia (1):

1. Oportunidad de diagnóstico (en días): tiempo entre la consulta donde se realiza la remisión por sospecha clínica o paraclínica, asociada al cáncer de próstata hasta el diagnóstico.
2. Proporción de pacientes con cáncer de próstata estadificados en TNM.
3. Proporción de pacientes con cáncer de próstata localizado (estadios 0, I y II).
4. Proporción de pacientes con cáncer de próstata localmente avanzado y avanzado (pacientes en estadios III y IV).
5. Proporción de pacientes estadificados en Gleason Score.

6. Oportunidad de tratamiento (en días): tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento.
7. Seguimiento de PSA postratamiento en cáncer de próstata.
8. Supervivencia global (5 años).
9. Calidad de vida.

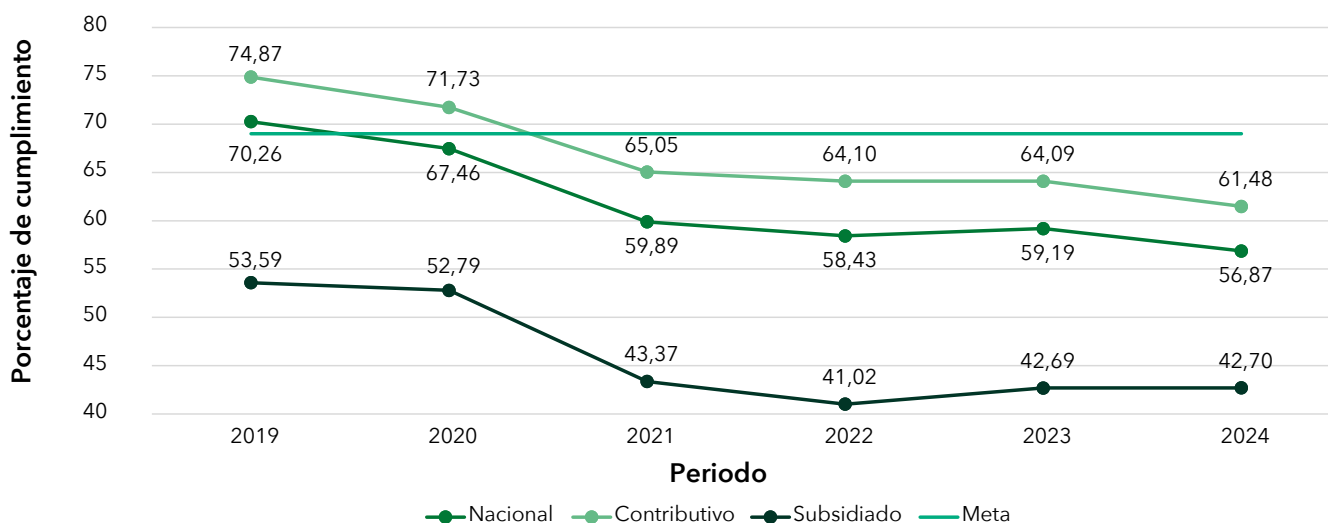


Puede consultar los datos de la gestión del riesgo con una mayor desagregación ingresando a **HIGIA**.

Los resultados más recientes del indicador 8 se presentaron en el informe especial "[Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo 2014-2022](#)" (2). Por último, no se dispone de las variables necesarias para evaluar el indicador 9 según lo establecido en la Resolución 0247 de 2014.

De otra parte, la **figura 3.3** ilustra la tendencia de la detección temprana en el país. A nivel nacional, el porcentaje de casos nuevos en estadios localizados se redujo en un 3,91%. Además, durante este periodo persiste una brecha significativa entre los regímenes.

Figura 3.3. Tendencia de la proporción de casos nuevos de cáncer de próstata localizado (estadios 0, I y II) en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Detección temprana: incluye los estadios 0, I y II.

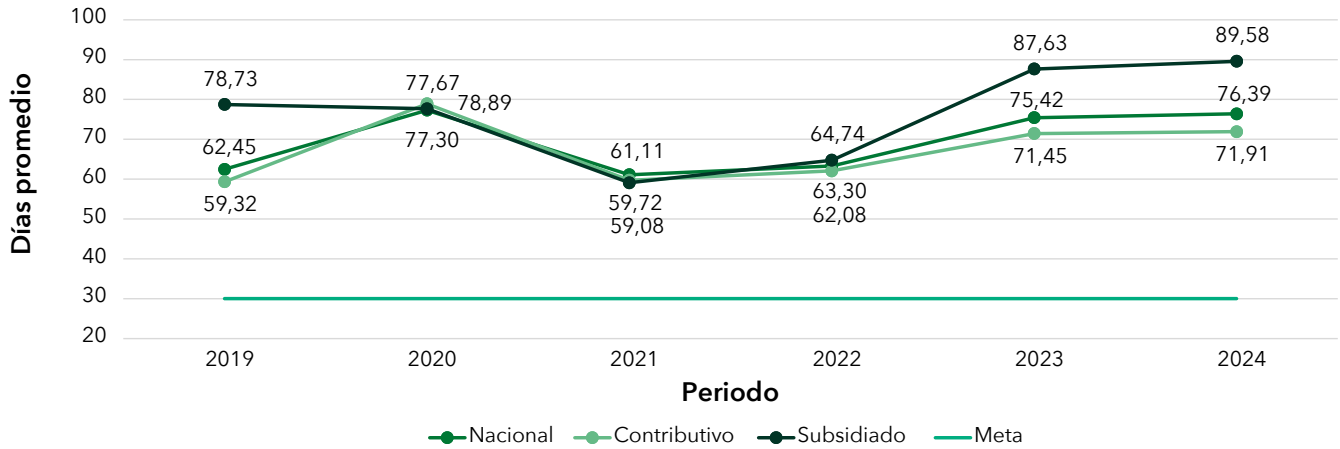
[Descargar figura](#)

Enseguida, en las **figuras 3.4 y 3.5**, se muestran la evolución de los indicadores 1 y 6. En 2024, la oportunidad diagnóstica presentó un incremento en el país, reflejado en un mayor número de días entre la consulta con remisión por sospecha clínica o paraclínica y la confirmación de la enfermedad. Este aumento fue más marcado en el régimen subsidiado en comparación con el contributivo, distanciándose de la meta establecida por consenso (< 30 días).

Por otro lado, a nivel nacional se registró una reducción de casi 4 días en el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento. En cuanto a los regímenes, el subsidiado mostró un mejor desempeño en este indicador, con una disminución de 12 días, superando la estimación nacional y la del contributivo.



Figura 3.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

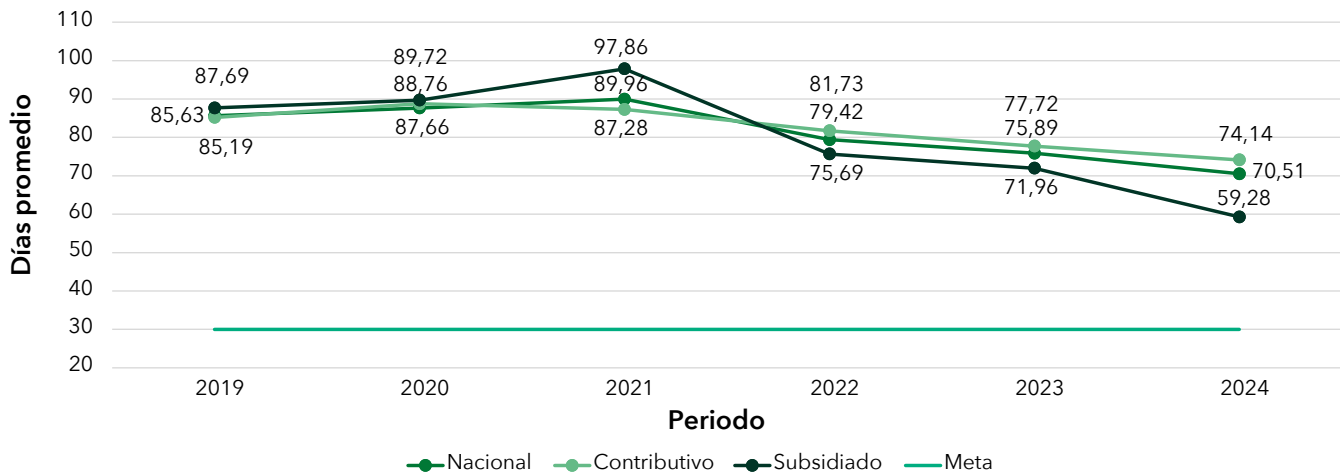
Oportunidad diagnóstica: tiempo entre la consulta por sospecha de síntomas hasta la confirmación diagnóstica.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2024 fue: nacional 76,39 días ($\pm 67,80$), contributivo 71,91 días ($\pm 63,05$), y subsidiado 89,58 días ($\pm 80,14$).

La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2024 fue: nacional 56 días (RIC: 30 - 102), contributivo 54 días (RIC: 30 - 95), y subsidiado 68 días (RIC: 32 - 126).

[Descargar figura](#)

Figura 3.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

Oportunidad del tratamiento: tiempo entre el diagnóstico histológico y el primer tratamiento.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 70,51 días ($\pm 54,61$), contributivo 74,14 días ($\pm 55,07$), y subsidiado 59,28 días ($\pm 52,81$).

La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 58 días (RIC: 29 - 97), contributivo 63 días (RIC: 33 - 101), y subsidiado 41 días (RIC: 21 - 84).

[Descargar figura](#)

En la **tabla 3.12** se presentan los resultados de los indicadores según la región del país. En comparación con el periodo anterior, todas las regiones mostraron un incremento en la proporción de casos nuevos con estadificación TNM. De manera similar, se evidenció un leve aumento en el porcentaje de casos clasificados con Gleason Score a nivel nacional, con excepción de la región Caribe. No obstante, en este último indicador, se alcanzó un desempeño alto en todo el país.

Por otra parte, se manifestó una reducción en la oportunidad diagnóstica en las regiones de Amazonía-Orinoquía, Oriental y Pacífica. Así mismo, en todas las regiones del país se observó una disminución en el promedio de días entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

También, durante este periodo se estimó una reducción en el porcentaje de pacientes con cáncer de próstata localizado (estadios 0, I y II) en todo el país, mientras que la proporción de casos localmente avanzados y avanzados (estadios III y IV) presentó un incremento.

Tabla 3.12. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
	< 30 días	> 90%	> 69%	< 31%	> 90%	< 30 días	Por definir
	30 a < 60 días	60 a 90%	> 62 a 69%	31 a < 37%	85 a 90%	30 a < 60 días	
≥ 60 días	< 60%	≤ 62%	≥ 37%	< 85%	≥ 60 días		
Amazonía-Orinoquía	● 62,93	● 82,85	● 37,93	● 62,06	● 100,00	● 89,85	80,00
Bogotá, D. C.	● 81,14	● 82,57	● 67,38	● 32,61	● 97,01	● 82,72	79,41
Caribe	● 82,52	● 73,98	● 52,79	● 47,20	● 97,30	● 50,83	71,67
Central	● 66,27	● 76,15	● 55,84	● 44,15	● 95,66	● 76,93	72,61
Oriental	● 78,87	● 82,41	● 57,04	● 42,95	● 96,61	● 87,79	76,39
Pacífica	● 71,11	● 77,52	● 49,73	● 50,26	● 98,19	● 67,91	67,72
Nacional	● 76,39	● 78,01	● 56,86	● 43,13	● 96,89	● 70,51	73,55

Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia de indicadores de gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de próstata en Colombia [en línea]. 2017. p. 1-44. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/consenso-basado-en-evidencia-para-la-definicion-de-indicadores-prioritarios-para-la-medicion-evaluacion-y-monitoreo-de-la-gestion-de-riesgo-por-parte-de-aseguradores-y-prestadores-en-pacientes-con-ca/>
2. Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014-2022; Bogotá D.C. 2025. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/informe-especial-resultados-de-supervivencia-global-en-las-personas-atendidas-en-el-marco-del-sistema-de-salud-colombiano-y-notificadas-a-la-cuenta-de-alto-costo-2014-2022/>

4.

Cáncer de cuello uterino



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

4.

RESUMEN infográfico

Cáncer de cuello uterino

Periodo: del 2 de enero de 2023 al 1° de enero de 2024.

Morbimortalidad del cáncer de cuello uterino



En el periodo, incluyendo los tumores *in situ* e invasivos, se reportaron **39.499** mujeres con la enfermedad de las cuales el 9,0% (n= 3.559) fueron casos nuevos.



En términos de los CNR, ocupó el cuarto lugar entre los 11 tipos de cáncer priorizados por la CAC y el segundo en la población femenina.



Del total de los casos prevalentes, 27.385 fueron invasivos, lo que corresponde a una prevalencia estandarizada de 89 casos por cada 100.000 mujeres (IC 95%: 88,0 - 90,1).

Caracterización de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino

El **59,6%** de las mujeres diagnosticadas con esta enfermedad estaban afiliadas al régimen contributivo.



El 59,6% de los casos eran de tipo invasivo, esta proporción fue mayor en el régimen subsidiado y de excepción.



La cirugía fue el tratamiento más frecuente, especialmente en los casos *in situ* y estadio I.

Evaluación de la gestión del riesgo en los casos de cáncer de cuello uterino



En el país y en el régimen contributivo, por tercer periodo consecutivo se estimó una disminución en el tiempo entre la atención del médico tratante y el inicio del tratamiento.



En 2024 se presentó un aumento en la proporción de estadios avanzados que recibieron valoración por cuidado paliativo.

En este periodo, el país alcanzó un desempeño alto en la oportunidad de atención por **médico tratante** con un comportamiento similar en las regiones Central, Oriental y Bogotá, D. C.



4. Cáncer de cuello uterino

CIE10: C53, D06; CIE-O-3: C55

4.1. Morbimortalidad del cáncer de cuello uterino

En términos de los CNR, el cáncer de cuello uterino ocupó el cuarto lugar en frecuencia entre los 11 tipos de neoplasias priorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, y el segundo puesto en la población femenina. Durante este periodo, incluyendo los tumores *in situ* e invasivos, se reportaron 39.499 mujeres con la enfermedad, de las cuales el 9,01% (n= 3.559) fueron casos nuevos; el número de las defunciones registradas por todas las causas fue de 1.662. Las medidas de morbimortalidad se presentan a continuación en la **tabla 4.1**.

Tabla 4.1. Medidas de frecuencia del cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Extensión	Indicador	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
Invasivo	PCNR	2.120	7,93	7,10	6,80 - 7,41
	Prevalencia	27.385	102,45	89,05	87,99 - 90,12
	Mortalidad ⁵	1.662	6,22	5,26	5,00 - 5,51
<i>In situ</i>	PCNR	1.439	5,38	5,10	4,83 - 5,37
	Prevalencia	12.114	45,32	41,75	41,00 - 42,50

¹Incluye todos los casos de cáncer de cuello uterino reportados a la CAC.

² Informadas por cada 100.000 mujeres.

³ Población de referencia correspondiente a la proyectada por el DANE para el año 2023.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

4.1.1. PCNR de cáncer de cuello uterino según la región y la entidad territorial

En el país, la región con la PCNR estandarizada más alta para el cáncer de cuello uterino invasivo fue la Caribe, mientras que la más baja se registró en la Oriental. En el ámbito territorial, Sucre presentó la mayor estimación con 13,62 casos invasivos por cada 100.000 mujeres, seguido de San Andrés, Providencia y Santa Catalina con 12,58. En contraste, los valores más bajos se presentaron en Chocó (2,80), Quindío (3,51) y Tolima (3,94).

En los departamentos de Guainía, Guaviare y Vichada no se notificaron casos invasivos nuevos durante el periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 4.2. PCNR del cáncer de cuello uterino invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	46	778.413	5,91	6,27	4,58 - 8,37
Bogotá, D. C.	326	4.120.589	7,91	6,57	5,87 - 7,33
Caribe	634	6.021.777	10,53	10,27	9,48 - 11,10
Central	504	6.380.687	7,90	6,92	6,32 - 7,56
Oriental	276	5.030.347	5,49	4,90	4,33 - 5,51
Pacífica	334	4.397.676	7,59	6,80	6,08 - 7,58
Nacional	2.120	26.729.489	7,93	7,10	6,80 - 7,41

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de cuello uterino invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La PCNR es informada por cada 100.000 mujeres.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024

Cáncer de cuello uterino

www.cuirtadepaliposteo.org

Por otro lado, la región del país con la PCNR estandarizada más alta para el cáncer *in situ* fue Bogotá, D. C., mientras que la más baja se registró en la Amazonía-Orinoquía (**tabla 4.3**). En cuanto a las entidades territoriales, Risaralda y Caquetá presentaron las estimaciones más elevadas con 21,01 y 13,21 casos nuevos, respectivamente. En contraste, Chocó y Tolima registraron los valores más bajos con 0,38 y 0,58.

En los departamentos de Guainía, Vaupés y Vichada no se notificaron casos nuevos en este periodo.

Tabla 4.3. PCNR del cáncer de cuello uterino *in situ* según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	17	778.413	2,18	2,26	1,31 - 3,63
Bogotá, D. C.	511	4.120.589	12,40	10,68	9,77 - 11,65
Caribe	227	6.021.777	3,77	3,77	3,29 - 4,28
Central	296	6.380.687	4,64	4,31	3,83 - 4,83
Oriental	179	5.030.347	3,56	3,39	2,91 - 3,92
Pacífica	209	4.397.676	4,75	4,63	4,02 - 5,30
Nacional	1.439	26.729.489	5,38	5,10	4,83 - 5,37

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de cuello uterino *in situ* reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La PCNR es informada por cada 100.000 mujeres.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

4.1.2. PCNR de cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

En el cáncer de cuello uterino de tipo invasivo, la PCNR estandarizada fue superior en el régimen subsidiado en comparación con el contributivo (**tabla 4.4**). En las EAPB, las estimaciones más altas se observaron en la EAS027 y en la EPSI01 con 26,80 y 15,48 casos nuevos por cada 100.000 afiliadas, respectivamente. Por otro lado, la EPS025 (2,14) y la EPSS40 (2,74) registraron las cifras más bajas.

En el periodo, tres entidades de los regímenes contributivo y subsidiado no reportaron casos nuevos.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 4.4. PCNR del cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	1.057	14.531.674	7,27	6,09	5,72 - 6,47
Subsidiado	1.003	10.628.425	9,44	8,83	8,28 - 9,39
Excepción	53	988.602	5,36	4,04	2,90 - 5,49
Especial	1	21.915	4,56	4,69	0,11 - 60,77
No asegurado	6	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de cuello uterino invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La PCNR es informada por cada 100.000 mujeres afiliadas.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.



4.1.3. Prevalencia del cáncer de cuello uterino según la región y la entidad territorial

En la región de la Amazonía-Orinoquía se registró la mayor prevalencia estandarizada de cáncer de cuello uterino invasivo, significativamente mayor que la estimada para Bogotá, D. C., Oriental y Pacífica. Así mismo, este hallazgo contrasta con el no reporte de casos nuevos en este periodo para tres departamentos de la Amazonía-Orinoquía, lo que refleja posibles vacíos en la detección de la enfermedad y la necesidad de fortalecer los programas de tamizaje para identificar los casos en etapas preneoplásicas o no invasivas.

Al desagregar la información por los departamentos, la cifra más elevada se reportó en Amazonas con 277,35 casos, seguido de Córdoba con 113,41. Por el contrario, las más bajas se estimaron en Chocó, Vichada y Guainía con 43,92, 52,82 y 55,80 casos, respectivamente.

Es importante destacar que, en el caso del cáncer, las barreras geográficas del país pueden afectar el acceso a los servicios de salud, especialmente en las poblaciones vulnerables. Estas dificultades obligan a muchas personas a desplazarse a otros departamentos donde exista una oferta de atención médica especializada. Esta situación puede afectar la información presentada en este documento y debe ser cuidadosamente considerada al interpretar los resultados.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 4.5. Prevalencia del cáncer de cuello uterino invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	688	778.413	88,38	99,76	92,40 - 107,53
Bogotá, D. C.	4.552	4.120.589	110,47	89,71	87,10 - 92,37
Caribe	5.995	6.021.777	99,56	96,15	93,73 - 98,62
Central	7.431	6.380.687	116,46	96,27	94,06 - 98,52
Oriental	4.422	5.030.347	87,91	76,03	73,78 - 78,31
Pacífica	4.297	4.397.676	97,71	84,11	81,58 - 86,70
Nacional	27.385	26.729.489	102,45	89,05	87,99 - 90,12

¹ Incluye todos los casos de cáncer de cuello uterino invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 mujeres.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

En cuanto a la prevalencia estandarizada del cáncer de cérvix *in situ*, la estimación más alta se registró en Bogotá, D. C., con 55,05 casos por cada 100.000 mujeres, mientras que la más baja se identificó en la región del Caribe con 28,76 (**tabla 4.6**).

En la discriminación según los departamentos, las cifras más altas se presentaron en Risaralda, Cauca y Caquetá con 115,07, 97,17 y 93,39 casos prevalentes, respectivamente. Por el contrario, las estimaciones más bajas correspondieron a Chocó (2,09) y Córdoba (10,11). En Guainía no se reportaron casos prevalentes *in situ* durante el periodo evaluado.

Tabla 4.6. Prevalencia del cáncer de cuello uterino *in situ* según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	277	778.413	35,59	38,20	33,80 - 42,99
Bogotá, D. C.	2.672	4.120.589	64,85	55,05	52,97 - 57,18
Caribe	1.757	6.021.777	29,18	28,76	27,42 - 30,13
Central	3.023	6.380.687	47,38	42,67	41,14 - 44,23
Oriental	2.076	5.030.347	41,27	37,76	36,14 - 39,42
Pacífica	2.309	4.397.676	52,51	49,39	47,38 - 51,45
Nacional	12.114	26.729.489	45,32	41,75	41,00 - 42,50

¹ Incluye todos los casos de cáncer de cuello uterino *in situ* reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 mujeres.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

4.1.4. Prevalencia del cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

En el cáncer de cuello uterino invasivo, la prevalencia estandarizada fue mayor en el régimen subsidiado en comparación con el contributivo (**tabla 4.7**). Durante este periodo se notificaron 759 casos invasivos en el de excepción, 18 en el especial y 115 en la población no afiliada.

En cuanto a las EAPB, las prevalencias más altas se registraron en la EPSS34 (190,36) y en la EPS025 (142,06), mientras que la estimación más baja correspondió a la EAS016, con 29,38 casos por cada 100.000 afiliadas. La EPS047 no reportó casos en el periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 4.7. Prevalencia del cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	14.026	14.531.674	96,52	78,40	77,09 - 79,71
Subsidiado	12.467	10.628.425	117,30	106,31	104,43 - 108,218
Excepción	759	988.602	76,78	52,84	48,79 - 57,15
Especial	18	21.915	82,14	56,27	16,90 - 139,79
No asegurado	115	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de cáncer de cuello uterino invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 mujeres afiliadas.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.

IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.

4.1.5. Mortalidad general del cáncer de cuello uterino invasivo según la región y la entidad territorial

En la cohorte, la mortalidad general estandarizada más alta se registró en la región Caribe con 7,15 defunciones. En contraste, la más baja se observó en la Oriental con 4,39 muertes por cada 100.000 mujeres (**tabla 4.8**).

En la categoría territorial, los departamentos con las estimaciones más elevadas fueron Amazonas, Vaupés y Caquetá con 20,89, 10,93 y 9,57 casos respectivamente. Por otro lado, las cifras más bajas se presentaron en San Andrés, Providencia y Santa Catalina (1,90), Vichada (2,18) y Cundinamarca (2,74). En Guainía no se reportaron fallecimientos durante este periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 4.8. Mortalidad general del cáncer de cuello uterino invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	41	778.413	5,27	6,03	4,31 - 8,18
Bogotá, D. C.	248	4.120.589	6,02	4,73	4,15 - 5,36
Caribe	450	6.021.777	7,47	7,15	6,50 - 7,84
Central	389	6.380.687	6,10	4,84	4,36 - 5,36
Oriental	261	5.030.347	5,19	4,39	3,86 - 4,96
Pacífica	273	4.397.676	6,21	5,11	4,51 - 5,77
Nacional	1.662	26.729.489	6,22	5,26	5,00 - 5,51

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de cuello uterino invasivo reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La mortalidad es informada por cada 100.000 mujeres.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

4.1.6. Mortalidad general del cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad fue mayor en el subsidiado en comparación con los demás regímenes (**tabla 4.9**). En el caso de las EAPB, las cifras más elevadas se registraron en la EAS027 con 25,31, la EPS048 con 12,83 y la EPS042 con 11,94. Entre tanto, las más bajas correspondieron a la EPS037 y a la EPS012 con 2,95 y 3,01 muertes por cada 100.000 afiliadas, respectivamente. La EAS016 y la EPS047 no notificaron fallecimientos en el periodo analizado.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 4.9. Mortalidad general del cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	675	14.531.674	4,65	3,61	3,33 - 3,89
Subsidiado	949	10.628.425	8,93	7,89	7,38 - 8,41
Excepción	32	988.602	3,24	2,41	1,52 - 3,64
Especial	4	21.915	18,25	5,62	1,23 - 60,07
No asegurado	2	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de cuello uterino invasivo reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La mortalidad es informada por cada 100.000 mujeres afiliadas.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

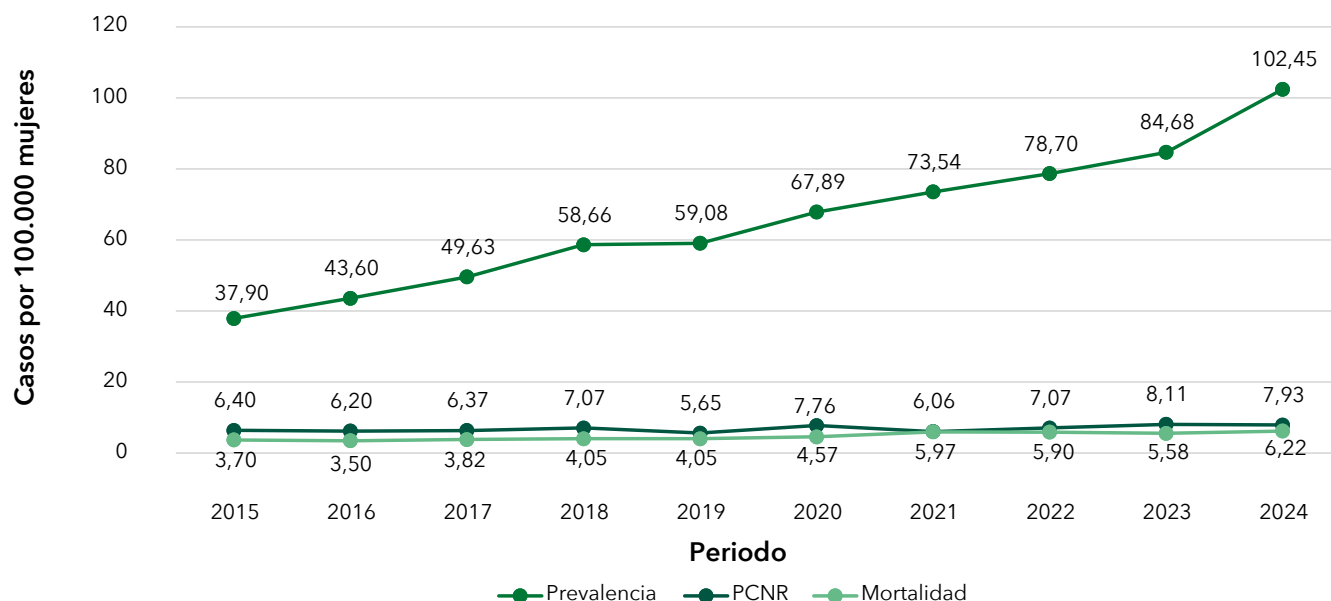
En la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.

IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.

4.1.7. Evolución del registro de cáncer de cuello uterino en el aseguramiento en Colombia

Como se observa en la **figura 4.1**, durante el periodo 2024 se observó un incremento significativo del 20,98% en la prevalencia en comparación con 2023. En cuanto a la mortalidad, se evidenció un aumento de 0,64 fallecimientos por todas las causas por cada 100.000 mujeres.

Figura 4.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2024



Incluye los casos de cáncer de cuello uterino invasivo que fueron reportados a la CAC.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por cada 100.000 mujeres.

Mortalidad: corresponde al número de casos fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)

4.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino

4.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino

La **tabla 4.10** presenta la caracterización general de los CNR (incluyendo los tumores *in situ* e invasivos) según el grupo del aseguramiento. En términos generales, la mayoría de las mujeres con este tipo de cáncer estaban afiliadas al régimen contributivo (59,62%), la mediana de la edad fue de 44 años, y el 2,08% pertenecía a población indígena.

Al analizar por el régimen, la mediana de la edad más elevada correspondió al de excepción, con 54 años. Por otro lado, en el subsidiado, el 5,15% de los casos pertenecía a la población indígena. Respecto a la distribución geográfica, una gran parte de los casos en el contributivo residía en la región Central, mientras que en el de excepción se ubicaban en Bogotá, D. C. Se registraron únicamente dos casos en el especial y siete casos en la población no afiliada.

Tabla 4.10. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 3.559 (100,00%)
	Contributivo n= 2.122 (59,62%)	Subsidiado n= 1.358 (38,16%)	Excepción n= 70 (1,97%)	Especial n= 2 (0,06%)	
Edad	41 (34 - 52)	48 (39 - 61)	54 (44 - 63)	47 (45 - 49)	44 (35 - 56)
Etnia					
Ninguna	2.102 (99,06)	1.277 (94,04)	70 (100,00)	2 (100,00)	3.458 (97,16)
Indígena	4 (0,19)	70 (5,15)	0 (0,00)	0 (0,00)	74 (2,08)
Negro	14 (0,66)	9 (0,66)	0 (0,00)	0 (0,00)	23 (0,65)
Otra ³	2 (0,09)	2 (0,15)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,11)



Tabla 4.10. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024 (continuación)

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 3.559 (100,00%)
	Contributivo n= 2.122 (59,62%)	Subsidiado n= 1.358 (38,16%)	Excepción n= 70 (1,97%)	Especial n= 2 (0,06%)	
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	20 (0,94)	40 (2,95)	3 (4,29)	0 (0,00)	63 (1,77)
Bogotá, D. C.	729 (34,35)	88 (6,48)	19 (27,14)	1 (50,00)	837 (23,52)
Caribe	192 (9,05)	660 (48,60)	9 (12,86)	0 (0,00)	861 (24,19)
Central	597 (28,13)	186 (13,70)	17 (24,29)	0 (0,00)	800 (22,48)
Oriental	312 (14,70)	120 (8,84)	15 (21,43)	1 (50,00)	455 (12,78)
Pacífica	272 (12,82)	264 (19,44)	7 (10,00)	0 (0,00)	543 (15,26)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, en la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tienen en cuenta siete casos reportados como población no asegurada.

³ Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

4.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino reportados

A continuación, se describen las características clínicas de los CNR según el régimen de afiliación. A nivel nacional, el 59,57% de los casos fueron clasificados como invasivos, de acuerdo con el código CIE-10 C53, proporción que fue mayor en el de excepción (75,71%). En contraste, en el contributivo se reportó un mayor porcentaje de *in situ*.

En cuanto a la completitud de la información en la estadificación TNM/FIGO, se observó un aumento del 3,42% en comparación con el periodo 2023, con un comportamiento similar entre los diferentes regímenes. La mayoría de los casos fueron diagnosticados como *in situ*, seguidos por el estadio III; sin embargo, en el contributivo, el segundo estadio más frecuente fue el I.

Es importante que la cantidad de casos clasificados como *in situ* sea coherente con la codificación CIE-10 y la estadificación TNM; sin embargo, persisten discrepancias en el registro. Lo anterior resalta la necesidad de continuar fortaleciendo la calidad de la información reportada del estadio clínico y su adecuada consignación en la historia clínica.

Tabla 4.11. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 3.559 (100,00%)
	Contributivo n= 2.122 (59,62%)	Subsidiado n= 1.358 (38,16%)	Excepción n= 70 (1,97%)	Especial n= 2 (0,06%)	
Extensión³					
<i>In situ</i>	1.065 (50,19)	355 (26,14)	17 (24,29)	1 (50,00)	1.439 (40,43)
Invasivo	1.057 (49,81)	1.003 (73,86)	53 (75,71)	1 (50,00)	2.120 (59,57)
Estadificación (sí)⁴					
	1.961 (92,41)	1.249 (91,97)	60 (85,71)	2 (100,00)	3.278 (92,10)
Estadio al diagnóstico^{4,5}					
<i>In situ</i>	1.086 (55,38)	366 (29,30)	16 (26,67)	1 (50,00)	1.470 (44,84)
Estadio I	357 (18,20)	169 (13,53)	16 (26,67)	1 (50,00)	543 (16,56)
Estadio II	196 (9,99)	276 (22,10)	11 (18,33)	0 (0,00)	485 (14,80)
Estadio III	257 (13,11)	345 (27,62)	15 (25,00)	0 (0,00)	620 (18,91)
Estadio IV	65 (3,31)	93 (7,45)	2 (3,33)	0 (0,00)	160 (4,88)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%).

² Para los valores totales se tienen en cuenta siete casos reportados como población no asegurada.

³ Definida según el código CIE-10.

⁴ Definida según la clasificación TNM/FIGO.

⁵ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de cuello uterino que fueron estadificados.

4.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino

Durante el periodo analizado, la cirugía fue el tratamiento más frecuentemente utilizado para este tipo de cáncer, especialmente en los casos *in situ* y en estadio I. Por otro lado, la terapia sistémica fue administrada a casos clasificados en estadios II y IV, comportamiento similar al observado con la radioterapia (tabla 4.12).

Aunque desde el punto de vista clínico no resulta lógica la administración de radioterapia o terapia sistémica en tumores clasificados como *in situ* en el reporte histopatológico, existen situaciones en las que esto puede estar justificado, especialmente cuando no se logra identificar el componente infiltrante. De manera que, si la evaluación clínica y las imágenes diagnósticas son altamente sugestivas de carcinoma invasivo, se debe iniciar este tipo de tratamiento.

Por otro lado, el 24,64% (n= 877) de las mujeres con esta enfermedad no recibió ningún tipo de tratamiento, proporción que fue menor a la registrada en el periodo previo. De estos casos, el 34,89% (n= 306) fueron clasificados como *in situ* y el 18,02% (n= 158) no contaban con estadificación TNM. Además, el 40,00% (n= 351) de estas mujeres fueron diagnosticadas en los tres meses previos a la fecha de corte y 12,24% (n= 117) recibió manejo paliativo.

Tabla 4.12. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

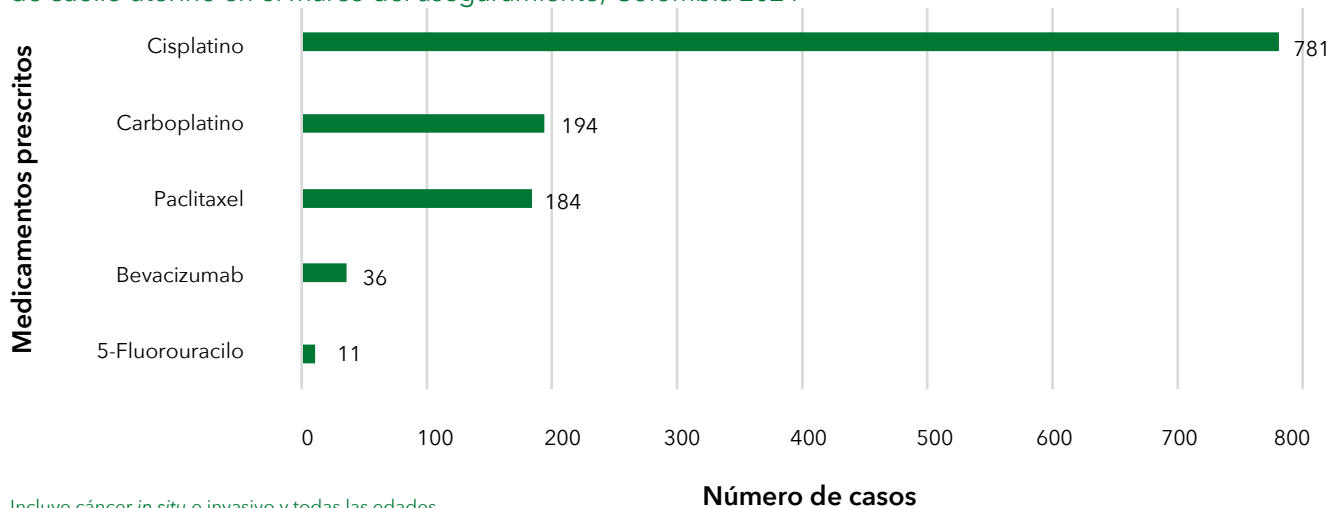
Tratamiento	Estadio al diagnóstico						Total n (%)
	<i>In situ</i>	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	Desconocido	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Terapia sistémica ¹	18 (1,80)	91 (9,55)	339 (35,61)	393 (41,28)	81 (8,50)	30 (3,15)	952 (100,00)
Cirugía	1.146 (66,90)	382 (22,30)	40 (2,33)	42 (2,45)	10 (0,58)	93 (5,42)	1.713 (100,00)
Radioterapia	26 (3,06)	107 (12,60)	285 (33,57)	358 (42,17)	55 (6,47)	18 (2,12)	849 (100,00)

¹ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

La figura 4.2 describe los medicamentos administrados con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino. Durante este periodo, se registró una disminución en el uso de cisplatino, aunque continuó siendo el fármaco más utilizado. En contraste, se observó un aumento en la prescripción de carboplatino y paclitaxel.

Cabe resaltar que los datos presentados corresponden a las frecuencias absolutas de uso, por lo que no se tiene en cuenta el uso concomitante de uno o más fármacos.

Figura 4.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento, Colombia 2024



Incluye cáncer *in situ* e invasivo y todas las edades.

[Descargar figura](#)



4.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de cuello uterino

La **tabla 4.13** presenta una caracterización general de los casos prevalentes reportados durante el periodo (incluyendo los tumores *in situ* e invasivos), comparados según el régimen del aseguramiento. La mediana de la edad fue de 52 años y el régimen con mayor número de mujeres con esta enfermedad fue el contributivo (53,75%), seguido del subsidiado (43,36%). En cuanto a la distribución regional, el 26,47% de las mujeres residía en la Central y el 19,63% en la Caribe.

Al analizar por el régimen, la mediana de la edad más alta se identificó en el especial y la más baja en el contributivo. En el subsidiado, a diferencia de los demás, la mayoría de los casos residían en la región Caribe.

Tabla 4.13. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de cuello uterino según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 39.499 (100,00)
	Contributivo n= 21.232 (53,75%)	Subsidiado n= 17.128 (43,36)	Excepción n= 993 (2,51)	Especial n= 24 (0,06)	
Edad	49 (40 - 61)	54 (44 - 65)	56 (44 - 65)	65 (47 - 73)	52 (42 - 63)
Etnia					
Ninguna	20.968 (98,76)	16.104 (94,02)	961 (96,78)	24 (100,00)	38.177 (96,65)
Indígena	30 (0,14)	691 (4,03)	0 (0,00)	0 (0,00)	723 (1,83)
Negro	215 (1,01)	312 (1,82)	31 (3,12)	0 (0,00)	558 (1,41)
Otra ³	19 (0,09)	21 (0,12)	1 (0,10)	0 (0,00)	41 (0,10)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	228 (1,07)	703 (4,10)	30 (3,02)	0 (0,00)	965 (2,44)
Bogotá, D. C.	5.749 (27,08)	1.299 (7,58)	148 (14,90)	11 (45,83)	7.224 (18,29)
Caribe	1.976 (9,31)	5.566 (32,50)	203 (20,44)	0 (0,00)	7.752 (19,63)
Central	6.464 (30,44)	3.650 (21,31)	322 (32,43)	4 (16,67)	10.454 (26,47)
Oriental	3.897 (18,35)	2.335 (13,63)	189 (19,03)	3 (12,50)	6.498 (16,45)
Pacífica	2.918 (13,74)	3.575 (20,87)	101 (10,17)	6 (25,00)	6.606 (16,72)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, en la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tienen en cuenta 122 casos reportados como población no asegurada.

³ Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

4.4. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de cuello uterino

Los siguientes son los indicadores prioritarios para la medición, la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y de los prestadores en las mujeres con cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento en Colombia (1):

- 1.1. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó estadificación clínica (CNR).
- 1.2. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó estadificación clínica (prevalentes).
2. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA-IB2 que recibieron algún procedimiento curativo (conización/cirugía).
3. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio II-IV a quienes se les suministró radioterapia.
4. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio II-IV a quienes se les suministró quimioterapia.

5. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio II-IV a quienes se les suministró quimioterapia y radioterapia concomitante con la braquiterapia.
- 6.1. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino con valoración por cuidado paliativo, estadios avanzados (CNR).
- 6.2. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino con valoración por cuidado paliativo, estadios avanzados (prevalentes).
7. Oportunidad de la atención general.
8. Oportunidad de la atención en cáncer.
9. Oportunidad por médico tratante.
10. Oportunidad de inicio del tratamiento.
11. Proporción de mujeres con cáncer de cérvix con diagnóstico nuevo (dentro del periodo de reporte).
12. Mortalidad general en mujeres con cáncer de cuello uterino.
13. Supervivencia general a los 5 años.
14. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino que cumplen criterio de seguimiento.

Es importante señalar que los resultados más recientes del indicador 13 se presentaron en el informe especial ["Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo 2014-2022" \(2\)](#).

Por otra parte, los indicadores 11 y 12 se desarrollan en la sección de morbimortalidad, ubicada al inicio del capítulo. En contraste, el 14 no pudo ser calculado ya que actualmente la Resolución 0247 de 2014 no contiene las variables necesarias para su medición.



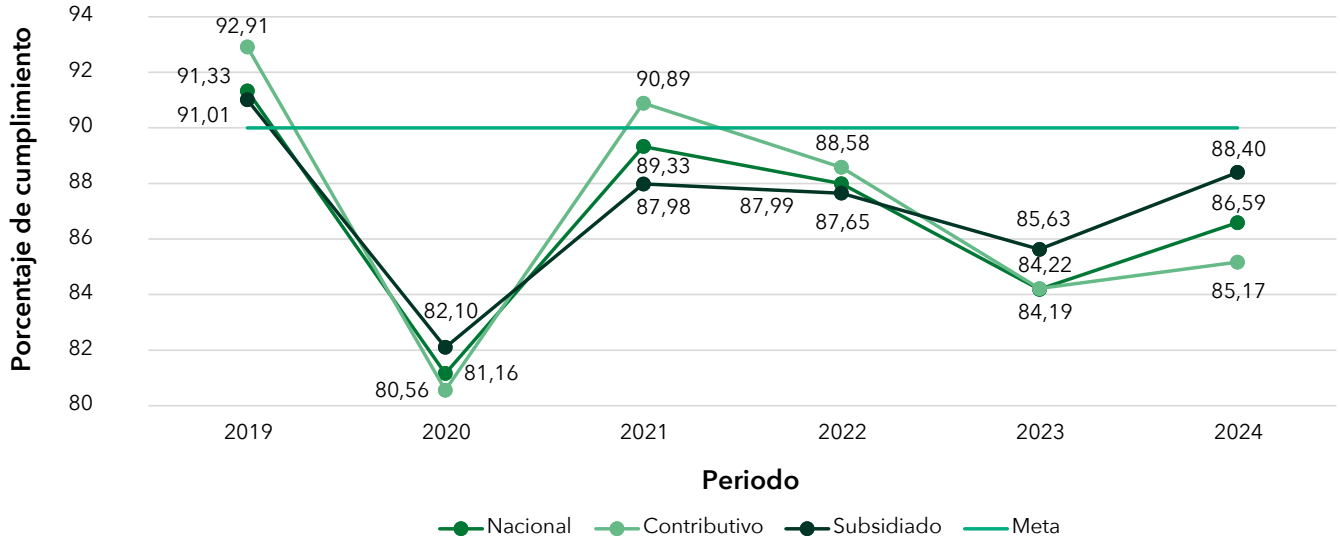
Puede consultar los datos de la gestión del riesgo con una mayor desagregación ingresando a **HIGIA**.

En la **figura 4.3** se muestra el comportamiento de la estadificación TNM/FIGO en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino. Durante 2024 se registró un aumento en este indicador a nivel nacional, tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo, tras la disminución observada en los dos periodos anteriores. No obstante, aún no se alcanza la meta establecida por consenso.

Por otro lado, la **figura 4.4** evidencia que, en los casos prevalentes, también se observó una tendencia positiva en el país y en el subsidiado en cuanto la estadificación, mientras que en el contributivo presentó una leve reducción en este porcentaje.



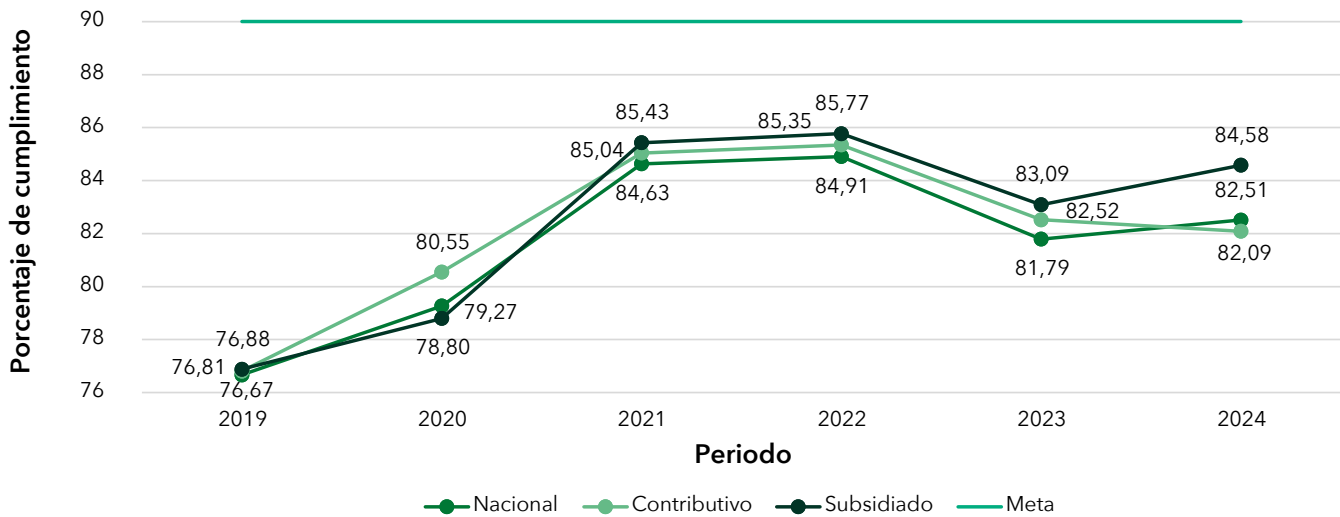
Figura 4.3. Tendencia en la proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino con estadificación en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

[Descargar figura](#)

Figura 4.4. Tendencia en la proporción de los casos prevalentes de cáncer de cuello uterino con estadificación en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024

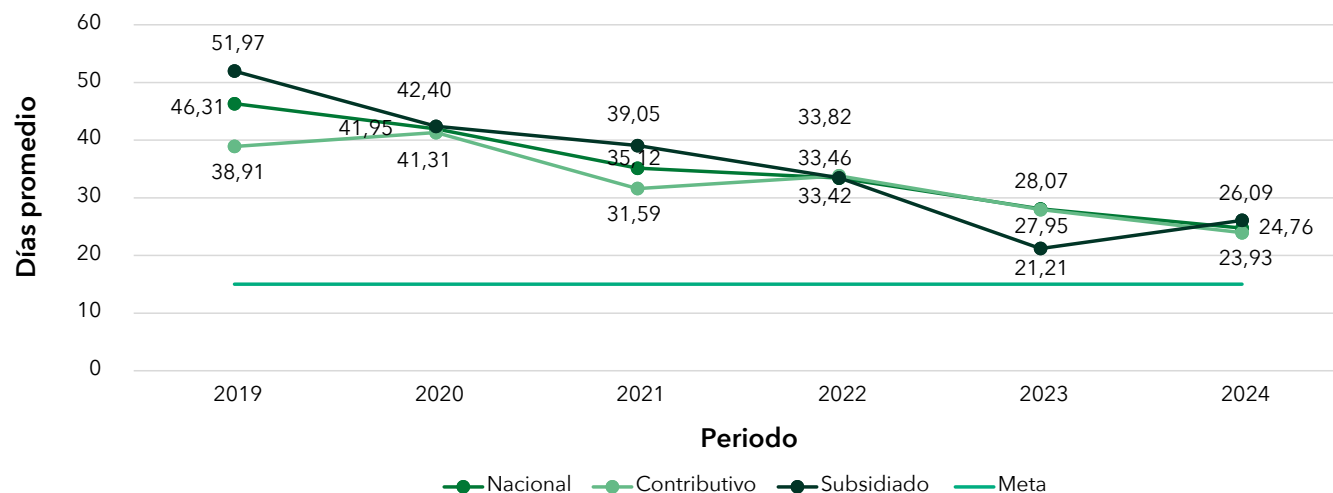


Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

[Descargar figura](#)

En cuanto a la oportunidad del tratamiento, durante este periodo se presentó un mejor desempeño tanto a nivel nacional como en el régimen contributivo. Por el contrario, en el subsidiado se observó un aumento de 4 días promedio en el tiempo entre la atención del médico tratante y el primer tratamiento.

Figura 4.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

Oportunidad del tratamiento: tiempo entre la atención del médico tratante y el primer tratamiento.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 24,76 días (\pm 32,50), contributivo 23,93 días (\pm 30,80), y subsidiado 26,09 días (\pm 35,77).

La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 15 días (RIC: 0 - 35), contributivo 15 días (RIC: 0 - 35), y subsidiado 13 días (RIC: 1 - 35).

Descargar figura

En el país y en la mayoría de las regiones (excepto en la Central y en la Pacífica), se observó un aumento en la estadificación clínica. En la región Caribe, se logró la meta establecida para este indicador en los CNR.

En cuanto al indicador de acceso a manejo quirúrgico, se registró un incremento del 2,89% en el país, con un comportamiento similar en Bogotá, D. C., las regiones Central y Oriental. De igual forma, se observó un aumento en la proporción de las mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios avanzados que recibieron valoración por cuidado paliativo, siendo esta proporción más alta en la zona Central.

Respecto a las oportunidades de la atención, en 2024 se presentó una disminución en los tiempos evaluados, tendencia que también se observó en las regiones Caribe, Central y Oriental. Específicamente, en Bogotá, D. C., así como en la Central y la Oriental, se registró un desempeño alto en el indicador que mide el tiempo entre la sospecha y el inicio del primer tratamiento (**tabla 4.14**).

Tabla 4.14. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de cuello uterino según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	1.1.	1.2	2.	3.	4.	5.
	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$
	80 a 90%	80 a 90%	60 a 90%	60 a 90%	60 a 90%	60 a 90%
	< 80%	< 80%	< 60%	< 60%	< 60%	< 60%
Amazonía-Orinoquía	● 85,71	● 84,75	● 83,33	● 58,33	● 66,67	● 50,00
Bogotá, D. C.	● 84,12	● 79,99	● 85,26	● 45,74	● 65,89	● 41,86
Caribe	● 90,89	● 84,87	● 65,91	● 58,42	● 66,84	● 50,26
Central	● 86,38	● 82,78	● 68,29	● 57,33	● 68,53	● 53,02
Oriental	● 88,68	● 82,99	● 70,18	● 52,76	● 58,27	● 44,88
Pacífica	● 79,41	● 80,82	● 65,45	● 49,04	● 58,60	● 41,40
Nacional	● 86,59	● 82,51	● 71,70	● 54,57	● 64,84	● 47,88



Tabla 4.14. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de cuello uterino según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	6.1.	6.2.	7.	8.	9.	10.
	Por definir	Por definir	≤ 60 días	≤ 30 días	≤ 30 días	≤ 15 días
			60 a 75 días	30 a 45 días	30 a 45 días	15 a 30 días
			> 75 días	> 45 días	> 45 días	> 30 días
Amazonía-Orinoquía	12,50	4,86	● 100,50	● 65,57	● 39,06	● 38,29
Bogotá, D. C.	43,41	19,02	● 78,05	● 53,68	● 24,94	● 18,81
Caribe	35,46	15,61	● 94,49	● 51,53	● 34,15	● 20,13
Central	42,67	13,89	● 97,66	● 61,64	● 25,24	● 30,60
Oriental	24,41	12,68	● 94,65	● 62,13	● 26,64	● 28,27
Pacífica	36,94	19,96	● 108,08	● 74,08	● 38,57	● 30,88
Nacional	36,38	15,79	● 92,36	● 59,14	● 29,96	● 24,76

Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia de indicadores de gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de mama y cuello uterino en Colombia [en línea]. 2016. p. 1-115. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/indicadores-prioritarios-para-la-medicion-evaluacion-y-monitoreo-de-la-gestion-de-riesgo-por-parte-de-aseguradores-y-prestadores-en-pacientes-con-cancer-de-mama-y-cuello-uterino-en-colombia/>
2. Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014-2022; Bogotá, D.C. 2025. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/informe-especial-resultados-de-supervivencia-global-en-las-personas-atendidas-en-el-marco-del-sistema-de-salud-colombiano-y-notificadas-a-la-cuenta-de-alto-costo-2014-2022/>

5.

Cáncer de colon y recto



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

5.

RESUMEN infográfico

Cáncer de colon y recto

Periodo: del 2 de enero de 2023 al 1° de enero de 2024.

Morbimortalidad del cáncer de colon y recto



Se notificaron **4.153** casos nuevos invasivos

lo que corresponde a una PCNR estandarizada de 7 casos nuevos por cada 100.000 habitantes (IC 95%: 6,6 - 7,0).



Ocupó el tercer lugar en frecuencia entre los 11 tipos de cáncer priorizados, representando el 6,8% de los casos nuevos reportados durante el periodo.



Se registraron 3.676 muertes entre las personas con cáncer invasivo, lo que representa una mortalidad estandarizada de 6 fallecimientos por cada 100.000 habitantes (IC 95%: 5,7 - 6,1).

Caracterización de los casos nuevos de cáncer de colon y recto

La mediana de la edad fue de

66 años
(RIC: 57 - 74).



Más de la mitad de los casos fueron en el sexo femenino.



El 98,1% eran de tipo invasivos, con una proporción similar entre los regímenes del aseguramiento.



El 37,0% de los casos fueron diagnosticados en estadio III, con una distribución similar en los regímenes contributivo y subsidiado.

Evaluación de la gestión del riesgo en los casos de cáncer de colon y recto



En 2024 se identificó una disminución en el indicador de detección temprana, especialmente en el régimen subsidiado.



Durante el 2024, se estimó un aumento en el porcentaje de casos en estadio I a III que fueron sometidos a tratamiento curativo.

En ninguno de los indicadores de oportunidad, se alcanzó la

meta establecida

tanto a nivel nacional, como en las regiones del país.

5. Cáncer de colon y recto

CIE10: C18-C21, D01; CIE-O-3: C18-C21

5.1. Morbimortalidad del cáncer de colon y recto

El cáncer de colon y recto fue la tercera neoplasia más frecuente entre los casos nuevos reportados en este periodo, representando el 6,83% (n= 4.232), incluyendo los tumores *in situ* e invasivos. En cuanto a la prevalencia, se registraron 43.009 tumores, de los cuales el 97,67% (n= 42.005) correspondieron a casos invasivos. Además, se reportaron 3.716 muertes por todas las causas.

La **tabla 5.1** presenta las medidas de morbimortalidad estimadas, incluyendo únicamente los casos invasivos.

Tabla 5.1. Medidas de frecuencia del cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	4.153	7,95	6,83	6,62 - 7,04
Prevalencia	42.005	80,45	68,63	67,97 - 69,29
Mortalidad ⁵	3.676	7,04	5,91	5,72 - 6,10

¹ Incluye todos los casos de cáncer de colon y recto invasivo reportados a la CAC.

² Informadas por cada 100.000 habitantes.

³ Población de referencia correspondiente a la proyectada por el DANE para el año 2023.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

5.1.1. PCNR del cáncer de colon y recto según la región y la entidad territorial

La región del país con la PCNR estandarizada más alta fue Bogotá, D. C., con 9,87 casos nuevos por 100.000 habitantes, mientras que la más baja se registró en la Amazonía-Orinoquía con 2,59 (**tabla 5.2**).

En cuanto a las entidades territoriales, las estimaciones más elevadas correspondieron a Risaralda (10,45), Bogotá, D. C., (9,87) y Antioquia (9,23). Por otro lado, las más bajas se presentaron en Vichada con 1,20, Amazonas con 1,41 y Chocó con 1,65. En los departamentos de Guainía y Vaupés no se reportaron casos nuevos durante el periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 5.2. PCNR del cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	33	1.573.218	2,10	2,59	1,78 - 3,63
Bogotá, D. C.	941	7.907.281	11,90	9,87	9,25 - 10,53
Caribe	696	11.914.229	5,84	5,75	5,33 - 6,19
Central	1.201	12.401.914	9,68	7,61	7,18 - 8,06
Oriental	616	9.928.079	6,20	5,25	4,84 - 5,68
Pacífica	666	8.490.782	7,84	6,51	6,02 - 7,03
Nacional	4.153	52.215.503	7,95	6,83	6,62 - 7,04

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de colon y recto invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La PCNR es informada por cada 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.



5.1.2. PCNR de cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

Durante el periodo, la PCNR estandarizada más alta se presentó en el régimen contributivo con 7,88 casos por cada 100.000 afiliados, mientras que la más baja correspondió al subsidiado (**tabla 5.3**).

Al comparar entre las entidades aseguradoras, las mayores cifras se registraron en la EAS016, la EPS012 y la EPS048, con 23,99, 18,04 y 17,87, respectivamente. En contraste, los valores más bajos se encontraron en la EAS027 con 1,33, seguida de la EPS025 con 1,44. Cuatro entidades de los regímenes contributivo y subsidiado reportaron casos nuevos.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 5.3. PCNR del cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	2.835	28.539.028	9,93	7,88	7,59 - 8,17
Subsidiado	1.073	20.477.162	5,24	4,43	4,16 - 4,70
Excepción	232	2.089.477	11,10	6,98	6,07 - 8,00
Especial	12	40.819	29,40	6,02	2,95 - 31,60
No asegurado	1	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de colon y recto invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La PCNR es informada por cada 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

5.1.3. Prevalencia del cáncer de colon y recto según la región y la entidad territorial

Bogotá, D. C., como región presentó la prevalencia más alta con 99,46 casos por cada 100.000 habitantes, con una diferencia significativa con respecto a las demás regiones, especialmente con la región de Amazonía-Oriñoquía, que registró el valor más bajo con 29,94 casos (**tabla 5.4**).

Las entidades territoriales con la mayor prevalencia fueron Valle del Cauca (99,77), Bogotá, D. C., (99,46) y Risaralda (93,80), mientras que las cifras más bajas se reportaron en Vichada, Guainía y Chocó con 8,90, 11,09 y 14,81, respectivamente.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 5.4. Prevalencia del cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Oriñoquía	394	1.573.218	25,04	29,94	27,04 - 33,06
Bogotá, D. C.	9.468	7.907.281	119,74	99,46	97,46 - 101,49
Caribe	5.330	11.914.229	44,74	43,91	42,74 - 45,11
Central	12.580	12.401.914	101,44	79,14	77,76 - 80,55
Oriental	6.815	9.928.079	68,64	57,72	56,35 - 59,11
Pacífica	7.418	8.490.782	87,37	71,37	69,74 - 73,03
Nacional	42.005	52.215.503	80,45	68,63	67,97 - 69,29

¹ Incluye todos los casos de cáncer de colon y recto invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

5.1.4. Prevalencia del cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada en el régimen contributivo fue 2,2 veces superior a la del subsidiado (**tabla 5.5**). Entre las entidades aseguradoras, la EPS018 registró la estimación más alta con 164,55 casos por 100.000 afiliados. En contraste, las cifras más bajas correspondieron a la EPSI04 con 14,24 y la EPSI01 con 14,34. La EPS047 no reportó casos durante el periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 5.5. Prevalencia del cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	30.485	28.539.028	106,82	84,20	83,25 - 85,16
Subsidiado	9.093	20.477.162	44,41	37,12	36,35 - 37,91
Excepción	2.273	2.089.477	108,78	67,03	64,22 - 69,95
Especial	126	40.819	308,68	81,00	63,11 - 112,38
No asegurado	28	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de cáncer de colon y recto invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUa con corte al 30 de junio de 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.

IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.

5.1.5. Mortalidad en las personas con cáncer de colon y recto según la región y la entidad territorial

Para la cohorte, la mortalidad general estandarizada más baja se observó en la Amazonía-Orinoquía con 2,51 muertes por 100.000 habitantes y la más alta en Bogotá, D. C., con 8,54 fallecimientos (**tabla 5.6**).

Por su parte, los departamentos con las cifras más bajas fueron Chocó con 0,13, Arauca con 1,23 y San Andrés, Providencia y Santa Catalina con 1,37; las más altas se estimaron en Bogotá, D. C., Risaralda y Antioquia con 8,54, 7,83 y 7,70, respectivamente. Amazonas, Guainía y Vichada no informaron defunciones por cualquier causa en personas con este tipo de cáncer.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 5.6. Mortalidad general del cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	33	1.573.218	2,10	2,51	1,72 - 3,52
Bogotá, D. C.	815	7.907.281	10,31	8,54	7,96 - 9,15
Caribe	510	11.914.229	4,28	4,17	3,81 - 4,55
Central	1.097	12.401.914	8,85	6,78	6,38 - 7,20
Oriental	624	9.928.079	6,29	5,18	4,78 - 5,61
Pacífica	597	8.490.782	7,03	5,57	5,12 - 6,04
Nacional	3.676	52.215.503	7,04	5,91	5,72 - 6,11

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de colon y recto invasivo reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La mortalidad es informada por cada 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



5.1.6. Mortalidad del cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

En cuanto a las cifras de mortalidad conforme a los regímenes de afiliación, destaca el contributivo, que registró una mortalidad general estandarizada significativamente superior a la del especial (**tabla 5.7**).

Entre las entidades aseguradoras, las estimaciones más bajas se observaron en la EPSI04 y CCF033 con 0,88 y 1,42 muertes por 100.000 afiliados, respectivamente. En contraste, las más altas correspondieron a la EPS001 con 9,02 y la EPS046 con 8,47 defunciones. Tres EAPB no reportaron fallecimientos durante el periodo.

 La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 5.7. Mortalidad general del cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	2.396	28.539.028	8,40	6,47	6,21 - 6,73
Subsidiado	1.145	20.477.162	5,59	4,56	4,30 - 4,84
Excepción	128	2.089.477	6,13	3,68	3,06 - 4,42
Especial	7	40.819	17,15	2,41	0,96 - 28,91
No asegurado	0	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de colon y recto invasivo reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La mortalidad es informada por cada 100.000 afiliados.

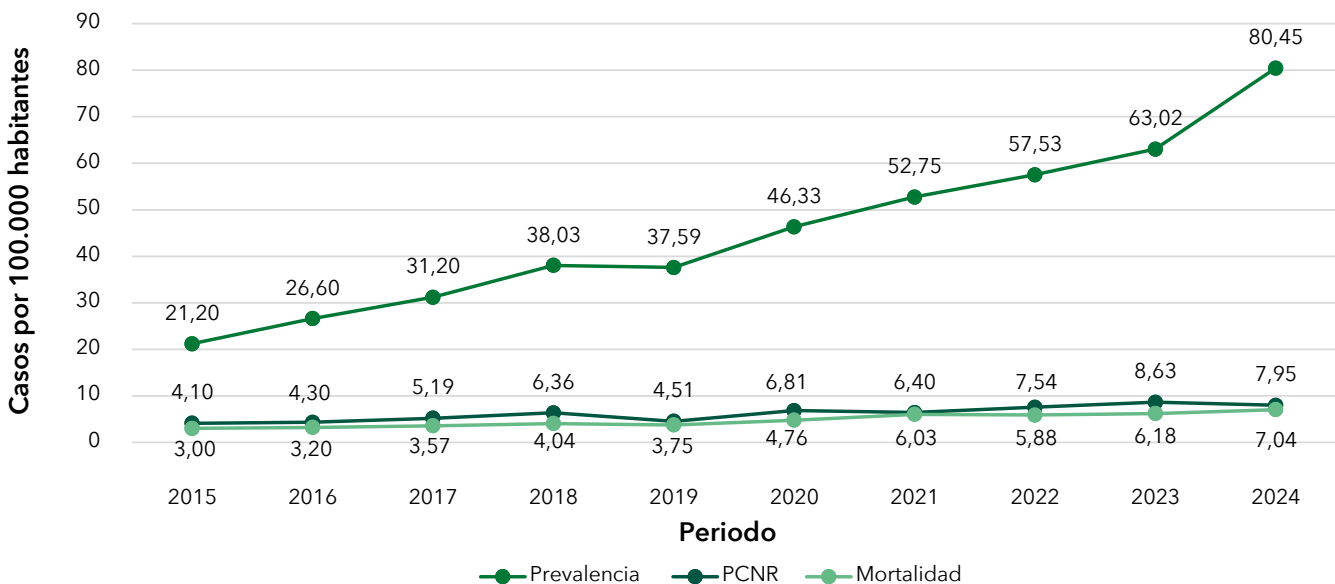
⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados. **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

5.1.7. Evolución del registro de cáncer de colon y recto en el aseguramiento en Colombia

Como muestra la **figura 5.1**, en comparación con el periodo anterior, la prevalencia y la mortalidad aumentaron un 27,65% y un 13,91%, respectivamente. Por su parte, la PCNR disminuyó un 7,87%.

Figura 5.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento en Colombia, 2015 - 2024



Incluye los casos de cáncer de colon y recto invasivo reportados a la CAC.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportadas por cada 100.000 habitantes.

Mortalidad: corresponde al número de casos fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)

5.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de colon y recto

5.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de colon y recto

La **tabla 5.8** muestra la caracterización general de los casos nuevos de cáncer de colon y recto reportados en el periodo según el régimen del aseguramiento. En todo el país, el 68,43% de los casos pertenecía al contributivo, la mediana de la edad fue de 66 años y más de la mitad eran del sexo femenino.

Por regímenes, la mediana de la edad más alta se registró en el especial con 76 años. En el subsidiado, el 1,84% de los casos correspondía a población de etnia indígena. Respecto a la ubicación, salvo en el subsidiado, la mayoría residía en la región Central.

Tabla 5.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de colon y recto reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación				
	Contributivo n= 2.896 (68,43%)	Subsidiado n= 1.086 (25,66%)	Excepción n= 236 (5,58%)	Especial n= 13 (0,31%)	Total ² n= 4.232 (100,00%)
Sexo					
Femenino	1.495 (51,62)	629 (57,92)	124 (52,54)	10 (76,92)	2.258 (53,36)
Masculino	1.401 (48,38)	457 (42,08)	112 (47,46)	3 (23,08)	1.974 (46,64)
Edad	66 (57 - 74)	66 (55 - 74)	70 (61 - 78)	76 (70 - 79)	66 (57 - 74)
Etnia					
Ninguna	2.876 (99,31)	1.059 (97,51)	235 (99,58)	13 (100,00)	4.184 (98,87)
Negra	16 (0,55)	7 (0,64)	1 (0,42)	0 (0,00)	24 (0,57)
Indígena	2 (0,07)	20 (1,84)	0 (0,00)	0 (0,00)	22 (0,52)
Otra ³	2 (0,07)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,05)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	11 (0,38)	19 (1,75)	3 (1,27)	0 (0,00)	33 (0,78)
Bogotá, D. C.	751 (25,93)	143 (13,17)	59 (25,00)	1 (7,69)	954 (22,54)
Caribe	287 (9,91)	389 (35,82)	26 (11,02)	1 (7,69)	703 (16,61)
Central	951 (32,84)	213 (19,61)	68 (28,81)	3 (23,08)	1.235 (29,18)
Oriental	424 (14,64)	148 (13,63)	56 (23,73)	3 (23,08)	632 (14,93)
Pacífica	472 (16,30)	174 (16,02)	24 (10,17)	5 (38,46)	675 (15,95)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso reportado como población no asegurada.

³ Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

5.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer de colon y recto

En este periodo, el 98,13% de los casos nuevos eran invasivos según el código CIE-10, con un comportamiento similar en todos los regímenes. La estadificación TNM se realizó en el 75,78% (n= 3.207), reflejando un aumento respecto a 2023. Comparando a nivel nacional, los regímenes contributivo y especial presentaron una proporción superior de casos estadificados.

La mayoría de los CNR se ubicó en los estadios II y III (25,72% y 36,98% respectivamente). Al analizar la estadificación al momento del diagnóstico por régimen, estos dos estadios fueron los más frecuentes en el mismo orden.



Tabla 5.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de colon y recto reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación				
	Contributivo n= 2.896 (68,43%)	Subsidiado n= 1.086 (25,66%)	Excepción n= 236 (5,58%)	Especial n= 13 (0,31%)	Total ² n= 4.232 (100,00%)
Extensión³					
<i>In situ</i>	61 (2,11)	13 (1,20)	4 (1,69)	1 (7,69)	79 (1,87)
Invasivo	2.835 (97,89)	1.073 (98,80)	232 (98,31)	12 (92,31)	4.153 (98,13)
Estadificación (sí)⁴					
	2.227 (76,90)	795 (73,20)	174 (73,73)	11 (84,62)	3.207 (75,78)
Estadio al diagnóstico^{4,5}					
<i>In situ</i>	67 (3,01)	14 (1,76)	6 (3,45)	1 (9,09)	88 (2,74)
Estadio I	281 (12,62)	76 (9,56)	22 (12,64)	2 (18,18)	381 (11,88)
Estadio II	563 (25,28)	206 (25,91)	53 (30,46)	3 (27,27)	825 (25,72)
Estadio III	831 (37,31)	294 (36,98)	56 (32,18)	5 (45,45)	1.186 (36,98)
Estadio IV	485 (21,78)	205 (25,79)	37 (21,26)	0 (0,00)	727 (22,67)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%).

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso reportado como población no asegurada.

³ Definida según el código CIE-10.

⁴ Definida según la clasificación TNM.

⁵ Incluye todos los casos de cáncer de colon y recto que fueron estadificados.

5.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de colon y recto

Durante el periodo, más de la mitad de los casos nuevos recibieron terapia sistémica, consolidándose como el tratamiento más común, seguido por la cirugía, realizada en el 49,59% (n= 2.087).

La **tabla 5.10** presenta la distribución del tratamiento según el estadio clínico al diagnóstico, evidenciando que en los estadios avanzados predominó el manejo sistémico, mientras que en los tempranos la cirugía fue más frecuente.

Por otro lado, el 21,69% (n= 918) no recibió ninguno de estos tratamientos. De estos el 20,37% (n= 187) fue atendido por cuidados paliativos y el 38,12% (n= 350) fue diagnosticado en los tres meses previos a la fecha de corte. En cuanto a su estadificación, el 53,27% de los casos sin información de inicio de tratamiento no contaba con esta clasificación.

Tabla 5.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de colon y recto según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

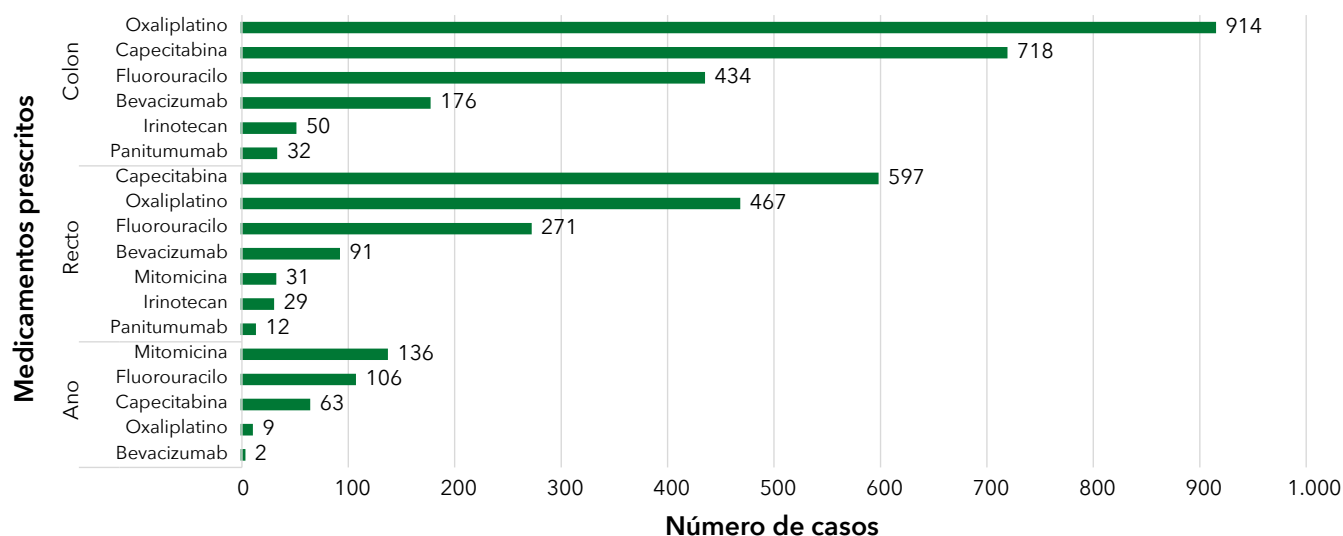
Tratamiento	Estadio al diagnóstico						
	<i>In situ</i>	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	Desconocido	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Terapia sistémica ¹	3 (0,13)	92 (4,23)	464 (21,34)	874 (40,20)	510 (23,46)	231 (10,63)	2.174 (100,00)
Cirugía	37 (1,77)	255 (12,22)	556 (26,64)	627 (30,04)	234 (11,21)	378 (18,11)	2.087 (100,00)
Radioterapia	6 (0,84)	53 (7,49)	142 (20,08)	326 (46,11)	83 (11,74)	97 (13,72)	707 (100,00)

¹ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

En la **figura 5.2** se presentan los medicamentos más utilizados para tratar los casos nuevos de cáncer de colon y recto según la ubicación de esta neoplasia. En general, los principios activos más administrados fueron el oxaliplatino, la capecitabina y el fluorouracilo. Sin embargo, en los cánceres de ano, el citotóxico más usado fue la mitomicina. En cuanto a los medicamentos biológicos, se registró un mayor uso de bevacizumab y panitumumab en comparación con el periodo previo.

Es importante señalar que los datos reflejan frecuencias absolutas, es decir, se considera el uso concomitante de uno o más fármacos.

Figura 5.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2024



Incluye cáncer *in situ* e invasivo en todas las edades.

[Descargar figura](#)

5.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de colon y recto

A continuación, en la **tabla 5.11**, se presenta la caracterización de los casos prevalentes de este tipo de cáncer reportados en el periodo según el régimen del aseguramiento. A nivel nacional, el 56,63% de los casos correspondía al sexo femenino, con una mediana de la edad de 67 años. La mayoría estaban afiliados al régimen contributivo (72,63%) y el 29,98% residía en la región Central.

Por regímenes, la mediana de la edad más alta se registró en el especial con 75 años (RIC: 66 - 80). En el contributivo, el 0,81% (n= 254) pertenecía a la etnia negra, mientras que en el subsidiado el 1,81 correspondía a población indígena. Con respecto a la distribución geográfica, salvo en el subsidiado, la mayoría de los casos se concentraron en la región Central. También se reportaron 29 personas sin afiliación al sistema de aseguramiento.

Tabla 5.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 43.009 (100,00)
	Contributivo n= 31.237 (72,63)	Subsidiado n= 9.289 (21,60)	Excepción n= 2.322 (5,40)	Especial n= 132 (0,31)	
Sexo					
Femenino	17.452 (55,87)	5.526 (59,49)	1.290 (55,56)	70 (53,03)	24.355 (56,63)
Masculino	13.785 (44,13)	3.763 (40,51)	1.032 (44,44)	62 (46,97)	18.654 (43,37)
Edad	67 (58 - 76)	66 (56 - 75)	70 (61 - 77)	75 (66 - 80)	67 (58 - 76)
Etnia					
Ninguna	30.941 (99,05)	9.020 (97,10)	2.245 (96,68)	132 (100,00)	42,367 (98,51)
Negra	254 (0,81)	96 (1,03)	75 (3,23)	0 (0,00)	425 (0,99)
Indígena	23 (0,07)	168 (1,81)	0 (0,00)	0 (0,00)	191 (0,44)
Otra ³	19 (0,06)	5 (0,05)	2 (0,09)	0 (0,00)	26 (0,06)



Tabla 5.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación, Colombia 2024 (continuación)

Variables ¹	Régimen de afiliación				
	Contributivo n= 31.237 (72,63)	Subsidiado n= 9.289 (21,60)	Excepción n= 2.322 (5,40)	Especial n= 132 (0,31)	Total ² n= 43.009 (100,00)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	142 (0,45)	228 (2,45)	34 (1,46)	1 (0,76)	405 (0,94)
Bogotá, D. C.	8.165 (26,14)	1.053 (11,34)	445 (19,16)	32 (24,24)	9.700 (22,55)
Caribe	2.514 (8,05)	2.492 (26,83)	473 (20,37)	5 (3,79)	5.485 (12,75)
Central	9.772 (31,28)	2.413 (25,98)	663 (28,55)	44 (33,33)	12.896 (29,98)
Oriental	4.910 (15,72)	1.556 (16,75)	468 (20,16)	19 (14,39)	6.971 (16,21)
Pacífica	5.734 (18,36)	1.547 (16,65)	239 (10,29)	31 (23,48)	7.552 (17,56)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tienen en cuenta 29 casos reportados como población no asegurada.

³ Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

5.4. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de colon y recto

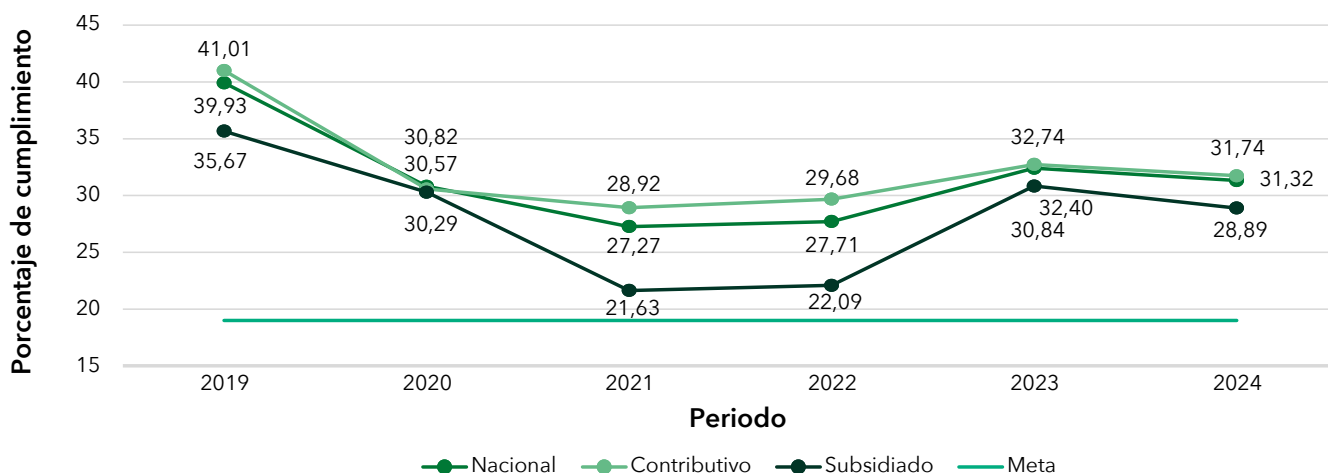
Los siguientes son los indicadores prioritarios para la medición, la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y de los prestadores en las personas con cáncer de colon y recto en Colombia (1):

1. Oportunidad de diagnóstico (promedio de días).
2. Proporción de pacientes con cáncer de colon y recto clasificado *in situ*.
3. Proporción de casos nuevos identificados en estadios tempranos.
4. Proporción de pacientes con estadificación por TNM.
5. Proporción de pacientes con diagnóstico de cáncer de recto con estadificación TNM antes del inicio del tratamiento.
6. Oportunidad de tratamiento (promedio de días).
7. Oportunidad entre la neoadyuvancia y la cirugía curativa en pacientes con cáncer de recto (promedio de días).
8. Oportunidad entre la cirugía y el inicio de adyuvancia (promedio de días).
9. Proporción de pacientes estadio I a III sometidos a cirugía como tratamiento curativo.
10. Oportunidad entre el inicio de tratamiento y el primer abordaje multidisciplinario (nutrición - psicología) (promedio de días).
11. Proporción de paciente con valoración por nutrición.
- 12.1. Proporción de pacientes sometidos a cirugía cuyo informe de patología indica número de ganglios examinados, número de ganglios positivos y estado de los márgenes, el tamaño del tumor y el grado histológico. Informe completo.
- 12.2. Proporción de pacientes sometidos a cirugía cuyo informe de patología indica doce o más ganglios resecados reportados.
13. Supervivencia a 5 años.
14. Tasa de mortalidad general.
15. Incidencia del cáncer de colon y recto.

Es importante señalar que los resultados más recientes del indicador 13 se presentaron en el informe especial "[Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo 2014-2022](#)" (2). Por otra parte, los indicadores 14 y 15 se desarrollan en el apartado de morbilidad, ubicado al inicio del capítulo.

La **figura 5.3** presenta la tendencia de la detección temprana en el país por regímenes. En 2024, este indicador mostró una reducción, siendo más marcada en el subsidiado. A pesar de ello, se mantiene un desempeño alto.

Figura 5.3. Tendencia de la proporción de casos nuevos de cáncer de colon y recto identificados en estadios tempranos (I a IIa) en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024

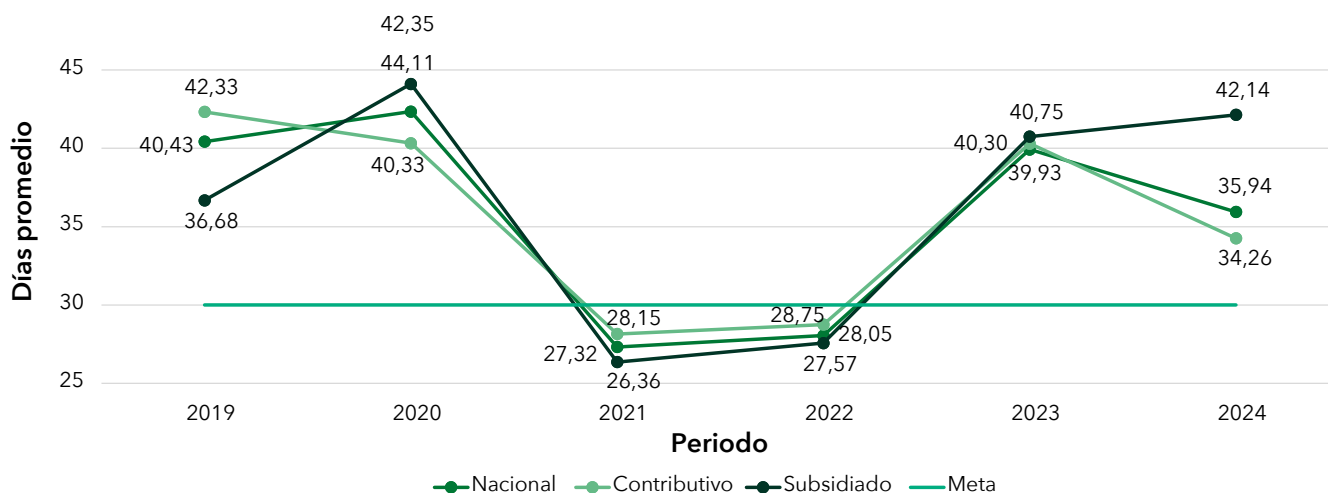


Detección temprana: incluye estadios I a IIa.

[Descargar figura](#)

En cuanto a la oportunidad de diagnóstico (**figura 5.4**), durante este periodo el régimen subsidiado presentó un aumento en el promedio de días. En contraste, en el contributivo, el indicador disminuyó 6 días respecto a 2023. A nivel nacional, también se observó una reducción significativa.

Figura 5.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

Oportunidad diagnóstica: tiempo entre la consulta o remisión hasta la confirmación diagnóstica.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2024 fue: nacional 35,94 días ($\pm 50,78$), contributivo 34,26 días ($\pm 47,41$), y subsidiado 42,14 días ($\pm 61,88$).

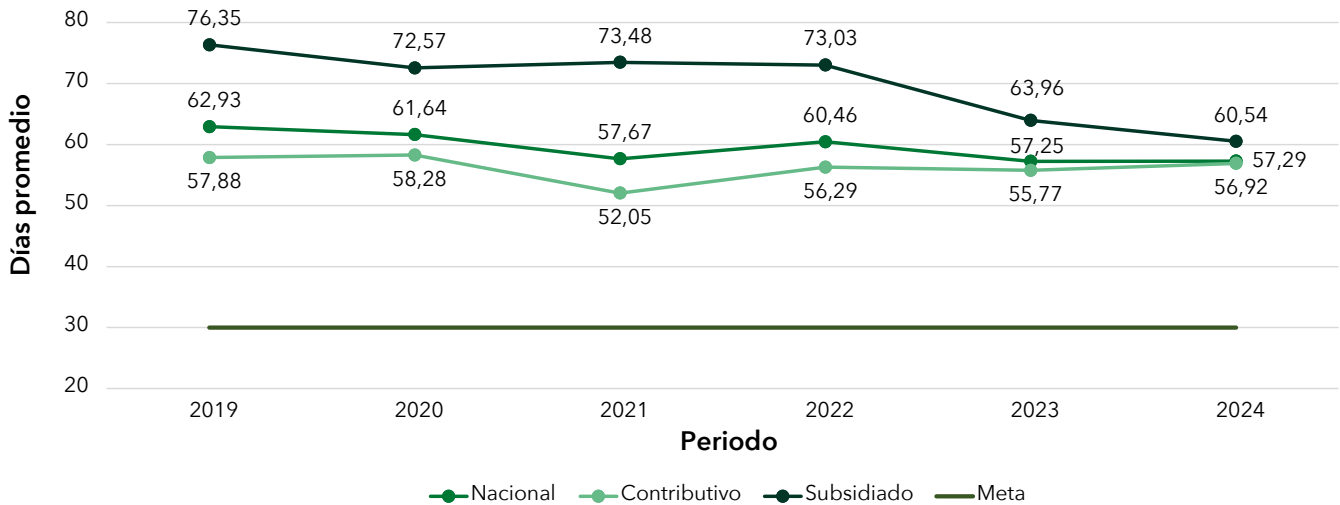
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2024 fue: nacional 20 días (RIC: 10 - 41), contributivo 19 días (RIC: 9 - 40), y subsidiado 22 días (RIC: 12 - 47).

[Descargar figura](#)



Por su parte, la **figura 5.5** ilustra el comportamiento de la oportunidad de tratamiento desde el 2019. En este periodo, aunque no se alcanzó con la meta establecida por consenso, en el régimen subsidiado se redujo en promedio 3,42 días. Sin embargo, en el contributivo y a nivel nacional, se registró un leve incremento en los tiempos de acceso con respecto a 2023.

Figura 5.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

Oportunidad de tratamiento: tiempo entre el diagnóstico histológico y el primer tratamiento.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 57,29 días ($\pm 45,91$), contributivo 56,92 días ($\pm 44,50$), y subsidiado 60,53 días ($\pm 51,31$).

La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 47 días (RIC: 24 - 79), contributivo 47 días (RIC: 25 - 78), y subsidiado 47 días (RIC: 23 - 86).

[Descargar figura](#)

Para finalizar, la **tabla 5.12** presenta el comportamiento de los indicadores por región. En este periodo, la detección temprana mostró un cumplimiento alto en todo el país. Por otro lado, exceptuando las regiones de la Amazonía-Orinoquía y Pacífica, se observó un aumento en la proporción de pacientes con cáncer de colon y recto clasificado *in situ*. Así mismo, salvo en la Central, el promedio de días entre la cirugía y el inicio del tratamiento adyuvante disminuyó con respecto al periodo anterior.

Adicionalmente, el porcentaje de pacientes estadio I a III sometidos a cirugía como tratamiento curativo aumentó en un 9,66% en el país. De igual forma, la proporción de casos nuevos valorados por nutrición, en todas las regiones, excepto la Central, registró un incremento, lo que refleja una mejoría significativa en la atención integral de los pacientes.

Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024

Cáncer de colon y recto
www.cuentadealtocosto.org

Tabla 5.12. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
	< 30 días	> 3,6%	> 19%	> 90%	> 90%	< 30 días	56 a 83 días
	30 a < 60 días	> 2,2 a 3,6%	> 15 a 19%	> 60 a 90%	> 60 a 90%	30 a < 60 días	
	≥ 60 días	≤ 2,2%	≤ 15%	≤ 60%	≤ 60%	≥ 60 días	> 84 días
Amazonía-Orinoquía	● 42,27	● 0,00	● 20,69	● 87,88	● 87,50	● 42,52	Sin dato
Bogotá, D. C.	● 34,25	● 2,27	● 31,54	● 73,49	● 69,68	● 63,26	● 225,75
Caribe	● 42,45	● 1,46	● 38,26	● 78,09	● 60,00	● 52,13	● 171,17
Central	● 31,26	● 3,78	● 26,19	● 81,23	● 70,47	● 55,57	● 178,71
Oriental	● 38,10	● 3,28	● 33,69	● 77,22	● 69,74	● 64,90	● 249,00
Pacífica	● 38,01	● 1,95	● 31,81	● 76,00	● 61,74	● 51,20	● 150,89
Nacional	● 35,94	● 2,68	● 31,32	● 77,58	● 67,34	● 57,29	● 181,36

Tabla 5.12. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024 (continuación)

Región	8.	9.	10.	11.	12.1.	12.2.
	≤ 55 días	> 90%	Por definir	> 90%	Por definir	Por definir
	> 56 días	> 60 a 90%		> 60 a 90%		
		≤ 60%		≤ 60%		
Amazonía-Orinoquía	● 85,17	● 52,38	64,71	● 36,36	71,43	78,57
Bogotá, D. C.	● 57,87	● 54,62	55,69	● 29,85	51,72	57,88
Caribe	● 56,85	● 56,61	73,57	● 48,65	59,94	39,76
Central	● 60,57	● 59,83	48,63	● 32,52	65,49	65,32
Oriental	● 70,37	● 51,73	66,10	● 22,94	62,65	55,64
Pacífica	● 52,63	● 58,94	59,81	● 37,93	52,38	44,35
Nacional	● 59,47	● 56,74	58,94	● 34,06	58,96	54,45

Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia. Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con cáncer gástrico y cáncer de colon y recto en Colombia [en línea]. 2017. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/consenso-basado-en-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-pacientes-con-cancer-gastrico-y-cancer-de-colon-y-recto-en-colombia/>
2. Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014-2022; Bogotá, D.C. 2025. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/informe-especial-resultados-de-supervivencia-global-en-las-personas-atendidas-en-el-marco-del-sistema-de-salud-colombiano-y-notificadas-a-la-cuenta-de-alto-costo-2014-2022/>

6.

Cáncer de estómago



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

6.

RESUMEN infográfico

Cáncer de estómago

Periodo: del 2 de enero de 2023 al 1° de enero de 2024.

Morbimortalidad del cáncer de estómago



El número total de casos nuevos, prevalentes y fallecidos en el periodo fue de _____

2.272, 15.704 y 2.988,
respectivamente.



Ocupó el quinto lugar entre los 11 tipos de cáncer priorizados, con un 3,7% de los casos nuevos reportados.



Las tres medidas de morbimortalidad fueron mayores en Bogotá, D. C. En cuanto al régimen, los valores más altos se reportaron en el contributivo y el subsidiado.

Caracterización de los casos nuevos de cáncer de estómago

El **59,1%** —————
eran hombres.



En 2024, el 6,9% de los CNR correspondieron a personas menores de 40 años.



El 99,6% eran de tipo invasivo, esta proporción fue similar en todos los regímenes.



El 49,8% de los casos fue diagnosticado en estadio IV, con una distribución similar entre los regímenes.

Evaluación de la gestión del riesgo en los casos de cáncer de estómago



Aumentó el diagnóstico temprano a nivel nacional y en el régimen contributivo.



Siguiendo la tendencia del periodo anterior, en el país y en los regímenes se continuó observando una disminución en el tiempo entre la sospecha y la confirmación diagnóstica.



En todas las regiones del país se alcanzó el cumplimiento intermedio de la oportunidad de inicio del tratamiento.

Persisten las dificultades para alcanzar la meta del indicador de valoración por —

nutrición,
con un desempeño bajo a nivel nacional y regional.



6. Cáncer de estómago

CIE10:C16 Y D002; CIE-O-3: C16 Y D002

6.1. Morbimortalidad del cáncer de estómago

El cáncer de estómago ocupó el quinto lugar de frecuencia, representando el 3,66% (n= 2.272) de los casos nuevos reportados. Durante este periodo, se informaron 15.704 casos prevalentes, de los cuales el 3,13% (n= 493) eran *in situ*. Así mismo, se registraron 2.988 muertes por todas las causas, de estas el 98,92% (n= 2.956) ocurrieron en personas con tumores invasivos.

En la **tabla 6.1** se presentan las medidas de morbimortalidad que fueron estimadas incluyendo únicamente los casos invasivos.

Tabla 6.1. Medidas de frecuencia del cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	2.262	4,33	3,75	3,59 - 3,90
Prevalencia	15.211	29,13	24,96	24,56 - 25,36
Mortalidad ⁵	2.956	5,66	4,85	4,68 - 5,03

¹ Incluye todos los casos de cáncer de estómago invasivo reportados a la CAC.

² Informadas por cada 100.000 habitantes.

³ Población de referencia correspondiente a la proyectada por el DANE para el año 2023.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

6.1.1. PCNR del cáncer de estómago según la región y la entidad territorial

En cuanto a la PCNR, la región del país con la medida estandarizada más elevada fue Bogotá, D. C., con 5,78 casos nuevos por cada 100.000 habitantes. En contraste, la más baja se estimó en la Caribe con 1,92 casos (**tabla 6.2**).

Por su parte, las entidades territoriales con la estimación más alta fueron Caquetá (7,83) y Nariño (7,19); entre tanto, las más bajas se presentaron en Arauca con 0,79, Chocó con 1,00 y Magdalena con 1,29. En cuatro departamentos no se reportaron casos nuevos de este tipo de cáncer.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 6.2. PCNR del cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	31	1.573.218	1,97	2,34	1,58 - 3,31
Bogotá, D. C.	546	7.907.281	6,91	5,78	5,30 - 6,28
Caribe	233	11.914.229	1,96	1,92	1,68 - 2,18
Central	614	12.401.914	4,95	3,94	3,63 - 4,27
Oriental	378	9.928.079	3,81	3,25	2,93 - 3,59
Pacífica	460	8.490.782	5,42	4,48	4,07 - 4,91
Nacional	2.262	52.215.503	4,33	3,75	3,59 - 3,90

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de estómago invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La PCNR es informada por cada 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

6.1.2. PCNR del cáncer de estómago según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La proporción de casos nuevos estandarizada para el régimen contributivo fue mayor con respecto a la de los otros regímenes (**tabla 6.3**). Al comparar las entidades aseguradoras, la cifra más alta se observó en la EPS046 con 13,46 casos nuevos por cada 100.000 afiliados. Por otra parte, las cifras más bajas se estimaron en la EPS025 y la EPSI04 con 0,50 y 1,26.

Las entidades EAS027 y EPS047 no reportaron casos nuevos en el periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 6.3. PCNR del cáncer de estómago según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	1.345	28.539.028	4,71	3,79	3,58 - 4,00
Subsidiado	819	20.477.162	4,00	3,35	3,12 - 3,59
Excepción	92	2.089.477	4,40	2,69	2,16 - 3,34
Especial	5	40.819	12,25	2,94	0,77 - 29,47
No asegurado	1	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de estómago invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La PCNR es Informada por cada 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

6.1.3. Prevalencia del cáncer de estómago según la región y la entidad territorial

Bogotá, D. C., presentó la mayor estimación de prevalencia con 38,36 casos prevalentes por cada 100.000 habitantes, lo que representa una diferencia significativa frente a la región Caribe, que registró la cifra más baja con 7,52 casos (**tabla 6.4**).

A nivel territorial, Risaralda y Quindío reportaron las estimaciones más altas con 42,09 y 40,41 casos, respectivamente. En contraste, La Guajira (3,65) y Vaupés (4,19) presentaron las estimaciones más bajas. Para el periodo 2024, todos los departamentos notificaron casos prevalentes de esta neoplasia.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 6.4. Prevalencia del cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	212	1.573.218	13,48	16,27	14,13 - 18,61
Bogotá, D. C.	3.640	7.907.281	46,03	38,36	37,12 - 39,63
Caribe	913	11.914.229	7,66	7,52	7,04 - 8,02
Central	4.890	12.401.914	39,43	30,94	30,06 - 31,82
Oriental	2.887	9.928.079	29,08	24,51	23,62 - 25,43
Pacífica	2.669	8.490.782	31,43	25,83	24,84 - 26,83
Nacional	15.211	52.215.503	29,13	24,96	24,56 - 25,36

¹ Incluye todos los casos de cáncer de estómago invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



6.1.4. Prevalencia del cáncer de estómago según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

Para el 2024, la prevalencia fue mayor en el régimen contributivo en comparación con el subsidiado (**tabla 6.5**). En relación con las EAPB, las estimaciones más bajas se registraron en la EPSI04 y la CCF033 con 2,85 y 3,44 casos por cada 100.000 afiliados, respectivamente. En contraste, las cifras más elevadas correspondieron a la EPS018 (45,08), la EAS027 (44,79) y la EAS016 (43,71). Por segundo periodo consecutivo la EPS047 no reportó casos prevalentes.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 6.5. Prevalencia del cáncer de estómago según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	10.184	28.539.028	35,68	28,33	27,78 - 28,89
Subsidiado	4.296	20.477.162	20,98	17,36	16,83 - 17,89
Excepción	673	2.089.477	32,21	19,95	18,42 - 21,58
Especial	33	40.819	80,84	18,36	11,64 - 43,50
No asegurado	25	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de cáncer de estómago invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.

IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

6.1.5. Mortalidad en las personas con cáncer de estómago según la región y la entidad territorial

La mortalidad general estandarizada más alta se estimó en Bogotá, D. C., con 6,79 muertes por cada 100.000 habitantes, mientras que la más baja se registró en la región Caribe (**tabla 6.6**). Por su parte, las entidades territoriales con las cifras más altas fueron Caquetá, Nariño y Huila con 9,32, 7,80 y 7,53 muertes, respectivamente. En cambio, las menores estimaciones correspondieron a Chocó (0,83) y La Guajira (0,95).



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 6.6. Mortalidad general del cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	45	1.573.218	2,86	3,40	2,47 - 4,54
Bogotá, D. C.	644	7.907.281	8,14	6,79	6,27 - 7,33
Caribe	248	11.914.229	2,08	2,05	1,80 - 2,32
Central	851	12.401.914	6,86	5,37	5,00 - 5,74
Oriental	574	9.928.079	5,78	4,90	4,50 - 5,32
Pacífica	594	8.490.782	7,00	5,75	5,28 - 6,23
Nacional	2.956	52.215.503	5,66	4,85	4,68 - 5,03

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de estómago invasivo reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La mortalidad es informada por cada 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024

Cáncer de estómago

www.cuirtadepalposto.gov.co

6.1.6. Mortalidad del cáncer de estómago según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

Durante este periodo, la mortalidad general estandarizada fue similar entre los regímenes subsidiado y contributivo (**tabla 6.7**). Al desglosar por EAPB, las estimaciones más altas se registraron en la EPSI05, la EPS012 y la EPS018 con 8,31, 7,96 y 7,51 muertes por cada 100.000 afiliados, respectivamente. En contraste, las cifras más bajas se estimaron en la CCF033 con 0,73 y la EPSI04 con 0,83 defunciones. Cabe destacar que la EPS047 no reportó fallecidos en este periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 6.7. Mortalidad general del cáncer de estómago según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	1.698	28.539.028	5,95	4,72	4,49 - 4,95
Subsidiado	1.179	20.477.162	5,76	4,75	4,48 - 5,03
Excepción	74	2.089.477	3,54	2,28	1,77 - 2,90
Especial	3	40.819	7,35	1,70	0,25 - 28,63
No asegurado	2	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de estómago invasivo reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La mortalidad es informada por cada 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

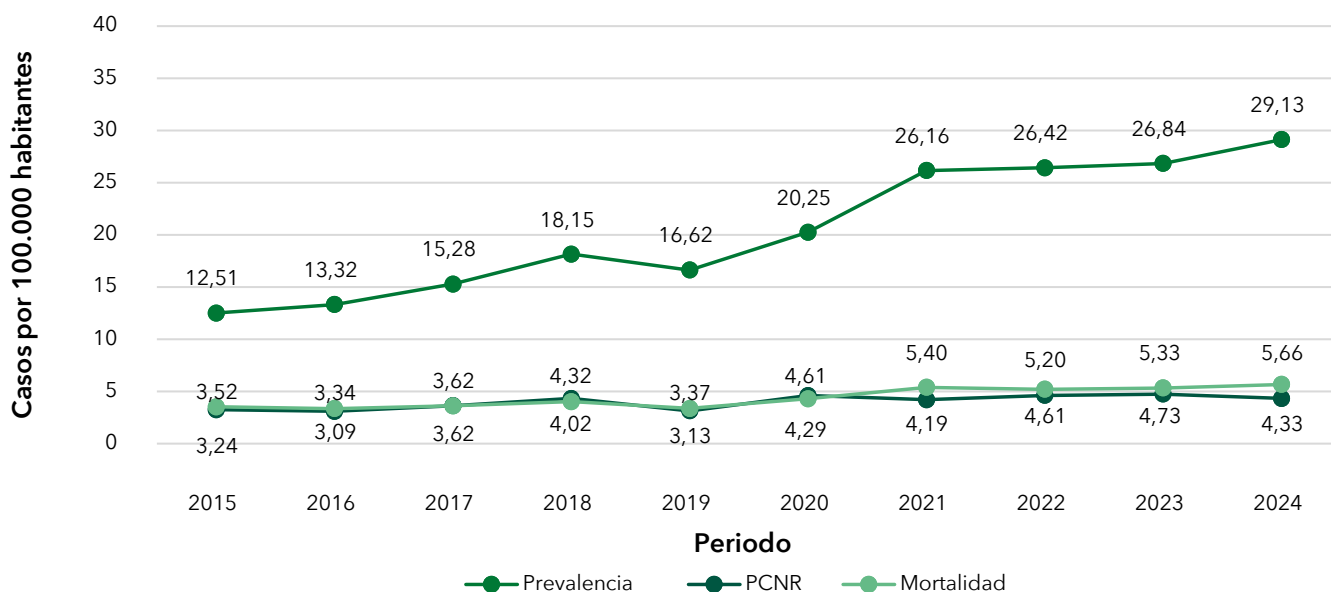
En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.

IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.

6.1.7. Evolución del registro de cáncer de estómago en el aseguramiento en Colombia

Como se observa en la **figura 6.1**, se registró un aumento en la prevalencia de 2,29 casos por cada 100.000 habitantes con respecto al periodo previo. En el caso de la mortalidad, se registró una tendencia al aumento durante 2024.

Figura 6.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2024



Incluye los casos con cáncer de estómago invasivo reportados a la CAC.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por cada 100.000 habitantes.

Mortalidad: corresponde al número de casos fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)



6.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de estómago

6.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de estómago

La **tabla 6.8** muestra la caracterización general de los casos nuevos de cáncer de estómago informados durante el periodo, según el régimen del aseguramiento. En términos generales, la mayoría de los casos nuevos corresponden a afiliados del régimen contributivo (59,46%) y de sexo masculino (59,11%).

La mediana de edad fue de 65 años, con un comportamiento similar en los regímenes, salvo en el especial, donde se reportó una mediana de 86 años. Al analizar la distribución por grupos etarios, se identificó que el 6,95% (n= 158) de los CNR durante el periodo, correspondieron a personas menores de 40 años. Este valor representa un incremento con respecto al 2023 y se encuentra dentro del rango estimado a nivel global, el cual oscila entre el 2,00% y el 8,00% (1).

En cuanto a la distribución étnica, en el régimen subsidiado, el 4,98% de los casos corresponden a población indígena y el 1,58% a personas afrodescendientes. Por otra parte, la mayoría de los casos en el contributivo se concentran en la región Central (31,16%), mientras que, en el régimen de excepción, Bogotá, D. C., registró la mayor proporción (51,09%).

Tabla 6.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de estómago reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 2,272 (100,00%)
	Contributivo n= 1.351 (59,46%)	Subsidiado n= 823 (36,22%)	Excepción n= 92 (4,05%)	Especial n= 5 (0,22%)	
Sexo					
Femenino	565 (41,82)	325 (39,49)	37 (40,22)	2 (40,00)	929 (40,89)
Masculino	786 (58,18)	498 (60,51)	55 (59,78)	3 (60,00)	1.343 (59,11)
Edad	63 (53 - 72)	67 (57 - 75)	69 (62 - 78)	86 (62 - 87)	65 (55 - 74)
Etnia					
Ninguna	1.341 (99,26)	767 (93,20)	92 (100,00)	5 (100,00)	2.206 (97,10)
Indígena	1 (0,07)	41 (4,98)	0 (0,00)	0 (0,00)	42 (1,85)
Negra	8 (0,59)	13 (1,58)	0 (0,00)	0 (0,00)	21 (0,92)
Otra ³	1 (0,07)	2 (0,24)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,13)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	7 (0,52)	23 (2,79)	1 (1,09)	0 (0,00)	31 (1,36)
Bogotá, D. C.	420 (31,09)	81 (9,84)	47 (51,09)	0 (0,00)	548 (24,12)
Caribe	45 (3,33)	187 (22,72)	1 (1,09)	0 (0,00)	233 (10,26)
Central	421 (31,16)	176 (21,39)	15 (16,30)	3 (60,00)	615 (27,07)
Oriental	225 (16,65)	132 (16,04)	21 (22,83)	1 (20,00)	380 (16,73)
Pacífica	233 (17,25)	224 (27,22)	7 (7,61)	1 (20,00)	465 (20,47)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso reportado en la población no asegurada.

³ Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia y palenqueros de San Basilio.

6.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer de estómago

La **tabla 6.9** presenta las características clínicas de los casos nuevos de cáncer de estómago según su afiliación al sistema de salud. A nivel nacional, el 99,56% (n= 2.262) de los tumores fueron invasivos, con un comportamiento similar en todos los regímenes.

En relación con la estadificación TNM, durante este periodo se observó un incremento del 4,73% en la proporción de casos nuevos con esta clasificación en comparación con 2023. Esta tendencia fue similar tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado.

Al analizar únicamente los casos estadificados, se identificó que la mayoría fueron diagnosticados en estadios avanzados: el 24,48% en el III y el 49,78% en el IV.

Tabla 6.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de estómago reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 2.272 (100,00%)
	Contributivo n= 1.351 (59,46%)	Subsidiado n= 823 (36,22%)	Excepción n= 92 (4,04%)	Especial n= 5 (0,22%)	
Extensión³					
<i>In-situ</i>	6 (0,44)	4 (0,48)	0 (0,00)	0 (0,00)	10 (0,44)
Invasivo	1.345 (99,56)	819 (99,51)	92 (100)	5 (100)	2.262 (99,56)
Estadificación (sí)⁴	984 (72,83)	541 (65,74)	50 (54,35)	2 (40,00)	1.577 (69,41)
Estadio al diagnóstico^{4,5}					
<i>In situ</i>	7 (0,71)	4 (0,73)	0 (0,00)	0 (0,00)	11 (0,69)
Estadio I	93 (9,45)	16 (2,95)	6 (12,00)	1 (50,00)	116 (7,35)
Estadio II	195 (19,82)	74 (13,68)	9 (18,00)	1 (50,00)	279 (17,69)
Estadio III	234 (23,78)	140 (25,88)	12 (24,00)	0 (0,00)	386 (24,48)
Estadio IV	455 (46,24)	307 (56,75)	23 (46,00)	0 (0,00)	785 (49,78)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%).

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso reportado como población no asegurada.

³ Definida según el código CIE-10.

⁴ Definida según la clasificación TNM.

⁵ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de estómago que fueron estadificados.

6.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de estómago

Durante el periodo analizado, el tratamiento más frecuente fue la terapia sistémica (56,76%), seguida de la cirugía (36,89%). Entre los pacientes diagnosticados en estadios tempranos (*in situ*, I y IIA) que recibieron ambos tratamientos, el 50,45% (n= 168) iniciaron quimioterapia posterior a la intervención quirúrgica.

Por otro lado, en 2024 el 33,01% (n= 750) de los casos no recibió ningún tipo de tratamiento, lo que representa una reducción del 12,20% en comparación con 2023. Al analizar estos casos, se identificó que más de la mitad (51,33%, n= 385) presentaban estadio desconocido al momento del diagnóstico, y el 27,73% (n= 208) fue diagnosticado en los tres meses previos a la fecha de corte. Cabe resaltar que los 750 casos sí recibieron manejo por cuidado paliativo.

La **tabla 6.10** presenta la distribución del tratamiento según el estadio clínico al momento del diagnóstico. Se observó que la terapia sistémica fue la opción más utilizada en los estadios avanzados, mientras que la cirugía predominó en los tempranos y en aquellos sin clasificación TNM. Por su parte, la radioterapia se empleó con mayor frecuencia en personas con estadio IV.



Tabla 6.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de estómago según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

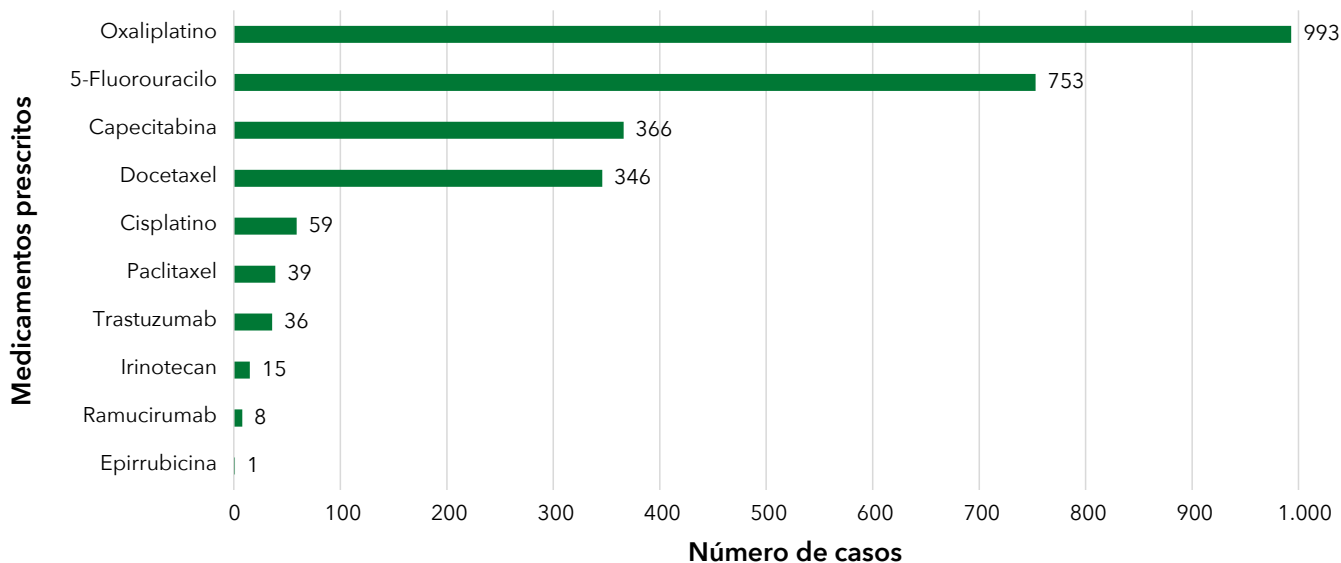
Tratamiento	Estadio al diagnóstico						Total n (%)
	<i>In situ</i>	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	Desconocido	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Terapia sistémica ¹	0 (0,00)	48 (4,18)	172 (15,01)	281 (24,52)	475 (41,45)	170 (14,83)	1.146 (100,00)
Cirugía	5 (0,67)	81 (10,87)	158 (21,21)	224 (30,07)	95 (12,75)	182 (24,43)	745 (100,00)
Radioterapia	0 (0,00)	3 (2,34)	24 (18,75)	28 (21,88)	48 (37,50)	25 (19,53)	128 (100,00)

¹ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

La **figura 6.2** presenta los medicamentos más frecuentemente prescritos en personas con nuevo diagnóstico de cáncer gástrico. Los cuatro agentes citotóxicos de mayor uso fueron oxaliplatino, 5-fluorouracilo, capecitabina y docetaxel. Durante este periodo, se observó un aumento en la prescripción de los dos primeros, mientras que los otros dos experimentaron una reducción en comparación con 2023.

Es importante destacar que los datos reflejan frecuencias absolutas, por lo que se considera el uso concomitante de uno o más fármacos en una persona.

Figura 6.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2024



Incluye cáncer *in situ* e invasivo y en todas las edades.

[Descargar figura](#)

6.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de estómago

La **tabla 6.11** presenta la caracterización de los casos prevalentes de cáncer gástrico en 2024, según la afiliación al sistema de salud. En este periodo, el 54,50% eran hombres y la mediana de la edad fue de 66 años. La mayoría de esta población estaba afiliada al régimen contributivo (67,38%) y el 31,63% residían en la región Central.

Al analizar por los regímenes de afiliación, se observó una mediana de la edad similar en todos, excepto en el especial, donde se registró un valor superior (80 años, RIC: 68 - 85). En el régimen subsidiado, destacó una proporción significativa de población indígena (3,89%, n= 170).

En términos de la distribución geográfica, los resultados fueron consistentes con los reportados a nivel nacional, salvo en el régimen especial, donde se evidenció una mayor concentración de casos en la región de Bogotá, D. C.

Tabla 6.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de estómago según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 15.704 (100,00%)
	Contributivo n= 10.582 (67,38%)	Subsidiado n= 4.372 (27,84%)	Excepción n= 691 (4,40%)	Especial n= 33 (0,21%)	
Sexo					
Femenino	4.914 (46,44)	1.927 (44,08)	283 (40,96)	16 (48,48)	7.146 (45,50)
Masculino	5.668 (53,56)	2.445 (55,92)	408 (59,04)	17 (51,52)	8.558 (54,50)
Edad	66 (56 - 75)	67 (58 - 76)	69 (61 - 77)	80 (68 - 85)	66 (57 - 75)
Etnia					
Ninguna	10.491 (99,14)	4.133 (94,53)	675 (97,68)	33 (100,00)	15.358 (97,80)
Indígena	13 (0,12)	170 (3,89)	0 (0,00)	0 (0,00)	183 (1,17)
Negra	74 (0,70)	62 (1,42)	15 (2,17)	0 (0,00)	151 (0,96)
Otra ³	4 (0,04)	7 (0,16)	1 (0,14)	0 (0,00)	12 (0,08)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	67 (0,63)	141 (3,23)	7 (1,01)	0 (0,00)	215 (1,37)
Bogotá, D. C.	3.066 (28,97)	499 (11,41)	164 (23,73)	12 (36,36)	3.748 (23,87)
Caribe	417 (3,94)	575 (13,15)	61 (8,83)	0 (0,00)	1.055 (6,72)
Central	3.459 (32,69)	1.273 (29,12)	222 (32,13)	10 (30,30)	4.967 (31,63)
Oriental	2.030 (19,18)	752 (17,20)	168 (24,31)	2 (6,06)	2.965 (18,88)
Pacífica	1.543 (14,58)	1.132 (25,89)	69 (9,99)	9 (27,27)	2.754 (17,54)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tienen en cuenta 26 casos reportados como población no asegurada.

³ Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

6.4. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de estómago

Los siguientes son los indicadores prioritarios para la medición, la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y de los prestadores en las personas con cáncer de estómago en Colombia (2):

1. Oportunidad de diagnóstico (promedio del tiempo entre la consulta o remisión para diagnóstico y el reporte histopatológico).
2. Proporción de pacientes con cáncer gástrico clasificado *in situ*.
3. Proporción de casos nuevos identificados en estadios tempranos.
4. Proporción de pacientes con estadificación por TNM.
5. Oportunidad de tratamiento (promedio del tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento).
6. Oportunidad entre la neoadyuvancia y la cirugía curativa (promedio de días).
7. Oportunidad entre la cirugía y el inicio de adyuvancia (promedio de días).
8. Proporción de pacientes estadio 0 a III sometidos a cirugía como tratamiento curativo indicador.
9. Proporción de pacientes con evaluación por grupo interdisciplinario para definición del tratamiento.



10. Valoración por cuidados paliativos (CNR, estadio invasivo).
11. Calidad de la cirugía.
12. Proporción de pacientes con valoración por nutrición.
13. Proporción de pacientes posquirúrgicos con soporte nutricional.
14. Supervivencia a 2 y 5 años.
15. Tasa de mortalidad general.
16. Mortalidad operatoria.

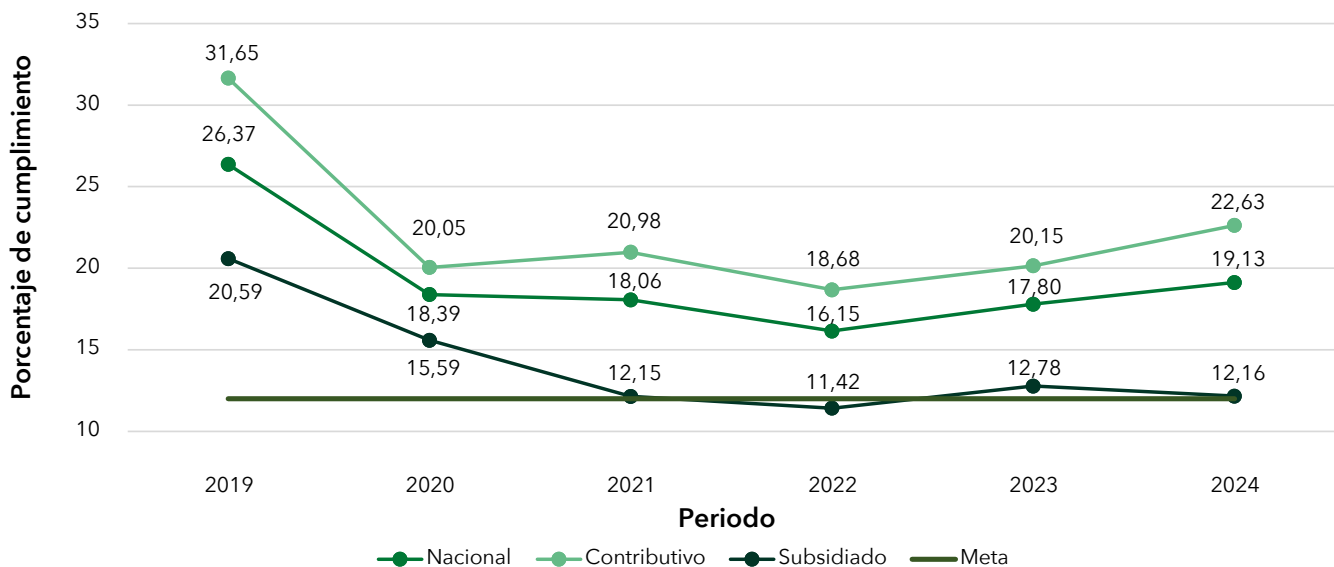
Es importante señalar que los resultados más recientes del indicador 14 se presentaron en el informe especial ["Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo 2014 - 2022" \(3\)](#). Por otra parte, los resultados del indicador 15 para este tipo de cáncer son abordados al inicio del capítulo, en el apartado de morbilidad.



Puede consultar los datos de la gestión del riesgo con una mayor desagregación ingresando a **HIGIA**.

La **figura 6.3** evidencia la evolución del indicador 3 en los últimos seis periodos. Para 2024, se estimó un incremento en la detección temprana del cáncer gástrico a nivel nacional y en el régimen contributivo. Por el contrario, el subsidiado presentó una leve disminución en esta proporción en comparación con 2023. No obstante, el desempeño general sigue siendo alto.

Figura 6.3. Tendencia de la proporción de los casos nuevos en estadios tempranos al momento del diagnóstico en cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Detección temprana: incluye estadios I a IIA.

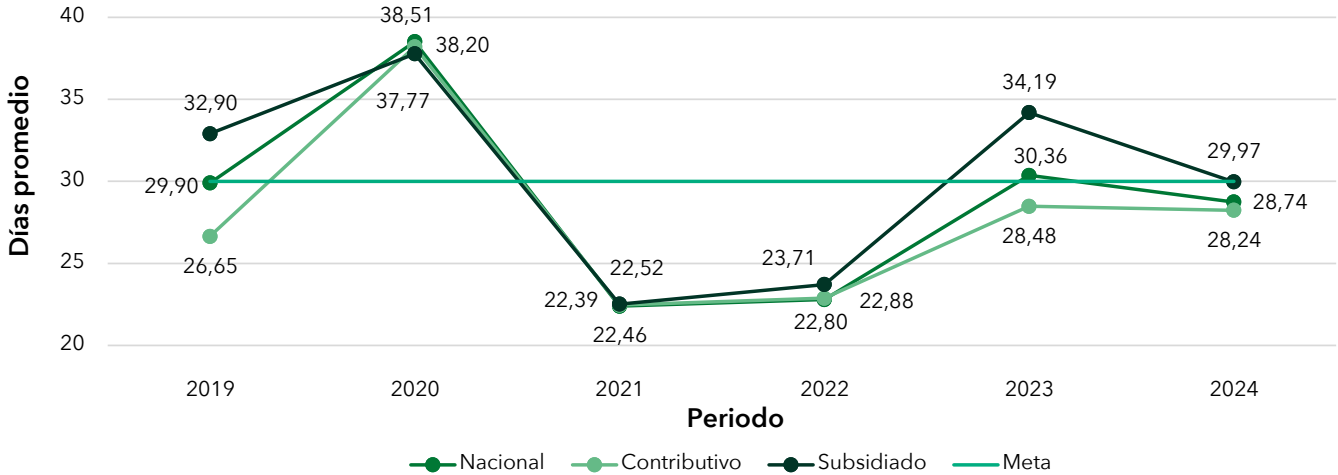
[Descargar figura](#)

Para 2024, en el país y en los regímenes, se estimó una reducción en el tiempo promedio entre la sospecha y la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de este tipo de cáncer, de modo que se logró la meta establecida por consenso (**figura 6.4**). Así mismo, la **figura 6.5** muestra el comportamiento de la oportunidad del tratamiento, evidenciando una mejoría en comparación con 2023. Sin embargo, aún se mantiene un desempeño intermedio en este indicador.

Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024

Cáncer de estómago
www.cuentadecosteo.org

Figura 6.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

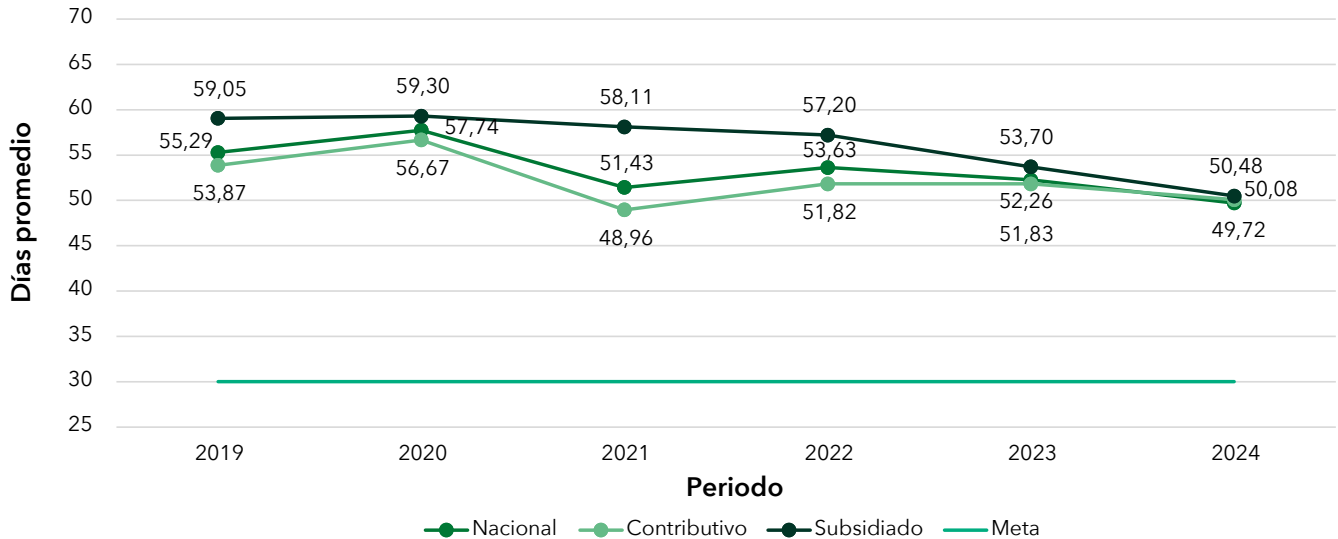
Oportunidad diagnóstica: tiempo entre la consulta o remisión hasta la confirmación diagnóstica.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2024 fue: nacional 28,74 días ($\pm 38,73$), contributivo 28,24 días ($\pm 36,95$), y subsidiado 29,97 días ($\pm 42,42$).

La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2024 fue: nacional 16 días (RIC: 8 - 32), contributivo 17 días (RIC: 9 - 32), y subsidiado 16 días (RIC: 8 - 34).

[Descargar figura](#)

Figura 6.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

Oportunidad de tratamiento: tiempo entre el diagnóstico histológico y el primer tratamiento.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 49,72 días ($\pm 40,58$), contributivo 50,08 días ($\pm 37,03$), y subsidiado 50,48 días ($\pm 47,62$).

La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 41 días (RIC: 19 - 68), contributivo 43 días (RIC: 13 - 68), y subsidiado 36 días (RIC: 14 - 74).

[Descargar figura](#)



La **tabla 6.12** presenta la gestión del riesgo por región durante este periodo. En 2024, las regiones de la Amazonía-Orinoquía, Central y Pacífica mostraron una mejora en la oportunidad diagnóstica, por lo que alcanzaron la meta establecida para este indicador. De igual forma, se continúa presentando un desempeño alto en todo el país en la oportunidad entre la cirugía y el inicio de la adyuvancia. Por otro lado, la proporción de casos nuevos clasificados como *in situ* continúa siendo baja. Así mismo, se registró una reducción en el porcentaje de casos con estadificación TNM en las regiones Caribe y Central respecto al periodo anterior.

En cuanto a los indicadores de atención integral, a nivel nacional y en la mayoría de las regiones, con excepción de la Amazonía-Orinoquía, en 2024 se observó una disminución del 54,40% en la proporción de evaluados por un grupo interdisciplinario para la definición del tratamiento y una reducción del 11,38% en la proporción de personas que recibieron soporte nutricional tras la cirugía con respecto a 2023. No obstante, la valoración por cuidados paliativos y nutrición mostró un ligero incremento en el país, particularmente en Bogotá, D. C., y la Caribe.

Tabla 6.12. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
	< 30 días	> 3,4%	> 12%	> 90%	< 30 días	≤ 84 días (≤ 12 semanas)	≤ 84 días (≤ 12 semanas)
	30 a < 60 días	1,8 a 3,4%	> 8 a 12%	> 60 a 90%	30 a < 60 días	> 84 días (> 12 semanas)	> 84 días (> 12 semanas)
Amazonía-Orinoquía	● 23,10	● 0,00	● 4,76	● 67,74	● 45,95	Sin dato	● 54,75
Bogotá, D. C.	● 32,40	● 0,51	● 25,26	● 70,43	● 55,36	● 100,84	● 64,00
Caribe	● 37,30	● 0,00	● 10,75	● 67,81	● 43,93	● 94,00	● 60,47
Central	● 25,27	● 0,43	● 19,73	● 75,28	● 49,50	● 111,73	● 57,66
Oriental	● 30,65	● 0,70	● 15,30	● 74,47	● 49,55	● 105,70	● 59,97
Pacífica	● 23,62	● 1,51	● 19,32	● 71,18	● 45,75	● 94,40	● 65,58
Nacional	● 28,74	● 0,66	● 19,12	● 72,27	● 49,71	● 104,53	● 61,67

Tabla 6.12. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024 (continuación)

Región	8.	9.	10.	11.	12.	13.	16.
	> 90%	Por definir	Por definir	Por definir	> 90%	> 90%	≤ 20%
	> 60 a 90%				> 60 a 90%	> 60 a 90%	
Amazonía-Orinoquía	● 70,00	19,35	47,61	27,27	● 38,70	● 27,27	● 12,50
Bogotá, D. C.	● 51,59	9,67	48,17	44,18	● 39,23	● 14,53	● 4,65
Caribe	● 42,00	6,43	48,73	22,64	● 47,21	● 15,09	● 7,31
Central	● 57,21	9,91	50,75	46,52	● 43,41	● 27,80	● 0,00
Oriental	● 56,00	11,31	40,56	45,04	● 37,36	● 13,51	● 3,40
Pacífica	● 54,61	9,46	52,45	39,28	● 47,31	● 24,28	● 1,76
Nacional	● 53,98	9,77	48,49	41,98	● 42,51	● 20,32	● 2,78

Referencias bibliográficas

1. Zaręba KP, Zińczuk J, Dawidziuk T, Pryczynicz A, Guzińska-Ustymowicz K, Kędra B. Stomach cancer in young people - a diagnostic and therapeutic problem. *Prz Gastroenterol* [en línea]. 2019 [cited 2025 Jun 4]; 14(4): 283. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6983757/>
2. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia. Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con cáncer gástrico y cáncer de colon y recto en Colombia [en línea]. 2017. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/consenso-basado-en-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-pacientes-con-cancer-gastrico-y-cancer-de-colon-y-recto-en-colombia/>
3. Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014-2022; Bogotá D.C. 2025. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/informe-especial-resultados-de-supervivencia-global-en-las-personas-atendidas-en-el-marco-del-sistema-de-salud-colombiano-y-notificadas-a-la-cuenta-de-alto-costo-2014-2022/>

7.

Cáncer de pulmón



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

7.

RESUMEN infográfico

Cáncer de pulmón

Periodo: del 2 de enero de 2023 al 1° de enero de 2024.

Morbimortalidad del cáncer de pulmón



El número total de casos nuevos, prevalentes y fallecidos en el periodo fue de _____

1.439, 6.589 y 1.747,
respectivamente.



Ocupó el séptimo lugar en frecuencia en términos de CNR, entre los 11 tipos de cáncer priorizados en el país.



Las tres medidas de morbimortalidad fueron mayores en la región Central y en el régimen contributivo.

Caracterización de los casos nuevos de cáncer de pulmón

La mediana de la edad fue de

69 años —————
(RIC: 62 - 76).



Más de la mitad de los casos se presentaron en el sexo masculino.



En el país, el 79,2% de los casos nuevos contaron con estadificación clínica mediante el sistema TNM. Este porcentaje fue superior en los regímenes contributivo, de excepción y especial.



El 69,9% de los casos fue diagnosticado en estadio IV.

Evaluación de la gestión del riesgo en los casos de cáncer de pulmón



En 2024 se identificó una disminución del 15,4% en el porcentaje de casos diagnosticados en estadios tempranos, en comparación con el periodo anterior.



A nivel nacional y en el régimen contributivo, se estimó una reducción en el tiempo entre la consulta o remisión y la confirmación diagnóstica; no obstante, persisten dificultades para alcanzar la meta definida por consenso.



Durante 2024, se incrementó la proporción de pacientes a quienes se les realizaron estudios morfológicos e inmunológicos al momento del diagnóstico.

Es necesario continuar fortaleciendo el acceso al abordaje multidisciplinario y la valoración por _____

cuidados paliativos
en todas las regiones del país.



7. Cáncer de pulmón

CIE10: C33-C34; D02.1-D02.2; CIE-O-3: C33-C34

7.1. Morbimortalidad del cáncer de pulmón

El total de casos nuevos de cáncer de pulmón ocupó el séptimo lugar entre los 11 tipos de cáncer priorizados. Para el 2024, se informaron 6.589 casos prevalentes, de los cuales el 21,84% (n= 1.439) fueron diagnosticados durante el periodo de análisis. Este total incluye tanto casos *in situ* como invasivos. Con respecto a la mortalidad, se registraron 1.747 muertes por todas las causas.

Las medidas de morbimortalidad fueron estimadas incluyendo únicamente los casos invasivos (**tabla 7.1**).

Tabla 7.1. Medidas de frecuencia del cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Indicador	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	1.433	2,74	2,31	2,19 - 2,43
Prevalencia	6.469	12,39	10,47	10,22 - 10,73
Mortalidad ⁵	1.735	3,32	2,77	2,64 - 2,90

¹ Incluye todos los casos de cáncer de pulmón invasivo reportados a la CAC.

² Informadas por cada 100.000 habitantes.

³ Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

7.1.1. PCNR de cáncer de pulmón según la región y la entidad territorial

La región del país con la mayor PCNR estandarizada de cáncer de pulmón fue la Central con 3,40 casos nuevos (CN), mientras que en la Amazonía-Orinoquía se observó la menor estimación con 0,73 CN por 100.000 habitantes (**tabla 7.2**). Por su parte, las entidades territoriales con los valores más altos fueron Antioquia (4,84) y Guainía (4,07), mientras que los más bajos se observaron en Casanare (0,25), Boyacá (0,41) y Putumayo (0,61). Los departamentos del Vaupés, Vichada y Guaviare no informaron casos nuevos en el periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 7.2. PCNR de cáncer de pulmón según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	9	1.573.218	0,57	0,73	0,33 - 1,37
Bogotá, D. C.	223	7.907.281	2,82	2,34	2,04 - 2,67
Caribe	287	11.914.229	2,41	2,37	2,10 - 2,66
Central	561	12.401.914	4,52	3,40	3,13 - 3,70
Oriental	124	9.928.079	1,25	1,03	0,86 - 1,23
Pacífica	229	8.490.782	2,70	2,19	1,92 - 2,50
Nacional	1.433	52.215.503	2,74	2,31	2,19 - 2,43

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de pulmón invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La PCNR informada por cada 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

7.1.2. PCNR de cáncer de pulmón según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La PCNR estandarizada de cáncer de pulmón fue similar entre los regímenes contributivo, subsidiado y de excepción (tabla 7.3). Al comparar las entidades aseguradoras, la PCNR más alta se observó en la CCF102, la EAS016 y la EPS010, con 6,84, 6,07 y 4,77 casos nuevos por cada 100.000 afiliados, respectivamente. Por el contrario, las más bajas se estimaron en la EPSI05, la EPSI03 y la EPSS41 con 0,27, 0,66 y 0,88 casos nuevos, en ese orden. Las entidades CCF033, EPS047 y EPS025 no presentaron casos diagnosticados en el periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 7.3. PCNR de cáncer de pulmón según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	831	28.539.028	2,91	2,28	2,12 - 2,44
Subsidiado	538	20.477.162	2,63	2,13	1,95 - 2,32
Excepción	61	2.089.477	2,92	1,72	1,31 - 2,25
Especial	2	40.819	4,90	1,69	0,20 - 28,69
No asegurado	1	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de pulmón invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDU, con corte al 30 de junio de 2023.

³ La PCNR informada por cada 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

7.1.3. Prevalencia del cáncer de pulmón según la región y la entidad territorial

La prevalencia estandarizada más alta de cáncer de pulmón se presentó en la región Central con 15,14, seguida de Bogotá, D. C., con 13,30 casos por 100.000 habitantes. Por el contrario, la más baja se observó en la región Amazonía-Orinoquía con 3,53 (**tabla 7.4**). La entidad territorial con la mayor prevalencia fue Antioquia con 21,80, en cambio, los departamentos del Guaviare (1,54), Casanare (2,85) y Amazonas (3,37) presentaron las prevalencias más bajas. En el Vaupés y Vichada no se reportaron habitantes con este tipo de neoplasia en el periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 7.4. Prevalencia del cáncer de pulmón según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	46	1.573.218	2,92	3,53	2,58 - 4,70
Bogotá, D. C.	1.263	7.907.281	15,97	13,30	12,58 - 14,06
Caribe	976	11.914.229	8,19	8,03	7,54 - 8,56
Central	2.466	12.401.914	19,88	15,14	14,55 - 15,76
Oriental	745	9.928.079	7,50	6,28	5,84 - 6,76
Pacífica	973	8.490.782	11,46	9,37	8,78 - 9,98
Nacional	6.469	52.215.503	12,39	10,47	10,22 - 10,73

¹ Incluye todos los casos de cáncer de pulmón invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.



7.1.4. Prevalencia del cáncer de pulmón según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada del cáncer de pulmón fue superior en el régimen especial (**tabla 7.5**). Al analizar por las entidades aseguradoras, las estimaciones más altas se observaron en las EAPB EAS016, EPS001 y EPS010, con 53,19, 26,83 y 22,33 casos prevalentes, respectivamente. Por el contrario, la EPSI03, la EPSI05 y la CCF033 fueron las aseguradoras con las medidas más bajas, con 3 o menos casos por cada 100.000 afiliados. Para el 2024 la EPS047 no reportó casos con este tipo de cáncer.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 7.5. Prevalencia del cáncer de pulmón según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	4.372	28.539.028	15,32	12,02	11,66 - 12,38
Subsidiado	1.656	20.477.162	8,09	6,60	6,28 - 6,93
Excepción	393	2.089.477	18,81	11,02	9,93 - 12,21
Especial	28	40.819	68,60	21,75	8,11 - 54,44
No asegurado	20	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de cáncer de pulmón invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA, con corte al 30 de junio de 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.

IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

7.1.5. Mortalidad en las personas con cáncer de pulmón según la región y la entidad territorial

La región Central, con 4,17 muertes por 100.000 habitantes, tuvo la mortalidad general estandarizada más alta, mientras que la más baja se observó en la Amazonía-Orinoquía con 0,76 fallecidos (**tabla 7.6**). Por su parte, las entidades territoriales con una mayor mortalidad fueron Antioquia (6,01), Risaralda (3,73) y Valle del Cauca (3,26); entre tanto, las menores estimaciones se presentaron en Casanare (0,53), Cauca (0,78) y Putumayo (0,86). En cinco departamentos no se reportaron fallecimientos de personas con cáncer de pulmón.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 7.6. Mortalidad general del cáncer de pulmón según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	9	1.573.218	0,57	0,76	0,34 - 1,41
Bogotá, D. C.	279	7.907.281	3,53	2,92	2,59 - 3,29
Caribe	306	11.914.229	2,57	2,50	2,23 - 2,80
Central	693	12.401.914	5,59	4,17	3,86 - 4,49
Oriental	183	9.928.079	1,84	1,51	1,30 - 1,75
Pacífica	265	8.490.782	3,12	2,49	2,20 - 2,82
Nacional	1.735	52.215.503	3,32	2,77	2,64 - 2,90

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de pulmón invasivo reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La mortalidad es informada por cada 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

7.1.6. Mortalidad del cáncer de pulmón según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

En la cohorte, la mortalidad general estandarizada más alta fue similar en el régimen contributivo y subsidiado (**tabla 7.7**). Al analizar por las entidades aseguradoras, la mayor mortalidad por todas las causas se observó en la EAS016 con 16,17 fallecimientos por cada 100.000 afiliados; entre tanto, la EPSI05, la EPSI04 y la CCF033 presentaron un menor número de defunciones con 0,25, 0,42 y 0,48, respectivamente. Las entidades EPSI01, EPS046 y EPS047 no notificaron muertes en los casos de cáncer de pulmón para este periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 7.7. Mortalidad general del cáncer de pulmón según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	1.023	28.539.028	3,58	2,76	2,60 - 2,94
Subsidiado	646	20.477.162	3,15	2,50	2,31 - 2,70
Excepción	61	2.089.477	2,92	1,65	1,25 - 2,15
Especial	4	40.819	9,80	2,21	0,56 - 28,91
No asegurado	1	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de pulmón invasivo reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA, con corte al 30 de junio de 2023.

³ La mortalidad es informada por cada 100.000 afiliados.

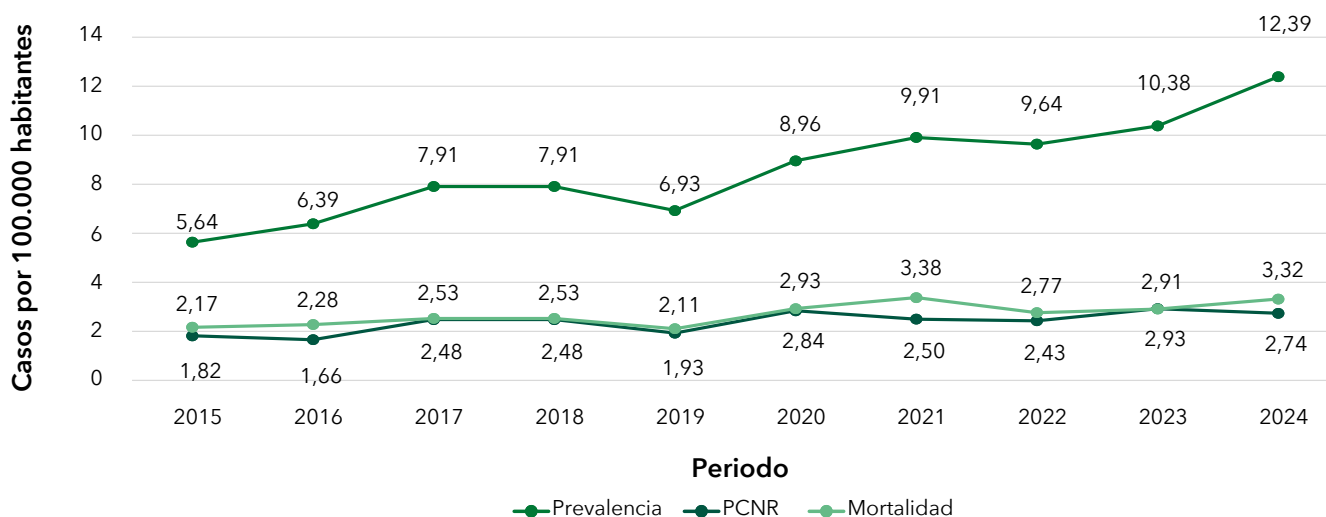
⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados. **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

7.1.7. Evolución del registro de cáncer de pulmón en el aseguramiento en Colombia

En la **figura 7.1** se presenta la tendencia de la morbilidad del cáncer de pulmón en el país. Durante el registro, este tipo de neoplasia ha mostrado un incremento progresivo, con un aumento de 2,19 veces más casos para el último periodo, comparado con el inicio del registro. A excepción del periodo 2023, en este tipo de cáncer se ha observado que los valores de la mortalidad general han sido superiores a la proporción de casos nuevos, comportamiento opuesto a otros tipos de tumores como los de mama y próstata.

Figura 7.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2024



Incluye los casos con cáncer de pulmón invasivo reportados a la CAC.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportadas por cada 100.000 habitantes.

Mortalidad: corresponde al número de casos fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)



7.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de pulmón

7.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de pulmón

En la **tabla 7.8** se presenta la caracterización general de los casos nuevos de cáncer de pulmón reportados en el periodo, de acuerdo con el régimen del aseguramiento. El 53,37% de los CN fueron diagnosticados en hombres, con una mediana de la edad de 69 años, el 57,96% se encontraba afiliado al régimen contributivo y la región de residencia con la mayor proporción de casos fue la Central. En la región Oriental, fue reportado un caso en una mujer no asegurada al sistema de salud.

Según el régimen de afiliación, los casos nuevos presentaron una mayor mediana de la edad en el de excepción con 73 años. La mayoría de los diagnosticados en la población indígena y afrocolombiana se encontraban afiliados al subsidiado, y con respecto a la región de residencia, la concentración de los casos fue mayor en la Central para el contributivo, mientras que en el subsidiado fue en la Caribe.

Tabla 7.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de pulmón reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 1.439 (100,00%)
	Contributivo n= 834 (57,96%)	Subsidiado n= 541 (37,60%)	Excepción n= 61 (4,24%)	Especial n= 2 (0,14%)	
Sexo					
Femenino	414 (49,64)	226 (41,77)	29 (47,54)	1 (50,00)	671 (46,63)
Masculino	420 (50,36)	315 (58,23)	32 (52,46)	1 (50,00)	768 (53,37)
Edad	69 (62 - 76)	69 (63 - 75)	73 (64 - 79)	65 (61 - 69)	69 (62 - 76)
Etnia					
Ninguna	829 (99,40)	522 (96,49)	61 (100,00)	2 (100,00)	1.415 (98,33)
Indígena	0 (0,00)	8 (1,48)	0 (0,00)	0 (0,00)	8 (0,56)
Negro	5 (0,60)	11 (2,03)	0 (0,00)	0 (0,00)	16 (1,11)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	3 (0,36)	5 (0,92)	1 (1,64)	0 (0,00)	9 (0,63)
Bogotá, D. C.	175 (20,98)	32 (5,91)	17 (27,87)	1 (50,00)	225 (15,64)
Caribe	62 (7,43)	220 (40,67)	6 (9,84)	0 (0,00)	288 (20,01)
Central	384 (46,04)	162 (29,94)	15 (24,59)	1 (50,00)	562 (39,05)
Oriental	73 (8,75)	38 (7,02)	14 (22,95)	0 (0,00)	126 (8,76)
Pacífica	137 (16,43)	84 (15,53)	8 (13,11)	0 (0,00)	229 (15,91)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso reportado como población no asegurada.

7.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer de pulmón

A continuación, en la **tabla 7.9**, se describen las características clínicas de los casos nuevos de cáncer de pulmón según su afiliación al sistema de salud. El porcentaje de las neoplasias de tipo invasivo, determinada por el código CIE-10, fue superior al 90%, con un comportamiento parecido en todos los regímenes. En el ámbito nacional, la estadificación TNM se realizó en el 79,22% de los CN; este porcentaje fue menor en el régimen subsidiado, incluso con un valor inferior al del país.

Teniendo en cuenta los registros estadificados, en el país, el 69,99% de los CNR fueron clasificados en el estadio IV, esta tendencia fue similar en todos los regímenes. La proporción de neoplasias en el pulmón que han sido diagnosticadas en el estadio más avanzado muestra una dinámica que se ha mantenido en los últimos periodos. En el 2024, este tipo de cáncer fue identificado en mayor proporción en el estadio IV, en comparación con otros tipos de tumores como los de colon y recto, estómago, cérvix, próstata o mama.

Tabla 7.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de pulmón reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024.

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 1.439 (100,00%)
	Contributivo n= 834 (57,96%)	Subsidiado n= 541 (37,60%)	Excepción n= 61 (4,24%)	Especial n= 2 (0,14%)	
Extensión³					
<i>In situ</i>	3 (0,36)	3 (0,55)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,42)
Invasivo	831 (99,64)	538 (99,45)	61 (100,00)	2 (100,00)	1.433 (99,58)
Estadificación (sí)⁴	671 (80,46)	414 (76,52)	52 (85,25)	2 (100,00)	1.140 (79,22)
Estadio al diagnóstico^{4,5}					
<i>In situ</i>	3 (0,45)	3 (0,72)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,53)
I	62 (9,24)	10 (2,42)	5 (9,62)	0 (0,00)	77 (6,75)
II	47 (7,00)	20 (4,83)	5 (9,62)	0 (0,00)	72 (6,32)
III	99 (14,75)	80 (19,32)	9 (17,31)	0 (0,00)	188 (16,49)
IV	460 (68,55)	301 (72,71)	33 (63,46)	2 (100,00)	797 (69,91)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables.

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso reportado como población no asegurada.

³ Definida según el código CIE-10.

⁴ Definida según la clasificación TNM.

⁵ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de pulmón que fueron estadificados.

7.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de pulmón

Durante el periodo, se presentó una mayor frecuencia en la indicación de las terapias sistémicas en los casos nuevos (46,35%) en comparación con la cirugía (23,70%) y la radioterapia (18,62%). Considerando que los tratamientos pueden abordarse de manera complementaria, para este periodo el 65,81% de los casos nuevos (n= 947) fue intervenido con alguno de estos tres tipos de terapia. En los casos en los que no se reportó algún tipo de tratamiento (n= 492), el 36,38% (n= 179) fue valorado por cuidados paliativos y cerca del 43,29% (n= 213) falleció dentro de los 90 días posterior a la confirmación del diagnóstico.

En la **tabla 7.10** se presenta el manejo terapéutico administrado en los CNR según el estadio clínico al diagnóstico. Independientemente del tipo de tratamiento, los casos en estadio IV presentaron mayor indicación en los tres tipos de terapia, lo cual es consistente con el alto porcentaje de casos que fueron diagnosticados en este estadio durante el periodo. Adicionalmente se observó que los procedimientos oncológicos que más se realizaron en los CNR fueron la lobectomía segmentaria o resección en cuña (38,42%) y la lobectomía total pulmonar (19,94%) dentro de los diferentes estadios, incluidos los casos con estadificación desconocida.

Tabla 7.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de pulmón según el estadio clínico, Colombia 2024

Tratamiento	Estadio al diagnóstico						Total n (%)
	<i>In situ</i>	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	Desconocido	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Terapia sistémica ¹	0 (0,00)	16 (2,40)	37 (5,55)	115 (17,24)	442 (66,27)	57 (8,55)	667 (100,00)
Cirugía	3 (0,88)	59 (17,30)	35 (10,26)	37 (10,85)	145 (42,52)	62 (18,18)	341 (100,00)
Radioterapia	0 (0,00)	3 (1,12)	9 (3,36)	44 (16,42)	190 (70,90)	22 (8,21)	268 (100,00)

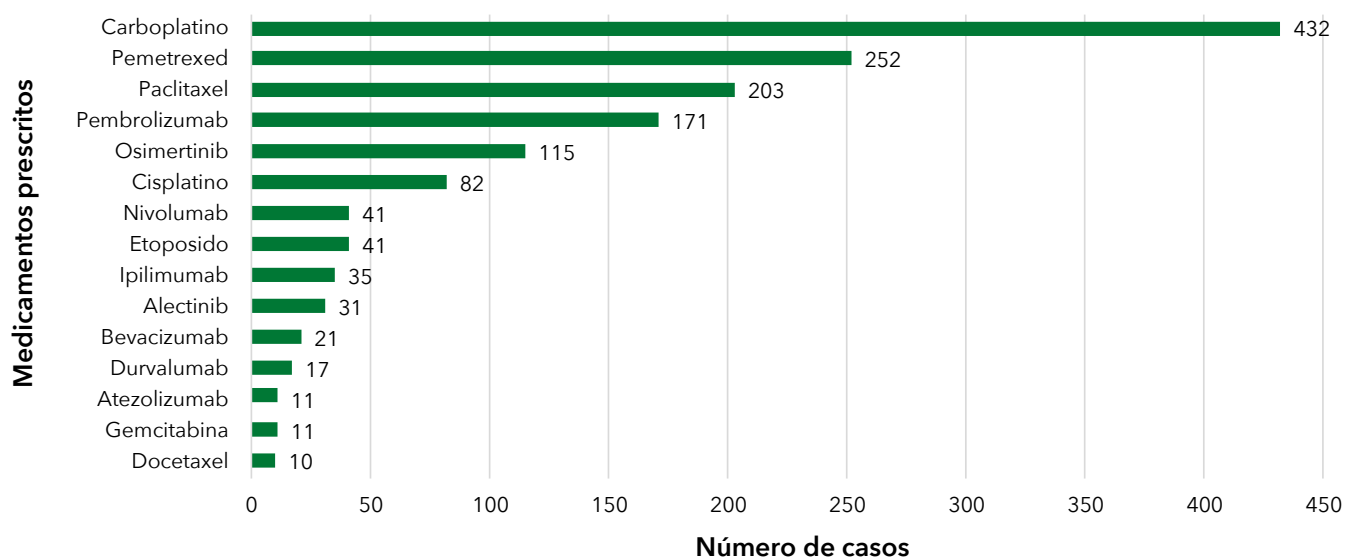
¹ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.



De otra parte, la **figura 7.2** describe los medicamentos administrados con mayor frecuencia en los casos nuevos. Es importante tener en cuenta que los datos presentados corresponden a frecuencias absolutas, sin que se considere el uso concomitante de uno o más fármacos.

Durante el 2024 los tratamientos de quimioterapia más frecuentemente administrados para cáncer de pulmón contemplaron esquemas que incluían carboplatino, pemetrexed y paclitaxel. Dentro de los 15 primeros principios activos también se observa una gran adherencia a los anticuerpos monoclonales, tales como el pembrolizumab, nivolumab, ipilimumab, bevacizumab, durvalumab y atezolizumab. A su vez, los inhibidores de la tirosinquinasa (osimertinib, alectinib) también reportan una mayor frecuencia en el número de casos nuevos a los que se les administró, comparado con periodos anteriores.

Figura 7.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2024



Incluye cáncer *in situ* e invasivo en todas las edades.

[Descargar figura](#)

7.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de pulmón

Enseguida, la **tabla 7.11** presenta las características demográficas de los casos prevalentes de cáncer de pulmón reportados en el periodo (incluyendo los tumores *in situ* e invasivos), comparando por el régimen del aseguramiento. En el total de las neoplasias, la mediana de la edad fue de 69 años, un poco más de la mitad se presentaron en mujeres, la mayoría se encontraban afiliados al régimen contributivo (67,55%) y el 37,81% residían en la región Central.

Entre los regímenes, se presentó una mayor edad en los casos del especial (mediana de 78 años) y la región de residencia con mayor número de casos fue la Central en todos los diferentes grupos del aseguramiento.

Tabla 7.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de pulmón según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación					Total n= 6.589 (100,00%)
	Contributivo n= 4.451 (67,55%)	Subsidiado n= 1.691 (25,66%)	Excepción n= 399 (6,06%)	Especial n= 28 (0,42%)	No asegurado n= 20 (0,30%)	
Sexo						
Femenino	2.577 (57,90)	798 (47,19)	216 (54,14)	18 (64,29)	5 (0,25%)	3.614 (54,85)
Masculino	1.874 (42,10)	893 (52,81)	183 (45,86)	10 (35,71)	15 (0,75%)	2.975 (45,15)
Edad	69 (61 - 77)	69 (61 - 75)	72 (65 - 78)	78 (70 - 85)	66 (58 - 73)	69 (62 - 77)
Etnia						
Ninguna	4.402 (98,90)	1.625 (96,10)	391 (97,99)	28 (100,00)	20 (100,00)	6.466 (98,13)
Indígena	3 (0,07)	33 (1,95)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	36 (0,55)
Negro	44 (0,99)	33 (1,95)	8 (2,01)	0 (0,00)	0 (0,00)	85 (1,29)
Otra ²	2 (0,04)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,03)
Región de residencia						
Amazonía-Orinoquía	11 (0,25)	44 (2,60)	3 (0,75)	0 (0,00)	0 (0,00)	58 (0,88)
Bogotá, D. C.	1.067 (23,97)	122 (7,21)	80 (20,05)	5 (17,86)	2 (10,00)	1.276 (19,37)
Caribe	336 (7,55)	566 (33,47)	96 (24,06)	1 (3,57)	1 (5,00)	1.000 (15,18)
Central	1.804 (40,53)	542 (32,05)	123 (30,83)	17 (60,71)	5 (25,00)	2.491 (37,81)
Oriental	516 (11,59)	179 (10,59)	67 (16,79)	5 (17,86)	8 (40,00)	775 (11,76)
Pacífica	717 (16,11)	238 (14,07)	30 (7,52)	0 (0,00)	4 (20,00)	989 (15,01)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Incluye a la población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenqueros de San Basilio.

7.4. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de pulmón

Los siguientes son los indicadores prioritarios para la medición, la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en las personas con cáncer de pulmón en Colombia (1):

1. Oportunidad de diagnóstico (tiempo entre la consulta general o nota de remisión o interconsulta o por sospecha clínica o paraclínica hasta el diagnóstico de cáncer de pulmón).
2. Proporción de pacientes con estudio morfológico e inmunológico completo (estudio en biopsia de pulmón).
3. Proporción de personas con cáncer de pulmón de célula no pequeña subtipo histológico adenocarcinoma en estadio IIIB y IV en quienes se realizó el biomarcador EGFR.
4. Proporción de pacientes con cáncer de pulmón diagnosticados en estadios tempranos (IA-IB, IIA-IIB).
- 5.1. Proporción de pacientes con cáncer de pulmón en quienes se realizó estadificación TNM previo al inicio del tratamiento, CNR.
- 6.1. Proporción de los pacientes en estadios tempranos (I-II) llevados a cirugía con intención curativa en quienes se realizó el estudio de función pulmonar y riesgo cardiovascular, CNR.
- 6.2. Proporción de los pacientes en estadios tempranos (I-II) llevados a cirugía con intención curativa en quienes se realizó el estudio de función pulmonar y riesgo cardiovascular, prevalentes.
7. Oportunidad de tratamiento (promedio de días entre el diagnóstico y el primer tratamiento).

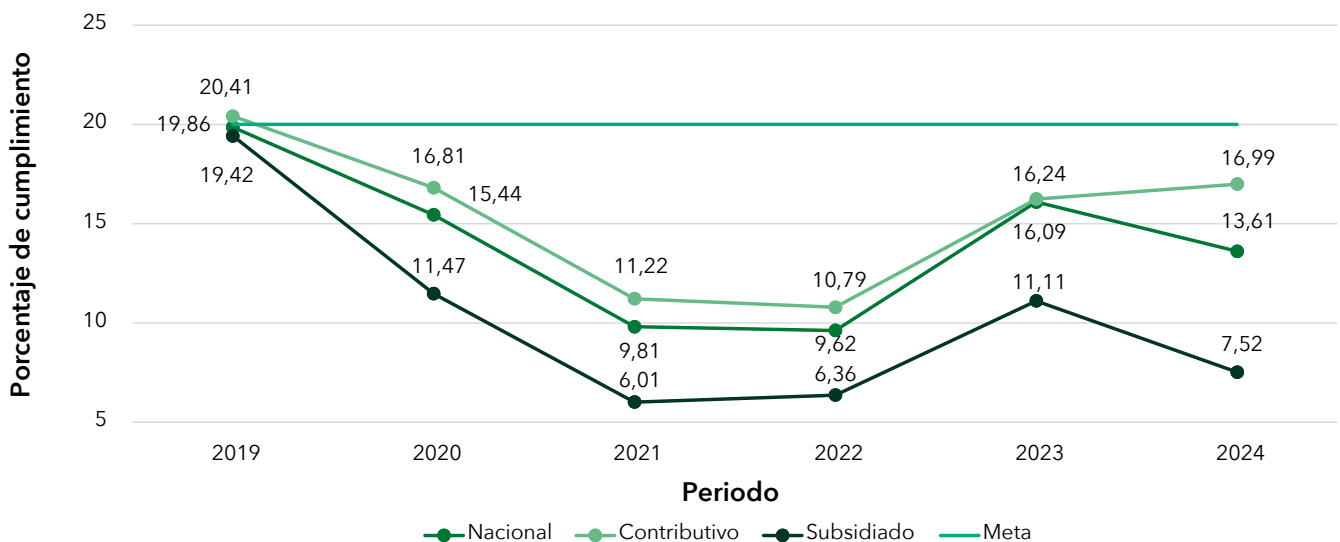


8. Proporción de pacientes en estadios tempranos (I-II) que fueron sometidos a cirugía con intención curativa.
- 9.1. Proporción de pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón en estadio avanzado (IV) valorados por cuidado paliativo (CNR).
- 9.2. Proporción de pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón en estadio avanzado (IV) valorados por cuidado paliativo (prevalentes).
- 10.1. Proporción de personas atendidas por grupo multidisciplinario para definir el tratamiento (CNR).
- 10.2. Proporción de personas atendidas por grupo multidisciplinario para definir el tratamiento, (prevalentes).
11. Supervivencia a 1 año y 2 años (tipo histológico: CPCP).
12. Supervivencia a 2 años y 5 años (tipo histológico: CPCNP).

Es importante señalar que los resultados más recientes de los indicadores 11 y 12 se presentaron en el informe especial ["Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo 2014 - 2022" \(2\)](#).

La proporción de los casos diagnosticados en los estadios tempranos no ha sido cercana al 20% del total de los CN, adicionalmente, para el 2024 este porcentaje disminuyó en un 15,41% con respecto al periodo anterior. Por su parte, se ha marcado una gran diferencia en el desempeño entre los regímenes, con un mejor resultado en la detección temprana para los afiliados al régimen contributivo, el cual llegó a tener porcentajes de un poco más del doble comparado con el del subsidiado (**figura 7.3**).

Figura 7.3. Tendencia de la proporción de los casos nuevos de cáncer de pulmón en estadios tempranos en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Detección temprana: incluye estadios I y II.

[Descargar figura](#)

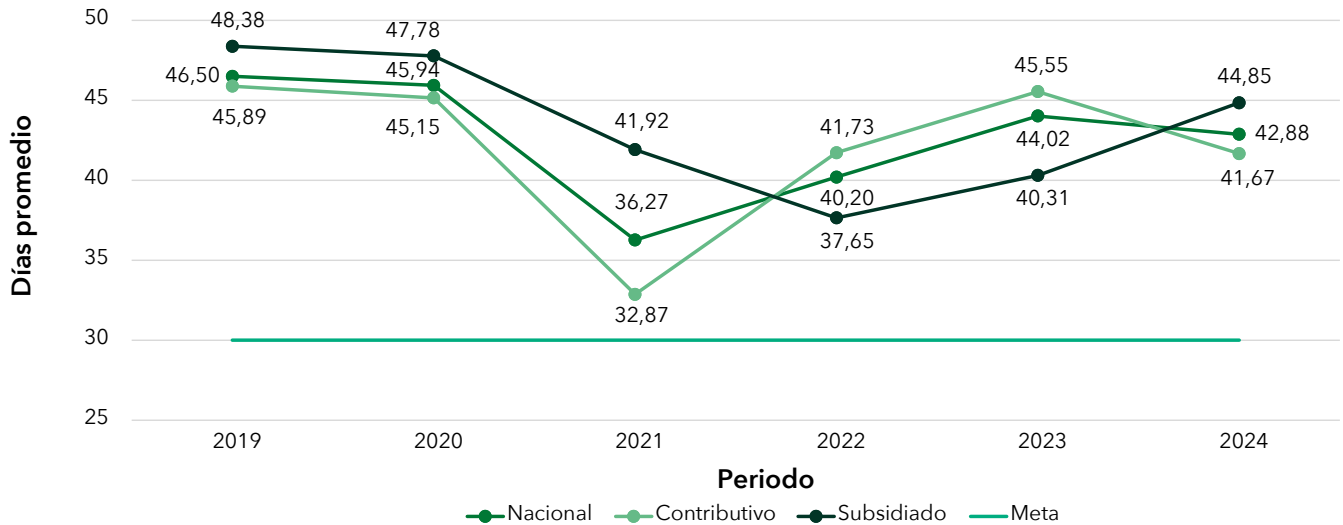
También, para el país continúa siendo un reto alcanzar un promedio de 30 días para la confirmación del diagnóstico de cáncer de pulmón una vez dada la remisión. Aun así, el número de días para esta oportunidad disminuyó en el último periodo en 4 días promedio con respecto al 2023. No obstante, en el régimen subsidiado la tendencia ha marcado un incremento en los últimos tres periodos, con un lapso mayor en el 2024.

Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024

Cáncer de pulmón

www.cuentadealtocosto.org

Figura 7.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

Oportunidad del diagnóstico: tiempo entre la consulta o remisión hasta la confirmación diagnóstica.

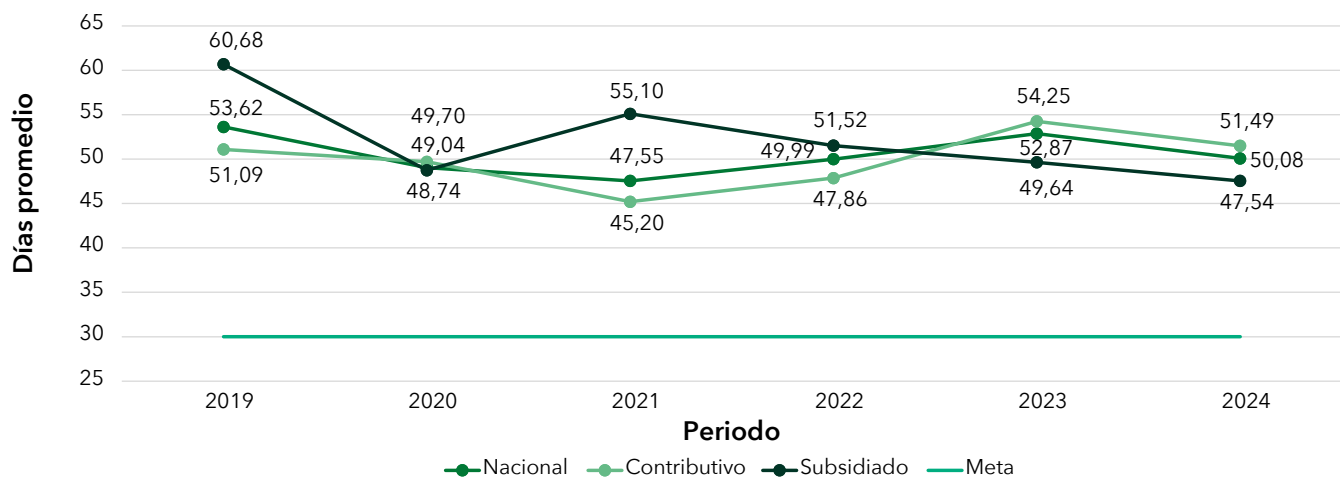
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2024 fue: nacional 42,88 días ($\pm 51,37$), contributivo 41,68 días ($\pm 44,43$), y subsidiado 44,85 días ($\pm 60,31$).

La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2024 fue: nacional 26 días (RIC: 14 - 51), contributivo 27 días (RIC: 13 - 52), y subsidiado 26 días (RIC: 14 - 51).

[Descargar figura](#)

Los esfuerzos para el acceso al primer tratamiento una vez confirmado el diagnóstico han alcanzado, en promedio, una disminución de 4 días comparado con el 2019. Durante los últimos periodos el cumplimiento de la meta para este indicador permanece lejano y persisten las diferencias entre los regímenes. Esto demuestra que se requieren nuevas estrategias para que los pacientes con cáncer de pulmón obtengan su primer tratamiento dentro de los primeros 30 días posteriores al diagnóstico.

Figura 7.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

Oportunidad de tratamiento: tiempo entre el diagnóstico histológico y el primer tratamiento.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 50,08 días ($\pm 43,21$), contributivo 51,49 días ($\pm 44,34$), y subsidiado 47,54 días ($\pm 41,76$).

La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 39 días (RIC: 17 - 70), contributivo 40 días (RIC: 19 - 75), y subsidiado 35 días (RIC: 15 - 66).

[Descargar figura](#)



En cuanto a los resultados de la gestión del riesgo según la región de residencia (**tabla 7.12**), para el 2024, la proporción de pacientes con cáncer de pulmón que al momento del diagnóstico se les realizó estudios morfológicos e inmunológicos, aumentó en un 24,50% con respecto al periodo anterior, así mismo la proporción de casos en estadios avanzados a los que se les identificó el biomarcador EGFR presentó un ligero incremento. Se resalta que en la población residente de la región Amazonía-Orinoquía fueron pocos los casos que se diagnosticaron con este tipo de neoplasia, a la totalidad de estos se les realizó el estudio de biomarcadores, pero no se encontraban en estadios tempranos de la enfermedad, razón por la cual algunos indicadores se muestran sin dato.

Por lo que corresponde a la oportunidad de tratamiento, en general se mantiene un desempeño intermedio en el país, con un comportamiento excepcional en la región Amazonía-Orinoquía, en donde el tiempo para acceder al primer tratamiento es menor, comparado con las demás regiones y el resultado nacional. No obstante, este resultado podría estar parcialmente relacionado con una mayor proporción de diagnósticos en estadios avanzados (III y IV), en los cuales el inicio del tratamiento tiende a ser más rápido.

Los resultados del abordaje multidisciplinario y la valoración de cuidados paliativos en estadios avanzados representan un llamado a mejorar el acceso a este tipo de manejo para los pacientes con cáncer de pulmón. En particular, si se tiene presente el bajo desempeño en estos indicadores con el alto porcentaje de casos diagnosticados en estadio IV. Es necesario trabajar en garantizar el acceso a estas atenciones, que están orientadas a mejorar la calidad de vida y los objetivos terapéuticos.

Tabla 7.12. Indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de pulmón según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	1.	2.	3.	4.	5.1.	6.1.	6.2.
	< 30 días		> 90%	> 20%	> 90%		
	≥ 30 a < 60 días		> 70 a ≤ 90%	> 14 a ≤ 20%	> 70 a ≤ 90%		
≥ 60 días	≤ 70%	≤ 14%	≤ 70%	Por definir	Por definir		
Amazonía-Orinoquía	● 67,25	77,78	● 100,00	● 0,00	● 85,71	Sin dato	Sin dato
Bogotá, D. C.	● 45,79	50,22	● 53,49	● 19,05	● 46,88	22,73	17,24
Caribe	● 48,66	71,88	● 56,70	● 11,97	● 50,85	11,76	11,76
Central	● 41,40	66,37	● 53,30	● 15,48	● 55,94	31,58	26,67
Oriental	● 42,63	60,32	● 62,26	● 3,23	● 51,39	100,00	100,00
Pacífica	● 35,37	69,43	● 61,96	● 11,80	● 52,03	23,08	17,65
Nacional	● 42,88	64,95	● 56,70	● 13,61	● 52,91	25,27	21,10

Tabla 7.12. Indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de pulmón según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024 (continuación)

Región	7.	8.	9.1.	9.2.	10.1.	10.2.
	< 30 días	> 90%	> 90%	> 90%		
	≥ 30 a < 60 días	> 70 a ≤ 90%	> 70 a ≤ 90%	> 70 a ≤ 90%		
≥ 60 días	≤ 70%	≤ 70%	≤ 70%	Por definir	Por definir	
Amazonía-Orinoquía	● 36,50	Sin dato	● 83,33	● 40,00	11,11	5,13
Bogotá, D. C.	● 52,28	● 68,75	● 52,29	● 38,77	20,18	6,15
Caribe	● 45,74	● 60,71	● 50,63	● 33,33	12,15	5,27
Central	● 53,12	● 52,78	● 63,14	● 40,28	14,59	4,55
Oriental	● 55,61	● 33,33	● 46,75	● 30,25	15,08	5,43
Pacífica	● 43,84	● 61,90	● 66,42	● 46,67	12,66	4,80
Nacional	● 50,08	● 58,33	● 58,27	● 38,67	14,70	5,11

Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia: Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con cáncer de pulmón en Colombia [en línea]. 2018. p. 1-98. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-pacientes-con-cancer-de-pulmon-en-colombia/>
2. Cuenta de Alto Costos (CAC). Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014 - 2022. Bogotá, D.C.; 2025. P.1-75. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/informe-especial-resultados-de-supervivencia-global-en-las-personas-atendidas-en-el-marco-del-sistema-de-salud-colombiano-y-notificadas-a-la-cuenta-de-alto-costo-2014-2022/>

8.

Melanoma



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

8.

RESUMEN infográfico

Melanoma

Periodo: del 2 de enero de 2023 al 1° de enero de 2024.

Morbimortalidad del melanoma



Se notificaron **621** casos nuevos invasivos,

lo que corresponde a una PCNR estandarizada de 1 caso nuevo por cada 100.000 habitantes (IC 95%: 0,9 - 1,1).



Ocupó el octavo lugar en número de casos nuevos entre los 11 tipos de cáncer priorizados.



Por régimen de afiliación: el PCNR fue más alto en el especial, mientras que la prevalencia y mortalidad lo fueron en el contributivo.

Caracterización de los casos nuevos de melanoma

La mediana de la edad fue de **64 años** (RIC: 53 - 73).



El 68,6% fueron de tipo invasivo, esta proporción fue mayor en el régimen subsidiado (80,9%).



De acuerdo con la estadificación clínica, el 38,4% de los casos fueron diagnosticados en los estadios I y II.



La cirugía fue la intervención terapéutica más frecuente y se realizó en el 63,5% de los casos nuevos, seguida de la terapia sistémica que fue administrada en el 12,4%.

Evaluación de la gestión del riesgo en los casos de melanoma cutáneo



Disminuyeron los tiempos entre la toma de la biopsia y la confirmación diagnóstica, tanto a nivel nacional como en todos los regímenes de afiliación.



Por segundo periodo consecutivo, se redujo el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

La estadificación TNM continúa siendo un reto en el ámbito nacional y en todas las regiones.



8. Melanoma

CIE10: C43 Y D03; CIE-O-3: C44

8.1. Morbimortalidad del melanoma

De los 11 tipos de cáncer priorizados, el melanoma ocupó el octavo lugar representando el 1,46% del total de los casos nuevos diagnosticados durante el periodo. Incluyendo tanto tumores *in situ* como invasivos, se reportaron 10.481 neoplasias de este tipo de cáncer, de las cuales el 8,64% (n= 905) correspondieron a CNR. En cuanto a la mortalidad, se registraron 558 defunciones por todas las causas.

Las medidas de morbimortalidad se calcularon incluyendo únicamente los casos invasivos y se presentan en la **tabla 8.1**.

Tabla 8.1. Medidas de frecuencia del melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Medida	Casos ¹	Medida cruda ^{2,3}	Medida estandarizada ²	IC 95% ⁴
PCNR	621	1,19	1,03	0,95 - 1,12
Prevalencia	7.180	13,75	11,84	11,57 - 12,12
Mortalidad ⁵	498	0,95	0,79	0,73 - 0,87

¹ Incluye todos los casos de melanoma invasivo reportados a la CAC.

² Informadas por cada 100.000 habitantes.

³ La población de referencia corresponde a la proyectada por el DANE para el año 2023.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

8.1.1. PCNR de melanoma según la región y la entidad territorial

La región del país con la PCNR estandarizada más elevada fue la Central con 1,90 casos nuevos por cada 100.000 habitantes, por el contrario, la más baja fue la Amazonía-Orinoquía con 0,30 diagnósticos nuevos (**tabla 8.2**). En cuanto a las entidades territoriales, la estimación más alta se observó en Antioquia y Risaralda, con 2,58 y 2,47 CNR respectivamente; entre tanto, aquellas con las cifras más bajas fueron Magdalena (0,14) y La Guajira (0,15). En siete departamentos no se reportaron casos nuevos en el periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 8.2. PCNR de melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	4	1.573.218	0,25	0,30	0,08 - 0,75
Bogotá, D. C.	112	7.907.281	1,42	1,18	0,98 - 1,43
Caribe	59	11.914.229	0,50	0,49	0,37 - 0,63
Central	290	12.401.914	2,34	1,90	1,68 - 2,13
Oriental	54	9.928.079	0,54	0,47	0,35 - 0,61
Pacífica	102	8.490.782	1,20	1,01	0,83 - 1,24
Nacional	621	52.215.503	1,19	1,03	0,95 - 1,12

¹ Incluye todos los casos de melanoma invasivo reportados a la CAC.

² Informadas por cada 100.000 habitantes.

³ Corresponde a la proyectada por el DANE para el año 2023.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

8.1.2. PCNR de melanoma según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

Como se observa en la **tabla 8.3**, en el régimen especial se registró la mayor PCNR para este tipo de cáncer. Al comparar por entidades, la medida más alta se presentó en la EPS046 con 3,28 casos nuevos por cada 100.000 afiliados. Por el contrario, la EAS027 con 0,19 casos nuevos reportó la más baja. En seis EAPB de los regímenes contributivo y subsidiado no se informaron casos nuevos.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 8.3. PCNR de melanoma según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	458	28.539.028	1,60	1,29	1,18 - 1,42
Subsidiado	140	20.477.162	0,68	0,58	0,49 - 0,69
Excepción	19	2.089.477	0,91	0,58	0,34 - 0,95
Especial	3	40.819	7,35	3,47	0,34 - 30,64
No asegurado	1	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de melanoma invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUa con corte al 30 de junio de 2023.

³ La PCNR informada por cada 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

8.1.3. Prevalencia del melanoma según la región y la entidad territorial

La región Central obtuvo la prevalencia estandarizada más alta con 18,67, seguida por Bogotá, D. C., con 17,77 casos por cada 100.000 habitantes. En contraste, la más baja se observó en la región Caribe con 3,46 (**tabla 8.4**). Los departamentos de Antioquia y Risaralda, que presentaron las PCNR más elevadas, también registraron los mayores valores de prevalencia en comparación con el resto de las entidades territoriales. Por su parte, en Vichada (1,21) y La Guajira (1,40) se encontraron las menores estimaciones. En todos los departamentos se notificaron casos de melanoma.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 8.4. Prevalencia del melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	75	1.573.218	4,77	5,70	4,48 - 7,15
Bogotá, D. C.	1.685	7.907.281	21,31	17,77	16,93 - 18,65
Caribe	419	11.914.229	3,52	3,46	3,14 - 3,81
Central	2.879	12.401.914	23,21	18,67	17,98 - 19,37
Oriental	1.061	9.928.079	10,69	8,98	8,45 - 9,55
Pacífica	1.061	8.490.782	12,50	10,28	9,66 - 10,92
Nacional	7.180	52.215.503	13,75	11,84	11,57 - 12,12

¹ Incluye todos los casos de melanoma invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



8.1.4. Prevalencia del melanoma según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

El régimen contributivo presentó una medida estandarizada mayor al régimen subsidiado (**tabla 8.5**). Entre las EAPB, se observó una prevalencia superior en la EAS016 con 150,42 casos; por su parte, las más bajas se presentaron en la EPSI04 con 1,45 y la EPSI01 con 1,58 casos por cada 100.000 afiliados. La EPS047 no notificó casos prevalentes en el periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 8.5. Prevalencia del melanoma según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Regimén	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	5.117	28.539.028	17,93	14,29	13,90 - 14,69
Subsidiado	1.703	20.477.162	8,32	6,84	6,51 - 7,18
Excepción	339	2.089.477	16,22	10,37	9,26 - 11,59
Especial	15	40.819	36,75	13,82	6,30 - 40,58
No asegurado	6	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de melanoma invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.

IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

8.1.5. Mortalidad en las personas con melanoma según la región y la entidad territorial

En la cohorte, la mortalidad general estandarizada tuvo un comportamiento similar entre las regiones, no obstante, la más alta se observó en la Central con 1,09 muertes por cada 100.000 habitantes y la más baja en la Caribe con 0,39 fallecimientos (**tabla 8.6**). Las entidades territoriales con las mayores tasas de mortalidad por todas las causas fueron Amazonas (1,88) y Antioquia (1,37). Entre tanto, las más bajas se estimaron en La Guajira y Cesar con 0,15 y 0,25, respectivamente. En los departamentos de Caquetá, San Andrés, providencia y Santa Catalina, Vaupés, Vichada y Guainía, no se reportaron defunciones en habitantes con esta neoplasia durante el periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 8.6. Mortalidad general del melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Casos ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	10	1.573.218	0,64	0,78	0,37 - 1,43
Bogotá, D. C.	103	7.907.281	1,30	1,08	0,88 - 1,31
Caribe	48	11.914.229	0,40	0,39	0,29 - 0,52
Central	177	12.401.914	1,43	1,09	0,93 - 1,26
Oriental	79	9.928.079	0,80	0,64	0,51 - 0,80
Pacífica	81	8.490.782	0,95	0,74	0,59 - 0,93
Nacional	498	52.215.503	0,95	0,79	0,73 - 0,87

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con melanoma invasivo reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La mortalidad es informada por cada 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



8.2. Caracterización de los casos nuevos de melanoma

8.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de melanoma

En la **tabla 8.8** se presenta la caracterización general de los casos nuevos de melanoma reportados en el periodo según el régimen del aseguramiento. En el total de casos diagnosticados durante el periodo, el 54,36% fueron diagnósticos en mujeres, la mediana de la edad fue de 64 años y el 45,30% residía en la región Central.

Aunque la mayoría de los CNR (76,46%) se encontraban en el régimen contributivo, en todos los regímenes la mayor proporción de casos diagnosticados se presentó en las mujeres; así mismo, en gran parte de los grupos del aseguramiento la región con mayor concentración fue la Central.

Dentro de la población no afiliada, fue diagnosticado un caso en un hombre residente en la región Oriental.

Tabla 8.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de melanoma reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 905 (100,00%)
	Contributivo n= 692 (76,46%)	Subsidiado n= 173 (19,12%)	Excepción n= 35 (3,87%)	Especial n= 4 (0,44%)	
Sexo					
Femenino	372 (53,76)	100 (57,80)	18 (51,43)	2 (50,00)	492 (54,36)
Masculino	320 (46,24)	73 (42,20)	17 (48,57)	2 (50,00)	413 (45,64)
Edad	63 (52 - 72)	66 (56 - 75)	65 (54 - 76)	60 (46 - 72)	64 (53 - 73)
Etnia					
Ninguna	687 (99,28)	165 (95,38)	35 (100,00)	4 (100,00)	892 (98,56)
Indígena	0 (0,00)	8 (4,62)	0 (0,00)	0 (0,00)	8 (0,88)
Negro	4 (0,58)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,44)
Otra ³	1 (0,14)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,11)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	1 (0,14)	3 (1,73)	1 (2,86)	0 (0,00)	5 (0,55)
Bogotá, D. C.	177 (25,58)	12 (6,94)	15 (42,86)	0 (0,00)	204 (22,54)
Caribe	26 (3,76)	38 (21,97)	2 (5,71)	0 (0,00)	66 (7,29)
Central	342 (49,42)	56 (32,37)	9 (25,71)	3 (75,00)	410 (45,30)
Oriental	53 (7,66)	27 (15,61)	4 (11,43)	0 (0,00)	85 (9,39)
Pacífica	93 (13,44)	37 (21,39)	4 (11,43)	1 (25,00)	135 (14,92)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, en la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso reportado como población no asegurada.

³ Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

8.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de melanoma

La **tabla 8.9** describe las características clínicas de los casos nuevos según su afiliación al sistema de salud. El porcentaje de los casos invasivos, determinado con el código CIE-10 D030 - D039, fue del 68,62%, siendo mayor en el régimen subsidiado. Por otra parte, la estadificación TNM se reportó en el 73,59% de los CN, con una proporción mayor en los regímenes subsidiado y especial, en ese orden.

Teniendo en cuenta únicamente los casos con reporte de estadificación según la clasificación TNM, la mayoría fueron diagnosticados como tumores *in situ* (44,59%). Este comportamiento fue diferente al observado en otros tipos de cáncer priorizados como pulmón, estómago o colon. El régimen de excepción presentó el porcentaje más alto de casos estadificados *in situ* con el 57,69%.

Es importante tener en cuenta que la cantidad de casos de clasificación *in situ* sea coherente con la codificación CIE-10 y la estadificación TNM; sin embargo, persisten discrepancias en el registro. Para el 2024, se identificaron 13 neoplasias estadificadas como *in situ* al momento del diagnóstico, cuya clasificación CIE-10 no correspondía con dicho estadio. Lo anterior resalta la necesidad de continuar fortaleciendo la calidad del registro del estadio clínico y su adecuada consignación en la historia clínica, dado su papel fundamental en la toma de decisiones terapéuticas y en el pronóstico de la enfermedad.

Según el régimen de afiliación, la mayoría de los casos fueron diagnosticados en estadios *in situ* y I, a excepción del subsidiado, donde los estadios con mayor porcentaje fueron *in situ* y II. El melanoma es una neoplasia de comportamiento agresivo, incluso en sus etapas tempranas. Por esta razón es de vital importancia la detección temprana, con el fin de lograr mejores desenlaces en esta población.

Tabla 8.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de melanoma reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 905 (100,00%)
	Contributivo n= 692 (76,46%)	Subsidiado n= 173 (19,12%)	Excepción n= 35 (3,87%)	Especial n= 4 (0,44%)	
Extensión³					
<i>In situ</i>	234 (33,82)	33 (19,08)	16 (45,71)	1 (25,00)	284 (31,38)
Invasivo	458 (66,18)	140 (80,92)	19 (54,29)	3 (75,00)	621 (68,62)
Estadificación (sí)⁴	527 (76,16)	112 (64,74)	26 (74,29)	1 (25,00)	666 (73,59)
Estadio al diagnóstico^{4,5}					
<i>In situ</i>	248 (47,06)	33 (29,46)	15 (57,69)	1 (100,00)	297 (44,59)
I	117 (22,20)	16 (14,29)	7 (26,92)	0 (0,00)	140 (21,02)
II	88 (16,70)	25 (22,32)	3 (11,54)	0 (0,00)	116 (17,42)
III	44 (8,35)	18 (16,07)	0 (0,00)	0 (0,00)	62 (9,31)
IV	30 (5,69)	20 (17,86)	1 (3,85)	0 (0,00)	51 (7,66)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables.

² Para los valores totales se tienen en cuenta un caso reportado como población no asegurada.

³ Definida según el código CIE-10.

⁴ Definida según la clasificación TNM.

⁵ Incluye los casos nuevos de melanoma que fueron estadificados.

8.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de melanoma

Durante el periodo de análisis, la cirugía fue la intervención más frecuente con el 63,54% de los casos nuevos, y la mayor proporción de casos intervenidos quirúrgicamente, se encontraban en estadio *in situ* o I. Las terapias sistémicas fueron el segundo tratamiento con mayor indicación (12,38%), en este tipo de manejo fue común que, a medida que avanzaba el estadio de la enfermedad, aumentara el número de personas que recibieron quimioterapia.

Por su parte, tan solo 33 casos fueron sometidos a radioterapia, con mayor administración en aquellos en estadio IV. Los datos que se presentan en la **tabla 8.10** no son excluyentes entre los diferentes tipos de tratamientos, es decir, un caso pudo notificar que fue intervenido quirúrgicamente y recibió radioterapia y/o terapias sistémicas.

Dentro de los casos nuevos el 69,61% (n= 630) accedió a algún tipo de tratamiento durante el periodo, mientras que el 30,39% (n= 275) no recibió ningún manejo.



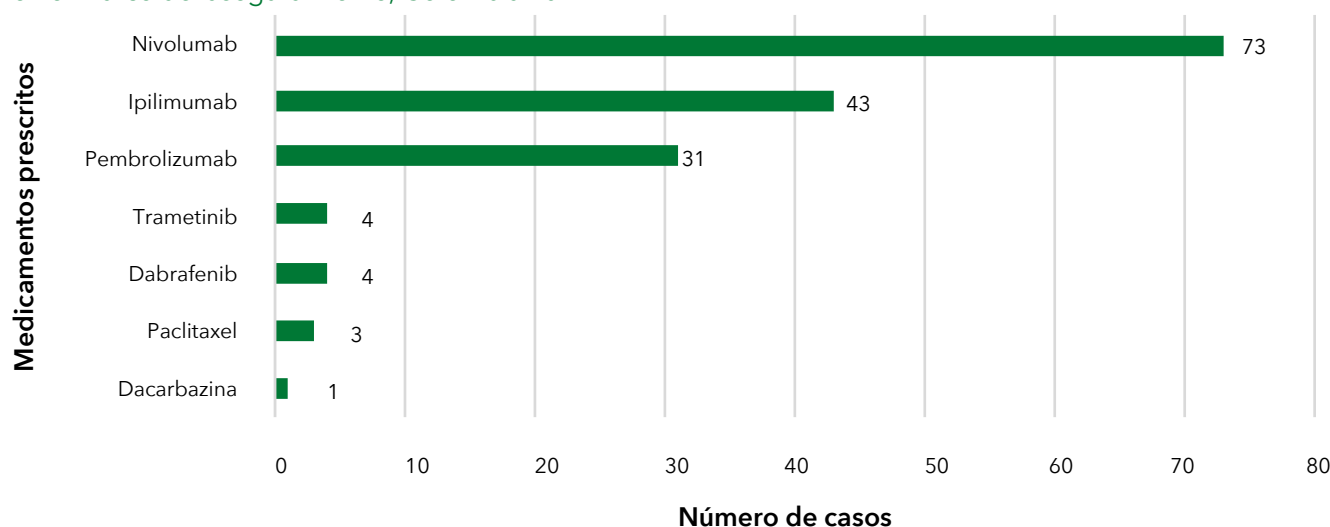
Tabla 8.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de melanoma según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Tratamiento	Estadio al diagnóstico						Total
	<i>In situ</i>	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	Desconocido	n (%)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Terapia sistémica ¹	0 (0,00)	9 (8,04)	22 (19,64)	32 (28,57)	33 (29,46)	16 (14,29)	112 (100,00)
Cirugía	188 (32,70)	118 (20,52)	87 (15,13)	47 (8,17)	15 (2,61)	120 (20,87)	575 (100,00)
Radioterapia	2 (6,06)	0 (0,00)	4 (12,12)	7 (21,21)	12 (36,36)	8 (24,24)	33 (100,00)

¹ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

La **figura 8.2** presenta los medicamentos administrados a las personas con diagnóstico reciente de melanoma. En este tipo de cáncer, dentro de la terapia sistémica, la inmunoterapia fue la modalidad más frecuentemente iniciada en los casos nuevos. Los principios activos con mayor frecuencia de administración fueron los anticuerpos monoclonales nivolumab, ipilimumab y pembrolizumab, seguidos por los inhibidores de la proteína quinasa, trametinib y dabrafenib.

Figura 8.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2024



Incluye cáncer *in situ* e invasivo y todas las edades.

[Descargar figura](#)

8.3. Caracterización de los casos prevalentes de melanoma

La **tabla 8.11** presenta una caracterización general de los casos prevalentes de melanoma informados en el periodo, según el régimen del aseguramiento. Más de la mitad de los casos se presentaron en mujeres; cerca del 1% correspondió a personas indígenas y afrocolombianas. La mayoría residía en la región Central, seguida por Bogotá, D. C., y la mediana de la edad en los casos prevalentes fue de 65 años.

Entre los regímenes, a excepción del especial, la mayor proporción de estos tumores se presentó en mujeres y la región de residencia con mayor concentración fue la Central. En el régimen especial, los casos se distribuyeron por igual entre ambos sexos y la mediana de la edad fue superior en comparación con el resto de los regímenes de afiliación.

Los 7 casos de la población no asegurada no pertenecen a ninguna etnia, tenían una mediana de la edad de 57 años, el 71,43% eran hombres y la mayoría residían en la región Central (57,14%).

Tabla 8.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de melanoma según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 10.481 (100,00%)
	Contributivo n= 7.831 (74,72%)	Subsidiado n= 2.170 (20,70%)	Excepción n= 441 (4,21%)	Especial n= 32 (0,31%)	
Sexo					
Femenino	4.681 (59,78)	1.401 (64,56)	232 (52,61)	16 (50,00)	6.332 (60,41)
Masculino	3.150 (40,22)	769 (35,44)	209 (47,39)	16 (50,00)	4.149 (39,59)
Edad	65 (53 - 75)	67 (56 - 77)	68 (58 - 76)	72 (61 - 77)	65 (54 - 76)
Etnia					
Ninguna	7.774 (99,27)	2.097 (96,64)	434 (98,41)	32 (100,00)	10.344 (98,69)
Indígena	4 (0,05)	54 (2,49)	0 (0,00)	0 (0,00)	58 (0,55)
Negro	48 (0,61)	16 (0,74)	6 (1,36)	0 (0,00)	70 (0,67)
Otra ³	5 (0,06)	3 (0,14)	1 (0,23)	0 (0,00)	9 (0,09)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	22 (0,28)	67 (3,09)	8 (1,81)	0 (0,00)	97 (0,93)
Bogotá, D. C.	2.404 (30,70)	259 (11,94)	117 (26,53)	4 (12,50)	2.786 (26,58)
Caribe	229 (2,92)	274 (12,63)	46 (10,43)	0 (0,00)	549 (5,24)
Central	3.064 (39,13)	843 (38,85)	138 (31,29)	21 (65,63)	4.070 (38,83)
Oriental	1.143 (14,60)	336 (15,48)	78 (17,69)	2 (6,25)	1.560 (14,88)
Pacífica	969 (12,37)	391 (18,02)	54 (12,24)	5 (15,63)	1.419 (13,54)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, en la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tienen en cuenta siete casos reportados como población no asegurada.

³ Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

8.4. Indicadores de la gestión del riesgo en melanoma

Los siguientes son los indicadores prioritarios para la medición, la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y de los prestadores en las personas con melanoma en Colombia (1):

1. Tiempo en que los pacientes con lesión sospechosa de melanoma son remitidos desde la atención primaria al dermatólogo/a u otro especialista competente en el tratamiento que define la conducta.
2. Tiempo entre la sospecha por médico general u otro profesional de la salud (remisión) ante la aparición de la lesión sospechosa de melanoma y la realización de la biopsia diagnóstica.
3. Tiempo entre la toma de biopsia diagnóstica y la confirmación diagnóstica de melanoma.
4. Tiempo entre el diagnóstico histológico y el primer tratamiento.
5. Proporción de pacientes con biopsia por escisión.
6. Proporción de pacientes con informe histopatológico completo en el espécimen quirúrgico.
7. Proporción de pacientes con biopsia selectiva de ganglio centinela.
8. Proporción de pacientes con melanoma cutáneo con estadificación TNM.
9. Proporción de pacientes con melanoma cutáneo *in situ*.
10. Proporción de pacientes con melanoma cutáneo en estadios tempranos (I y II).
11. Proporción de pacientes con márgenes quirúrgicos adecuados de acuerdo al tamaño tumoral (margen quirúrgico histopatológico) en melanoma temprano.
- 12.1. Proporción de pacientes con diagnóstico de melanoma que reciben tratamiento adyuvante para enfermedad temprana estadios IIC y III.



- 12.2. Proporción de pacientes con diagnóstico de melanoma que reciben tratamiento adyuvante para enfermedad avanzada estadio IV.
- 13.1. Proporción de pacientes con diagnóstico de melanoma que reciben radioterapia como tratamiento adyuvante para enfermedad en estadio III.
- 13.2. Proporción de pacientes con diagnóstico de melanoma que reciben radioterapia como tratamiento paliativo para enfermedad en estadio IV.
14. Proporción de pacientes que suspenden la terapia sistémica.
15. Proporción de pacientes con diagnóstico de melanoma en estadios III y IV a quienes se les realizó BRAF.
16. Proporción de pacientes incluidos en programas de cuidados paliativos (estadio IV).
17. Supervivencia global a 5 años.

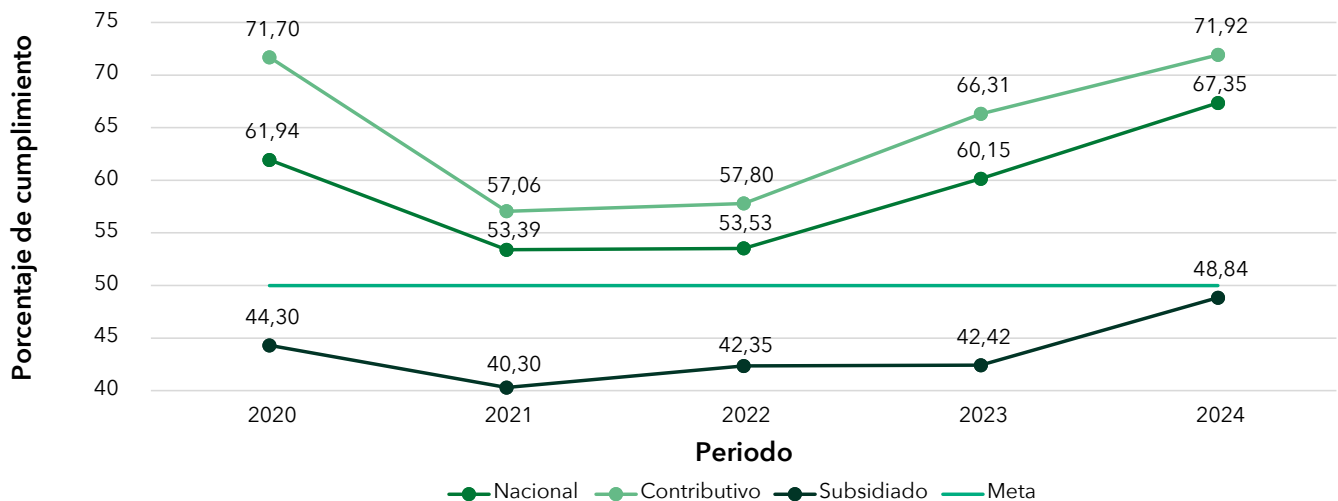
Los indicadores 6, 7 y 11 no se estimaron para este periodo debido a que no se cuenta con las variables necesarias para su medición, según lo establecido en la Resolución 0247 de 2014. Es importante señalar que los resultados más recientes del indicador 17 se presentaron en el informe especial "[Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo 2014 - 2022](#)" (2).



Puede consultar los datos de la gestión del riesgo con una mayor desagregación ingresando a **HIGIA**.

En los últimos dos periodos, la detección temprana de los casos nuevos de melanoma ha ido incrementando, logrando un alto desempeño en el país. Sin embargo, se observa que los resultados entre los regímenes presentan una brecha en el diagnóstico temprano, con un desempeño superior en el contributivo (**figura 8.3**). Se requieren mayores esfuerzos en el régimen subsidiado para lograr el cumplimiento de la meta para este indicador.

Figura 8.3. Tendencia de la proporción de los casos nuevos de melanoma en estadios I y II al momento del diagnóstico en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



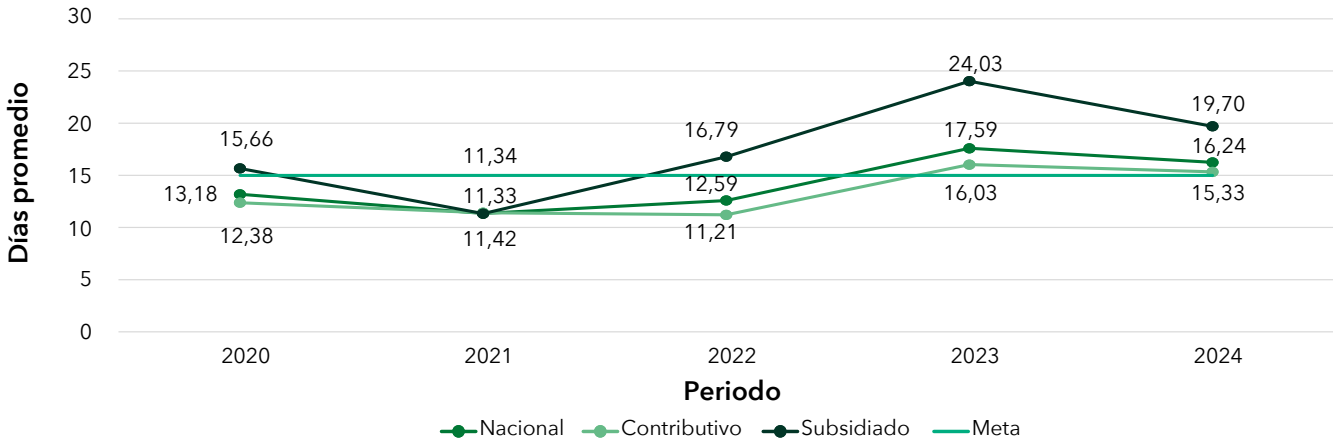
Detección temprana: incluye estadios I y II.

[Descargar figura](#)

Por otro lado, en la **figura 8.4** se observa que para 2024 se presentó una mejora en el tiempo transcurrido entre la sospecha y la confirmación del diagnóstico. No obstante, no fue suficiente para alcanzar las metas establecidas. Al analizar por régimen, se identifican diferencias en la oportunidad diagnóstica, siendo más prolongado en el régimen subsidiado. Sin embargo, la brecha frente al régimen contributivo es menor que en

el periodo anterior. Estos hallazgos destacan la importancia de identificar las barreras que generan la diferencia en los tiempos de atención para definir rutas de acción.

Figura 8.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Incluye el cáncer *in situ* e invasivo.

Oportunidad del diagnóstico: tiempo entre la toma de la biopsia y la confirmación diagnóstica.

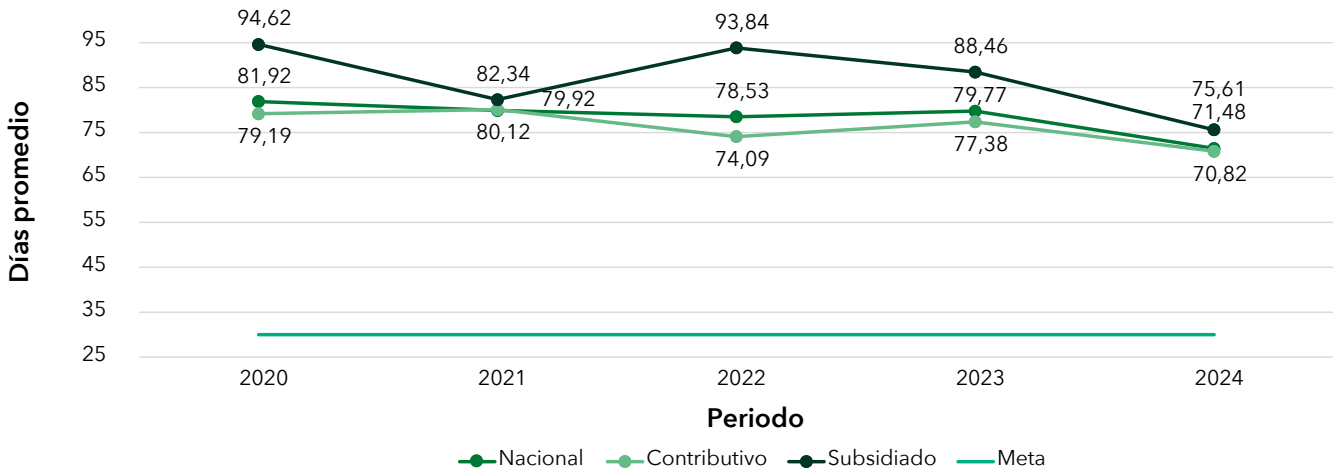
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2024 fue: nacional 16,24 días ($\pm 20,93$), contributivo 15,33 días ($\pm 21,18$), y subsidiado 19,70 días ($\pm 21,23$).

La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2024 fue: nacional 12 días (RIC: 7 - 20), contributivo 12 días (RIC: 7 - 19), y subsidiado 14 días (RIC: 9 - 23).

[Descargar figura](#)

En cuanto al acceso al tratamiento, para el 2024 se observó una reducción promedio de ocho días, por lo que alcanzó un desempeño superior al estimado en los últimos cinco periodos. Así mismo, a diferencia del indicador de oportunidad diagnóstica, la brecha entre los diferentes regímenes de afiliación fue menos marcada (figura 8.5), lo que sugiere avances en la equidad del inicio terapéutico.

Figura 8.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Incluye el cáncer *in situ* e invasivo.

Oportunidad del tratamiento: tiempo entre el diagnóstico histológico y el primer tratamiento.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 71,48 días ($\pm 49,97$), contributivo 70,82 días ($\pm 48,38$), y subsidiado 75,61 días ($\pm 56,23$).

La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 63 días (RIC: 36 - 92), contributivo 63 días (RIC: 37 - 91), y subsidiado 63 días (RIC: 33 - 106).

[Descargar figura](#)



En la **tabla 8.12** se presentan los resultados de la gestión del riesgo según la región de residencia. Con respecto a las oportunidades, se presentó un mejor desempeño en la confirmación del diagnóstico y el tiempo entre la remisión y la realización de la biopsia en los residentes en Bogotá, D. C. Por su parte, las regiones con el menor porcentaje de casos nuevos *in situ* fueron la Caribe y Amazonía-Orinoquía con un desempeño inferior al resto del país.

Se resalta que un mayor porcentaje de casos diagnosticados en estadio IV, accedió a los cuidados paliativos en las regiones Oriental y Pacífica y que en la Amazonía-Orinoquía, Central y Pacífica, fue mayor la proporción de pacientes con diagnóstico de melanoma que recibieron tratamiento adyuvante para la enfermedad temprana (estadios IIC y III).

Tabla 8.12. Indicadores de la gestión del riesgo en melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	1.	2.	3.	4.	5.	8.	9.	10.
	≤ 60 días	≤ 30 días	≤ 15 días	≤ 30 días	> 90%	> 90%	> 25%	> 50%
	61 a 89 días	31 a 44 días	16 a 29 días	31 a 44 días	> 80 - 90%	> 80 - 90%	> 15 - 25%	> 40 - 50%
	≥ 90 días	≥ 45 días	≥ 30 días	≥ 45 días	≤ 80%	≤ 80%	≤ 15%	≤ 40%
Amazonía-Orinoquía	● 75,00	● 38,33	● 20,33	● 69,00	● 0,00	● 80,00	● 25,00	● 33,33
Bogotá, D. C.	● 65,58	● 17,15	● 13,98	● 75,73	● 17,16	● 76,96	● 58,60	● 72,31
Caribe	● 73,33	● 25,05	● 19,06	● 66,08	● 28,79	● 74,24	● 16,33	● 48,78
Central	● 63,88	● 12,05	● 16,60	● 67,70	● 23,66	● 78,78	● 39,63	● 73,33
Oriental	● 60,72	● 20,75	● 15,84	● 84,34	● 24,71	● 71,76	● 54,10	● 53,57
Pacífica	● 81,73	● 34,02	● 17,06	● 75,21	● 20,00	● 68,15	● 38,04	● 63,16
Nacional	● 67,78	● 18,52	● 16,24	● 71,48	● 21,99	● 75,80	● 43,29	● 67,35

Tabla 8.12. Indicadores de la gestión del riesgo en melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024 (continuación)

Región	12. 1.	12. 2.	13. 1.	13. 2.	14.	15.	16.
	> 60%	> 60%	> 20%	> 20%	≤ 10%	> 90%	> 80%
	> 40 - 60%	> 40 - 60%	> 15 - 20%	> 15 - 20%	> 10 - 19%	> 70 - 90%	> 60 - 80%
	≤ 40 %	≤ 40 %	≤ 15%	≤ 15%	≥ 20%	≤ 70%	≤ 60%
Amazonía-Orinoquía	● 100,00	● 100,00	● 0,00	● 100,00	● 0,00	● 0,00	● 0,00
Bogotá, D.C.	● 28,57	● 70,00	● 0,00	● 10,00	● 0,00	● 22,22	● 30,00
Caribe	● 38,46	● 72,73	● 20,00	● 27,27	● 0,00	● 23,81	● 54,55
Central	● 42,59	● 53,85	● 10,26	● 23,08	● 0,00	● 36,54	● 46,15
Oriental	● 27,27	● 66,67	● 0,00	● 0,00	● 0,00	● 30,77	● 66,67
Pacífica	● 42,86	● 61,54	● 25,00	● 30,77	● 0,00	● 28,57	● 76,92
Nacional	● 39,25	● 64,71	● 10,53	● 23,53	● 0,00	● 29,92	● 52,94

Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia para la definición de indicadores de gestión del riesgo en pacientes con melanoma cutáneo en Colombia [en línea] 2020. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-para-la-definicion-de-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-pacientes-con-melanoma-cutaneo-en-colombia/>
2. Cuenta de Alto Costos (CAC). Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014 - 2022. Bogotá, D.C.; 2025. P.1-75. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/informe-especial-resultados-de-supervivencia-global-en-las-personas-atendidas-en-el-marco-del-sistema-de-salud-colombiano-y-notificadas-a-la-cuenta-de-alto-costo-2014-2022/>

9.

Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población adulta



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

9.

RESUMEN infográfico

Linfoma no Hodgkin en la población adulta

Periodo: del 2 de enero de 2023 al 1° de enero de 2024.

Morbimortalidad del LNH



La PCNR estandarizada fue de **4 casos nuevos**

por cada 100.000 habitantes de 18 años o más (IC 95%: 3,9 - 4,2).



Ocupó el sexto lugar en términos de frecuencia entre los 11 tipos de cáncer priorizados, representando el 5,4% de los CNR en la población adulta.



La mortalidad general estandarizada fue de 3 fallecimientos por 100.000 habitantes de 18 años o más (IC 95%: 3,1 - 3,5).

Caracterización de los casos nuevos de LNH

La mediana de la edad fue de

63 años
(RIC: 52 - 72).



En el ámbito nacional, el 64,2% de los casos contó con la estadificación de Lugano; esta proporción fue similar en los regímenes contributivo y subsidiado.



En 2024, se documentó una disminución del 10,6% en la clasificación del riesgo con respecto al periodo previo.



El 23,0% de los casos se clasificó en riesgo alto. Esta proporción fue mayor en el régimen subsidiado (30,4%).

Evaluación de la gestión del riesgo en los casos de LNH



Durante el periodo actual, se identificó una disminución en el promedio de días entre la toma de biopsia y la confirmación diagnóstica tanto en el país como en el régimen contributivo.



Desde el año 2021, se ha observado una mejora progresiva en la oportunidad para el tratamiento. En el periodo evaluado, se alcanzaron los mejores resultados registrados tanto a nivel nacional como en los distintos regímenes de aseguramiento.

En la mayoría de las regiones del país se

logró la meta

en el indicador que evalúa los casos en estadios avanzados que recibieron manejo por

cuidados paliativos.

9. Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población adulta

CIE10: C82-C86, C88.4, C96; CIE-O-3: C42-C77

9.1. Morbimortalidad del LNH en la población adulta

La información consignada en este capítulo corresponde exclusivamente a las personas con 18 años o más; los datos correspondientes a los menores de 18 años se describen en el libro dedicado a la situación del cáncer en la población pediátrica. Dicho esto, entre los 11 tipos de cáncer priorizados, el LNH ocupó el sexto lugar de frecuencia y representa el 5,38% de los casos nuevos. En el periodo se reportaron 23.033 adultos con LNH, 1.662 CNR y 1.409 muertes (**tabla 9.1**).

Tabla 9.1. Medidas de frecuencia del LNH en adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	1.662	4,35	4,05	3,86 - 4,25
Prevalencia	23.033	60,30	56,37	55,64 - 57,10
Mortalidad ⁵	1.409	3,69	3,31	3,14 - 3,49

¹ Incluye todos los casos de LNH en los adultos reportados a la CAC.

² Informadas por cada 100.000 habitantes de 18 años o más.

³ Población de referencia correspondiente a las proyecciones del DANE para el año 2023.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

9.1.1. PCNR del LNH en la población adulta según la región y la entidad territorial

En la ciudad de Bogotá, D. C., se presentó la PCNR estandarizada más elevada con 6,06 casos nuevos por cada 100.000 adultos, mientras la más baja se observó en la región Amazonía-Orinoquía con 1,96 (**tabla 9.2**). Las entidades territoriales con la PCNR más alta, excluyendo a Bogotá, D. C., fueron San Andrés, Providencia y Santa Catalina (7,32) y Nariño (5,13), y las más bajas se presentaron en Quindío (1,00) y Chocó (1,15). En los departamentos de Guainía, Guaviare y Vaupés no se reportaron casos nuevos en el periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 9.2. PCNR del LNH en adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	18	1.043.016	1,73	1,96	1,16 - 3,10
Bogotá, D. C.	395	6.196.825	6,37	6,06	5,48 - 6,69
Caribe	276	8.206.623	3,36	3,34	2,96 - 3,76
Central	399	9.298.891	4,29	3,79	3,43 - 4,19
Oriental	272	7.298.585	3,73	3,41	3,01 - 3,84
Pacífica	302	6.151.298	4,91	4,40	3,91 - 4,93
Nacional	1.662	38.195.238	4,35	4,05	3,86 - 4,25

¹ Incluye todos los casos nuevos de LNH en adultos reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La PCNR es informada por cada 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.



9.1.2. PCNR del LNH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La PCNR fue mayor en el régimen contributivo con 4,54 casos nuevos por 100.000 afiliados (**tabla 9.3**). Al comparar entre las entidades aseguradoras, las medidas más altas se observaron en la EPS047, la EPS046 y la EPS012 con 68,63, 16,01 y 14,53, respectivamente. Por otra parte, las más bajas se estimaron en la ESPI01 con 0,87 y la CCF050 con 0,95 casos nuevos. Las entidades EPS025 y EAS027 no reportaron casos nuevos en el periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 9.3. PCNR del LNH en adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	1.104	22.301.960	4,95	4,54	4,27 - 4,82
Subsidiado	474	14.438.159	3,28	2,96	2,70 - 3,24
Excepción	79	1.624.125	4,86	3,66	2,87 - 4,61
Especial	4	36.593	10,93	1,97	0,53 - 32,75
No asegurado	1	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de LNH en adultos reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La PCNR es informada por cada 100.000 afiliados de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

9.1.3. Prevalencia del LNH en la población adulta según la región y la entidad territorial

Similar al comportamiento en la PCNR, Bogotá, D. C., fue la región con la prevalencia más alta con 91,88 casos por cada 100.000 adultos (**tabla 9.4**). Los departamentos de Antioquia (78,03), Amazonas (69,13) y Risaralda (68,79) tuvieron las mayores prevalencias, mientras que Guainía (5,79), Chocó (14,90) y Vaupés (18,17) presentaron las más bajas.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 9.4. Prevalencia del LNH en adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	266	1.043.016	25,50	28,03	24,74 - 31,64
Bogotá, D. C.	5.942	6.196.825	95,89	91,88	89,55 - 94,26
Caribe	2.792	8.206.623	34,02	33,76	32,52 - 35,04
Central	6.839	9.298.891	73,55	66,00	64,43 - 67,60
Oriental	3.643	7.298.585	49,91	46,20	44,70 - 47,73
Pacífica	3.551	6.151.298	57,73	51,96	50,25 - 53,72
Nacional	23.033	38.195.238	60,30	56,37	55,64 - 57,10

¹ Incluye todos los casos de LNH en adultos reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024

Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población adulta

www.cuipnabecolombia.org

9.1.4. Prevalencia del LNH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada fue significativamente mayor en el régimen especial comparado con los otros grupos del aseguramiento (**tabla 9.5**). Entre las entidades, las estimaciones más altas se observaron en la EPS001 con 139,96 y la EAS016 con 108,82 casos por 100.000 adultos afiliados. Por otra parte, las prevalencias más bajas se presentaron en la EPSI04, la CCF102 y la CCF033, con 10,24, 12,39 y 12,68 eventos, respectivamente. Todas las entidades de los regímenes contributivo y subsidiado reportaron casos prevalentes en el periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 9.5. Prevalencia del LNH en adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	16.759	22.301.960	75,15	69,39	68,34 - 70,46
Subsidiado	4.987	14.438.159	34,54	31,37	30,49 - 32,26
Excepción	1.192	1.624.125	73,39	56,05	52,76 - 59,49
Especial	65	36.593	177,63	99,77	55,74 - 165,59
No asegurado	30	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de LNH en adultos reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 afiliados de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.

IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

9.1.5. Mortalidad del LNH en la población adulta según la región y la entidad territorial

La mortalidad general estandarizada más alta se observó en Bogotá, D. C., con 4,85 muertes por cada 100.000 adultos, por su parte, la región Oriental presentó la más baja con 2,55 fallecimientos (**tabla 9.6**). El departamento con la mayor tasa de mortalidad fue Risaralda con 5,50, mientras que La Guajira (1,11), Tolima (1,18) y Magdalena (1,55) presentaron las más bajas. En los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés no se reportaron defunciones en pacientes con este tipo de linfoma en el periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 9.6. Mortalidad general del LNH en adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	24	1.043.016	2,30	2,64	1,69 - 3,93
Bogotá, D. C.	317	6.196.825	5,12	4,85	4,33 - 5,42
Caribe	203	8.206.623	2,47	2,43	2,11 - 2,79
Central	422	9.298.891	4,54	3,81	3,45 - 4,20
Oriental	211	7.298.585	2,89	2,55	2,22 - 2,92
Pacífica	232	6.151.298	3,77	3,13	2,74 - 3,57
Nacional	1.409	38.195.238	3,69	3,31	3,14 - 3,49

¹ Incluye las muertes por todas las causas en adultos con LNH reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La mortalidad es informada por cada 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



9.1.6. Mortalidad del LNH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad general estandarizada fue mayor en el régimen especial con 3,87 defunciones más comparado con el contributivo (**tabla 9.7**). El comportamiento en las entidades registró una mortalidad superior en al EPS001 con 6,91 fallecidos por cada 100.000 afiliados, por el contrario, las más bajas se calcularon para la EAS027 y la CCF050 con 0,42 y 0,95, en ese orden. La EPSI06, la EPS047 y la EAS016 no reportaron fallecidos en el periodo.

La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 9.7. Mortalidad general del LNH en adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	920	22.301.960	4,13	3,63	3,40 - 3,87
Subsidiado	413	14.438.159	2,86	2,42	2,19 - 2,67
Excepción	62	1.624.125	3,82	2,67	2,03 - 3,47
Especial	12	36.593	32,79	7,50	3,78 - 36,65
No asegurado	2	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes por todas las causas en adultos con LNH reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La mortalidad es informada por cada 100.000 afiliados de 18 años o más.

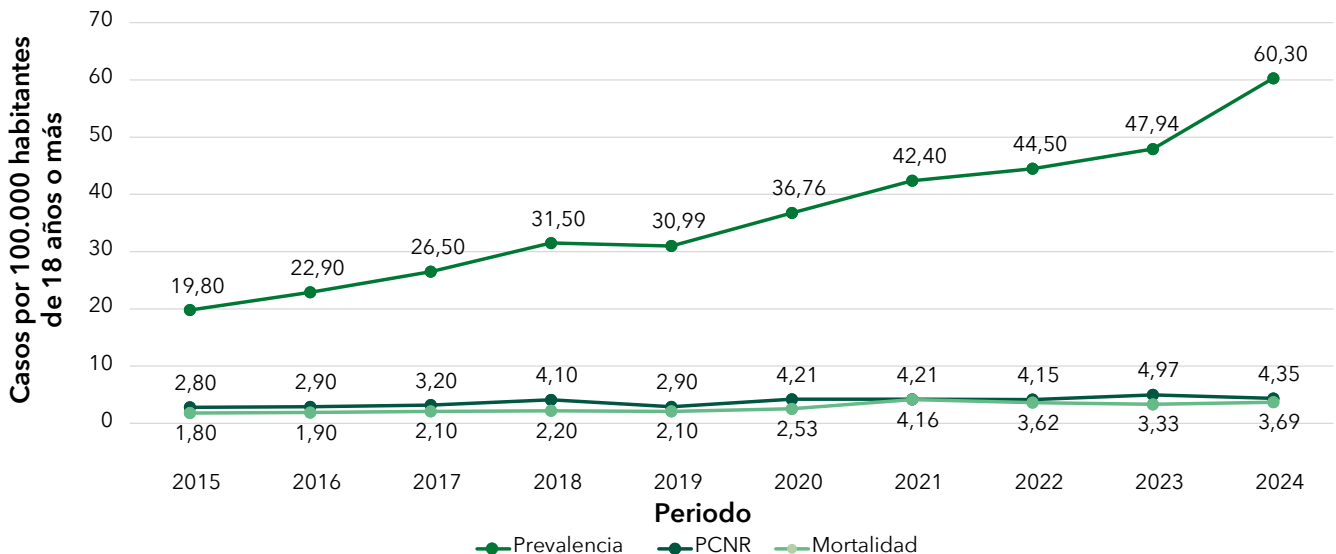
⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados. **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

9.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LNH en el aseguramiento en Colombia

En la **figura 9.1** se visualiza la tendencia de la morbilidad del LNH en los adultos. La prevalencia de este tipo de linfomas en la población adulta aumentó en un 25,78% con respecto al periodo anterior, alcanzando el valor más alto desde el inicio del reporte de casos a la CAC. Entre tanto la PCNR se ha mantenido durante los últimos 5 años, entre los 4 a 5 casos por 100.000 habitantes de 18 o más años. Con respecto a la mortalidad, se observó un incremento del 10,81% en el 2024, que contrasta con el descenso entre el 2024 y 2023 (-8,01%).

Figura 9.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la población adulta con LNH en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2024



Incluye los casos de LNH en la población adulta.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por cada 100.000 habitantes de 18 años o más.

Mortalidad: corresponde al número de casos fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)

9.2. Caracterización de los casos nuevos de LNH en la población adulta

9.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LNH

A continuación, la **tabla 9.8** presenta la caracterización general de los casos nuevos de LNH reportados en el periodo según el régimen de afiliación. En los CN de este tipo de linfoma el 51,93% eran hombres, la mediana de la edad fue de 63 años, la mayoría estaban afiliados al régimen contributivo y las regiones con mayor concentración fueron la Central y Bogotá, D. C.

A diferencia de los otros regímenes de afiliación, los casos del régimen especial presentaron una mayor edad y gran parte de ellos residían en la región Pacífica. En lo que respecta a la población no afiliada, se diagnosticó un caso en un hombre de 68 años, residente en la región Oriental.

Tabla 9.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LNH en adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 1.662 (100,00%)
	Contributivo n= 1.104 (66,43%)	Subsidiado n= 474 (28,52%)	Excepción n= 79 (4,75%)	Especial n= 4 (0,24%)	
Sexo					
Femenino	527 (47,74)	238 (50,21)	33 (41,77)	1 (25,00)	799 (48,07)
Masculino	577 (52,26)	236 (49,79)	46 (58,23)	3 (75,00)	863 (51,93)
Edad	62 (52 - 72)	63 (50 - 72)	68 (54 - 80)	80 (80 - 82)	63 (52 - 72)
Etnia					
Ninguna	1.096 (99,28)	453 (95,57)	79 (100,00)	4 (100,00)	1.633 (98,26)
Indígena	1 (0,09)	16 (3,38)	0 (0,00)	0 (0,00)	17 (1,02)
Negro	5 (0,45)	3 (0,63)	0 (0,00)	0 (0,00)	8 (0,48)
Otra ³	2 (0,18)	2 (0,42)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,24)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	6 (0,54)	12 (2,53)	0 (0,00)	0 (0,00)	18 (1,08)
Bogotá, D. C.	343 (31,07)	19 (4,01)	32 (40,51)	1 (25,00)	395 (23,77)
Caribe	80 (7,25)	192 (40,51)	4 (5,06)	0 (0,00)	276 (16,61)
Central	290 (26,27)	86 (18,14)	23 (29,11)	0 (0,00)	399 (24,01)
Oriental	171 (15,49)	83 (17,51)	17 (21,52)	0 (0,00)	272 (16,37)
Pacífica	214 (19,38)	82 (17,30)	3 (3,80)	3 (75,00)	302 (18,17)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, en la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso correspondiente a población no asegurada.

³ Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

9.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LNH

En la **tabla 9.9** se describen las características clínicas de los casos nuevos según su afiliación al sistema de salud. La estadificación de los LNH según la clasificación de Lugano se reportó en el 64,20% de los casos, y la mayoría de ellos fueron diagnosticados en el estadio IV (31,47%).

La frecuencia de casos nuevos estadificados fue más alta en el régimen contributivo, mientras que la más baja se presentó en el de excepción. A pesar de la diferencia entre la proporción de casos estadificados, en todos los regímenes la mayor proporción fue diagnosticada en el estadio IV.

Durante este periodo, el 52,77% de los casos nuevos fueron clasificados, con una mayor frecuencia en aquellos identificados como de alto riesgo (23,04%). Independientemente del régimen de afiliación, este tipo de riesgo presentó la mayor proporción de casos. En general, la clasificación por riesgo disminuyó en un 10,58% con respecto al periodo 2023. Es importante tener en cuenta que no se dispone de información desagregada



sobre cada subtipo histológico y su respectiva clasificación del riesgo para el linfoma no hodgkin B difuso de células grandes (IPI), el linfoma folicular (FLIPI) y el linfoma de células del manto (MIPI).

Tabla 9.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LNH en adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 1.662 (100,00%)
	Contributivo n= 1.104 (66,43%)	Subsidiado n= 474 (28,52%)	Excepción n= 79 (4,75%)	Especial n= 4 (0,24%)	
Estadificación (sí)³	725 (65,67)	298 (62,87)	41 (51,90)	3 (75,00)	1.067 (64,20)
Estadio al diagnóstico^{3,4}					
I	75 (6,79)	25 (5,27)	8 (10,13)	0 (0,00)	108 (6,50)
II	101 (9,15)	40 (8,44)	4 (5,06)	1 (25,00)	146 (8,79)
III	178 (16,12)	82 (17,30)	6 (7,60)	0 (0,00)	266 (16,00)
IV	354 (32,07)	146 (30,80)	21 (26,58)	2 (50,00)	523 (31,47)
Extraganglionares	17 (1,54)	5 (1,06)	2 (2,53)	0 (0,00)	24 (1,45)
Desconocido	379 (34,33)	176 (37,13)	38 (48,10)	1 (25,00)	595 (35,80)
Clasificación del riesgo (sí)⁵	573 (51,90)	267 (56,33)	34 (43,04)	3 (75,00)	877 (52,77)
Estadios de riesgo^{5,6}					
Bajo	133 (12,05)	52 (10,97)	11 (13,92)	0 (0,00)	196 (11,79)
Intermedio bajo	51 (4,62)	16 (3,38)	0 (0,00)	0 (0,00)	67 (4,03)
Intermedio	121 (10,96)	28 (5,91)	4 (5,06)	0 (0,00)	153 (9,21)
Intermedio alto	49 (4,44)	27 (5,70)	2 (2,53)	0 (0,00)	78 (4,70)
Alto	219 (19,84)	144 (30,38)	17 (21,52)	3 (75,00)	383 (23,04)
Desconocido	531 (48,10)	206 (43,46)	45 (56,96)	1 (25,00)	784 (47,17)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables.

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso correspondiente a población no asegurada.

³ Definida según la clasificación de Lugano.

⁴ Incluye todos los casos nuevos de LNH en la población adulta que fueron estadificados.

⁵ Clasificación del riesgo de acuerdo con el instructivo de reporte de la CAC.

⁶ Incluye todos los casos nuevos de LNH en adultos que cuentan con la clasificación del riesgo.

9.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LNH

El 74,43% de los CNR (n= 1.237) recibió algún tipo de tratamiento, incluyendo quimioterapia, inmunoterapia, procedimientos quirúrgicos o radioterapia. Entre estos, el 97,98% recibió terapias sistémicas, el 4,85% fueron sometidos a radioterapias y el 0,89% a intervenciones quirúrgicas. Solo 18 personas recibieron un trasplante de células hematopoyéticas. Es importante aclarar que estos datos no excluyen a los pacientes que durante el periodo recibieron diferentes alternativas de manejo.

Por otra parte, el 25,57% de los casos (n= 425) no recibió ningún tipo de tratamiento, lo que puede deberse a los casos que fueron diagnosticados cerca del corte, los que recibieron manejo paliativo o los que fallecieron antes de acceder a alguna alternativa terapéutica. En la mayoría de aquellos que no fueron tratados se desconocía su estadificación (73,41%) y su clasificación del riesgo (80,00%).

En la **tabla 9.10** se muestra la distribución del tratamiento de acuerdo con el estadio clínico al diagnóstico. Entre las personas que recibieron terapia sistémica, la mayoría (39,69%) se diagnosticó en estadio IV. La radioterapia fue más frecuente en el estadio IV o desconocido y las cirugías en los casos en los que se desconocía su estadificación (45,45%).

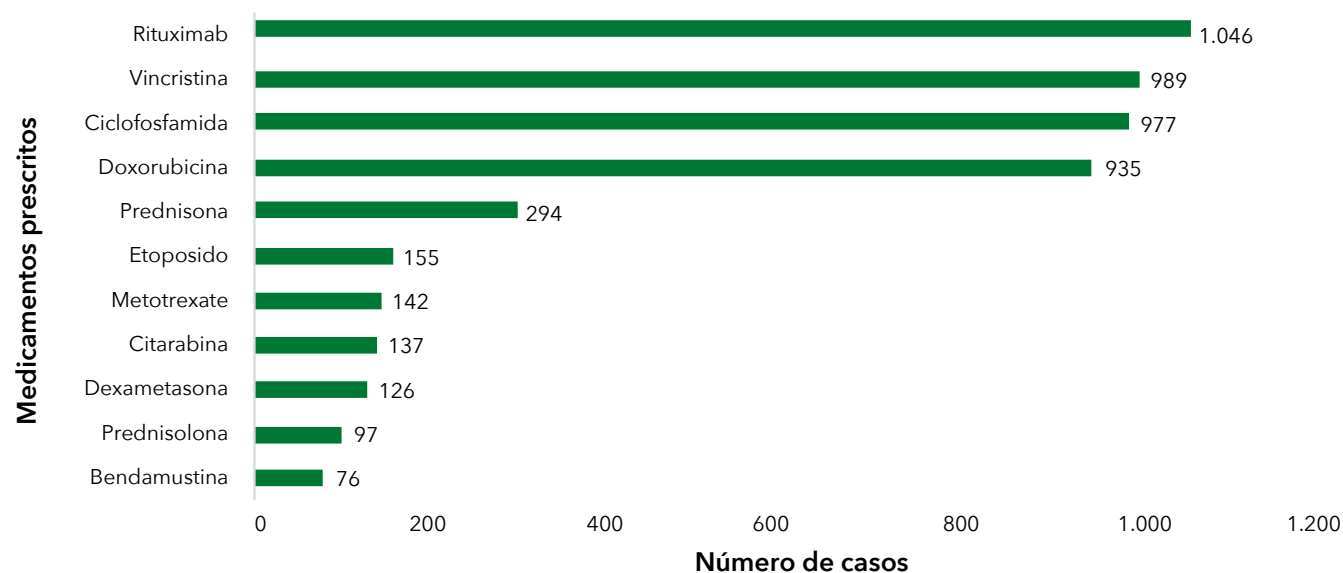
Tabla 9.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de LNH en adultos según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Tratamiento	Estadio al diagnóstico						Total
	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	Extraganglionares	Desconocido	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Terapia sistémica ¹	73 (6,02)	130 (10,73)	233 (19,22)	481 (39,69)	22 (1,82)	273 (22,52)	1.212 (100,00)
Cirugía	1 (9,09)	1 (9,09)	3 (27,27)	1 (9,09)	0 (0,00)	5 (45,45)	11 (100,00)
Radioterapia	12 (20,00)	7 (11,67)	7 (11,67)	16 (26,67)	2 (3,33)	16 (26,67)	60 (100,00)

¹ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

Con respecto a los medicamentos administrados, los que presentaron mayor frecuencia de administración en los casos nuevos fueron: el rituximab, la ciclofosfamida, la doxorubicina y la vincristina, los cuales pertenecen al esquema de quimioterapia conocido como R-CHOP, terapia estándar de primera línea en pacientes con linfoma no Hodgkin B difuso de célula grande. Por lo tanto, se puede considerar que esta politerapia fue la más indicada para iniciar el tratamiento en los casos diagnosticados (**figura 9.2**).

Figura 9.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LNH en adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2024



Incluye todos los casos nuevos de LNH en la población adulta.

[Descargar figura](#)

9.3. Caracterización de los casos prevalentes de LNH en la población adulta

Entre los casos prevalentes, el 52,23% eran hombres, la mediana de la edad fue de 62 años, la mayoría estaban afiliados al régimen contributivo y las regiones con mayor concentración fueron la Central, seguida de Bogotá, D. C., (**tabla 9.11**).

Según el régimen, los casos del especial presentaron la mediana de edad más alta, mientras que la más baja se identificó en el subsidiado. Para este periodo se informaron 30 casos que no pertenecían a ningún régimen de aseguramiento, el 66,67% en hombres, 10 ubicados en Bogotá, D. C., y el resto de los casos distribuidos en el resto de las regiones del país.



Tabla 9.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LNH en adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 23.033 (100,00%)
	Contributivo n= 16.759 (72,76%)	Subsidiado n= 4.987 (21,65%)	Excepción n= 1.192 (5,18%)	Especial n= 65 (0,28%)	
Sexo					
Femenino	8.816 (52,60)	2.567 (51,47)	604 (50,67)	34 (52,31)	12.031 (52,23)
Masculino	7.943 (47,40)	2.420 (48,53)	588 (49,33)	31 (47,69)	11.002 (47,77)
Edad	62 (49 - 72)	61 (47 - 71)	67 (54 - 74)	74 (65 - 81)	62 (49 - 72)
Etnia					
Ninguna	16.585 (98,96)	4.789 (96,03)	1.164 (97,65)	65 (100,00)	22.633 (98,26)
Indígena	14 (0,08)	144 (2,89)	0 (0,00)	0 (0,00)	158 (0,69)
Negro	150 (0,90)	49 (0,98)	28 (2,35)	0 (0,00)	227 (0,99)
Otra ³	10 (0,06)	5 (0,10)	0 (0,00)	0 (0,00)	15 (0,07)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	89 (0,53)	159 (3,19)	17 (1,43)	0 (0,00)	266 (1,15)
Bogotá, D. C.	5.168 (30,84)	480 (9,63)	258 (21,64)	26 (40,00)	5.942 (25,80)
Caribe	1.194 (7,12)	1.404 (28,15)	190 (15,94)	2 (3,08)	2.792 (12,12)
Central	5.188 (30,96)	1.274 (25,55)	351 (29,45)	20 (30,77)	6.839 (29,69)
Oriental	2.623 (15,65)	764 (15,32)	241 (20,22)	7 (10,77)	3.643 (15,82)
Pacífica	2.497 (14,90)	906 (18,17)	135 (11,33)	10 (15,38)	3.551 (15,42)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, en la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tienen en cuenta 30 casos reportados como población no asegurada.

³ Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

9.4. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LNH

Los siguientes son indicadores prioritarios para la medición, la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y de los prestadores en la población adulta con LNH en Colombia (1):

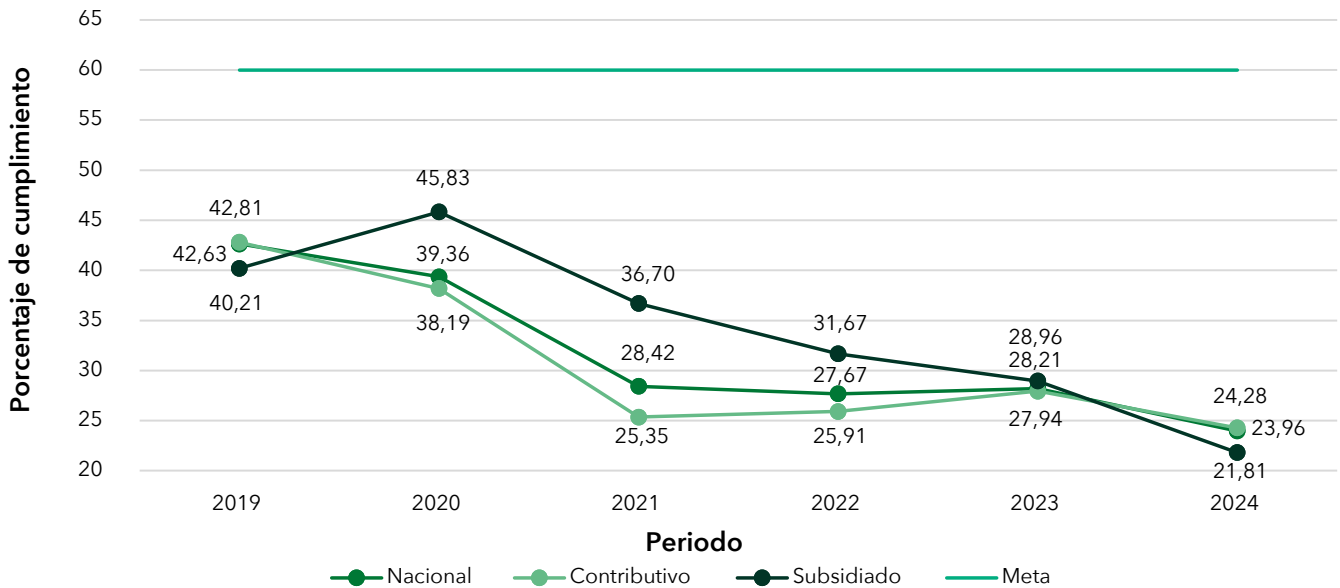
1. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma a quienes se le realizó biopsia escisional o aguja gruesa guiada por imágenes y cuentan con las coloraciones básicas y las coloraciones de inmunohistoquímica.
2. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma a quienes se les realizó estadificación completa Ann Arbor con modificación de Cost-wolds o clasificación de Lugano.
3. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma en estadios I y II.
4. Proporción de pacientes diagnosticados de linfoma con clasificación de riesgo.
5. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma a quienes recibieron quimioterapia.
6. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma a quienes recibieron radioterapia.
7. Proporción de pacientes con linfoma CD20+ que recibieron Rituximab (LBDCG - Folicular - Manto).
8. Proporción de pacientes diagnosticados con linfoma en cuidados paliativos (estadios avanzados).
9. Oportunidad de toma de biopsia (tiempo entre la consulta o remisión para diagnóstico y la toma de la biopsia para estudio histopatológico).
10. Oportunidad de confirmación diagnóstica (tiempo desde la realización de la biopsia hasta la confirmación del diagnóstico).

11. Oportunidad de tratamiento (tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento).
12. Oportunidad en la realización de trasplante (tiempo entre la remisión a trasplante y la realización).
13. Tasa de remisión.
- 14.1. Tasa de letalidad (estadios limitados).
- 14.2. Tasa de letalidad (estadios avanzados).
15. Supervivencia global.

Para el indicador de supervivencia global, se presentaron nuevas estimaciones en el informe especial ["Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014 - 2022" \(2\)](#).

La tendencia al diagnóstico temprano para los LNH en la población adulta registró una disminución, con el resultado más bajo en los últimos 6 periodos (23,96%). Este comportamiento es similar entre los regímenes de afiliación, incluso con un porcentaje inferior al nacional en el régimen subsidiado.

Figura 9.3. Tendencia de la proporción de los casos nuevos en estadios I y II en el momento del diagnóstico del LNH en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024

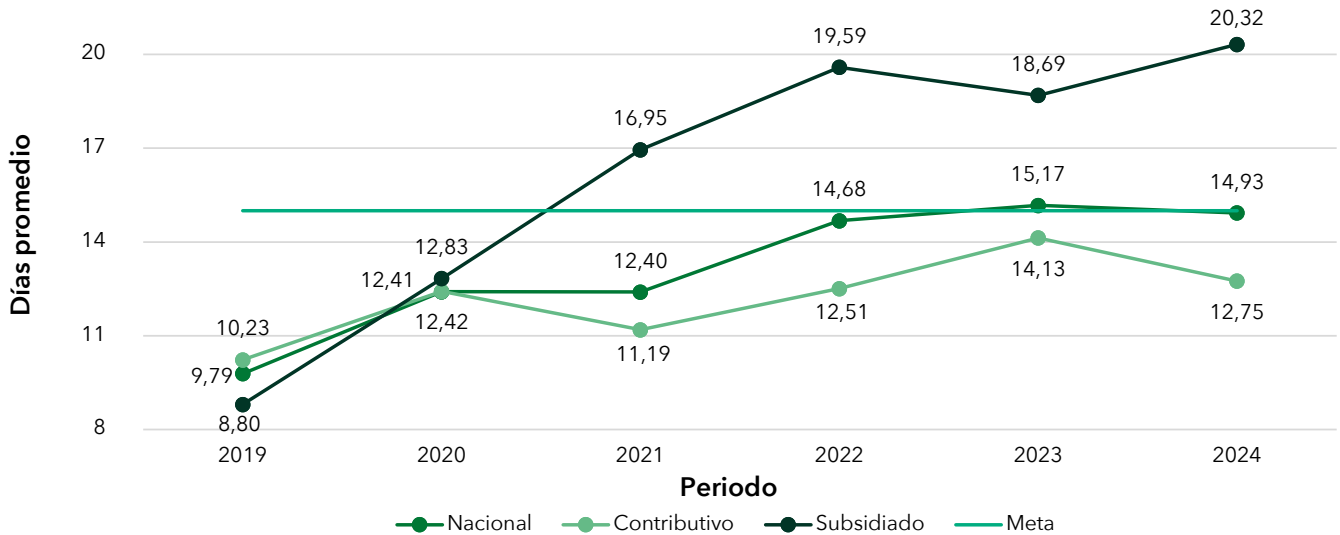


[Descargar figura](#)

Con respecto a la oportunidad para confirmar el diagnóstico de este tipo de linfomas en la población mayor de 18 años, se observa un aumento en el lapso de los días que inician desde la toma de la biopsia hasta la constatación. Aun así, el tiempo estimado para el último periodo alcanza el cumplimiento de la meta definida para esta neoplasia. Entre los regímenes, también se observa la misma tendencia en los últimos 4 periodos, con una marcada diferencia en las oportunidades de los afiliados al subsidiado donde la espera es mayor, con un desempeño intermedio.



Figura 9.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de LNH en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Oportunidad del diagnóstico: tiempo entre la toma de la biopsia diagnóstica y de la confirmación diagnóstica.

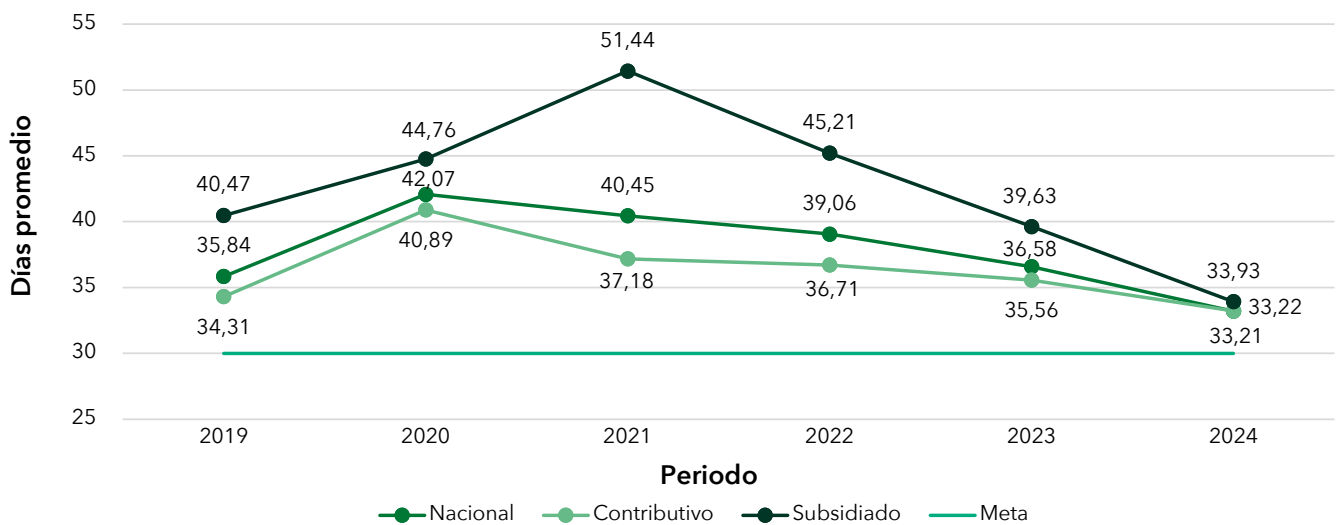
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2024 fue: nacional 14,93 días ($\pm 15,94$), contributivo 12,75 días ($\pm 10,06$), y subsidiado 20,32 días ($\pm 24,53$).

La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2024 fue: nacional 11 días (RIC: 7 - 19), contributivo 10 días (RIC: 6 - 17), y subsidiado 15 días (RIC: 7 - 25).

[Descargar figura](#)

A diferencia de la anterior oportunidad, la tendencia de acceso al tratamiento ha registrado una disminución en los tiempos, con un resultado similar tanto para el país como para los regímenes. Se requiere seguir trabajando en las estrategias que han alcanzado este comportamiento, para lograr el inicio del primer tratamiento a los 30 días de confirmarse el diagnóstico, o menos.

Figura 9.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de LNH en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Oportunidad del tratamiento: tiempo entre el diagnóstico histopatológico y el primer tratamiento.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 33,21 días ($\pm 41,11$), contributivo 33,22 días ($\pm 42,02$), y subsidiado 33,93 días ($\pm 40,39$).

La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 19 días (RIC: 7 - 44), contributivo 19 días (RIC: 7 - 42), y subsidiado 18 días (RIC: 7 - 50).

[Descargar figura](#)

Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024

Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población adulta

www.cuentadealtocosto.org



Puede consultar los datos de la gestión del riesgo con una mayor desagregación ingresando a **HIGIA**.

En la **tabla 9.12** se presentan los resultados de la gestión del riesgo según la región de residencia. En todos los territorios del país se observa un bajo desempeño en la estadificación, la clasificación del riesgo y la realización de pruebas durante el diagnóstico y la identificación de la etapa de la enfermedad. Esto evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias para la gestión de los casos nuevos de linfoma no Hodgkin (LNH) en adultos.

En cuanto a los tratamientos, se destaca una mayor adherencia a la quimioterapia en los casos de la región Caribe y una mayor atención en cuidados paliativos para los residentes de la región Pacífica. En los indicadores de oportunidad, los tiempos para la toma de biopsia y el inicio del tratamiento fueron significativamente menores en la región Amazonía-Orinoquía, lo que refleja un alto desempeño en estos indicadores, incluso con mejores resultados que los promedios nacionales.

Tabla 9.12. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LNH según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
	Por definir	> 90%	> 60%	> 90%	> 90%	Por definir	Por definir	> 25%
		> 80 - ≤ 90%	> 50 - ≤ 60%	> 80 - ≤ 90%	> 80 - ≤ 90%			> 15 - ≤ 25%
		≤ 80%	≤ 50%	≤ 80%	≤ 80%			≤ 15%
Amazonía-Orinoquía	66,67	● 55,56	● 20,00	● 55,56	● 72,22	5,56	58,82	● 12,50
Bogotá, D. C.	33,91	● 68,56	● 22,38	● 57,67	● 69,31	2,97	63,29	● 40,20
Caribe	40,79	● 70,76	● 28,57	● 63,54	● 80,14	3,25	70,09	● 26,81
Central	50,50	● 59,50	● 26,89	● 41,00	● 68,00	4,25	64,16	● 44,12
Oriental	41,39	● 67,03	● 21,31	● 51,28	● 75,82	2,93	70,27	● 41,13
Pacífica	42,72	● 57,28	● 20,23	● 53,97	● 74,83	4,30	72,40	● 61,94
Nacional	42,17	● 64,34	● 23,96	● 52,93	● 72,88	3,58	67,31	● 42,26

Tabla 9.12. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LNH según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024 (continuación)

Región	9.	10.	11.	12.	13.	14.1.	14.2.
	≤ 15 días	≤ 15 días	≤ 30 días	Por definir	> 35%	Por definir	Por definir
	> 15 - 29 días	> 15 - 29 días	> 30 - 59 días		> 30 - ≤ 35%		
	≥ 30 días	≥ 30 días	≥ 60 días		≤ 30%		
Amazonía-Orinoquía	● 23,50	● 9,67	● 21,31	Sin dato	● 11,71	0,00	37,50
Bogotá, D. C.	● 21,23	● 13,35	● 30,81	90,86	● 8,25	8,06	12,75
Caribe	● 24,52	● 23,76	● 32,93	19,67	● 14,04	8,93	19,57
Central	● 24,39	● 11,52	● 38,24	96,40	● 8,62	3,13	18,24
Oriental	● 25,93	● 13,89	● 31,52	86,00	● 13,80	10,26	19,86
Pacífica	● 30,48	● 13,46	● 32,64	125,00	● 10,68	2,86	17,16
Nacional	● 25,21	● 14,93	● 33,21	81,89	● 10,38	6,59	17,36

Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia. Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con linfoma no Hodgkin y linfoma Hodgkin en Colombia [en línea]. 2018. p. 1-114. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-adultos-con-linfoma-no-hodgkin-y-linfoma-hodgkin-en-colombia/>
2. Cuenta de Alto Costos (CAC). Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014 - 2022. Bogotá, D.C.; 2025. P.1-75. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/informe-especial-resultados-de-supervivencia-global-en-las-personas-atendidas-en-el-marco-del-sistema-de-salud-colombiano-y-notificadas-a-la-cuenta-de-alto-costo-2014-2022/>

10.

Linfoma Hodgkin (LH) en la población adulta



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

10.

RESUMEN infográfico

Linfoma Hodgkin en la población adulta

Periodo: del 2 de enero de 2023 al 1° de enero de 2024.

Morbimortalidad del LH



El número total de casos nuevos, prevalentes y fallecidos en el periodo fue de _____

347, 6.295 y 167,
respectivamente.



Ocupó el noveno lugar en términos de frecuencia entre los 11 tipos de cáncer priorizados, dentro de los CNR en adultos.



La prevalencia fue mayor en Bogotá, D. C., mientras que la PCNR fue en la región Caribe.

Caracterización de los casos nuevos de LH

La mediana de la edad fue de

39 años —————
(RIC: 28 - 59).



El 70,6% estaban afiliados al régimen contributivo y la mayoría (26,2%) residían en la región Caribe.



En el país y en los diferentes regímenes del aseguramiento se estimó una clasificación del riesgo del 59,1%, salvo en el de excepción que alcanzó el 80,0%.



Más del 30,0% de los casos se clasificaron con riesgo alto.

Evaluación de la gestión del riesgo en los casos de LH



El 27,7% de los casos nuevos se encontraban en estadios I y II al momento del diagnóstico.



En 2024, se presentó una disminución de 1 día promedio entre la toma de la biopsia diagnóstica y la confirmación diagnóstica. Cabe destacar que el régimen contributivo alcanzó la meta establecida por consenso.



Por cuarto periodo consecutivo, en el país y en los regímenes contributivo y subsidiado se ha presentado una disminución progresiva en el promedio de días entre la confirmación diagnóstica y el inicio del tratamiento.



Durante el 2024, en el país se presentó un mejor desempeño en la evaluación por cuidados paliativos de los estadios avanzados con LH. Este comportamiento fue similar en la región Caribe y Pacífica.



10. Linfoma Hodgkin (LH) en la población adulta

CIE10: C81; CIE-O-3: C42-C77

10.1. Morbimortalidad del LH en la población adulta

En este capítulo se presenta la información de las personas de 18 años o más con LH. La caracterización de los casos en los menores de 18 años se describe en el libro dedicado a la situación del cáncer en la población pediátrica. Dicho esto, entre los 11 tipos de cáncer priorizados, el LH ocupó el noveno lugar de frecuencia con el 1,12% de los casos nuevos. En el periodo se reportaron 6.295 adultos con LH, de los cuales el 5,51% fueron casos nuevos. El número de muertes por todas las causas fue de 167 (**tabla 10.1**).

Tabla 10.1. Medidas de frecuencia del LH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida ajustada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	347	0,91	0,90	0,81 - 1,00
Prevalencia	6.295	16,48	16,33	15,93 - 16,74
Mortalidad ⁵	167	0,44	0,41	0,35 - 0,48

¹ Incluye todos los casos de LH en los adultos reportados a la CAC.

² Informadas por cada 100.000 habitantes de 18 años o más.

³ La población de referencia corresponde a la proyectada por el DANE para el año 2023.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos de fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

10.1.1. PCNR de LH en la población adulta según la región y la entidad territorial

La región Caribe tuvo la PCNR estandarizada más elevada con 1,11 casos nuevos por 100.000 adultos; por el contrario, la menor fue estimada en la Amazonía-Orinoquía con 0,32 casos (**tabla 10.2**). Por su parte, las entidades territoriales con las medidas más altas fueron Bolívar con 1,92, Valle del Cauca con 1,29 y Sucre con 1,28; entre tanto, en el Meta, La Guajira y Quindío se presentaron las más bajas. En ocho departamentos no se reportaron casos diagnosticados durante el periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 10.2. PCNR de LH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	3	1.043.016	0,29	0,32	0,07 - 0,92
Bogotá, D. C.	68	6.196.825	1,10	1,09	0,85 - 1,39
Caribe	91	8.206.623	1,11	1,11	0,89 - 1,36
Central	84	9.298.891	0,90	0,89	0,71 - 1,10
Oriental	49	7.298.585	0,67	0,66	0,49 - 0,88
Pacífica	52	6.151.298	0,85	0,82	0,61 - 1,08
Nacional	347	38.195.238	0,91	0,90	0,81 - 1,00

¹ Incluye todos los casos nuevos de LH en los adultos reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La PCNR es informada por cada 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024

Linfoma Hodgkin (LH) en la población adulta

www.fuerzadeinformosito.org

10.1.2. PCNR de LH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

Como se observa en la **tabla 10.3**, la PCNR estandarizada fue mayor en el régimen especial comparado con los otros regímenes. En las entidades aseguradoras, las estimaciones más elevadas se presentaron en la EPS048, la EPS042 y la EPS012 con tasas del 6,32, 2,20 y 2,06 casos nuevos, respectivamente. Por el contrario, la ESS062 (0,24), la EPSS40 (0,37) y la EPSS34 (0,42) tuvieron la menor PCNR. En doce entidades de los regímenes contributivo y subsidiado no se reportaron CN.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 10.3. PCNR de LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	245	22.301.960	1,10	1,10	0,96 - 1,25
Subsidiado	91	14.438.159	0,63	0,63	0,50 - 0,77
Excepción	10	1.624.125	0,62	0,54	0,25 - 1,03
Especial	1	36.593	2,73	1,44	0,04 - 32,70
No asegurado	0	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de LH en los adultos reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La PCNR es informada por cada 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

10.1.3. Prevalencia del LH en la población adulta según la región y la entidad territorial

La región del país con la estimación más alta fue Bogotá, D. C., con 23,25 casos por 100.000 adultos, y la más baja se observó en la Amazonía-Orinoquía con 5,28 casos (**tabla 10.4**). Excluyendo a Bogotá, D. C., las entidades territoriales con la mayor prevalencia fueron Antioquia (24,14), Quindío (23,14) y Risaralda (19,69); en contraste, Vichada, Chocó y Putumayo reportaron las cifras más bajas. En el departamento del Vaupés no se informaron casos con LH en adultos.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 10.4. Prevalencia del LH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	55	1.043.016	5,27	5,28	3,97 - 6,89
Bogotá, D. C.	1.452	6.196.825	23,43	23,25	22,06 - 24,48
Caribe	923	8.206.623	11,25	11,22	10,51 - 11,97
Central	1.975	9.298.891	21,24	20,84	19,93 - 21,79
Oriental	1.056	7.298.585	14,47	14,38	13,52 - 15,27
Pacífica	834	6.151.298	13,56	13,46	12,55 - 14,41
Nacional	6.295	38.195.238	16,48	16,33	15,93 - 16,74

¹ Incluye todos los casos nuevos de LH en los adultos reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



10.1.4. Prevalencia del LH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada fue significativamente mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado (**tabla 10.5**). Las EAPB con las estimaciones más altas fueron la EPS001, la EAS016 y la EPS012 con 31,13, 28,59 y 26,86 casos por 100.000 adultos afiliados, respectivamente. La CCF102, la EPSI01 y la EPSI04 tuvieron las prevalencias más bajas con 1,51, 3,11 y 4,16 casos, en ese orden. La EPS047 no reportó casos prevalentes en el periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 10.5. Prevalencia del LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	4.413	22.301.960	19,79	19,49	18,92 - 20,08
Subsidiado	1.625	14.438.159	11,25	11,27	10,72 - 11,83
Excepción	249	1.624.125	15,33	15,12	13,17 - 17,27
Especial	3	36.593	8,20	17,22	2,39 - 59,53
No asegurado	5	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de LH en los adultos reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.

IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.

10.1.5. Mortalidad del LH en la población adulta según la región y la entidad territorial

En la cohorte, la mortalidad general estandarizada fue similar en todas las regiones, sin diferencias significativas (**tabla 10.6**). Entre las entidades territoriales, las tasas más altas se evidenciaron en Guaviare (2,16), Amazonas (1,73) y Caquetá (1,06); en contraste, las más bajas se estimaron en Chocó, Cesar, y Santander. En siete departamentos no se reportaron defunciones en el periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 10.6. Mortalidad general del LH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	2	1.043.016	0,19	0,19	0,02 - 0,71
Bogotá, D. C.	26	6.196.825	0,42	0,40	0,26 - 0,59
Caribe	31	8.206.623	0,38	0,37	0,25 - 0,53
Central	55	9.298.891	0,59	0,53	0,40 - 0,70
Oriental	27	7.298.585	0,37	0,35	0,23 - 0,51
Pacífica	26	6.151.298	0,42	0,38	0,25 - 0,56
Nacional	167	38.195.238	0,44	0,41	0,35 - 0,48

¹ Incluye las muertes por todas las causas en los adultos con LH reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La mortalidad es informada por cada 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024

Linfoma Hodgkin (LH) en la población adulta

www.cuentadecancer.gov.co

10.1.6. Mortalidad del LH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

En la cohorte, como se observa en la **tabla 10.7**, no se informaron fallecimientos por cualquier causa en personas con este diagnóstico que estuvieran afiliadas al régimen especial o fueran parte de la población no asegurada. En la EPS012 se presentó la estimación más alta, con 1,13 defunciones, mientras que en el resto de las entidades la mortalidad general fue inferior a 1 fallecido por cada 100.000 afiliados. En 9 entidades de los regímenes contributivo y subsidiado no se reportaron fallecidos en el periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 10.7. Mortalidad general del LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	96	22.301.960	0,43	0,40	0,32 - 0,49
Subsidiado	61	14.438.159	0,42	0,40	0,30 - 0,51
Excepción	10	1.624.125	0,62	0,47	0,22 - 0,90
Especial	0	36.593	0,00	NA	NA
No asegurado	0	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes por todas las causas en los adultos con LH reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La mortalidad es informada por cada 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

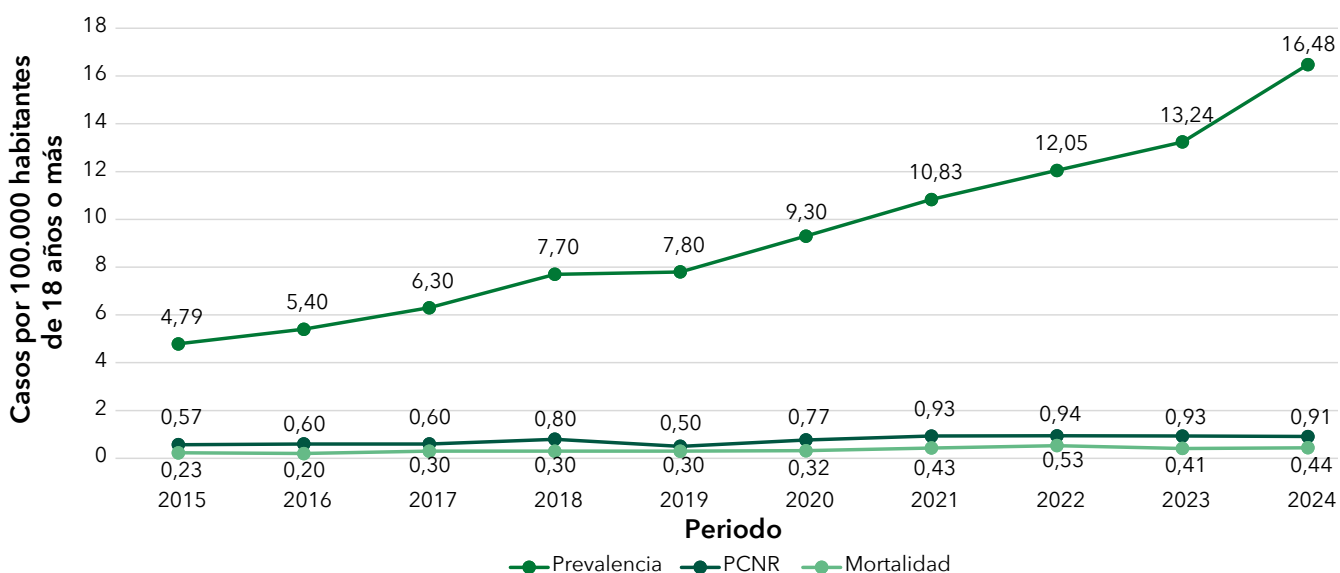
En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.

IC: intervalo de confianza; NA: no aplica; SD: sin dato.

10.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LH en el aseguramiento en Colombia

Con respecto al 2023, se estimó un aumento de la prevalencia del 24,47% y de la mortalidad general del 7,31%. En contraste, la PCNR disminuyó con respecto al periodo anterior (**figura 10.1**).

Figura 10.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la población adulta con LH en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2024



Incluye los casos de LH en la población adulta.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportadas por cada 100.000 habitantes de 18 años o más.

Mortalidad: corresponde al número de casos de fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)



10.2. Caracterización de los casos nuevos de LH en la población adulta

10.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LH

Ahora, en la **tabla 10.8**, se presentan las características generales de los casos nuevos de LH según el régimen de afiliación. Con respecto a la distribución por el sexo, en el territorio nacional predominó el masculino (59,65%), tendencia que se mantuvo tanto en el contributivo como en el subsidiado. Así mismo, la mediana de la edad en el país fue de 39 años y más de la mitad de los casos se encontraban afiliados al contributivo.

En relación con la distribución geográfica según el lugar de residencia, en el régimen subsidiado, cerca del 50,00% de los casos se localizaron en la región Caribe al momento del diagnóstico. En contraste, en el contributivo y en el de excepción, la mayor concentración se registró en la Central.

Tabla 10.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ² n= 347 (100,00%)
	Contributivo n= 245 (70,61%)	Subsidiado n= 91 (26,22%)	Excepción n= 10 (2,88%)	
Sexo				
Femenino	102 (41,63)	32 (35,16)	5 (50,00)	140 (40,35)
Masculino	143 (58,37)	59 (64,84)	5 (50,00)	207 (59,65)
Edad	39 (28 - 58)	40 (28 - 58)	52 (35 - 70)	39 (28 - 59)
Etnia				
Ninguna	242 (98,78)	89 (97,80)	10 (100,00)	342 (98,56)
Indígena	1 (0,41)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,29)
Negro	2 (0,82)	1 (1,10)	0 (0,00)	3 (0,86)
Otra ³	0 (0,00)	1 (1,10)	0 (0,00)	1 (0,29)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	3 (1,22)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,86)
Bogotá, D. C.	61 (24,90)	3 (3,30)	4 (40,00)	68 (19,60)
Caribe	46 (18,78)	45 (49,45)	0 (0,00)	91 (26,22)
Central	63 (25,71)	16 (17,58)	5 (50,00)	84 (24,21)
Oriental	37 (15,10)	11 (12,09)	0 (0,00)	49 (14,12)
Pacífica	35 (14,29)	16 (17,58)	1 (10,00)	52 (14,99)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso en el régimen especial.

³ Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

10.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LH

Al analizar las características clínicas de los casos nuevos según su afiliación al sistema de salud, en el periodo 2024 se evidenció una disminución del 5,55% en la proporción de personas con clasificación de Lugano, en comparación con el periodo anterior. Esta tendencia fue similar en los distintos regímenes, especialmente en el subsidiado, donde la reducción alcanzó el 15,21%. En cuanto al estadio al momento del diagnóstico, el 28,24% de los casos a nivel nacional se encontraban en estadio IV (**tabla 10.9**).

Por otra parte, la clasificación del riesgo, parte fundamental del manejo clínico de la población con linfomas, se realizó en el 59,08% de los CNR, lo que representó una disminución respecto al 2023. En contraste, en el régimen de excepción se estimó un incremento del 19,99% en esta proporción. La mayoría de los casos (36,60%) fueron clasificados con riesgo alto, comportamiento que se mantuvo en el contributivo y en el subsidiado.

Tabla 10.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ² n= 347 (100,00%)
	Contributivo n= 245 (70,61%)	Subsidiado n= 91 (26,22%)	Excepción n= 10 (2,88%)	
Estadificación (sí)³	193 (78,78)	63 (69,23)	8 (80,00)	265 (76,37)
Estadio al diagnóstico^{3,4}				
I	7 (2,86)	3 (3,30)	0 (0,00)	10 (2,88)
II	64 (26,12)	19 (20,88)	3 (30,00)	86 (24,78)
III	47 (19,18)	19 (20,88)	4 (40,00)	70 (20,17)
IV	75 (30,61)	21 (23,08)	1 (10,00)	98 (28,24)
Extraganglionar	0 (0,00)	1 (1,10)	0 (0,00)	1 (0,29)
Desconocido	52 (21,22)	28 (30,77)	2 (20,00)	82 (23,63)
Clasificación del riesgo (sí)⁴	146 (59,59)	50 (54,95)	8 (80,00)	205 (59,08)
Estadios de riesgo^{5,6}				
Bajo	41 (16,73)	10 (10,99)	3 (30,00)	54 (15,56)
Intermedio	16 (6,53)	6 (6,59)	1 (10,00)	24 (6,92)
Alto	89 (36,33)	34 (37,36)	4 (40,00)	127 (36,60)
Desconocido	99 (40,41)	41 (45,05)	2 (20,00)	142 (40,92)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables.

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso en el régimen especial.

³ Definida según la clasificación de Lugano.

⁴ Incluye todos los casos nuevos de LH en la población adulta que fueron estadificados.

⁵ Clasificación del riesgo de acuerdo con el instructivo de reporte de la CAC.

⁶ Incluye todos los casos nuevos de LH en los adultos con clasificación del riesgo.

10.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LH

En 2024 la terapia sistémica continuó siendo el tratamiento más utilizado en los casos nuevos de LH, seguida por la radioterapia. El 18,73% (n= 65) no recibió ningún tipo de intervención; de este porcentaje, el 33,84% (n= 22) fue diagnosticado en los dos meses previos a la fecha de corte y el 7,69% (n= 5) recibió manejo por cuidados paliativos.

A continuación, la **tabla 10.10** presenta la distribución del tratamiento según el estadio clínico. En ella se observa que, entre quienes recibieron terapia sistémica, el 27,86% fueron diagnosticados en el II y el 32,86% en el IV.

Tabla 10.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de LH en los adultos según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

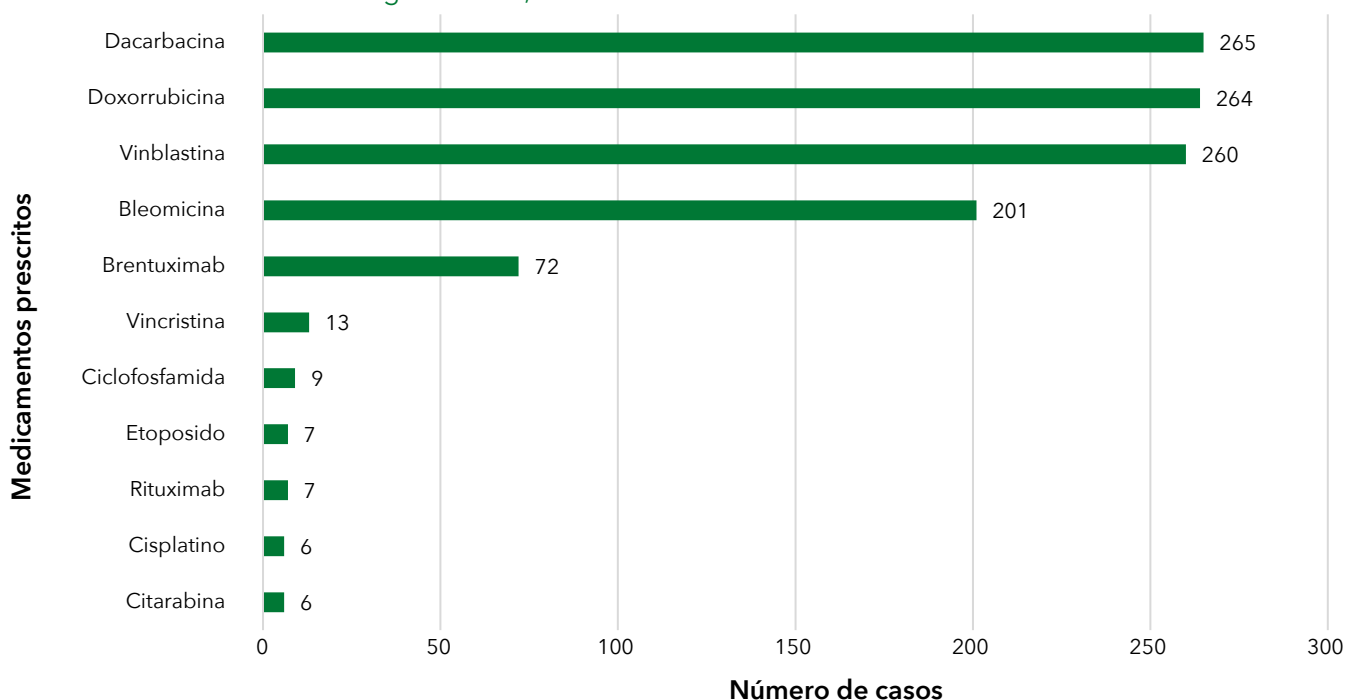
Tratamiento	Estadio al diagnóstico						Total n (%)
	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	Extraganglionares	Desconocido	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Terapia sistémica ¹	7 (2,50)	78 (27,86)	59 (21,07)	92 (32,86)	1 (0,35)	43 (15,36)	280 (100,00)
Cirugía	0 (0,00)	1 (14,29)	0 (0,00)	2 (28,57)	0 (0,00)	4 (57,14)	7 (100,00)
Radioterapia	2 (15,38)	5 (38,46)	1 (7,69)	5 (38,46)	0 (0,00)	0 (0,00)	13 (100,00)

¹ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.



En la **figura 10.2** se muestran los medicamentos más frecuentemente administrados en los CNR durante este periodo. Los agentes terapéuticos de mayor uso fueron la dacarbacina, la doxorubicina y la vinblastina, en un patrón similar al observado en 2023. Cabe resaltar que los datos presentados corresponden a frecuencias absolutas, es decir, no se tiene en cuenta el uso concomitante de uno o más fármacos.

Figura 10.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2024



Incluye todos los casos nuevos de LH en la población adulta.

[Descargar figura](#)

10.3. Caracterización de los casos prevalentes de LH en la población adulta

En los casos prevalentes, según la afiliación al sistema de salud, se observó que en el país el 70,10% se encuentra afiliado al régimen contributivo y el 54,30% correspondía a personas del sexo masculino. Además, la mediana de la edad fue de 41 años y el 0,56% de los casos pertenecían a la población indígena.

Al desagregar la información por régimen, se encontró que la mediana de la edad más baja se registró en el subsidiado, con 39 años. En cuanto a la distribución geográfica, en el contributivo y en el de excepción, la mayoría de los casos se ubicaban en la Central, mientras que en el subsidiado predominaban en la región Caribe.

Tabla 10.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ² n= 6.295 (100,00%)
	Contributivo n= 4.413 (70,10%)	Subsidiado n= 1.625 (25,81%)	Excepción n= 249 (3,96%)	
Sexo				
Femenino	2.069 (46,88)	714 (43,94)	91 (36,55)	2.877 (45,70)
Masculino	2.344 (53,12)	911 (56,06)	158 (63,45)	3.418 (54,30)
Edad	42 (31 - 59)	39 (28 - 58)	47 (35 - 66)	41 (30 - 59)
Etnia				
Ninguna	4.352 (98,62)	1.577 (97,05)	247 (99,20)	6.184 (98,24)
Indígena	6 (0,14)	29 (1,78)	0 (0,00)	35 (0,56)
Negro	51 (1,16)	16 (0,98)	2 (0,80)	69 (1,10)
Otra ³	4 (0,09)	3 (0,18)	0 (0,00)	7 (0,11)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	22 (0,50)	32 (1,97)	1 (0,40)	55 (0,87)
Bogotá, D. C.	1.255 (28,44)	147 (9,05)	50 (20,08)	1.452 (23,07)
Caribe	407 (9,22)	484 (29,78)	32 (12,85)	923 (14,66)
Central	1.416 (32,09)	460 (28,31)	94 (37,75)	1.975 (31,37)
Oriental	745 (16,88)	257 (15,82)	51 (20,48)	1.056 (16,78)
Pacífica	568 (12,87)	245 (15,08)	21 (8,43)	834 (13,25)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, en la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tienen en cuenta tres casos en el régimen especial y cinco casos reportados como población no asegurada.

³ Incluye la población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

10.4. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LH

Los siguientes son los indicadores prioritarios para la medición, la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y de los prestadores en la población adulta con LH en Colombia (1):

1. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma a quienes se le realizó biopsia escisional o aguja gruesa guiada por imágenes y cuentan con las coloraciones básicas y las coloraciones de inmunohistoquímica.
2. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma a quienes se les realizó estadificación completa Ann Arbor con modificación de Cost-wolds o clasificación de Lugano.
3. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma en estadios I y II.
4. Proporción de pacientes diagnosticados con clasificación de riesgo: IPI, FLIPI, MIPI, IPS.
5. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma quienes recibieron quimioterapia.
6. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma quienes recibieron radioterapia.
8. Proporción de pacientes diagnosticados con linfoma en cuidados paliativos (estadios avanzados).
9. Oportunidad de toma de biopsia (tiempo entre la consulta o remisión para diagnóstico y la toma de la biopsia para estudio histopatológico).
10. Oportunidad de confirmación diagnóstica (tiempo desde la realización de la biopsia hasta la confirmación del diagnóstico).

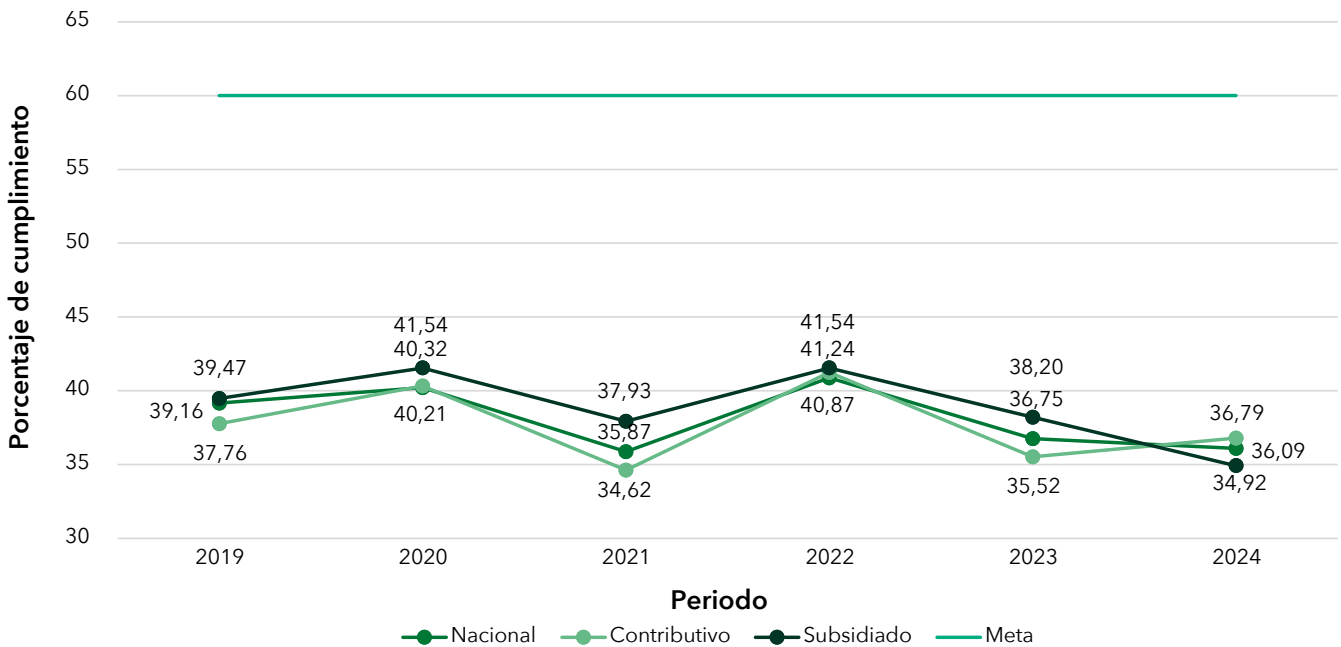


11. Oportunidad de tratamiento (tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento).
12. Oportunidad en la realización de trasplante (tiempo entre la remisión a trasplante y la realización).
13. Tasa de remisión.
- 14.1. Tasa de letalidad (estadios limitados).
- 14.2. Tasa de letalidad (estadios avanzados).
15. Supervivencia global.

Para el indicador 15, los datos más recientes se presentaron en el informe especial "[Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014 - 2022](#)" (2).

Enseguida, la **figura 10.3** muestra el comportamiento de la proporción de CNR en estadios I y II al momento del diagnóstico durante los últimos seis periodos. Se evidencia una disminución en el porcentaje de cumplimiento en el país, tendencia que se ha mantenido desde 2022. En contraste, el régimen contributivo presentó una leve mejora durante el 2024.

Figura 10.3. Tendencia de la proporción de los casos nuevos en estadios I y II al momento del diagnóstico de LH de la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



[Descargar figura](#)

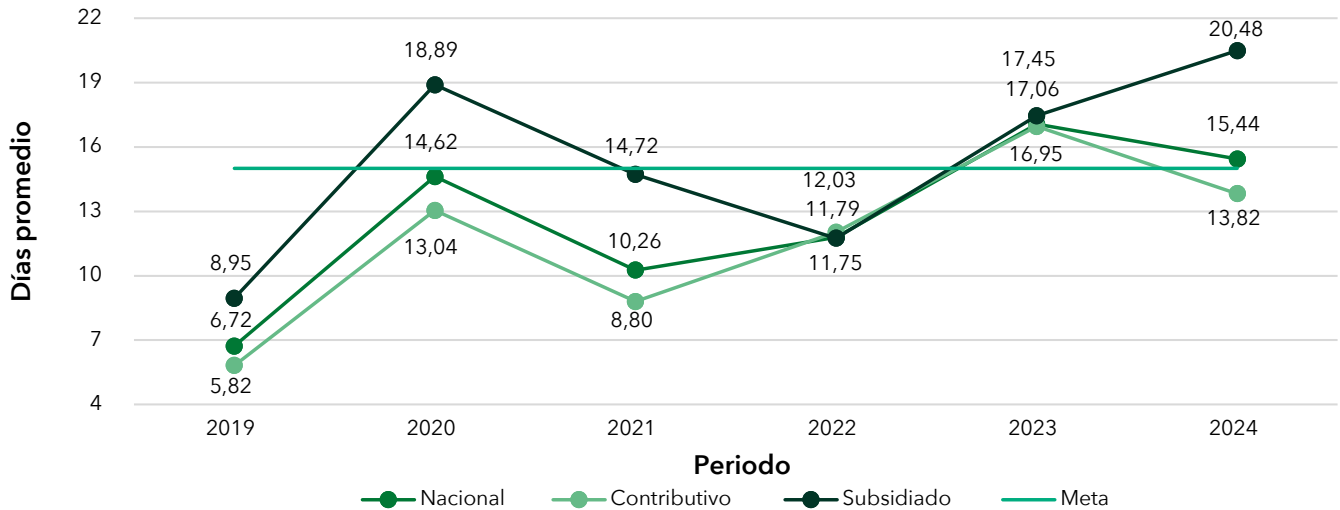
En cuanto a la oportunidad diagnóstica (**figura 10.4**), en comparación con 2023, en el país se observó una disminución en el promedio de días entre la toma de la biopsia diagnóstica y la confirmación diagnóstica. Cabe destacar que el régimen contributivo logró alcanzar la meta establecida por consenso (< 15 días).

Situación del cáncer en la población adulta
atendida en el SGSSS de Colombia 2024

Linfoma Hodgkin (LH) en la población adulta

www.fuenteabierta.org

Figura 10.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de LH de la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Oportunidad del diagnóstico: tiempo entre la toma de la biopsia y la confirmación diagnóstica.

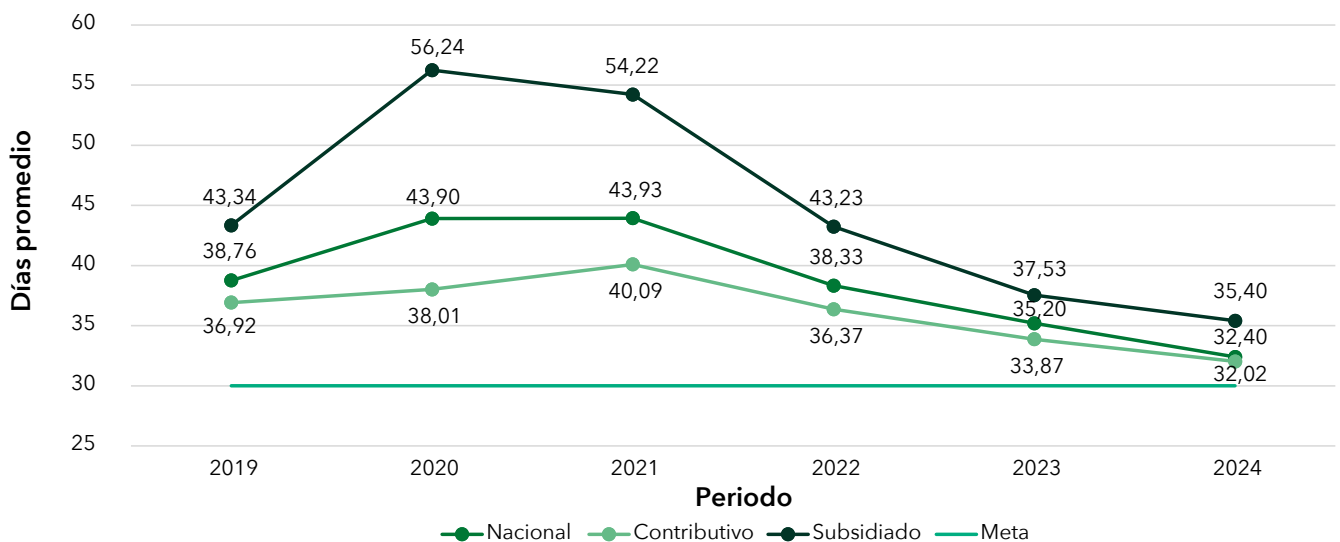
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2024 fue: nacional 15,44 días ($\pm 15,47$), contributivo 13,82 días ($\pm 12,29$), y subsidiado 20,48 días ($\pm 21,64$).

La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2024 fue: nacional 12 días (RIC: 6 - 19), contributivo 11 días (RIC: 6 - 17), y subsidiado 14 días (RIC: 8 - 21).

[Descargar figura](#)

Por otro lado, la oportunidad de tratamiento ha mostrado una tendencia decreciente desde 2021, tanto a nivel nacional como en los distintos regímenes. Esto indica una mejora sostenida a lo largo de los periodos, alcanzando en 2024 el menor tiempo registrado entre la confirmación diagnóstica y el inicio del tratamiento desde el 2019 (**figura 10.5**).

Figura 10.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de LH en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Oportunidad del tratamiento: tiempo entre el diagnóstico histopatológico y el primer tratamiento.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 32,40 días ($\pm 29,35$), contributivo 32,02 días ($\pm 27,51$), y subsidiado 35,40 días ($\pm 35,08$).

La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 24 días (RIC: 11 - 46), contributivo 24 días (RIC: 12 - 46), y subsidiado 23 días (RIC: 10 - 55).

[Descargar figura](#)



Puede consultar los datos de la gestión del riesgo con una mayor desagregación ingresando a **HIGIA**.

La **tabla 10.12** presenta los resultados por región de la gestión del riesgo. En el país, durante este periodo, se estimó una disminución de la proporción de pacientes con clasificación de Lugano y de riesgo; sin embargo, Bogotá, D. C., logró un mejor desempeño en estos indicadores.

Por su parte, en 2024 aumentó el porcentaje de personas con LH que recibieron quimioterapia, alcanzando un desempeño intermedio tanto a nivel nacional como en las regiones Caribe, Central y Pacífica. Así mismo, con excepción de la Amazonía-Orinoquía, la mayoría de las regiones lograron el desempeño intermedio o alto en el indicador que evalúa el manejo con cuidados paliativos en estadios avanzados.

En cuanto a los indicadores de oportunidad en la atención (9, 10 y 11), se evidenció una mejoría general en el país. En el intervalo entre la remisión por sospecha y la toma de la biopsia, la mayoría de las regiones mostraron una reducción en el promedio de días, salvo la Central. Respecto al tiempo desde la biopsia hasta la confirmación del diagnóstico, se registró una disminución importante en la Amazonía-Orinoquía y la Pacífica, alcanzando la meta establecida por consenso.

Tabla 10.12. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LH según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	1.	2.	3.	4.	5.	6.	8.
	Por definir	> 90%	> 60%	> 90%	> 90%	Por definir	> 25%
		> 80 - ≤ 90%	> 50 - ≤ 60%	> 80 - ≤ 90%	> 80 - ≤ 90%		> 15 - ≤ 25%
		≤ 80%	≤ 50%	≤ 80%	≤ 80%		≤ 15%
Amazonía-Orinoquía	0,00	● 66,67	● 0,00	● 66,67	● 66,67	0,00	● 0,00
Bogotá, D. C.	39,71	● 82,35	● 33,93	● 72,06	● 75,00	2,94	● 18,92
Caribe	58,70	● 68,48	● 38,10	● 52,17	● 80,43	2,17	● 33,33
Central	64,29	● 84,52	● 35,21	● 55,95	● 89,29	7,14	● 22,22
Oriental	63,27	● 75,51	● 40,54	● 57,14	● 73,47	4,08	● 18,18
Pacífica	51,92	● 71,15	● 35,14	● 59,62	● 80,77	1,92	● 66,67
Nacional	55,46	● 76,44	● 36,09	● 58,91	● 80,46	3,74	● 29,59

Tabla 10.12. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LH según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024 (continuación)

Región	9.	10.	11.	12.	13.	14.1.	14.2.
	≤ 15 días	≤ 15 días	≤ 30 días	Por definir	> 35%	Por definir	Por definir
	> 15 - 29 días	> 15 - 29 días	> 30 - 59 días		> 30 - ≤ 35%		
	≥ 30 días	≥ 30 días	≥ 60 días		≤ 30%		
Amazonía-Orinoquía	SD	● 4,00	● 18,00	Sin dato	● 7,14	Sin dato	0,00
Bogotá, D. C.	● 17,97	● 14,80	● 35,06	113,00	● 8,00	0,00	10,81
Caribe	● 23,51	● 20,66	● 32,49	64,00	● 10,46	4,17	5,13
Central	● 33,55	● 12,96	● 33,91	202,00	● 8,32	4,00	8,89
Oriental	● 28,13	● 15,83	● 32,84	275,00	● 10,40	0,00	22,73
Pacífica	● 21,29	● 11,56	● 26,64	Sin dato	● 8,12	7,69	8,33
Nacional	● 25,14	● 15,44	● 32,40	160,29	● 8,88	3,13	10,06

SD: sin dato.

Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia. Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con linfoma no Hodgkin y linfoma Hodgkin en Colombia [en línea]. 2018. p. 1-114. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/consenso-basado-en-la-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-adultos-con-linfoma-no-hodgkin-y-linfoma-hodgkin-en-colombia/>
2. Cuenta de Alto Costos (CAC). Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014 - 2022. Bogotá, D.C.; 2025. P.1-75. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/informe-especial-resultados-de-supervivencia-global-en-las-personas-atendidas-en-el-marco-del-sistema-de-salud-colombiano-y-notificadas-a-la-cuenta-de-alto-costo-2014-2022/>

11.

Leucemia linfoide aguda (LLA) en la población adulta



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

11.

RESUMEN infográfico

Leucemia linfocítica aguda en la población adulta

Periodo: del 2 de enero de 2023 al 1° de enero de 2024.

Morbimortalidad de la LLA



El número total de casos nuevos, prevalentes y fallecidos en el periodo fue de _____

208, 2.837 y 277,
respectivamente.



Ocupó el décimo lugar en términos de de los CNR en todas las edades, según los 11 tipos de cáncer priorizados en la población adulta.



La PCNR estandarizada fue de 0,6 casos nuevos (IC 95%: 0,5 - 0,6) por 100.000 habitantes de 18 años o más.

Caracterización de los casos nuevos de LLA

El **54,8%** —————
estaban afiliados al régimen contributivo y la mayoría (25,5%) residían en la **región Oriental.**



En el país, el 63,0% de los casos contó con clasificación del riesgo. Esta proporción fue similar en los regímenes del aseguramiento.



El 72,5% de los casos se clasificó en riesgo alto o desfavorable, siendo mayor en el régimen contributivo (76,0%).



Durante el periodo, al 88,9% de los casos nuevos se le administraron terapias sistémicas, solo el 3,4% recibió radioterapia.

Evaluación de la gestión del riesgo en los casos de LLA



En el país y en los regímenes contributivo y subsidiado se presentó un incremento en el tiempo desde la remisión por sospecha hasta la confirmación del diagnóstico.



Con respecto a la oportunidad del tratamiento, se estimó una disminución en el régimen contributivo. Sin embargo, aún no se alcanza la meta establecida por consenso.

A nivel nacional, no se alcanzó la meta de la clasificación del riesgo de los **casos nuevos ni de los prevalentes,** similar a lo registrado en las regiones.



11. Leucemia linfocítica aguda (LLA) en la población adulta

CIE10: C91.0, C91.8; CIE-O-3: C42 - C77

11.1. Morbimortalidad de la LLA en la población adulta

Según la proporción de casos nuevos en ambos sexos y en los mayores de 18 años, la LLA ocupó el décimo lugar en frecuencia, representando el 0,98% de los casos nuevos de cáncer en el país. Este capítulo se enfoca exclusivamente en el análisis de la población con 18 años o más.

En la **tabla 11.1** se presentan las medidas de frecuencia correspondientes a esta neoplasia en adultos. Durante 2024, se reportaron 2.837 casos de LLA, de los cuales el 7,33% (n= 208) fueron diagnosticados durante el periodo. Además, se registraron 277 muertes por todas las causas, destacándose que el 22,38% (n= 62) de estos fallecimientos ocurrieron en los casos nuevos.

Tabla 11.1. Medidas de frecuencia de la LLA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	208	0,54	0,55	0,47 - 0,63
Prevalencia	2.837	7,43	7,69	7,40 - 7,97
Mortalidad ⁵	277	0,73	0,72	0,64 - 0,81

¹ Incluye todos los casos de LLA en los adultos reportados a la CAC.

² Informadas por cada 100.000 habitantes de 18 años o más.

³ La población de referencia corresponde a la proyectada por el DANE para el año 2023.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos de fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

11.1.1. PCNR de LLA en la población adulta según la región y la entidad territorial

La región del país con la PCNR estandarizada más alta fue la Oriental, mientras que la más baja se registró en la Amazonía-Orinoquía, aunque sin diferencias significativas entre ellas (**tabla 11.2**). Respecto a las entidades territoriales, Guainía y Vichada presentaron las estimaciones más elevadas con 2,02 y 1,72 casos nuevos reportados por 100.000 habitantes mayores de 18 años, respectivamente. En contraste, las más bajas se observaron en Cesar (0,09) y Caldas (0,23). Cabe destacar que en siete departamentos no se reportaron CN durante el periodo de análisis.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 11.2. PCNR de LLA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	3	1.043.016	0,29	0,29	0,05 - 0,85
Bogotá, D. C.	35	6.196.825	0,56	0,57	0,39 - 0,80
Caribe	41	8.206.623	0,50	0,50	0,35 - 0,67
Central	43	9.298.891	0,46	0,48	0,34 - 0,64
Oriental	53	7.298.585	0,73	0,73	0,54 - 0,95
Pacífica	33	6.151.298	0,54	0,54	0,37 - 0,76
Nacional	208	38.195.238	0,54	0,55	0,47 - 0,63

¹ Incluye todos los casos nuevos de LLA en los adultos reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La PCNR es informada por cada 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

11.1.2. PCNR de LLA en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

El análisis de los datos arrojó que la PCNR estandarizada fue mayor en el régimen subsidiado que en el contributivo y el de excepción (**tabla 11.3**). Además, al comparar entre entidades aseguradoras, los valores más altos se registraron en la EPSI06 y la EPS012 con 1,75 y 1,50 casos nuevos por 100.000 adultos afiliados, respectivamente. Por el contrario, las estimaciones más bajas se observaron en la EPSS34 con 0,30 y la EPS010 con 0,32.

En el periodo, no se notificaron CNR en las entidades CCF033, CCF102, EAS016, EAS027, EPS011, EPS025, EPS046, EPS047 y EPS048.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 11.3. PCNR de LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	114	22.301.960	0,51	0,53	0,43 - 0,63
Subsidiado	91	14.438.159	0,63	0,63	0,50 - 0,77
Excepción	3	1.624.125	0,18	0,16	0,03 - 0,49
Especial	0	36.593	0,00	NA	NA
No asegurado	0	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de LLA en los adultos reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La PCNR es informada por cada 100.000 afiliados de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato; **NA:** no aplica.

11.1.3. Prevalencia de la LLA en la población adulta según la región y la entidad territorial

En cuanto a la prevalencia estandarizada, por segundo periodo consecutivo, la región con la estimación significativamente más alta fue Bogotá, D. C., con 11,86 casos por 100.000 adultos (IC 95%: 10,97 - 12,72). En contraste, la más baja se observó en la Amazonía-Orinoquía (**tabla 11.4**).

Además de Bogotá, D. C., los departamentos con las prevalencias más elevadas fueron Risaralda (11,85), Caldas (10,71) y Valle del Cauca (10,44), en ese orden. Por otro lado, las estimaciones más bajas se reportaron en Chocó y Vaupés con 1,56 y 1,98 casos por cada 100.000 personas mayores de 18 años.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 11.4. Prevalencia de la LLA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	43	1.043.016	4,12	3,76	2,71 - 5,08
Bogotá, D. C.	684	6.196.825	11,04	11,86	10,97 - 12,79
Caribe	376	8.206.623	4,58	4,50	4,05 - 4,97
Central	769	9.298.891	8,27	8,85	8,23 - 9,49
Oriental	483	7.298.585	6,62	6,93	6,32 - 7,57
Pacífica	482	6.151.298	7,84	8,14	7,43 - 8,90
Nacional	2.837	38.195.238	7,43	7,69	7,40 - 7,97

¹ Incluye todos los casos de LLA en los adultos reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



11.1.4. Prevalencia de la LLA en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada fue superior en el régimen contributivo en comparación con el subsidiado (**tabla 11.5**). En relación con las EAPB, la estimación más alta se registró en la EPS047 con 68,29 casos por cada 100.000 adultos afiliados, seguida de la EPS001 con 17,07 y la EPS042 con 14,42. Por el contrario, los valores más bajos se registraron en la CCF102 (0,75) y la EPSI04 (1,43).



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 11.5. Prevalencia de la LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	1.769	22.301.960	7,93	8,60	8,20 - 9,01
Subsidiado	928	14.438.159	6,43	6,43	6,02 - 6,86
Excepción	125	1.624.125	7,70	8,43	6,93 - 10,13
Especial	4	36.593	10,93	10,30	1,56 - 44,42
No asegurado	11	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de LLA en los adultos reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 afiliados de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.

IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.

11.1.5. Mortalidad de la LLA en la población adulta según la región y la entidad territorial

En la cohorte, la mortalidad general más alta se observó en Bogotá, D. C., con 0,84 defunciones por cada 100.000 adultos; sin embargo, al comparar las tasas estandarizadas, no hubo diferencias significativas entre las seis regiones del país (**tabla 11.6**).

A nivel departamental, Guainía y Guaviare presentaron los valores más altos, con 2,02 y 1,58 respectivamente. En contraste, las estimaciones más bajas se reportaron en Sucre (0,14) y Nariño (0,16). Durante este periodo, en siete departamentos no se reportaron defunciones.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 11.6. Mortalidad general de la LLA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	3	1.043.016	0,29	0,28	0,05 - 0,84
Bogotá, D. C.	53	6.196.825	0,86	0,84	0,63 - 1,10
Caribe	65	8.206.623	0,79	0,78	0,60 - 0,99
Central	74	9.298.891	0,80	0,80	0,63 - 1,01
Oriental	51	7.298.585	0,70	0,70	0,52 - 0,92
Pacífica	31	6.151.298	0,50	0,48	0,32 - 0,68
Nacional	277	38.195.238	0,73	0,72	0,64 - 0,81

¹ Incluye las muertes por todas las causas en los adultos con LLA reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La mortalidad es informada por cada 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



11.2. Caracterización de los casos nuevos de LLA en la población adulta

11.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LLA

La **tabla 11.8** presenta las características generales de los casos nuevos de LLA notificados durante 2024. En este periodo, la distribución por el sexo fue similar y la mediana de la edad fue de 39 años. Más de la mitad de las personas con esta neoplasia estaban afiliadas al régimen contributivo y el 25,48% residía en la región Oriental.

Al analizar por el tipo de aseguramiento, la mediana de la edad más alta se observó en el régimen de excepción, con 58 años. En cuanto a la pertenencia étnica, dentro del subsidiado se reportaron seis casos (6,59%) en la población indígena. Por otra parte, en el contributivo, el 32,46% de los casos se concentró en la región Oriental, mientras que en el subsidiado la mayoría se ubicó en la región Caribe.

Tabla 11.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total n= 208 (100,00%)
	Contributivo n= 114 (54,81%)	Subsidiado n= 91 (43,75%)	Excepción n= 3 (1,44%)	
Sexo				
Femenino	57 (50,00)	42 (46,15)	1 (33,33)	100 (48,08)
Masculino	57 (50,00)	49 (53,85)	2 (66,67)	108 (51,92)
Edad	40 (25 - 52)	36 (23 - 56)	58 (23 - 79)	39 (25 - 54)
Etnia				
Ninguna	114 (100,00)	84 (92,31)	3 (100,00)	201 (96,63)
Indígena	0 (0,00)	6 (6,59)	0 (0,00)	6 (2,88)
Negra	0 (0,00)	1 (1,10)	0 (0,00)	1 (0,48)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	3 (3,30)	0 (0,00)	3 (1,44)
Bogotá, D. C.	32 (28,07)	3 (3,30)	0 (0,00)	35 (16,83)
Caribe	5 (4,39)	36 (39,56)	0 (0,00)	41 (19,71)
Central	23 (20,18)	19 (20,88)	1 (33,33)	43 (20,67)
Oriental	37 (32,46)	14 (15,38)	2 (66,67)	53 (25,48)
Pacífica	17 (14,91)	16 (17,58)	0 (0,00)	33 (15,87)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

11.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LLA

En relación con las características clínicas según el tipo de afiliación al sistema de salud, el 62,98% (n= 131) de los casos nuevos en el país fueron clasificados según el nivel de riesgo, proporción que fue ligeramente mayor en el régimen subsidiado.

La mayoría de los CNR se clasificó en la categoría de riesgo alto o desfavorable, tendencia que se mantuvo en los distintos regímenes (**tabla 11.9**).

Tabla 11.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total n= 208 (100,00%)
	Contributivo n= 114 (54,81%)	Subsidiado n= 91 (43,75%)	Excepción n= 3 (1,44%)	
Clasificación de riesgo (sí)²	71 (62,28)	58 (63,74)	2 (66,67)	131 (62,98)
Grupos de riesgo^{2,3}				
Estándar, bajo	8 (11,27)	10 (17,24)	0 (0,00)	18 (13,74)
Intermedio	9 (12,68)	8 (13,79)	1 (50,00)	18 (13,74)
Alto, desfavorable	54 (76,06)	40 (68,97)	1 (50,00)	95 (72,52)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables.

² Los grupos de riesgo citogenético-molecular fueron definidos según la guía de práctica clínica colombiana de leucemias.

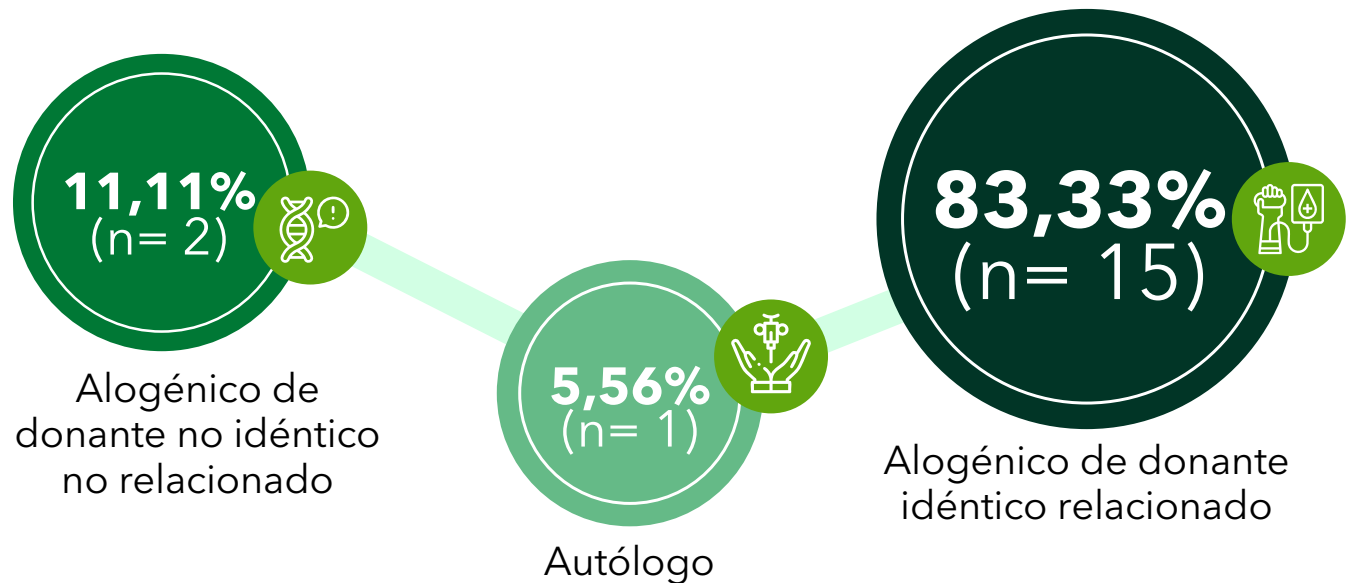
³ Incluye todos los casos nuevos de LLA en adultos que fueron clasificados.

11.2.3. Caracterización del tratamiento de los casos nuevos de LLA

Durante el periodo analizado, la terapia sistémica fue el tratamiento más frecuentemente utilizado, administrada al 88,94% (n= 185) de los casos nuevos. La radioterapia, por su parte, se aplicó al 3,37% (n= 7). En comparación con 2023, en 2024 se duplicó el número de personas mayores de 18 años con LLA que fueron sometidas a trasplante de células progenitoras hematopoyéticas; en la **figura 11.2** se presenta la distribución de los tipos realizados. De los 18 procedimientos reportados, el 83,33% (n= 15) correspondió a trasplantes alogénicos de donante idéntico relacionado.

En contraste, el 11,05% (n= 23) no recibió ningún tipo de intervención terapéutica; de ellos, el 30,43% (n= 7) fueron diagnosticados tres meses antes de la fecha de corte y el 13,04% (n= 3) recibieron cuidados paliativos. El 26,08% (n= 6) de estos casos fueron clasificados con riesgo alto o desfavorable.

Figura 11.2. Distribución porcentual de los tipos de trasplante en los casos nuevos de LLA en adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2024



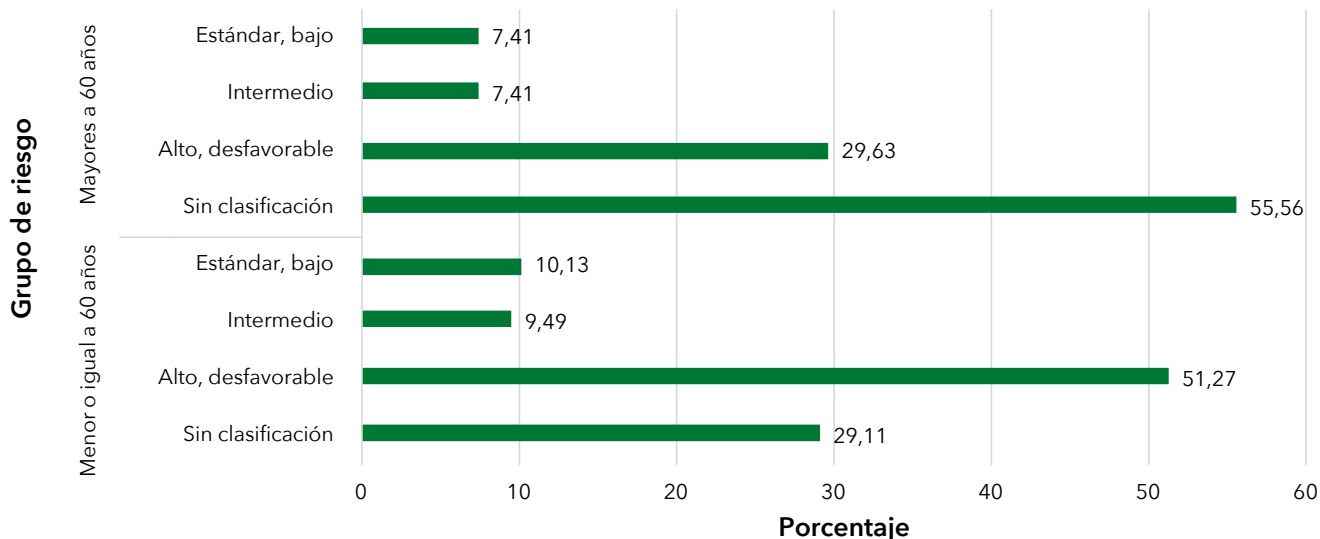
Se incluyen solo los tipos de trasplantes reportados durante el periodo 2024.

[Descargar figura](#)



Al analizar el uso de la terapia sistémica de acuerdo con el grupo de riesgo y la edad, se encontró que el 48,11% (n= 89) de los casos que recibieron este tratamiento fueron clasificados con riesgo alto, mientras que el 32,97% (n= 61) no contaban con una clasificación al momento del análisis. Adicionalmente, al desagregar por grupo etario, se observó una mayor proporción de uso en las personas mayores de 60 años sin clasificación de riesgo, seguidas por aquellas de 60 años o menos con riesgo desfavorable (**figura 11.3**).

Figura 11.3. Frecuencia del uso de la terapia sistémica en los casos nuevos de LLA en los adultos según los grupos de riesgo y etario en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

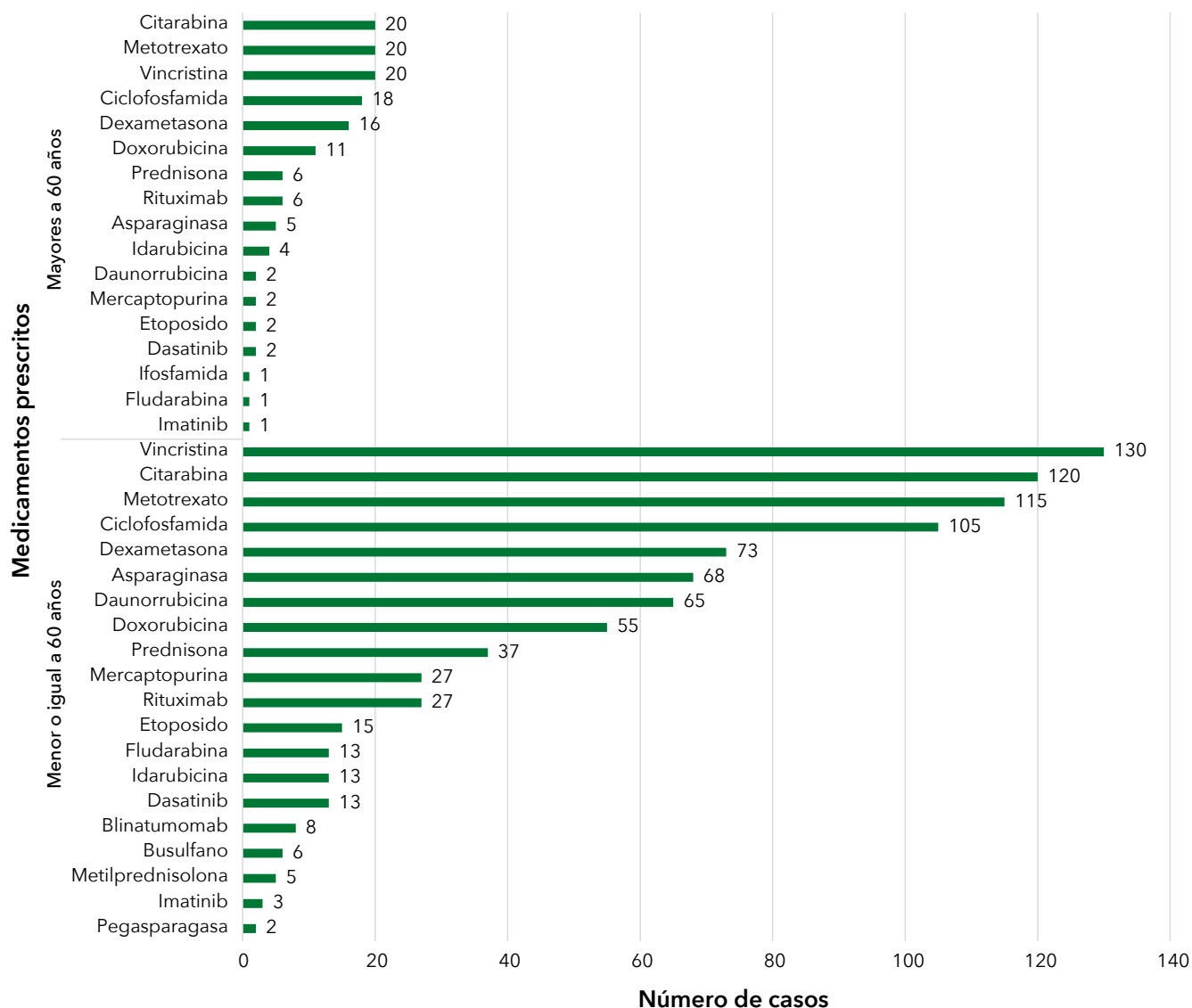


[Descargar figura](#)

En consonancia con lo anterior, la **figura 11.4** muestra los medicamentos más frecuentemente administrados en los casos nuevos de LLA, según el grupo etario. Durante este periodo, el agente terapéutico de mayor uso en las personas de 60 años o menos fue la vincristina, seguido de la citarabina y el metrotexato. En los mayores de 60 años, la citarabina fue el principio activo más utilizado.

Respecto a las moléculas biológicas, se destaca un aumento en el uso del rituximab en ambos grupos de edad. Cabe señalar que los datos corresponden a las frecuencias de prescripción de forma independiente, sin tener en cuenta el uso concomitante de uno o más fármacos.

Figura 11.4. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LLA en los adultos según el grupo etario en el marco del aseguramiento, Colombia 2024



Incluye todos los casos nuevos de LLA en la población adulta.

[Descargar figura](#)

11.3. Caracterización de los casos prevalentes de LLA en la población adulta

Respecto a las características generales de los casos prevalentes de LLA en 2024, se estimó que el 53,61% correspondía a hombres y la mediana de la edad fue de 26 años, comportamiento que fue similar entre los distintos regímenes del aseguramiento. Por otro lado, más de la mitad de los casos estaban afiliados al contributivo y el 27,11% se localizaban en la región Central.

Al analizar por el tipo de aseguramiento, en el régimen subsidiado se identificó que el 5,06% de las personas con esta neoplasia pertenecían a la población indígena. En términos de la distribución geográfica, en el contributivo se observó una mayor concentración en Bogotá, D. C., seguido de la región Central. En contraste, en el subsidiado las regiones con más casos fueron la Central y la Caribe, en ese orden.

Adicionalmente, se reportaron cuatro casos en el régimen especial con una mediana de la edad de 62 años y se identificaron once en la población no asegurada, de los cuales el 63,64% residía en Bogotá, D. C.



Tabla 11.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ² n= 2.837 (100,00%)
	Contributivo n= 1.769 (62,35%)	Subsidiado n= 928 (32,71%)	Excepción n= 125 (4,41%)	
Sexo				
Femenino	814 (46,01)	443 (47,74)	52 (41,60)	1.316 (46,39)
Masculino	955 (53,99)	485 (52,26)	73 (58,40)	1.521 (53,61)
Edad	27 (22 - 39)	24 (20 - 36)	23 (20 - 35)	26 (21 - 38)
Etnia				
Ninguna	1.748 (98,81)	854 (92,03)	124 (99,20)	2.741 (96,62)
Indígena	2 (0,11)	47 (5,06)	0 (0,00)	49 (1,73)
Negro	19 (1,07)	23 (2,48)	1 (0,80)	43 (1,52)
Otro ³	0 (0,00)	4 (0,43)	0 (0,00)	4 (0,14)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	7 (0,40)	33 (3,56)	3 (2,40)	43 (1,52)
Bogotá, D. C.	545 (30,81)	96 (10,34)	35 (28,00)	684 (24,11)
Caribe	122 (6,90)	234 (25,22)	20 (16,00)	376 (13,25)
Central	493 (27,87)	240 (25,86)	32 (25,60)	769 (27,11)
Oriental	334 (18,88)	126 (13,58)	21 (16,80)	483 (17,03)
Pacífica	268 (15,15)	199 (21,44)	14 (11,20)	482 (16,99)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tienen en cuenta cuatro casos reportados en el régimen especial y once correspondientes a población no asegurada.

³ Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

11.4. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LLA

Los siguientes son los indicadores prioritarios para la medición, la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y de los prestadores en la población adulta con LLA en Colombia (1):

1. Oportunidad de remisión al diagnóstico (promedio de días).
2. Oportunidad del diagnóstico al tratamiento (promedio de días).
- 3.1. Oportunidad del trasplante en los casos nuevos reportados (promedio de días).
- 3.2. Oportunidad del trasplante en los casos prevalentes (promedio de días).
- 4.1. Proporción de pacientes con estudios morfológicos, inmunotipificación y estudios genéticos, CNR.
- 4.2. Proporción de pacientes con estudios morfológicos, inmunotipificación y estudios genéticos, casos prevalentes.
- 5.1. Proporción de pacientes a quienes se les realizaron pruebas moleculares (FISH o PCR), CNR.
- 5.2. Proporción de pacientes a quienes se les realizaron pruebas moleculares (FISH o PCR), casos prevalentes.
- 6.1. Proporción de pacientes con clasificación del riesgo en los casos nuevos reportados.
- 6.2. Proporción de pacientes con clasificación del riesgo en los casos prevalentes.
7. Calidad del reporte de la biopsia de médula ósea.
8. Proporción de consolidación.
9. Tasa de remisión.
10. Supervivencia relativa.

Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024

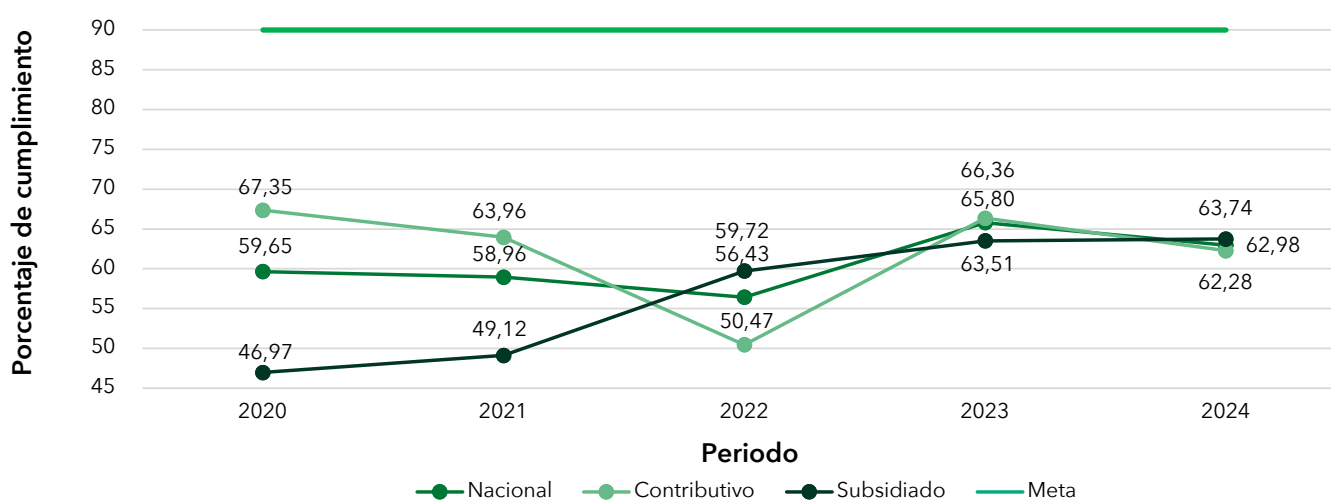
Leucemia linfocítica aguda (LLA) en la población adulta

www.cuentadealtocosto.org

Los indicadores 8 y 9 no se calcularon ya que las variables para su medición no son recolectadas según la Resolución 0247 de 2014. En cuanto al indicador 10, los datos más recientes se presentaron en el informe especial "[Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014 - 2022](#)" (2).

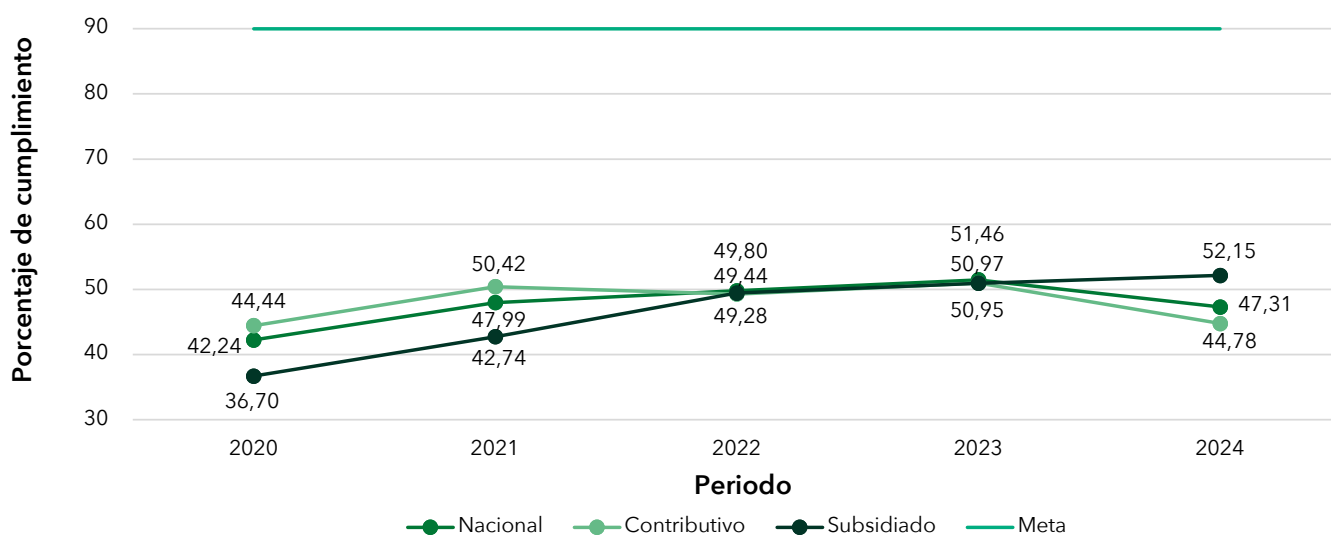
Enseguida, las **figuras 11.5.1 y 11.5.2** presentan la proporción de los casos de LLA con clasificación del riesgo al momento del diagnóstico. Para el periodo 2024, se observó una disminución del 4,28% a nivel nacional en los casos nuevos en comparación con 2023, tendencia que también se reflejó en el régimen contributivo. En contraste, en el subsidiado se evidenció un aumento en este indicador, tanto en los CNR como en los prevalentes.

Figura 11.5.1. Tendencia de la proporción de los casos nuevos con clasificación del riesgo de LLA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2024



[Descargar figura](#)

Figura 11.5.2. Tendencia de la proporción de los casos prevalentes con clasificación del riesgo de LLA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2024

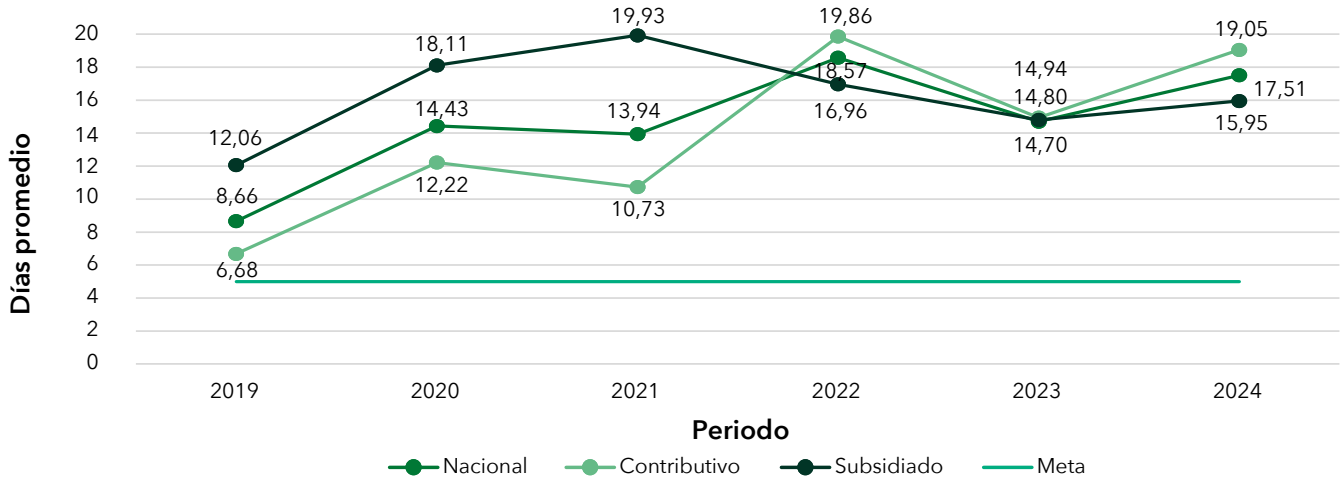


[Descargar figura](#)



En relación con la oportunidad de confirmación diagnóstica, durante este periodo se registró un aumento en el tiempo promedio desde la remisión por sospecha hasta el diagnóstico, con un incremento superior a un día en el país y en los regímenes contributivo y subsidiado. Este resultado se aleja de la meta establecida por consenso (**figura 11.6**).

Figura 11.6. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de LLA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Oportunidad diagnóstica: tiempo entre la remisión por sospecha hasta la confirmación diagnóstica.

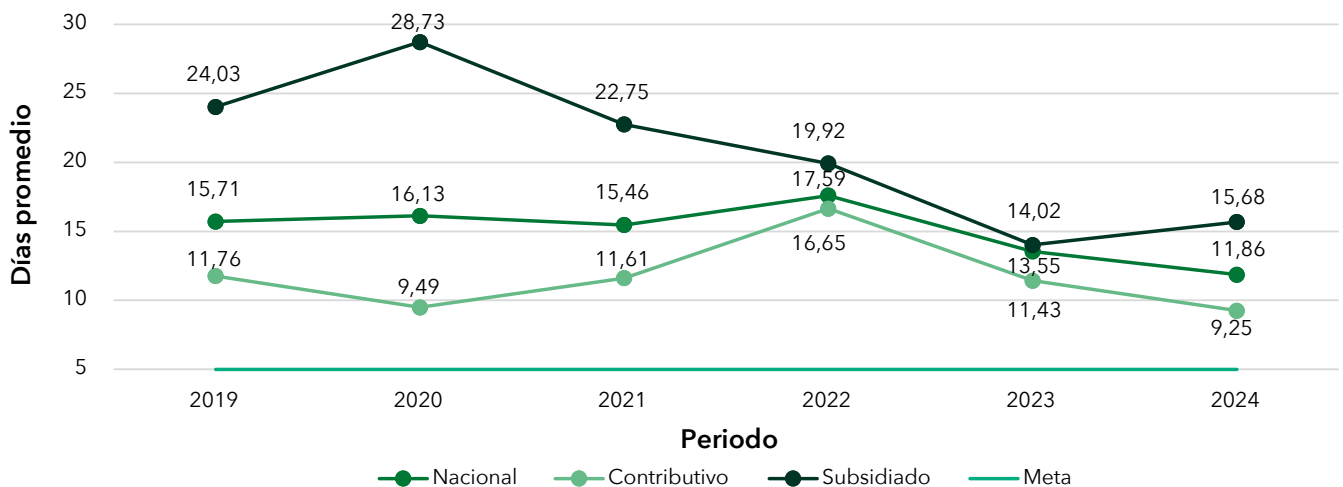
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2024 fue: nacional 17,51 días ($\pm 36,57$), contributivo 19,05 días ($\pm 45,92$), y subsidiado 15,95 días ($\pm 19,41$).

La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2024 fue: nacional 6 días (RIC: 3 - 20), contributivo 5 días (RIC: 3 - 15), y subsidiado 8 días (RIC: 3 - 23).

[Descargar figura](#)

Por el contrario, la oportunidad en el inicio del tratamiento mostró una reducción en los tiempos en la nación y en el régimen contributivo. No obstante, durante este periodo el indicador aún no alcanza un alto desempeño (**figura 11.7**).

Figura 11.7. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de LLA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Oportunidad del inicio del tratamiento: tiempo entre la confirmación del diagnóstico hasta el primer tratamiento.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 11,86 días ($\pm 27,42$), contributivo 9,25 días ($\pm 19,15$), y subsidiado 15,68 días ($\pm 35,73$).

La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 5 días (RIC: 1 - 9), contributivo 5 días (RIC: 1 - 8), y subsidiado 6 días (RIC: 2 - 13).

[Descargar figura](#)

Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024

Leucemia linfocítica aguda (LLA) en la población adulta

www.cifrasdelcancer.gov.co

Finalmente, en la **tabla 11.11** se presentan los resultados de la gestión del riesgo según la región del país. En 2024, la oportunidad de remisión para el diagnóstico aumentó a nivel nacional, así como en la Amazonía-Orinoquía, Caribe y Central. En contraste, el tiempo entre la confirmación diagnóstica y el inicio del tratamiento disminuyó en todas las regiones, excepto en la Amazonía-Orinoquía en donde se observó un incremento significativo en este indicador.

En comparación con 2023, durante este periodo se registró un aumento del 71,49% en la proporción de casos nuevos con estudios morfológicos, inmunofenotípicos y genéticos en el país, tendencia que también se evidenció en todas las regiones. Por otro lado, se estimó una disminución en el porcentaje de casos nuevos y prevalentes con clasificación del riesgo, excepto en la Central, donde ambos indicadores mostraron un incremento.

En cuanto a la calidad del reporte de la biopsia, por segundo periodo consecutivo el país alcanzó un desempeño intermedio. De igual forma, Amazonía-Orinoquía mantuvo el cumplimiento del 100% (n= 3).



Puede consultar los datos de la gestión del riesgo con una mayor desagregación ingresando a **HIGIA**.

Tabla 11.11. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LLA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	1.	2.	3.1.	3.2.	4.1.	4.2.
	≤ 5 días	≤ 5 días	Por definir	Por definir	≥ 80%	≥ 80%
	> 5 días	> 5 días			< 80 a > 70%	< 80 a > 70%
Amazonía Orinoquía	● 19,50	● 135,33	210,00	210,00	● 100,00	● 8,57
Bogotá, D. C.	● 9,33	● 5,11	Sin dato	Sin dato	● 48,57	● 2,92
Caribe	● 25,39	● 6,21	Sin dato	3,00	● 56,10	● 6,85
Central	● 23,23	● 13,75	88,00	94,00	● 72,09	● 4,59
Oriental	● 16,53	● 13,13	23,00	84,67	● 60,38	● 7,71
Pacífica	● 8,54	● 8,11	52,50	52,50	● 48,48	● 3,75
Nacional	● 17,51	● 11,86	86,00	87,38	● 58,65	● 4,94

Tabla 11.11. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LLA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024 (continuación)

Región	5.1.	5.2.	6.1.	6.2.	7.
	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
	< 90 a > 80%	< 90 a > 80%	< 90 a > 80%	< 90 a > 80%	< 90 a > 80%
	≤ 80 %	≤ 80 %	≤ 80%	≤ 80%	≤ 80%
Amazonía Orinoquía	● 100,00	● 8,57	● 66,67	● 62,86	● 100,00
Bogotá, D. C.	● 42,86	● 2,58	● 65,71	● 46,91	● 69,70
Caribe	● 58,54	● 7,14	● 70,73	● 50,89	● 87,18
Central	● 62,79	● 3,99	● 44,19	● 47,34	● 80,95
Oriental	● 64,15	● 8,19	● 64,15	● 47,23	● 86,00
Pacífica	● 66,67	● 5,15	● 72,73	● 43,79	● 87,88
Nacional	● 60,10	● 5,06	● 62,98	● 47,31	● 83,00



Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia. Indicadores de gestión del riesgo en adultos con leucemia linfocítica aguda y leucemia mieloide aguda en Colombia [en línea]. 2018. p. 1-74. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-adultos-con-leucemia-linfoide-aguda-y-leucemia-mieloide-aguda-en-colombia/>
2. Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014-2022; Bogotá D.C. 2025. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/informe-especial-resultados-de-supervivencia-global-en-las-personas-atendidas-en-el-marco-del-sistema-de-salud-colombiano-y-notificadas-a-la-cuenta-de-alto-costo-2014-2022/>

12.

**Leucemia
mieloide aguda
(LMA) en la
población adulta**



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

12.

RESUMEN infográfico

Leucemia mieloide aguda en la población adulta

Periodo: del 2 de enero de 2023 al 1° de enero de 2024.

Morbimortalidad de la LMA



El número total de casos nuevos, prevalentes y fallecidos en el periodo fue de _____

302, 2.297 y 297,
respectivamente.



Ocupó el undécimo lugar en términos de frecuencia entre los 11 tipos de cáncer priorizados.



La PCNR estandarizada fue de 0,8 casos nuevos (IC 95%: 0,6 - 0,8) por 100.000 habitantes de 18 años o más.

Caracterización de los casos nuevos de LMA

El **63,6%** —————
estaban afiliados al régimen contributivo y la mayoría (22,5%) residían en la **región Central.**



A nivel nacional, el 55,2% contó con la clasificación del riesgo. Esta proporción fue menor en el régimen de excepción (40,0%).



El 54,6% de los casos se clasificó en riesgo alto o desfavorable, con una tendencia similar entre regímenes.



La terapia sistémica fue el tratamiento más frecuente, administrado al 79,5% de los casos, seguido del trasplante de células hematopoyéticas con 4,3%.

Evaluación de la gestión del riesgo en los casos de LMA



En 2024 se estimó una reducción importante en el tiempo entre la sospecha de la enfermedad y la confirmación diagnóstica; esta tendencia fue similar entre los regímenes.



Durante este periodo, en el país y en el régimen subsidiado se observó un aumento de días promedio en la oportunidad en el inicio del tratamiento.

En el país y en las regiones, la clasificación del riesgo continúa siendo un área de _____
oportunidad de mejora para los CNR.

12. Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población adulta

CIE10: C92, C93.0, C94.0, C94.2; CIE-O-3: C42

12.1. Morbimortalidad de la LMA en la población adulta

Durante el 2024, la leucemia mieloide aguda (LMA) ocupó el undécimo lugar entre los casos nuevos reportados de los cánceres priorizados, representando el 0,67% en la población adulta. En la población adulta, se registraron 2.297 personas con esta enfermedad, de las cuales 302 (13,14%) fueron diagnosticadas en el periodo. Adicionalmente, se reportaron 297 muertes por todas las causas (tabla 12.1).

Tabla 12.1. Medidas de frecuencia de la LMA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	302	0,79	0,74	0,65 - 0,82
Prevalencia	2.297	6,01	5,87	5,63 - 6,11
Mortalidad ⁵	297	0,78	0,72	0,64 - 0,81

¹ Incluye todos los casos de LMA en los adultos que fueron reportados a la CAC.

² Informadas por cada 100.000 habitantes de 18 años o más.

³ La población de referencia corresponde a la proyectada por el DANE para el año 2023.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos de fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

12.1.1. PCNR de LMA en los adultos según la región y la entidad territorial

La región del país con la PCNR estandarizada más alta fue Bogotá, D. C., con 0,98 casos por 100.000 habitantes, aunque no hubo diferencias significativas entre las seis regiones (tabla 12.2). Entre las entidades territoriales, las cifras más elevadas se observaron en Guaviare con 3,37 y Atlántico con 1,16. En contraste, Risaralda (0,19), Cesar (0,23) y Casanare (0,31) registraron las más bajas. Durante el periodo, diez departamentos no notificaron casos nuevos.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 12.2. PCNR de LMA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	5	1.043.016	0,48	0,51	0,16 - 1,19
Bogotá, D. C.	63	6.196.825	1,02	0,98	0,75 - 1,25
Caribe	62	8.206.623	0,76	0,75	0,57 - 0,96
Central	68	9.298.891	0,73	0,66	0,50 - 0,83
Oriental	51	7.298.585	0,70	0,65	0,48 - 0,85
Pacífica	53	6.151.298	0,86	0,77	0,57 - 1,01
Nacional	302	38.195.238	0,79	0,74	0,65 - 0,82

¹ Incluye todos los casos nuevos de LMA en los adultos reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La PCNR es informada por cada 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.



12.1.2. PCNR estandarizada de LMA en los adultos según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La PCNR estandarizada fue mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado (**tabla 12.3**). Al analizar las entidades aseguradoras, el valor más alto se estimó en la EPS018 con 2,31 casos por 100.000 afiliados, seguida de la EPS012 con 2,15 y la CCF050 con 1,22. Por otro lado, la EPSS34 (0,23) y la EPS001 (0,37) registraron las cifras más bajas. En 2024, seis EAPB no registraron casos nuevos.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 12.3. PCNR de LMA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	192	22.301.960	0,86	0,80	0,69 - 0,92
Subsidiado	99	14.438.159	0,69	0,61	0,49 - 0,74
Excepción	10	1.624.125	0,62	0,43	0,20 - 0,82
Especial	1	36.593	2,73	0,69	0,01 - 32,08
No asegurado	0	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye solo los casos nuevos de LMA en los adultos reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La PCNR es informada por cada 100.000 afiliados de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

12.1.3. Prevalencia de la LMA en la población adulta según la región y la entidad territorial

En este análisis, la prevalencia estandarizada más baja correspondió a la región Amazonía-Orinoquía. Por el contrario, Bogotá, D. C., considerada como región y entidad territorial, presentó la cifra más alta, con 8,42 casos por 100.000 habitantes, seguida de Guaviare (8,40) y Antioquia (8,28). En cambio, Chocó con 1,44 y Putumayo con 1,76 registraron los valores más bajos del periodo 2024. Cabe destacar que en Vaupés no se reportaron casos prevalentes.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 12.4. Prevalencia de la LMA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	30	1.043.016	2,88	2,91	1,95 - 4,16
Bogotá, D. C.	536	6.196.825	8,65	8,42	7,72 - 9,17
Caribe	318	8.206.623	3,87	3,86	3,45 - 4,31
Central	653	9.298.891	7,02	6,79	6,27 - 7,33
Oriental	398	7.298.585	5,45	5,34	4,82 - 5,89
Pacífica	362	6.151.298	5,88	5,73	5,14 - 6,35
Nacional	2.297	38.195.238	6,01	5,87	5,63 - 6,11

¹ Incluye todos los casos de LMA en los adultos reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

12.1.4. Prevalencia de la LMA en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

En cuanto a los regímenes de afiliación, el contributivo presentó la mayor prevalencia estandarizada con 7,07 casos por 100.000 afiliados, seguido por el de excepción con 6,21. En contraste, durante este periodo se identificó el valor más bajo en el subsidiado (**tabla 12.5**).

Al comparar entre las EAPB, las cifras más elevadas correspondieron a la EPS018 (13,18) y la EPS012 (11,90), mientras que las más bajas se estimaron para la CCF033 (0,74) y la EPSI04 (2,42). En la EPS047 y la EPSI01 no se reportaron casos prevalentes en el periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 12.5. Prevalencia de la LMA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	1.620	22.301.960	7,26	7,07	6,72 - 7,42
Subsidiado	559	14.438.159	3,87	3,76	3,45 - 4,09
Excepción	110	1.624.125	6,77	6,21	5,02 - 7,60
Especial	5	36.593	13,66	4,19	1,19 - 34,43
No asegurado	3	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de LMA en los adultos reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La prevalencia es informada por cada 100.000 afiliados de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados. **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

12.1.5. Mortalidad en la población adulta con LMA según la región y la entidad territorial

En la cohorte, la mortalidad general más alta se observó en Bogotá, D. C., seguida de las regiones Caribe y Pacífica. En contraste, la Amazonía-Orinoquía presentó la más baja con 0,11 fallecimientos por 100.000 habitantes (**tabla 12.6**). Por su parte, a nivel departamental, San Andrés, Providencia y Santa Catalina (2,35) y Atlántico (1,31) reportaron las cifras más elevadas, mientras que Chocó con 0,28 y Magdalena con 0,29 mostraron los comportamientos más bajos. Ocho departamentos no notificaron muertes por todas las causas.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a consultar **HIGIA**.

Tabla 12.6. Mortalidad general en los adultos con LMA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	1	1.043.016	0,10	0,11	0,00 - 0,58
Bogotá, D. C.	57	6.196.825	0,92	0,87	0,65 - 1,12
Caribe	70	8.206.623	0,85	0,85	0,66 - 1,07
Central	68	9.298.891	0,73	0,65	0,50 - 0,83
Oriental	44	7.298.585	0,60	0,55	0,39 - 0,73
Pacífica	57	6.151.298	0,93	0,84	0,63 - 1,09
Nacional	297	38.195.238	0,78	0,72	0,64 - 0,81

¹ Incluye las muertes por todas las causas en los adultos con LMA reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2023.

³ La mortalidad es informada por cada 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



12.1.6. Mortalidad en los adultos con LMA según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

Enseguida, la **tabla 12.7** presenta la mortalidad general estandarizada según los regímenes de afiliación. En este periodo, no se identificaron diferencias significativas entre el contributivo y el subsidiado. Respecto a las EAPB, los valores más altos correspondieron a la EPS012 con 2,46 muertes por 100.000 afiliados, seguida de la CCF055 con 1,54 y la EPSS40 con 1,25. En cambio, las más bajas se reportaron en la EPSS34 (0,21) y la EPS001 (0,30).

En diez entidades no se notificaron casos de mortalidad general en 2024.

La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**.

Tabla 12.7. Mortalidad general en los adultos con LMA según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	174	22.301.960	0,78	0,71	0,60 - 0,82
Subsidiado	116	14.438.159	0,80	0,72	0,59 - 0,86
Excepción	7	1.624.125	0,43	0,35	0,11 - 0,81
Especial	0	36.593	0,00	NA	NA
No asegurado	0	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes por todas las causas en los adultos con LMA reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2023.

³ La mortalidad es informada por cada 100.000 afiliados de 18 años o más.

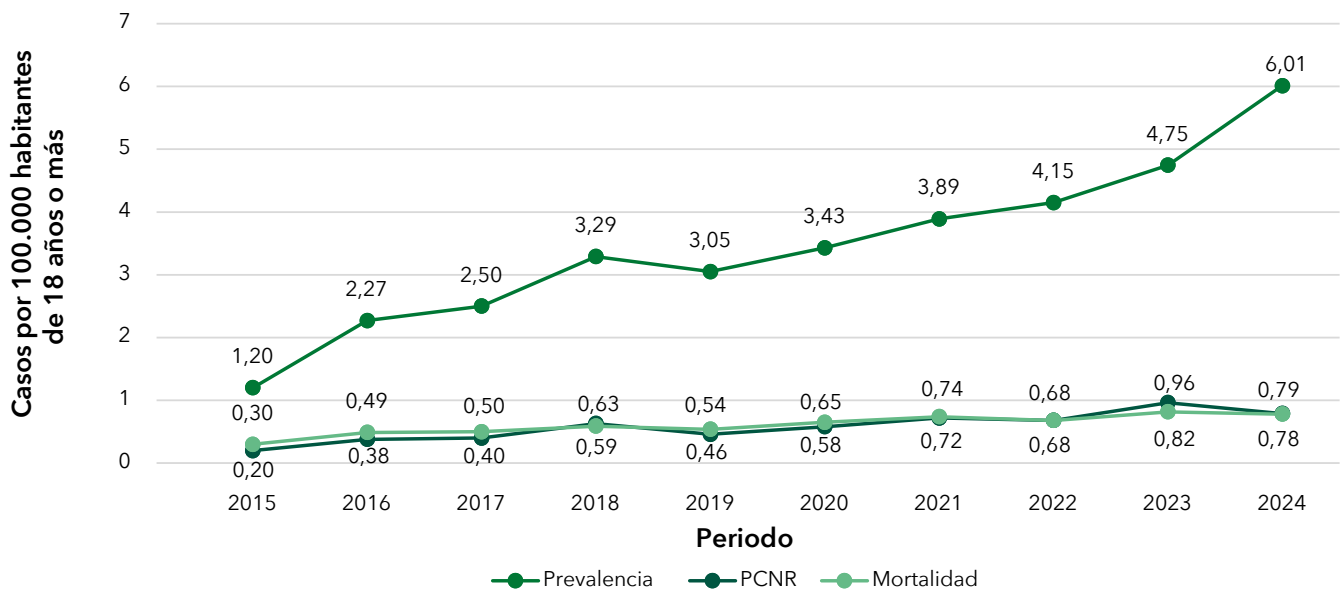
⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no asegurada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados. **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato; **NA:** no aplica.

12.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LMA en el aseguramiento en Colombia

Como se muestra en la **figura 12.1**, en comparación con el periodo anterior, se evidenció un incremento en la prevalencia, mientras que la PCNR y la mortalidad presentaron una reducción del 17,70% y del 4,87%, respectivamente.

Figura 12.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la población adulta con LMA en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2024



Incluye los casos de LMA en la población adulta.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportadas por cada 100.000 habitantes de 18 años o más.

Mortalidad: corresponde a los casos de fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)

12.2. Caracterización de los casos nuevos de LMA en los adultos

12.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LMA

A continuación, la **tabla 12.8** presenta la caracterización general de los casos nuevos de LMA reportados en 2024. Más de la mitad estaban afiliados al régimen contributivo. En cuanto a la distribución por sexo, predominó el masculino tanto en el país como en los distintos regímenes.

La mediana de la edad fue de 62 años, sin variaciones relevantes entre los tipos de afiliación al sistema de salud. Respecto a la pertenencia étnica, el 1,99% de los casos correspondió a población indígena, todos en el régimen subsidiado. En términos de la ubicación geográfica, la región Central concentró el mayor número de CNR; en el contributivo predominaron en Bogotá, D. C., mientras que en el subsidiado se registraron principalmente en la Caribe.

Tabla 12.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LMA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ² n= 302 (100,00%)
	Contributivo n= 192 (63,58%)	Subsidiado n= 99 (32,78%)	Excepción n= 10 (3,31%)	
Sexo				
Femenino	93 (48,44)	44 (44,44)	4 (40,00)	142 (47,02)
Masculino	99 (51,56)	55 (55,56)	6 (60,00)	160 (52,98)
Edad	62 (45 - 73)	61 (49 - 76)	69 (59 - 75)	62 (48 - 74)
Etnia				
Ninguna	190 (98,96)	92 (92,93)	10 (100,00)	293 (97,02)
Indígena	0 (0,00)	6 (6,06)	0 (0,00)	6 (1,99)
Negro	2 (1,04)	1 (1,01)	0 (0,00)	3 (0,99)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	1 (0,52)	3 (3,03)	1 (10,00)	5 (1,66)
Bogotá, D. C.	57 (29,69)	3 (3,03)	3 (30,00)	63 (20,86)
Caribe	15 (7,81)	46 (46,46)	1 (10,00)	62 (20,53)
Central	48 (25,00)	18 (18,18)	2 (20,00)	68 (22,52)
Oriental	33 (17,19)	16 (16,16)	2 (20,00)	51 (16,89)
Pacífica	38 (19,79)	13 (13,13)	1 (10,00)	53 (17,55)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso en el régimen especial.

12.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LMA

La **tabla 12.9** presenta las características clínicas de los CNR según su afiliación al sistema de salud. En el país, al 55,18% (n= 165) de los casos se les realizó la clasificación del riesgo, siendo el régimen contributivo el que agrupó la mayor proporción. En este grupo, más de la mitad se ubicó en la categoría de riesgo alto o desfavorable, tendencia que también se observó en el contributivo y en el subsidiado.



Tabla 12.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LMA según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ² n= 302 (100,00%)
	Contributivo n= 192 (63,58%)	Subsidiado n= 99 (32,78%)	Excepción n= 10 (3,31%)	
Clasificación del riesgo (sí)³	104 (54,74)	56 (57,14)	4 (40,00)	165 (55,18)
Grupo de riesgo^{3,4}				
Estándar, bajo	18 (17,31)	11 (19,64)	1 (25,00)	30 (18,18)
Intermedio	30 (28,85)	12 (21,43)	2 (50,00)	45 (27,27)
Alto, desfavorable	56 (53,85)	33 (58,93)	1 (25,00)	90 (54,55)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables.

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso en el régimen especial.

³ Los grupos de riesgo citogenético-molecular fueron definidos según la guía de práctica clínica colombiana de leucemias.

⁴ Incluye todos los casos nuevos de LMA en adultos que fueron clasificados.

12.2.3. Caracterización del tratamiento de los casos nuevos de LMA

Durante el periodo, la terapia sistémica fue el tratamiento de elección en el 79,47% (n= 240) de los casos nuevos, no se registró el uso de radioterapia y el 4,30% (n= 13) recibió un trasplante de células progenitoras hematopoyéticas. La **figura 12.2** muestra la distribución de los tipos de trasplantes realizados; del total de los procedimientos notificados, el 76,92% (n= 10) correspondió al tipo alogénico de donante idéntico relacionado.

Adicionalmente, en 2024, el 15,23% (n= 46) de los CNR no recibió ninguna intervención terapéutica. De este porcentaje, el 32,60% (n= 15) fue diagnosticado dentro de los tres meses previos a la fecha de corte y el 23,91% (n= 11) recibió cuidados paliativos.

Figura 12.2. Distribución porcentual de los tipos de trasplante en los casos nuevos de LMA en adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

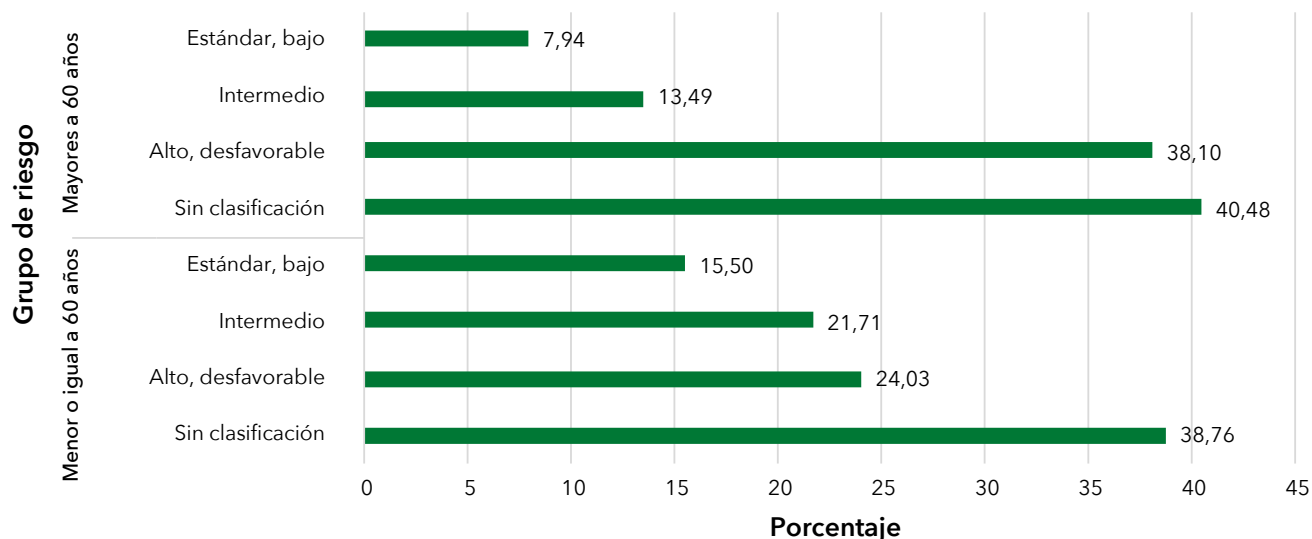


Se incluyen solo los tipos de trasplantes reportados durante el periodo 2024.

[Descargar figura](#)

Al analizar el uso de la terapia sistémica según el grupo de riesgo y la edad, se observó que el 30,98% (n= 79) de los casos tratados correspondía a personas clasificadas con riesgo alto, mientras que el 39,61% (n= 101) no contaba con esta información al momento del análisis. A su vez, al desagregar por grupo etario, se identificó una mayor proporción de uso en personas tanto mayores como menores de 60 años sin clasificación del riesgo (**figura 12.3**).

Figura 12.3. Frecuencia de uso de la terapia sistémica en los casos nuevos de LMA en los adultos según los grupos de riesgo y etario en el marco del aseguramiento, Colombia 2024



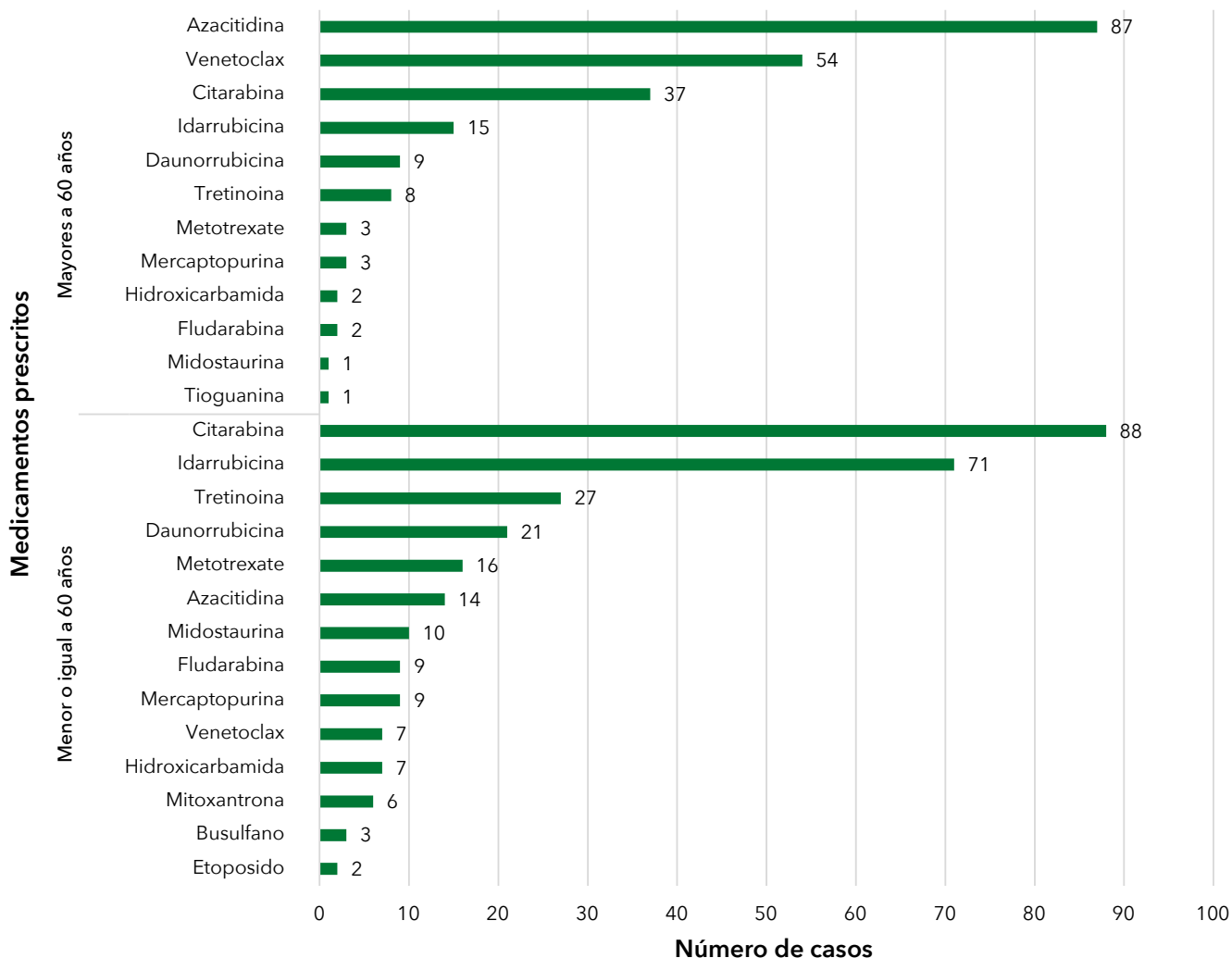
[Descargar figura](#)

Por otro lado, la **figura 12.4** presenta los medicamentos más frecuentemente administrados en los casos nuevos de LMA en adultos. En la población de 60 años o menos, la citarabina se mantuvo como el agente terapéutico de mayor uso, seguido de la idarrubicina; sin embargo, en 2024, ambos mostraron una disminución en la frecuencia de uso. En cuanto a los mayores de 60 años, se evidenció una reducción en la administración de azacitidina y un leve incremento en el uso de venetoclax.

Cabe resaltar que los datos corresponden a frecuencias de administración de forma independiente, sin describir el uso concomitante de múltiples fármacos.



Figura 12.4. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LMA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2024



Incluye todos los casos nuevos de LMA en la población adulta.

[Descargar figura](#)

12.3. Caracterización de los casos prevalentes de LMA en los adultos

A continuación, se describen las características sociodemográficas de los casos prevalentes de LMA. En términos generales, en el país, la mayoría de las personas con esta enfermedad estaban afiliadas al régimen contributivo (70,53%) y el 51,55% eran mujeres. La mediana de la edad fue de 49 años y el 1,31% se autorreconocía como perteneciente al grupo étnico negro. En cuanto a la distribución geográfica, el 28,43% (n= 653) fueron diagnosticados en la región Central.

Al desagregar la información por régimen de afiliación, se observó que la distribución por sexo fue similar a la nacional en la mayoría de los grupos. Por su parte, en el especial se estimó una mediana de la edad más alta. En el subsidiado, el 3,94% (n= 22) de los casos correspondía a la población indígena, además, en este régimen la mayoría se encontraban en la región Caribe, mientras que en el contributivo predominaban en la Central.

Tabla 12.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LMA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 2.297 (100,00%)
	Contributivo n= 1.620 (70,53%)	Subsidiado n= 559 (24,34%)	Excepción n= 110 (4,79%)	Especial n= 5 (0,22%)	
Sexo					
Femenino	827 (51,05)	300 (53,67)	53 (48,18)	4 (80,00)	1.184 (51,55)
Masculino	793 (48,95)	259 (46,33)	57 (51,82)	1 (20,00)	1.113 (48,45)
Edad	49 (34 - 64)	46 (29 - 63)	58 (42 - 70)	70 (69 - 79)	49 (32 - 64)
Etnia					
Ninguna	1.596 (98,52)	532 (95,17)	107 (97,27)	5 (100,00)	2.243 (97,65)
Indígena	0 (0,00)	22 (3,94)	0 (0,00)	0 (0,00)	22 (0,96)
Negro	24 (1,48)	5 (0,89)	1 (0,91)	0 (0,00)	30 (1,31)
Otra ³	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (1,82)	0 (0,00)	2 (0,09)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	11 (0,68)	15 (2,68)	4 (3,64)	0 (0,00)	30 (1,31)
Bogotá, D. C.	464 (28,64)	45 (8,05)	26 (23,64)	1 (20,00)	536 (23,33)
Caribe	131 (8,09)	170 (30,41)	16 (14,55)	0 (0,00)	318 (13,84)
Central	477 (29,44)	144 (25,76)	30 (27,27)	2 (40,00)	653 (28,43)
Oriental	295 (18,21)	79 (14,13)	22 (20,00)	0 (0,00)	398 (17,33)
Pacífica	242 (14,94)	106 (18,96)	12 (10,91)	2 (40,00)	362 (15,76)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tienen en cuenta tres casos correspondientes a la población no asegurada.

³ Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenqueros de San Basilio.

12.4. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LMA

Los siguientes son los indicadores prioritarios para la medición, la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y de los prestadores en la población adulta con LMA en Colombia (1):

1. Oportunidad de remisión al diagnóstico (promedio de días).
2. Oportunidad del diagnóstico al tratamiento (promedio de días).
- 3.1. Oportunidad del trasplante en los casos nuevos reportados (promedio de días).
- 3.2. Oportunidad del trasplante en los casos prevalentes (promedio de días).
- 4.1. Proporción de pacientes con estudios morfológicos, inmunotipificación y estudios genéticos, CNR.
- 4.2. Proporción de pacientes con estudios morfológicos, inmunotipificación y estudios genéticos, casos prevalentes.
- 5.1. Proporción de pacientes a quienes se les realizaron pruebas moleculares (FISH o PCR), CNR.
- 5.2. Proporción de pacientes a quienes se les realizaron pruebas moleculares (FISH o PCR), casos prevalentes.
- 6.1. Proporción de pacientes con clasificación del riesgo en los casos nuevos reportados.
- 6.2. Proporción de pacientes con clasificación del riesgo en los casos prevalentes.
7. Calidad del reporte de la biopsia de médula ósea.
8. Proporción de consolidación.
9. Tasa de remisión.
10. Supervivencia relativa.

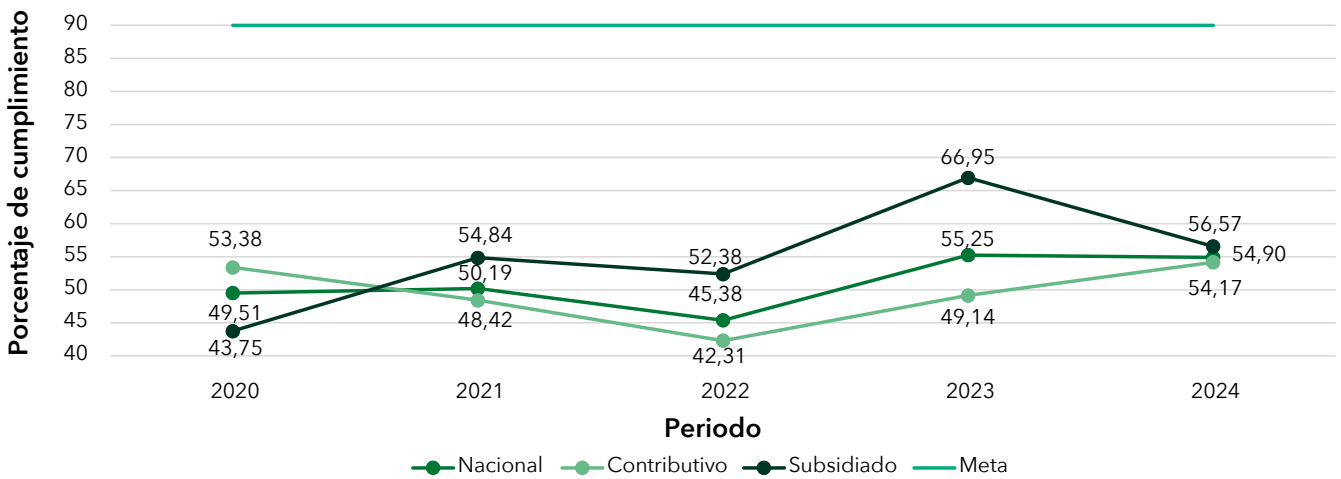


Los indicadores 8 y 9 no se calcularon debido a que la Resolución 0247 de 2014 no contiene las variables necesarias para su medición. En cuanto al indicador 10, los datos más recientes se presentaron en el informe especial "[Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014 - 2022](#)" (2).

Por otro lado, en el periodo 2023, se modificaron los niveles de cumplimiento en los indicadores 4 y 5 de acuerdo con lo definido en el consenso para el segundo año de medición.

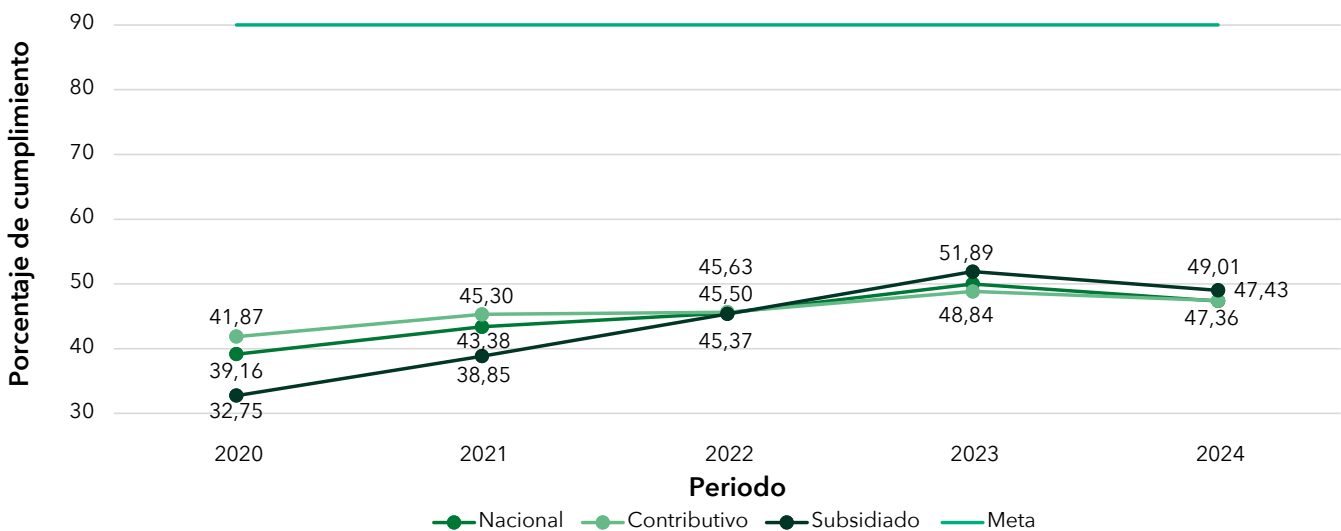
Las **figuras 12.5.1 y 12.5.2** muestran la evolución de la clasificación del riesgo en casos nuevos y prevalentes de LMA. En 2024, se observó una disminución en el porcentaje de cumplimiento en el país y en el régimen subsidiado. Por su parte, el contributivo presentó un incremento del 10,23% en los CNR, mientras que en los prevalentes siguió la tendencia a la baja registrada en la nación.

Figura 12.5.1. Tendencia de la proporción de los casos nuevos con clasificación del riesgo de LMA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2024



[Descargar figura](#)

Figura 12.5.2. Tendencia de la proporción de los casos prevalentes con clasificación del riesgo de LMA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2024



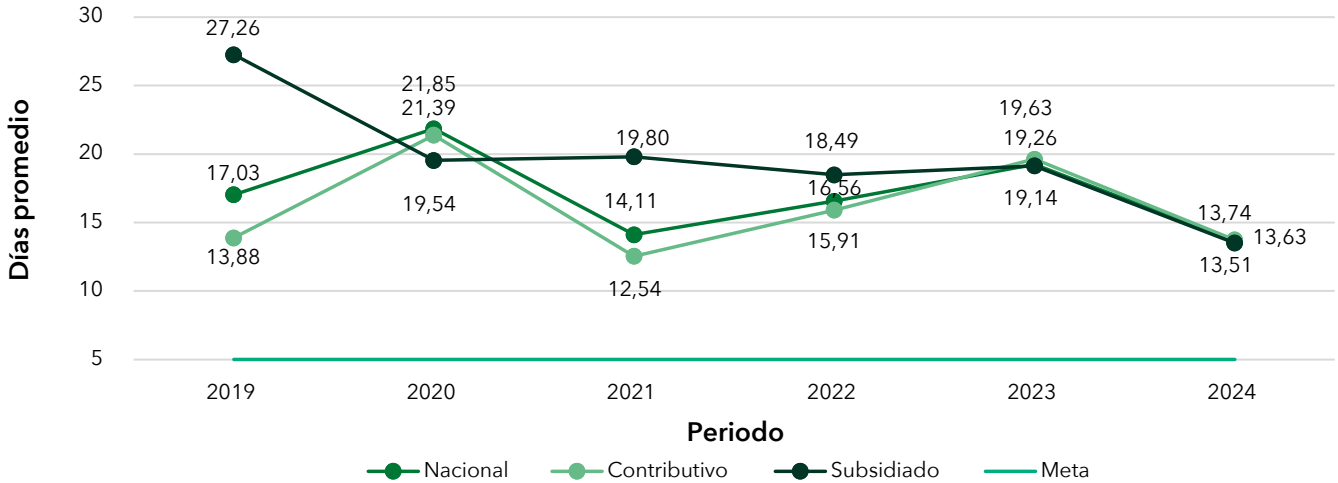
[Descargar figura](#)

Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024

Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población adulta
www.cuertadereporterio.org

Por otro lado, tanto a nivel nacional como en los diferentes regímenes, se observó una disminución en el tiempo entre la remisión por sospecha y la confirmación diagnóstica. De hecho, en 2024, el país registró el promedio de días más bajo de los últimos seis periodos y se mantiene el cierre de brechas entre los regímenes (**figura 12.6**).

Figura 12.6. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de LMA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Oportunidad diagnóstica: tiempo entre la remisión por sospecha hasta la confirmación diagnóstica.

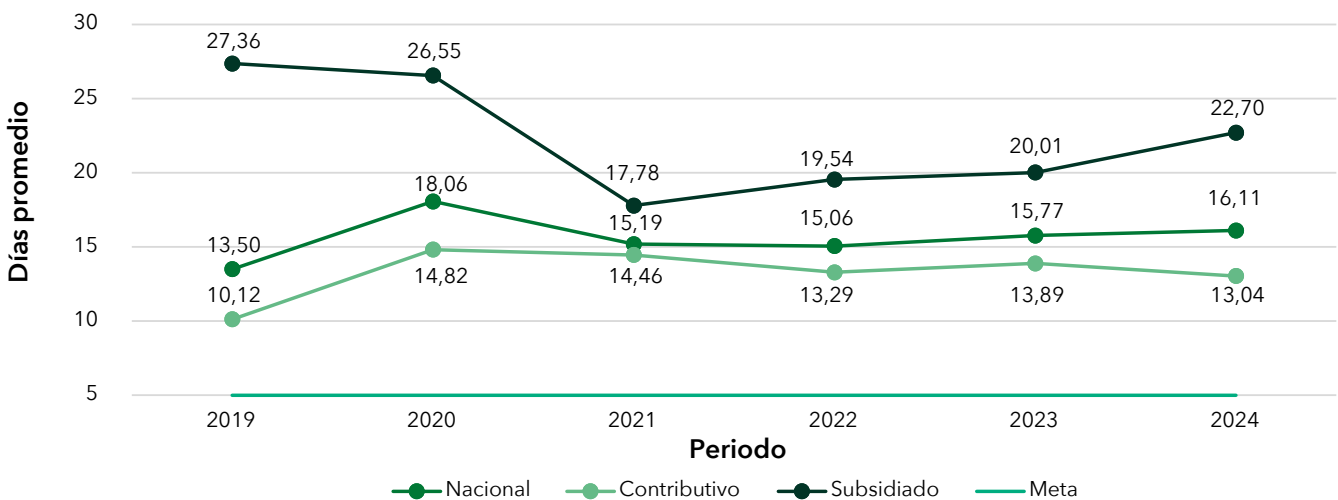
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2024 fue: nacional 13,63 días ($\pm 14,65$), contributivo 13,74 días ($\pm 15,60$), y subsidiado 13,51 días ($\pm 12,66$).

La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2024 fue: nacional 8 días (RIC: 4 - 19), contributivo 7 días (RIC: 3 - 18), y subsidiado 9 días (RIC: 4 - 19).

[Descargar figura](#)

En la **figura 12.7** se muestra la tendencia de la oportunidad en el inicio del tratamiento. Durante este periodo, en el país y en el subsidiado se observó un incremento en los tiempos entre la confirmación diagnóstica y la administración de la primera intervención terapéutica, alejándose de la meta definida por consenso.

Figura 12.7. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de LMA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2024



Oportunidad del tratamiento: tiempo entre la confirmación del diagnóstico hasta el primer tratamiento.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 16,11 días ($\pm 36,90$), contributivo 13,04 días ($\pm 26,84$), y subsidiado 22,69 días ($\pm 51,65$).

La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 5 días (RIC: 1 - 13), contributivo 3 días (RIC: 1 - 12), y subsidiado 7 días (RIC: 2 - 16).

[Descargar figura](#)



La **tabla 12.11** presenta los resultados de la gestión del riesgo según la región de residencia al momento del diagnóstico. En términos generales, en 2024 persistieron los retos regionales para alcanzar un desempeño óptimo en los indicadores. No obstante, en comparación con 2023, se evidenció una reducción en el tiempo promedio hasta la confirmación diagnóstica en la mayoría de las regiones, con excepción de la Amazonía-Orinoquía y Bogotá, D. C.

En cuanto a los indicadores relacionados con la realización de estudios específicos (indicadores 4 y 5), se observó un incremento en la proporción de CNR con pruebas morfológicas, inmunotipificación y estudios genéticos, así como en la aplicación de pruebas moleculares (FISH o PCR), especialmente en las regiones de la Amazonía-Orinoquía y Oriental. Esta tendencia también se reflejó en los casos prevalentes, consolidando una mejora nacional en esta parte de la atención oncológica.

Por último, se evidenció un avance en la calidad del reporte de la biopsia de médula ósea, alcanzando la meta establecida por consenso en el país y en todas las regiones, con excepción de la Central, que no logró un desempeño alto.

Tabla 12.11. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LMA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	1.	2.	3.1.	3.2.	4.1.	4.2.
	≤ 5 días	≤ 5 días	Por definir	Por definir	≥ 80%	≥ 80%
	> 5 días	> 5 días			< 80 a > 70%	< 80 a > 70%
					≤ 70%	≤ 70%
Amazonía Orinoquía	● 29,50	● 87,00	Sin dato	81,00	● 60,00	● 11,54
Bogotá, D. C.	● 13,40	● 15,12	85,50	85,50	● 64,18	● 9,23
Caribe	● 15,31	● 7,81	0,00	0,00	● 67,74	● 14,38
Central	● 11,87	● 14,76	106,00	136,00	● 63,24	● 7,35
Oriental	● 17,26	● 26,21	0,00	3,00	● 68,63	● 9,75
Pacífica	● 10,45	● 12,33	170,00	96,00	● 66,04	● 10,29
Nacional	● 13,63	● 16,11	111,75	99,10	● 65,69	● 9,70

Tabla 12.11. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LMA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024 (continuación)

Región	5.1.	5.2.	6.1.	6.2.	7.
	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
	< 90 a > 80%	< 90 a > 80%	< 90 a > 80%	< 90 a > 80%	< 90 a > 80%
	≤ 80%	≤ 80%	≤ 80%	≤ 80%	≤ 80%
Amazonía Orinoquía	● 60,00	● 11,54	● 60,00	● 50,00	● 100,00
Bogotá, D. C.	● 59,70	● 8,58	● 53,73	● 48,07	● 95,45
Caribe	● 66,13	● 14,04	● 70,97	● 51,71	● 93,33
Central	● 70,59	● 8,18	● 48,53	● 45,74	● 89,55
Oriental	● 68,63	● 9,75	● 52,94	● 44,85	● 95,92
Pacífica	● 50,94	● 7,94	● 47,17	● 47,94	● 92,00
Nacional	● 63,40	● 9,37	● 54,90	● 47,36	● 93,27



Puede consultar los datos de la gestión del riesgo con una mayor desagregación ingresando a **HIGIA**.

Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia. Indicadores de gestión del riesgo en adultos con leucemia linfocítica aguda y leucemia mieloide aguda en Colombia [en línea]. 2018. p. 1-74. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-adultos-con-leucemia-linfoide-aguda-y-leucemia-mieloide-aguda-en-colombia/>
2. Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014-2022; Bogotá D.C. 2025. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/informe-especial-resultados-de-supervivencia-global-en-las-personas-atendidas-en-el-marco-del-sistema-de-salud-colombiano-y-notificadas-a-la-cuenta-de-alto-costo-2014-2022/>

13.

Mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

13.

RESUMEN infográfico

Mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias

Periodo: del 2 de enero de 2023 al 1° de enero de 2024.

Caracterización de los casos nuevos



En 2024, la mayoría de los casos fueron diagnosticados en hombres (53,7%).



El 61,2% estaban afiliados al régimen contributivo y el 24,3% se encontraban ubicados en la región Central.

Caracterización de los casos prevalentes

La mediana de la edad de los **casos prevalentes** fue de **67 años** (RIC: 59 - 74).



Las regiones con mayor porcentaje de casos prevalentes fueron la Central (26,8%) y Bogotá, D. C., (26,0%).



El 92,9% de los casos correspondían a mieloma múltiple y el 5,4% a plasmocitoma extramedular.

Evaluación de la gestión del riesgo en los casos de mieloma múltiple



En 2024, el tiempo promedio para la confirmación del diagnóstico en los pacientes se mantuvo por debajo de los 45 días desde la remisión.



La oportunidad del inicio del primer tratamiento continúa registrando un promedio superior a los 15 días tanto a nivel nacional como en los diferentes regímenes del aseguramiento.



Durante este periodo, ninguna de las regiones del país alcanzó la meta en la evaluación de la función renal en las personas con esta enfermedad. De igual manera, el porcentaje de casos con valoración de enfermedad ósea no superó el 20%.



El porcentaje de pacientes que finalmente fueron trasplantados durante el periodo 2024 fue menor del 10,0% en la mayoría de las regiones del país.



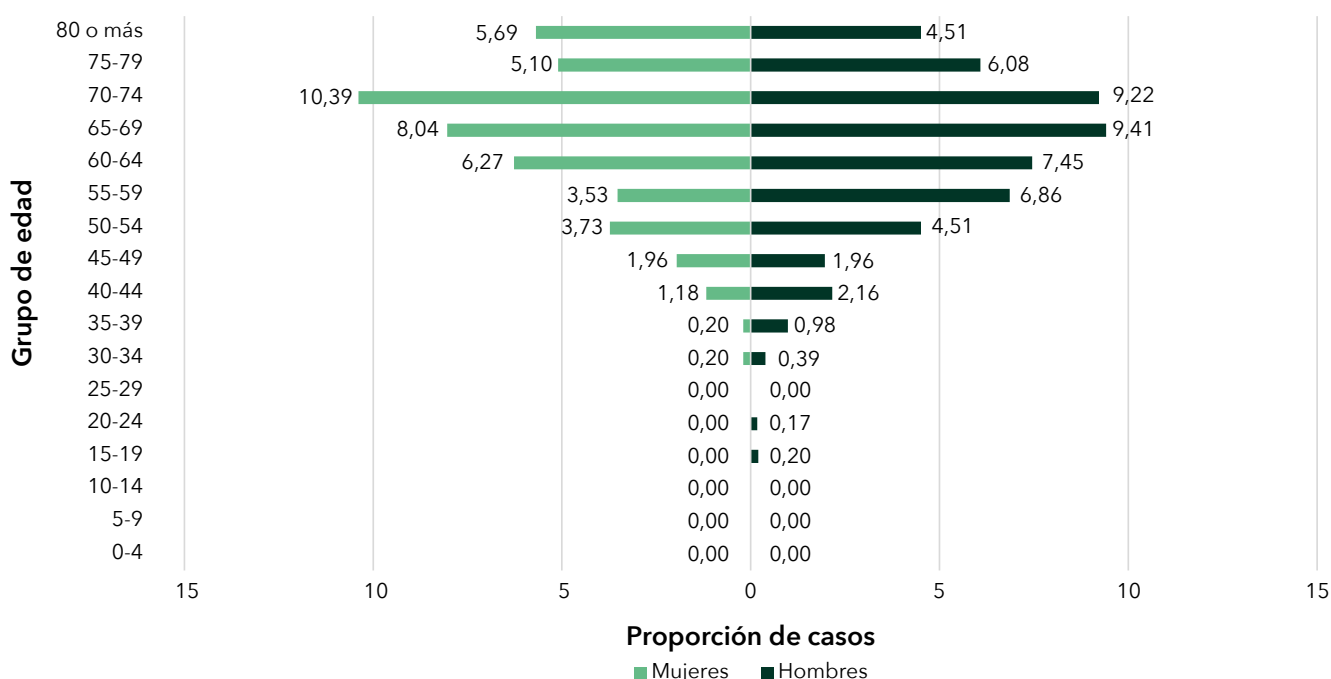
13. Descripción especial: mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias

A continuación, se presenta una descripción de los casos de mieloma múltiple (C900) y otras neoplasias plasmocitarias, a pesar de no estar incluidas dentro de los tipos de cáncer priorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 3974 de 2009. Esta decisión se justifica debido a que el mieloma múltiple es una de las enfermedades más frecuentes dentro del grupo de las hematolinfáticas, las cuales representaron el 38,23% de los casos diagnosticados en el año 2024.

13.1. Características sociodemográficas de los casos reportados de mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias

En la **figura 13.1** se observa la distribución de los casos nuevos por el grupo etario y el sexo. Del total de estos, el 90,79% se presentó entre los 50 y los 80 años o más, manifestándose una mayor concentración entre los 65 y los 74 años para ambos sexos.

Figura 13.1. Distribución de los casos nuevos de mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias según el grupo etario y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2024



Incluye todos los casos nuevos de mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias, en ambos sexos y en todas las edades.

[Descargar figura](#)

En relación con las características demográficas y clínicas de los pacientes con mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias (**tabla 13.1.**), entre los casos nuevos el 53,73% fueron diagnosticados en hombres, el 47,64% residían en las regiones Central y Caribe y la mayoría se encontraban afiliados al régimen contributivo. Por su parte, en los prevalentes, un poco más de la mitad de los casos se presentaron en mujeres y las regiones en donde se concentraron fueron la Central y Bogotá, D. C., (52,81%).

El subgrupo predominante tanto en los casos nuevos como en los prevalentes fue el diagnóstico de mieloma múltiple. En cuanto al tipo de tratamiento con el que iniciaron los casos nuevos, las terapias sistémicas (que incluyen la inmunoterapia y opciones de quimioterapia con anticuerpos monoclonales) fueron las más indicadas (84,06%), seguidas de la aplicación de radioterapias. El trasplante se realizó al 7,17% de los casos nuevos, todos en etapa refractaria y el 97,23% de tipo autólogo.

Tabla 13.1. Características sociodemográficas y clínicas de los casos con mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Variable ¹	Clasificación de la población	
	CNR n= 510	Casos prevalentes n= 5.430
Sociodemográficas		
Edad	67 (58 - 74)	67 (59 - 74)
Sexo		
Femenino	236 (46,27)	2.780 (51,20)
Masculino	274 (53,73)	2.650 (48,80)
Región de residencia		
Amazonía-Orinoquía	9 (1,76)	46 (0,85)
Bogotá, D. C.	107 (20,98)	1.412 (26,00)
Caribe	119 (23,33)	844 (15,54)
Central	124 (24,31)	1.456 (26,81)
Oriental	66 (12,94)	777 (14,31)
Pacífica	85 (16,67)	895 (16,48)
Etnia		
Ninguna	501 (98,24)	5.315 (97,88)
Indígena	6 (1,18)	34 (0,63)
Negro	2 (0,39)	77 (1,42)
Otra ²	1 (0,20)	4 (0,07)
Régimen de afiliación		
Contributivo	312 (61,18)	3.891 (71,66)
Subsidiado	170 (33,33)	1.153 (21,23)
Excepción	26 (5,10)	362 (6,67)
Especial	2 (0,39)	17 (0,31)
No asegurado	0 (0,00)	7 (0,13)
Clínicas		
Subgrupo³		
Mieloma múltiple	476 (93,33)	5.046 (92,93)
Leucemia de células plasmáticas	7 (1,37)	34 (0,63)
Plasmocitoma extramedular	14 (2,75)	295 (5,43)
Plasmocitoma solitario	13 (2,55)	55 (1,01)
Tratamiento⁴		
Terapia sistémica	422 (84,06)	NA
Radioterapia	71 (14,14)	NA
Trasplante	36 (7,17)	NA

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, en la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Incluye a la población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

³ Definidos según el código CIE-10.

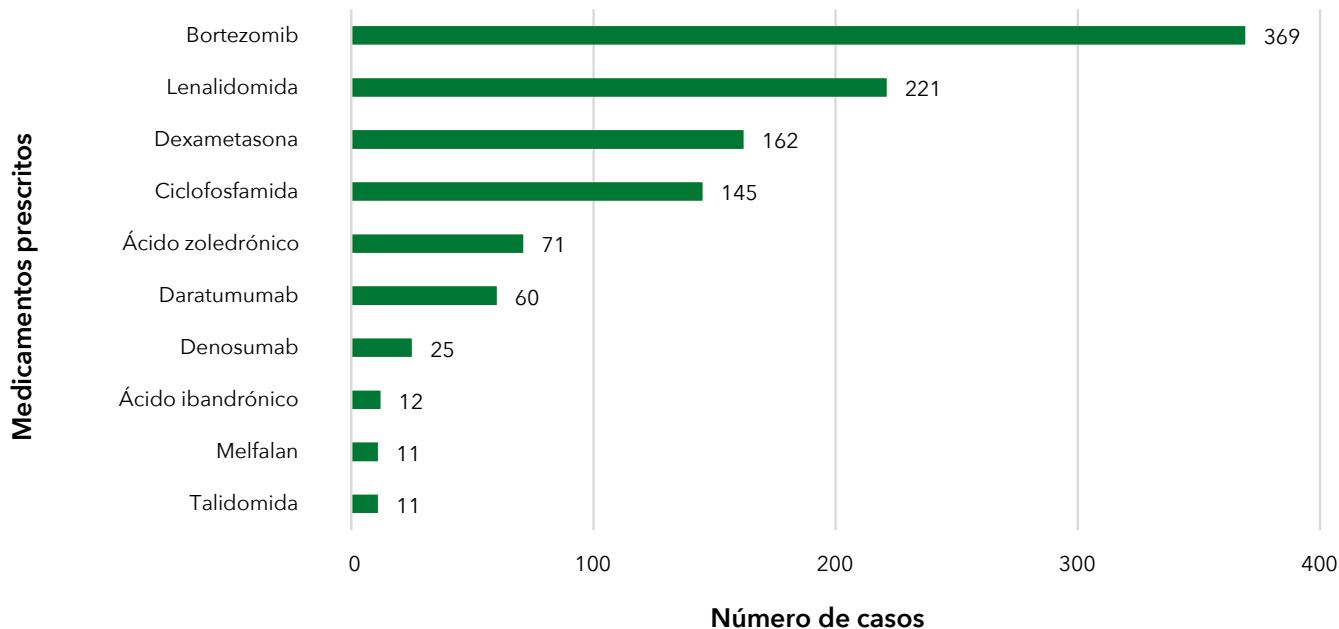
⁴ Únicamente se evaluó en los casos nuevos reportados.

CNR: casos nuevos reportados; **NA:** no aplica.

En las personas que recibieron terapias sistémicas, el medicamento más frecuentemente utilizado fue el bortezomib, seguido de la lenalidomida, la dexametasona, la ciclofosfamida y la daratumumab. Adicionalmente, se encontró la indicación de bifosfonatos como el ácido zoledrónico, el ácido ibandronico y el denosumab, indicados para el manejo preventivo de los eventos óseos, ocasionados por complicaciones relacionadas al mieloma múltiple (1). Tan solo en 7 casos nuevos fue indicado el inhibidor de proteasas carfilzomib.



Figura 13.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos con mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias en el marco del aseguramiento, Colombia 2024



[Descargar figura](#)

Es importante mencionar que actualmente existen dos sistemas de clasificación del mieloma múltiple: el de Durie-Salmon y el Sistema de Estadificación Internacional Revisado (R-ISS, por sus siglas en inglés) (2). El último es el más utilizado y se basa en 4 indicadores: la cantidad sérica de albúmina, la de microglobulina beta-2, la de LDH y las anomalías genéticas específicas (citogenética) del cáncer para clasificar la enfermedad en tres estadios. Sin embargo, aún no se cuenta con las variables para realizar este análisis.

13.2. Indicadores de la gestión del riesgo en mieloma múltiple

Para el 2024 se realizó la tercera medición de los indicadores prioritarios para la medición, la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y de los prestadores en la población con mieloma múltiple en Colombia (3):

1. Proporción de pacientes con confirmación diagnóstica citológica e histopatológica.
2. Proporción de pacientes con realización de FISH o PCR al diagnóstico.
3. Proporción de pacientes con estudio de alteraciones citogénicas mínimas.
4. Proporción de pacientes con criterios completos de diagnóstico.
5. Proporción de pacientes con evaluación de la enfermedad ósea al diagnóstico.
6. Proporción de pacientes con estudio de la función renal al diagnóstico.
7. Proporción de pacientes con presencia de enfermedad renal al diagnóstico.
8. Proporción de pacientes con estadificación del riesgo con el sistema R-ISS.
9. Proporción de pacientes clasificados con bajo riesgo al diagnóstico según R-ISS.
10. Proporción de pacientes clasificados con alto riesgo citogenético al diagnóstico.
11. Proporción de pacientes con estadificación de Durie-Salmon al diagnóstico.

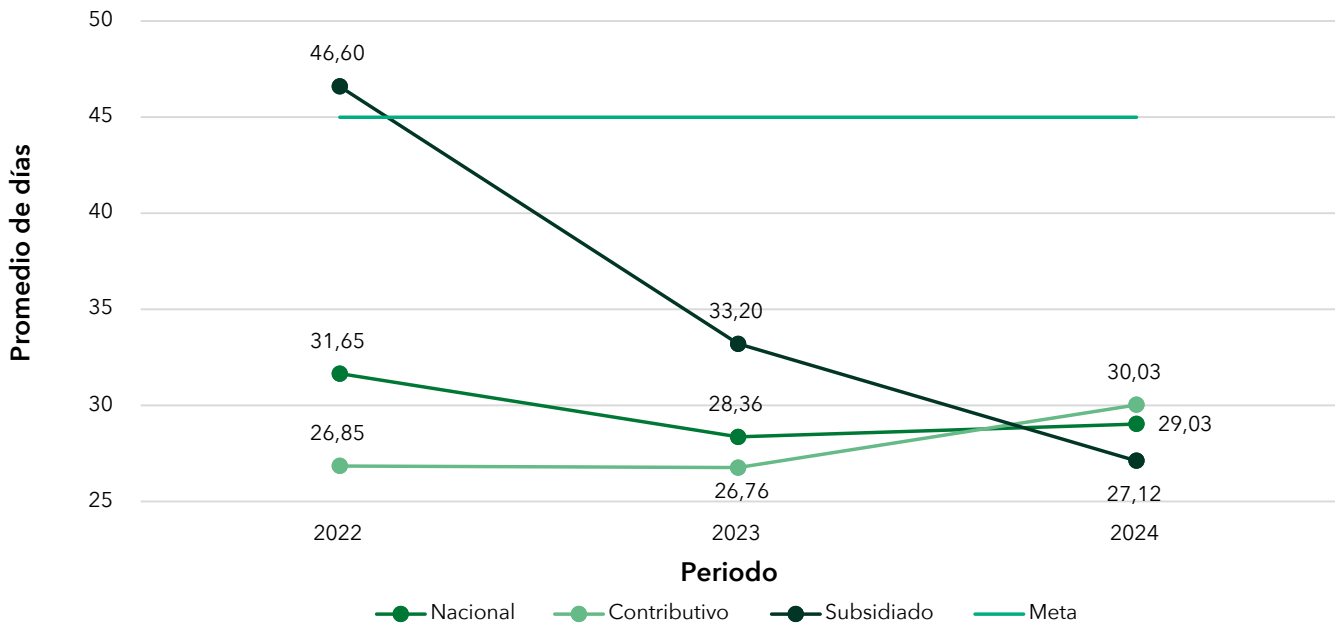
12. Proporción de pacientes candidatos al trasplante.
13. Proporción de pacientes elegibles para trasplante cuya terapia de inducción es una tripleta.
14. Proporción de pacientes a quienes se les realizó trasplante autólogo.
15. Proporción de pacientes con indicación de bifosfonatos o denosumab.
16. Proporción de pacientes que recibieron radioterapia en el periodo.
- 17.1. Proporción de pacientes que recibieron cuidados paliativos en el periodo (CNR).
- 17.2. Proporción de pacientes que recibieron cuidados paliativos en el periodo (prevalentes).
18. Oportunidad de confirmación diagnóstica (tiempo desde la realización de la biopsia hasta la confirmación del diagnóstico).
19. Oportunidad de tratamiento (tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento).
20. Proporción de pacientes con progresión de la enfermedad (prevalentes).
21. Proporción de pacientes con buena respuesta según el IMWG4.
- 22a. Supervivencia global a 5 años.
- 22b. Supervivencia global a 3 años.
- 23a. Supervivencia global postrasplante a 5 años.
- 23b. Supervivencia global postrasplante a 3 años.
24. Proporción de pacientes que recibieron atención por el equipo interdisciplinario en el periodo (CNR).
25. Proporción de pacientes con eventos óseos en el periodo (prevalentes).

Los resultados más recientes de los indicadores de supervivencia se presentaron en el informe especial ["Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014 - 2022" \(4\)](#). Por otro lado, los indicadores 8, 9, 10, 11, 21, 22 y 23 por su parte, no pueden ser calculados ya que aún no hay variables disponibles para su medición.

En 2024, el tiempo promedio para la confirmación del diagnóstico en los pacientes se mantuvo por debajo de los 45 días desde la remisión. De igual forma, en los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado se presentó una oportunidad diagnóstica cercana al promedio nacional. Estos resultados reflejan un avance en la gestión de la atención para este tipo de cáncer, de acuerdo con el seguimiento realizado desde el inicio de la medición al indicador.



Figura 13.3. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de mieloma múltiple en el marco del aseguramiento, Colombia 2022 - 2024



Oportunidad diagnóstica: tiempo desde la remisión hasta el diagnóstico histológico.

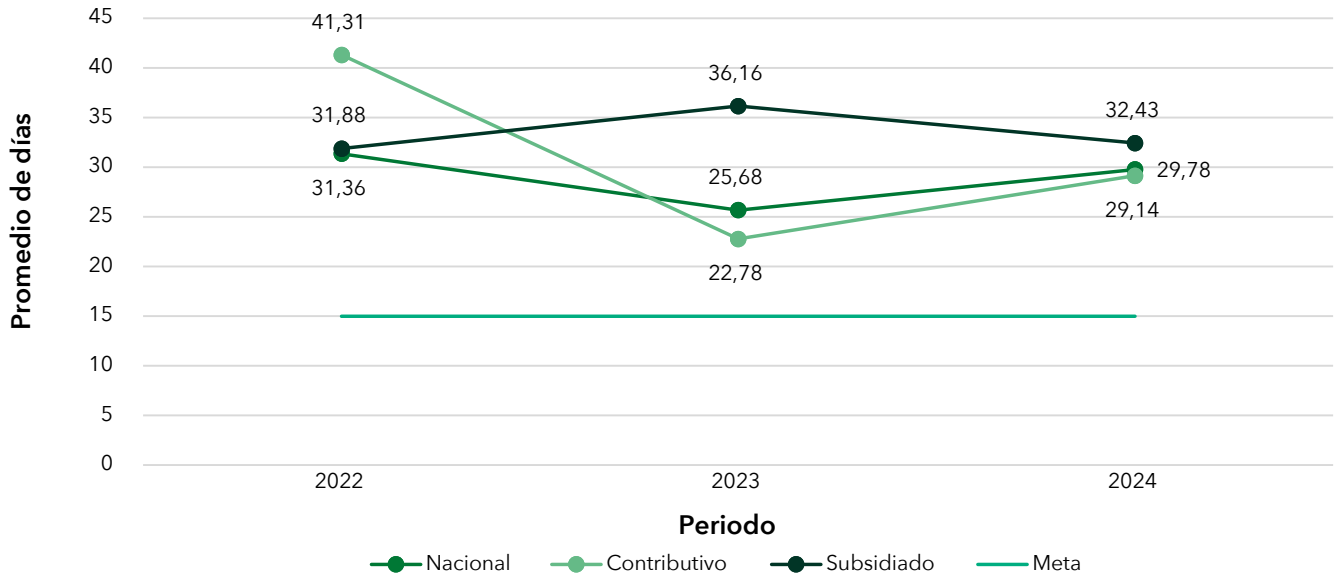
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2024 fue: nacional 29,03 días (\pm 31,14), contributivo 30,03 días (\pm 33,36), y subsidiado 27,12 días (\pm 28,30).

La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2024 fue: nacional 8 días (RIC: 18 - 39), contributivo 9 días (RIC: 15 - 37), y subsidiado 7 días (RIC: 19 - 36).

[Descargar figura](#)

Por su parte, la oportunidad del inicio del primer tratamiento continúa registrando un promedio superior a los 15 días, con tiempos de espera cercanos a un mes desde la confirmación del diagnóstico. Aunque el tiempo de espera es ligeramente mayor en el régimen subsidiado, en el régimen contributivo el resultado de esta oportunidad también se mantiene lejos de la meta establecida. Por ende, independientemente del tipo de afiliación, los pacientes con mieloma múltiple enfrentan, por tercer periodo consecutivo, dificultades para acceder de manera oportuna a las terapias necesarias para tratar su condición, lo que incrementa el riesgo de complicaciones a largo plazo asociadas a esta enfermedad.

Figura 13.4. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de mieloma múltiple en el marco del aseguramiento, Colombia 2022 - 2024



Oportunidad del tratamiento: tiempo desde el diagnóstico histológico hasta el primer tratamiento.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 29,78 días ($\pm 43,32$), contributivo 29,14 días ($\pm 41,53$), y subsidiado 32,43 días ($\pm 48,63$).

La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: nacional 3 días (RIC: 13 - 41), contributivo 4 días (RIC: 13 - 41), y subsidiado 3 días (RIC: 13 - 42).

Descargar figura

En el proceso de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos, se recomienda la realización de las pruebas FISH o PCR, junto con el estudio de alteraciones citogenéticas. Sin embargo, el reporte de la realización de estas pruebas fue inferior al 70% en las distintas regiones, siendo especialmente baja en la Amazonía-Orinoquía.

Por otro lado, la evaluación de la función renal al momento del diagnóstico se realizó en menos del 80% de los casos, y la proporción fue aún menor en la valoración de la enfermedad ósea. Estas exploraciones son fundamentales, ya que permiten identificar la condición clínica y la fragilidad de las personas con esta enfermedad, lo que proporciona herramientas clave para definir un tratamiento adecuado y personalizado.

En el país, entre el 20% y el 43% de los casos nuevos fueron considerados elegibles para trasplante y recibieron tratamiento con tripletas durante la fase de inducción. No obstante, el porcentaje de pacientes que finalmente fueron trasplantados durante el periodo 2024, fue considerablemente menor, especialmente en las regiones Caribe y Pacífica. En cuanto a los tratamientos, la radioterapia fue indicada en el 20%, o menos, de los casos nuevos, con excepción de la región Central, donde la proporción fue ligeramente superior.



Tabla 13.2. Indicadores de la gestión del riesgo en la población con mieloma múltiple según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024

Región	1.	2.	3.	4.	5.	6.
	> 90%	> 90%	Por definir	> 90%	> 70%	> 90%
	> 80 - ≤ 90%	> 80 - ≤ 90%		> 80 - ≤ 90%	> 50 - ≤ 70%	> 80 - ≤ 90%
≤ 80%	≤ 80%	≤ 80%		≤ 50%	≤ 80%	
Amazonía-Orinoquía	● 40,00	● 20,00	0,00	● 40,00	● 40,00	● 40,00
Bogotá, D. C.	● 87,38	● 63,11	20,39	● 47,57	● 21,36	● 63,11
Caribe	● 80,53	● 66,37	29,20	● 53,10	● 7,96	● 69,91
Central	● 77,59	● 56,03	29,31	● 47,41	● 14,66	● 62,93
Oriental	● 72,31	● 67,69	24,62	● 49,23	● 15,38	● 73,85
Pacífica	● 78,95	● 64,47	35,53	● 40,79	● 11,84	● 67,11
Nacional	● 79,50	● 62,55	27,41	● 47,91	● 14,44	● 66,53

Tabla 13.2. Indicadores de la gestión del riesgo en la población con mieloma múltiple según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024 (continuación)

Región	7.	12.	13.	14.	15.	16.	17.1.
	Por definir	Por definir	> 60%	> 60%	> 80%	≤ 20%	> 80%
			> 50 - ≤ 60%	> 50 - ≤ 60%	> 70 - ≤ 80%	> 20 - ≤ 30%	> 70 - ≤ 80%
≤ 50%			≤ 50%	≤ 70%	> 30%	≤ 70%	
Amazonía-Orinoquía	0,00	60,00	● 0,00	● 0,00	● 20,00	● 20,00	● 40,00
Bogotá, D. C.	24,27	37,86	● 20,51	● 12,82	● 30,10	● 8,74	● 44,66
Caribe	12,39	46,02	● 42,31	● 7,69	● 17,70	● 4,42	● 34,51
Central	13,79	47,41	● 21,82	● 9,09	● 12,07	● 20,69	● 51,72
Oriental	15,38	49,23	● 43,75	● 15,63	● 21,54	● 16,92	● 40,00
Pacífica	15,79	42,11	● 34,38	● 6,25	● 15,79	● 18,42	● 52,63
Nacional	16,11	44,56	● 31,46	● 9,86	● 19,25	● 13,39	● 44,56

Tabla 13.2. Indicadores de la gestión del riesgo en la población con mieloma múltiple según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2024 (continuación)

Región	17.2.	18.	19.	20.	24.	25.
	> 80%	≤ 45 días	≤ 15 días	Por definir	Por definir	Por definir
	> 70 - ≤ 80%	> 45 - 60 días	> 15 - 30 días			
≤ 70%	> 60 días	> 30 días				
Amazonía-Orinoquía	● 27,27	● 23,33	● 50,33	0,00	20,00	6,06
Bogotá, D. C.	● 24,23	● 27,80	● 27,52	1,34	16,50	2,09
Caribe	● 13,55	● 29,64	● 30,66	2,63	8,85	3,18
Central	● 24,38	● 31,62	● 29,84	4,96	5,17	2,91
Oriental	● 21,32	● 30,96	● 30,64	1,29	4,62	2,91
Pacífica	● 29,40	● 25,31	● 29,65	1,18	5,26	1,97
Nacional	● 23,05	● 29,03	● 29,78	2,44	8,58	2,60

Referencias bibliográficas

1. Sánchez Vanegas G, Castro C, Abello V, Enciso L, Mantilla W, Espinosa D, et al. Guía de práctica clínica para el tratamiento del MM: guía para profesionales de la salud. 2020.
2. NICE. Myeloma: diagnosis and management. National Collaborating Centre for Cancer. Commissioned by the National Institute for Health and Care Excellence. 2016.
3. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). Herramienta técnica para la gestión del riesgo dirigida a profesionales de la salud involucrados en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas con mieloma múltiple. 1 edición; Bogotá, D.C. 2022.
4. Cuenta de Alto Costos (CAC). Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014 - 2022. Bogotá, D.C.; 2025. P.1-75. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/informe-especial-resultados-de-supervivencia-global-en-las-personas-atendidas-en-el-marco-del-sistema-de-salud-colombiano-y-notificadas-a-la-cuenta-de-alto-costo-2014-2022/>



14.

Otros tipos de cáncer



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

14.

RESUMEN

infográfico

Otros tipos de cáncer

Periodo: del 2 de enero de 2023 al 1° de enero de 2024.



En el 2024 se registraron **303.201**
casos prevalentes
correspondientes a otros tipos de neoplasias.



De estos, el **10,1% (n= 30.627)**
fueron diagnosticados durante este mismo periodo.



Se reportaron **14.625**
fallecimientos asociados
a alguno de los tipos de cáncer incluidos en este capítulo.



14. Otros tipos de cáncer

Este capítulo aborda un conjunto heterogéneo de neoplasias que, aunque no comparten localización anatómica ni factores etiológicos principales, se agrupan en este capítulo debido a que no están contempladas en la Resolución 3974 de 2009. Su inclusión tiene como propósito proporcionar información relevante sobre otras neoplasias que, pese a no haber sido priorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, impactan a la población colombiana.

14.1. Morbilidad y mortalidad de los otros tipos de cáncer reportados

En el periodo 2024 se registraron 303.201 casos prevalentes correspondientes a otros tipos de neoplasias, de los cuales el 10,10% (n= 30.627) fueron diagnosticados durante ese mismo periodo. Además, se reportaron 14.625 fallecimientos asociados a alguno de los tipos de cáncer incluidos en este capítulo. La **tabla 14.1** presenta el número absoluto y las cifras crudas correspondientes a las tres medidas de morbimortalidad utilizadas en este informe para cada uno de los diagnósticos CIE-10 reportados a la CAC.

Tabla 14.1. Frecuencia de los casos y medidas de morbimortalidad de los otros tipos de cáncer, según el CIE-10, reportados a la CAC en el aseguramiento, Colombia 2024

CIE-10	Tipo de neoplasia	PCNR		Prevalencia		Mortalidad ¹	
		n	cruda	n	cruda	n	cruda
C00	Tumor maligno del labio.	25	0,05	727	1,39	72	0,14
C01	Neoplasias malignas de la base de la lengua.	41	0,08	421	0,81	59	0,11
C02	Neoplasias malignas de otras partes y sin especificar de la lengua.	221	0,42	1.790	3,43	204	0,39
C03	Neoplasias malignas de la encía.	18	0,03	124	0,24	11	0,02
C04	Neoplasias malignas de la base de la boca.	24	0,05	268	0,51	21	0,04
C05	Neoplasias malignas del paladar.	44	0,08	605	1,16	55	0,11
C06	Neoplasias malignas de otras partes y sin especificar de la boca.	29	0,06	595	1,14	34	0,07
C07	Neoplasias malignas de la glándula parótida.	98	0,19	1.344	2,57	85	0,16
C08	Neoplasias malignas de otras partes y sin especificar de las glándulas salivares.	42	0,08	649	1,24	41	0,08
C09	Neoplasias malignas de las amígdalas.	125	0,24	1.400	2,68	82	0,16
C10	Neoplasias malignas de la orofaringe.	100	0,19	734	1,41	73	0,14
C11	Neoplasias malignas de la nasofaringe.	48	0,09	776	1,49	77	0,15
C12	Neoplasias malignas del seno piriforme.	1	0,00	15	0,03	2	0,00
C13	Neoplasias malignas de la hipofaringe.	27	0,05	277	0,53	15	0,03
C14	Neoplasias malignas de otras partes del labio, la cavidad oral y la faringe.	6	0,01	230	0,44	21	0,04
D000	Carcinoma <i>in situ</i> del labio, de la cavidad bucal y de la faringe.	5	0,01	648	1,24	18	0,03
C15	Neoplasias malignas del esófago.	364	0,70	1.759	3,37	574	1,10
C17	Neoplasias malignas del intestino delgado.	93	0,18	1.090	2,09	88	0,17
C22	Neoplasias malignas del hígado y de canalículos biliares intrahepáticos.	437	0,84	1.718	3,29	530	1,02
C23	Neoplasias malignas de la vesícula biliar.	242	0,46	1.115	2,14	309	0,59
C24	Neoplasias malignas de otras partes y sin especificar del tracto biliar.	238	0,46	1.096	2,10	283	0,54
C25	Neoplasias malignas del páncreas.	696	1,33	2.978	5,70	809	1,55
C26	Neoplasias malignas de otras enfermedades de los órganos digestivos.	22	0,04	378	0,72	48	0,09
D001	Carcinoma <i>in situ</i> del esófago.	5	0,01	70	0,13	8	0,02
D01	Carcinoma <i>in situ</i> de otros órganos digestivos.	9	0,02	266	0,51	16	0,03

Situación del cáncer en la población adulta
atendida en el SGSSS de Colombia 2024

Otros tipos de cáncer
www.fuenteabierta.gov.co

Tabla 14.1. Frecuencia de los casos y medidas de morbimortalidad de los otros tipos de cáncer, según el CIE-10, reportados a la CAC en el aseguramiento, Colombia 2024 (continuación)

CIE-10	Tipo de neoplasia	PCNR		Prevalencia		Mortalidad ¹	
		n	cruda	n	cruda	n	cruda
C30	Neoplasias malignas de la cavidad nasal y el oído medio.	28	0,05	559	1,07	45	0,09
C31	Neoplasias malignas de los senos paranasales.	44	0,08	748	1,43	61	0,12
C32	Neoplasias malignas de laringe.	275	0,53	3.342	6,40	303	0,58
C37	Neoplasias malignas del timo.	30	0,06	298	0,57	24	0,05
C38	Neoplasias malignas del corazón, el mediastino y la pleura.	74	0,14	651	1,25	96	0,18
C39	Neoplasias malignas de otras partes del sistema respiratorio y de los órganos intratorácicos.	1	0,00	71	0,14	6	0,01
D02	Carcinoma <i>in situ</i> de otras partes del sistema respiratorio.	14	0,03	256	0,49	11	0,02
C40	Neoplasias malignas de hueso y cartílago articular de miembros.	138	0,26	2.198	4,21	156	0,30
C41	Neoplasias malignas de hueso y cartílago articular de otras partes sin especificar.	81	0,16	1.572	3,01	105	0,20
C44	Otras neoplasias malignas de la piel.	13.292	25,46	101.242	193,89	2.947	5,64
D04	Carcinoma <i>in situ</i> de la piel.	1.191	2,28	12.505	23,95	365	0,70
C45	Mesotelioma maligno.	38	0,07	300	0,57	66	0,13
C46	Sarcoma de Kaposi.	90	0,17	1.416	2,71	42	0,08
C47	Neoplasias malignas de nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo.	8	0,02	289	0,55	14	0,03
C48	Neoplasias malignas del retroperitoneo y del peritoneo.	129	0,25	1.351	2,59	168	0,32
C49	Neoplasias malignas de otros tejidos conectivos y blandos (los códigos alfanuméricos son ILDS).	750	1,44	7.859	15,05	537	1,03
C51	Neoplasias malignas de vulva.	102	0,38	1.205	4,51	102	0,38
C52	Neoplasias malignas de vagina.	66	0,25	1.528	5,72	53	0,20
C54	Neoplasias malignas del útero.	1.112	4,16	11.615	43,45	519	1,94
C55	Neoplasias malignas de las partes no especificadas del útero.	43	0,16	713	2,67	28	0,10
C56	Neoplasias malignas de ovario.	851	3,18	12.536	46,90	699	2,62
C57	Neoplasias malignas de otros órganos genitales femeninos.	17	0,06	465	1,74	19	0,07
C58	Neoplasias malignas de placenta.	7	0,03	164	0,61	0	0,00
D070-D073	Carcinoma <i>in situ</i> de otros órganos genitales femeninos y de los no especificados.	47	0,18	1.094	4,09	15	0,06
C60	Neoplasias malignas de pene.	179	0,70	1.581	6,20	135	0,53
C62	Neoplasias malignas de testículo.	420	1,65	6.931	27,20	121	0,47
C63	Neoplasias malignas de otros órganos genitales masculinos.	6	0,02	239	0,94	6	0,02
D074-D076	Carcinoma <i>in situ</i> de otros órganos genitales masculinos y de los no especificados.	13	0,02	192	0,37	3	0,01
C64	Neoplasias malignas de riñón, excepto de la pelvis renal.	979	1,87	8.956	17,15	385	0,74
C65	Neoplasias malignas de la pelvis renal.	40	0,08	383	0,73	29	0,06
C66	Neoplasias malignas de uréter.	16	0,03	78	0,15	6	0,01
C67	Neoplasias malignas de vejiga urinaria.	678	1,30	5.804	11,12	498	0,95
C68	Neoplasias malignas de otros órganos urinarios no especificados.	13	0,02	193	0,37	17	0,03
D090	Carcinoma <i>in situ</i> de la vejiga.	15	0,03	182	0,35	5	0,01
D091	Carcinoma <i>in situ</i> de otros órganos urinarios y de los no especificados.	3	0,01	39	0,07	4	0,01
C69	Neoplasias malignas de ojo y anexos.	104	0,20	2.689	5,15	58	0,11
C70	Neoplasias malignas de meninges.	16	0,03	381	0,73	17	0,03



Tabla 14.1. Frecuencia de los casos y medidas de morbimortalidad de los otros tipos de cáncer, según el CIE-10, reportados a la CAC en el aseguramiento, Colombia 2024 (continuación)


CIE-10	Tipo de neoplasia	PCNR		Prevalencia		Mortalidad ¹	
		n	Cruda	n	Cruda	n	Cruda
C71	Neoplasias malignas de cerebro.	591	1,13	6.754	12,93	678	1,30
C72	Neoplasias malignas de la médula espinal, del par craneal y otras partes del sistema nervioso central.	89	0,17	984	1,88	84	0,16
D092	Carcinoma <i>in situ</i> del ojo.	10	0,02	93	0,18	1	0,00
C73	Neoplasias malignas de la glándula tiroidea.	3.706	7,10	53.097	101,69	462	0,88
C74	Neoplasias malignas de la glándula suprarrenal.	17	0,03	333	0,64	20	0,04
C75	Neoplasias malignas de otras glándulas endocrinas y estructuras similares.	399	0,76	2.987	5,72	262	0,50
D093	Carcinoma <i>in situ</i> de la glándula tiroides y de otras glándulas endocrinas.	18	0,03	1.654	3,17	16	0,03
C76	Neoplasias malignas de otras partes enfermas.	190	0,36	2.857	5,47	261	0,50
C77	Neoplasias malignas secundarias y las no especificadas de los ganglios linfáticos.	62	0,12	807	1,55	76	0,15
C780-C783	Neoplasias malignas secundarias de órganos respiratorios.	66	0,13	269	0,52	60	0,11
C784-C788	Neoplasias malignas secundarias de órganos digestivos.	112	0,21	547	1,05	131	0,25
C79	Neoplasias malignas secundarias de otros sitios.	71	0,14	1.603	3,07	87	0,17
C80	Neoplasias malignas sin parte especificada.	84	0,16	908	1,74	95	0,18
C97	Neoplasias malignas (primarias) de múltiples localizaciones independientes.	0	0,00	73	0,14	3	0,01
D097/D099	Carcinoma <i>in situ</i> de otras partes sin especificar.	8	0,02	893	1,71	12	0,02
C88	Enfermedades malignas inmunoproliferativas.	15	0,03	259	0,50	8	0,02
C90	Mieloma múltiple y neoplasias malignas de células plasmáticas.	510	0,98	5.430	10,40	536	1,03
C91	Leucemia linfoide.	238	0,46	2.858	5,47	180	0,34
C92	Leucemia mieloide.	224	0,43	4.231	8,10	145	0,28
C93	Leucemia monocítica.	18	0,03	92	0,18	23	0,04
C94	Otras leucemias de tipo de célula específico.	42	0,08	420	0,80	28	0,05
C95	Otras leucemias de tipo de célula no específicas.	33	0,06	453	0,87	40	0,08
C96	Otras neoplasias malignas y neoplasias malignas no especificadas de tejidos linfoides, hematopoyéticos y tejidos relacionados.	15	0,03	103	0,20	5	0,01
D45	Policitemia.	45	0,09	645	1,24	24	0,05
D46	Síndrome mielodisplásico.	117	0,22	908	1,74	138	0,26
D47	Otras neoplasias de comportamiento incierto o desconocido del sistema linfático, hematopoyético y tejidos relacionados.	37	0,07	539	1,03	29	0,06
D75	Otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos.	31	0,06	572	1,10	18	0,03
D76	Ciertas enfermedades que afectan al tejido linforreticular y al sistema reticuloendotelial.	9	0,02	134	0,26	3	0,01

¹ **Mortalidad:** corresponde a los casos de fallecidos por todas las causas reportados a la CAC. Incluye todos los casos de otros tipos de cáncer invasivo e *in situ* reportados a la CAC, en ambos sexos y sin discriminar por la edad.

Discusión y conclusiones

Desde la implementación de la Resolución 0247 de 2014, la Cuenta de Alto Costo (CAC) ha liderado la gestión del registro administrativo de la población con cáncer en el marco del sistema de salud en Colombia, avanzando progresivamente en el fortalecimiento y la consolidación de este proceso. A continuación, se presentan las conclusiones y reflexiones que se extraen del análisis realizado a la enfermedad en este periodo.

Para el 2024, en el país se estimó una PCNR de 111,19, una prevalencia de 1.163,44 y una mortalidad general de 65,42 por cada 100.000 habitantes. Estas cifras evidencian un incremento en los tres indicadores de morbimortalidad respecto al 2023, siendo más notable el aumento en la prevalencia (22,33%). Este comportamiento refleja, en parte, una mejora en los procesos de identificación, registro y notificación de los casos, lo cual da cuenta del compromiso institucional y del trabajo articulado de los actores del sistema de salud frente a esta enfermedad de alto costo.



Para el 2024, en el país se estimó una PCNR de **111,19**, una prevalencia de **1.163,44** y una mortalidad general de **65,42 por cada 100.000 habitantes**. Estas cifras evidencian un incremento en los tres indicadores de morbimortalidad respecto al 2023.

En relación con la caracterización general de los casos nuevos reportados en este periodo, más del 50,00% fueron mujeres y la mediana de la edad fue de 64 años. En términos de afiliación, el 65,38% pertenecía al régimen contributivo y el 29,24% al subsidiado. Respecto a la distribución geográfica al momento del diagnóstico, el 30,38% se encontraba en la región Central y el 20,05% en Bogotá, D. C. Además, sin diferenciar por sexo, el 93,64% (n= 58.058) fueron neoplasias de tipo invasivo y las localizaciones más frecuentes se registraron en la mama, la próstata y el colon y recto.

En los casos diagnosticados durante el 2024, las neoplasias más frecuentes en el sexo femenino fueron la de mama (26,10%), la de cervix (9,91%) y la de colon y recto (6,29%). En este mismo grupo, la mortalidad fue mayor en las personas con estos tres tipos de tumores. Por su parte, en el sexo masculino, los tipos de cáncer con mayor frecuencia fueron el de próstata (25,03%), el de colon y recto (7,57%) y el de estómago (5,15%), siendo también los que concentraron el mayor número de defunciones en los hombres. Es importante destacar que, para este periodo, el cáncer de próstata fue el que presentó mayor incremento tanto en casos nuevos reportados como en prevalencia.

Este patrón es consistente con las estimaciones para Colombia reportadas por la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés) para el año 2022. Así mismo, al desagregar por el sexo, los tipos de cáncer más frecuentes coinciden con los presentados en este informe (1). Lo anterior evidencia una concordancia entre la información recolectada a nivel nacional y lo reportado por organismos internacionales.

Por otro lado, durante este periodo, el 93,01% de los CNR correspondieron a tumores sólidos, de los cuales el 58,68% (n= 33.833) contaban con la estadificación, porcentaje superior al registrado en 2023. Entre los casos estadificados, el 26,08% fue clasificado como estadio II y el 12,27% como *in situ*. Respecto a la estadificación de los linfomas, en 2024 se estimó una disminución del 9,40% en comparación al periodo anterior, comportamiento que contrasta con la tendencia observada en los últimos años. En cuanto a la clasificación del riesgo en las leucemias, esta se realizó en el 68,20% de los casos, de los cuales el 52,12% (n= 308) fueron catalogados como de riesgo alto.



En relación con los tratamientos más frecuentemente utilizados en los casos nuevos, se observó que en los regímenes contributivo y especial predominó la cirugía como modalidad terapéutica inicial. En contraste, en el régimen subsidiado la terapia sistémica fue la más común, mientras que en la población no afiliada prevaleció el uso de radioterapia. Lo anterior puede estar relacionado con el estadio al momento del diagnóstico.

De igual forma, se estimó un incremento del 13,58% de los casos que no recibieron tratamiento con respecto al año 2023. Este grupo incluye personas diagnosticadas cerca del corte de análisis, aquellas en manejo expectante, bajo cuidados paliativos o que fallecieron antes de iniciar alguna intervención terapéutica.

En este contexto, y de acuerdo con la misión de la CAC, este documento incluye el análisis de la gestión del riesgo durante el periodo 2024 para los 11 tipos de cánceres priorizados, así como para el mieloma múltiple. Con respecto a la detección temprana, se evidenció un aumento en la proporción de casos diagnosticados en estadios tempranos en las neoplasias de mama, estómago y melanoma. No obstante, persisten brechas importantes en comparación con los estándares internacionales. Por ejemplo, en cáncer de mama, países como Inglaterra y China reportan porcentajes superiores al 70% (2,3). En cáncer gástrico, aunque la variabilidad global es mayor, países como Japón y Corea del Sur superan el 50% de diagnósticos en etapas iniciales (4), probablemente debido a la implementación de programas de tamizaje más robustos y estructurados. A pesar de los avances, se mantienen desafíos para alcanzar un desempeño óptimo en este indicador en neoplasias como próstata, colon y recto, y LNH, con una tendencia similar entre los distintos regímenes de aseguramiento.

Otro aspecto relevante de la atención del cáncer es la oportunidad en el inicio del tratamiento, la cual mostró una mejora durante el periodo analizado. En los casos de cáncer de cérvix, próstata, LLA y pulmón, se estimó una reducción en el tiempo transcurrido entre la confirmación del diagnóstico y el inicio de la terapia médica. De hecho, en el caso de cáncer de cuello uterino, Colombia presentó un mejor desempeño en este indicador que países de altos ingresos, donde el inicio del tratamiento puede tardar en promedio 29 días (5). De igual manera, en el cáncer de pulmón, el país supera el desempeño de naciones como Estados Unidos (67 días) (6) y Canadá (80 días) (7). Lo anterior evidencia el compromiso del sistema de salud con la atención oportuna de esta población; sin embargo, es necesario continuar fortaleciendo las estrategias para alcanzar las metas establecidas, así como la identificación de los tumores en estadios tempranos de la enfermedad.

En 2024, los indicadores relacionados con el acceso a los servicios de cuidados paliativos continuaron mostrando un bajo nivel de cumplimiento. No obstante, en las neoplasias avanzadas de mama se estimó un incremento del 18,73% en este indicador, comportamiento que también se evidenció en los distintos regímenes de afiliación. En relación con el porcentaje de personas con diagnóstico oncológico que recibieron abordaje multidisciplinario, se observó un aumento significativo en el cáncer de colon y recto, manteniéndose la tendencia positiva registrada desde el 2023. En contraste, en las neoplasias de pulmón y estómago se presentó una disminución en este indicador.

Es fundamental resaltar la importancia de implementar un enfoque integral en la atención oncológica, que contemple no solo el tratamiento médico, sino también otras dimensiones esenciales como el manejo del dolor, la salud mental y otros aspectos psicosociales que contribuyen a una atención centrada en la



En relación con los tratamientos más frecuentemente utilizados en los casos nuevos, se observó que en los regímenes contributivo y especial **predominó la cirugía como modalidad terapéutica inicial.**

persona. Así, la incorporación de equipos multidisciplinares permite ofrecer una visión más completa del proceso de atención, lo que posibilita el mejoramiento de la calidad de vida durante todas las fases de la enfermedad. Además, este modelo favorece la toma de decisiones informadas y compartidas, optimiza los recursos del sistema de salud y fortalece la humanización del cuidado, especialmente en contextos donde el pronóstico es limitado (8).

En virtud de lo anterior, se hace un llamado a los diferentes actores del sistema de salud a continuar trabajando de manera articulada para identificar barreras en la prestación de los servicios oncológicos y avanzar en el diseño e implementación de acciones efectivas que permitan superarlas. De igual manera, resulta clave fortalecer las estrategias de promoción de la salud y prevención del cáncer, con un enfoque diferencial que considere las particularidades de cada población, así como las diferencias sociales y territoriales del país, y que contribuya a reducir inequidades en el acceso, diagnóstico y tratamiento oportuno de esta enfermedad.

Para esto, la CAC pone a disposición información confiable y actualizada sobre la atención de enfermedades de alto costo a través de herramientas como SISCAC e HIGIA. Estos sistemas fortalecen la toma de decisiones basadas en evidencia, facilitando la formulación de políticas públicas e intervenciones de impacto para la sociedad colombiana.

Referencias bibliográficas

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I BF. International Agency for Research on Cancer. 2024 [citado el 4 de junio de 2025]. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/today/en>
2. Zeng H, Ran X, An L, Zheng R, Zhang S, Ji JS, et al. Disparities in stage at diagnosis for five common cancers in China: a multicentre, hospital-based, observational study. *Lancet Public Health* [en línea]. 2021 Dic 1 [citado el 4 de junio de 2025];6(12):e877-87. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34838194/>
3. Cancer Research UK. Early Diagnosis [en línea]. [citado el 14 de enero de 2025]. Disponible en: <https://crukancerintelligence.shinyapps.io/EarlyDiagnosis/>
4. Huang RJ, Hwang JH. Improving the Early Diagnosis of Gastric Cancer. *Gastrointest Endosc Clin N Am* [en línea]. 2021 Jul 1 [citado el 4 de junio de 2025];31(3):503. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8171812/>
5. Petrova D, Špacírová Z, Fernández-Martínez NF, Ching-López A, Garrido D, Rodríguez-Barranco M, et al. The patient, diagnostic, and treatment intervals in adult patients with cancer from high- and lower-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* [en línea]. 2022 Oct 1 [citado el 4 de junio de 2025];19(10):e1004110. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9584443/>
6. Denault MH, Labbé C, St-Pierre C, Fournier B, Gagné A, Morillon C, et al. Wait Times and Survival in Lung Cancer Patients across the Province of Quebec, Canada. *Current Oncology* [en línea]. 2022 May 1 [citado el 4 de junio de 2025];29(5):3187. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9140092/>
7. Jacobsen MM, Silverstein SC, Quinn M, Waterston LB, Thomas CA, Benneyan JC, et al. Timeliness of access to lung cancer diagnosis and treatment: A scoping literature review. *Lung Cancer* [en línea]. 2017 Oct 1 [citado el 4 de junio de 2025];112:156-64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29191588/>
8. UICC. Día Mundial contra el Cáncer Informe sobre equidad 2024 [en línea]. 2024 [citado el]. Disponible en: <https://www.uicc.org/news-and-updates/resources/dia-mundial-contra-el-cancer-informe-sobre-equidad-2024>

Es fundamental resaltar la importancia de **implementar un enfoque integral en la atención oncológica, que contemple no solo el tratamiento médico, sino también otras dimensiones esenciales como el manejo del dolor, la salud mental y otros aspectos psicosociales** que contribuyen a una atención centrada en la persona.



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

@cuentadealtocosto



www.cuentadealtocosto.org



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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