



SITUACIÓN DEL **CÁNCER**

EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA
ATENDIDA EN EL SGSSS
DE COLOMBIA **2022**



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022



CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

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

ISSN: 2619-2063

Periodicidad: una edición anual

Bogotá, D. C., Colombia, febrero de 2024

© Todos los derechos reservados

Citación sugerida: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia, 2022; Bogotá, D. C. 2024.

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

Junta directiva

Presidente

Mauricio Serra Tamayo
Compensar EPS

Juan Pablo Rueda Sánchez
Sanitas EPS

Beda Margarita Suárez
Anas Wayuu EPS Indígena

Jorge Iván Domínguez
Coosalud EPS

José Fernando Cardona Uribe
Nueva EPS

Almanury Pérez Contreras
ComfaOriente

Justo Jesús Paz Wilches
Mutual Ser EPS-S

Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

Coordinadores técnicos y equipos de trabajo de las coordinaciones de la Cuenta de Alto Costo:

María Teresa Daza Fonseca
Subdirectora de Gestión de la Información

Sandra Liliana Sabogal Rincón
Coordinadora de Auditoría

Ana María Valbuena García
Coordinadora de Gestión del Conocimiento

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Subcoordinador de Gestión del Conocimiento

Luis Alberto Soler Vanoy
Coordinador de Gestión del Riesgo

Orlando Andrés Fajardo Tejada
Coordinador de Innovación, Investigación y Desarrollo

Miguel Ángel García Gómez
Coordinador de Gestión de la Tecnología y Gestión de la Información

Grupo desarrollador

Ana María Valbuena García
Coordinadora de Gestión del Conocimiento

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Subcoordinador de Gestión del Conocimiento

Ginna Paola Fernández Deaza
Especialista en Analítica

Sandra Milena Puentes Sánchez
Especialista en Analítica

Claudia Janeth Merchán Grajales
Especialista en Analítica

Juliana Alexandra Hernández Vargas
Epidemióloga

María Teresa Daza Fonseca
Subdirectora de Gestión de la Información

Sandra Liliana Sabogal Rincón
Coordinadora de Auditoría

Luisa Fernanda Cordero Peña
Líder de Auditoría

Revisores clínicos

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

Carlos Andrés Portilla Figueroa
Presidente ACHOP

Adriana Linares
Miembro ACHOP

Cindy Natalie Martínez
Miembro ACHOP

Edgar Cabrera
Miembro ACHOP

Oscar Ramírez
Miembro ACHOP

Isabel Cristina Sarmiento
Miembro ACHOP

Carlos Alberto Pardo González
Miembro ACHOP

María Angélica Castillo Plata
Miembro ACHOP

Comité editorial

Lizbeth Acuña Merchán
Presidenta

Ana María Valbuena García
Secretaria

Luis Alberto Soler Vanoy
Vocal

Miguel Ángel García Gómez
Vocal

María Teresa Daza Fonseca
Vocal

Orlando Andrés Fajardo Tejada
Vocal

Liliana Barbosa Vaca
Vocal

Luisa Giraldo Marín
Vocal

Revisión de estilo

Alejandro Niño Bogoya
Jefe de comunicaciones
Unidad de Comunicación y Difusión

Diseño y diagramación

Angie Tatiana Silva Salamanca
Líder de diseño editorial
Unidad de Comunicación y Difusión

Tabla de contenido

Abreviaturas.....	22
Glosario	23
Introducción.....	25
Referencias bibliográficas.....	26
Aspectos éticos y legales.....	27
Aspectos metodológicos.....	28
1. Auditoría de la información	28
1.1. Generalidades del reporte	28
1.2. Población de interés y periodo evaluado	28
1.3. Calidad de la información	28
Malla de validación en los sistemas de información.....	29
Verificación de la información con fuentes externas.....	29
Auditoría de campo	29
Ajuste de los datos posterior a la auditoría	29
2. Análisis epidemiológico.....	31
2.1. Generalidades	31
2.2. Análisis descriptivo	31
2.3. Estimación de la morbilidad y la mortalidad.....	31
2.4. Análisis de los indicadores de gestión del riesgo	32
Referencias bibliográficas	36
1. Generalidades del cáncer en la población pediátrica	37
Contenido infográfico capítulo 1	38
1.1. Descripción general de los casos reportados.....	39
1.2. Morbimortalidad del cáncer en la población pediátrica evaluada	40
1.2.1. PCNR del cáncer en la población pediátrica según la región y la entidad territorial	40
1.2.2. PCNR del cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	41
1.2.3. Prevalencia del cáncer en la población pediátrica según la región y la entidad territorial.....	42
1.2.4. Prevalencia del cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	42
1.2.5. Mortalidad general en la población pediátrica con cáncer	43
1.2.6. Mortalidad general del cáncer en la población pediátrica según la región y la entidad territorial	44

1.2.7. Mortalidad general del cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	45
1.2.8. Evolución del registro de cáncer pediátrico en el aseguramiento en Colombia	45
1.3. Caracterización de los casos nuevos de cáncer pediátrico	46
1.3.1. Características clínicas y de la atención de los casos nuevos reportados de cáncer	46
1.3.2. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos reportados de cáncer.....	47
1.3.3. Oportunidad de la atención en los casos nuevos reportados de cáncer	49
1.4. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer pediátrico.....	51
1.4.1. Características clínicas de los casos prevalentes de cáncer	51
1.4.2. Caracterización del tratamiento en los casos prevalentes de cáncer.....	52
2. Leucemia linfocítica aguda (LLA) en la población pediátrica	54
Contenido infográfico capítulo 2	55
2.1. Morbimortalidad de la LLA	56
2.1.1. PCNR de la LLA en la población pediátrica según la región y la entidad territorial.....	56
2.1.2. PCNR de la LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	57
2.1.3. Prevalencia de la LLA en la población pediátrica según la región y la entidad territorial	57
2.1.4. Prevalencia de la LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	58
2.1.5. Mortalidad general en la población pediátrica con LLA según la región y la entidad territorial	58
2.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con LLA según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	59
2.1.7. Evolución del registro de la LLA en la población pediátrica en el aseguramiento en Colombia .	59
2.2. Caracterización de los casos nuevos de LLA en la población pediátrica	60
2.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LLA.....	60
2.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LLA.....	61
2.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LLA.....	62
2.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LLA	64
2.3. Caracterización de los casos prevalentes de LLA en la población pediátrica	66
2.4. Indicadores de la gestión del riesgo de la LLA en la población pediátrica.....	67
3. Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población pediátrica.....	75
Contenido infográfico capítulo 3	76
3.1. Morbimortalidad de la LMA	77
3.1.1. PCNR de la LMA en la población pediátrica según la región y la entidad territorial	77
3.1.2. PCNR de LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	78

3.1.3. Prevalencia de la LMA en la población pediátrica según la región y la entidad territorial.....	78
3.1.4. Prevalencia de la LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	79
3.1.5. Mortalidad general en la población pediátrica con LMA según la región y la entidad territorial	79
3.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con LMA según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	80
3.1.7. Evolución del registro de la LMA en la población pediátrica en el aseguramiento en Colombia	80
3.2. Caracterización de los casos nuevos de LMA en la población pediátrica	81
3.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LMA	81
3.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LMA	81
3.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LMA	82
3.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LMA.....	83
3.3. Caracterización de los casos prevalentes de LMA en la población pediátrica	86
3.4. Indicadores de la gestión del riesgo de la LMA en la población pediátrica	87
4. Tumores del sistema nervioso central (SNC) en la población pediátrica.....	94
Contenido infográfico capítulo 4	95
4.1. Morbimortalidad de los tumores del SNC.....	96
4.1.1. PCNR de los tumores del SNC en la población pediátrica según la región y la entidad territorial	96
4.1.2. PCNR de los tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	97
4.1.3. Prevalencia de los tumores del SNC en la población pediátrica según la región y la entidad territorial	97
4.1.4. Prevalencia de los tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	98
4.1.5. Mortalidad general en la población pediátrica con tumores del SNC según la región y la entidad territorial	98
4.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con tumores del SNC según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	99
4.1.7. Evolución del registro de los tumores del SNC en la población pediátrica en el aseguramiento en Colombia	99
4.2. Caracterización de los casos nuevos con tumores del SNC en la población pediátrica	100
4.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de tumores del SNC	100
4.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de tumores del SNC.....	100
4.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de tumores del SNC	101
4.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de tumores del SNC.....	102
4.3. Caracterización de los casos prevalentes con tumores del SNC en la población pediátrica.....	105

5. Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población pediátrica	106
Contenido infográfico capítulo 5	107
5.1. Morbimortalidad del LNH.....	108
5.1.1. PCNR del LNH en la población pediátrica según la región y la entidad territorial.....	108
5.1.2. PCNR del LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	109
5.1.3. Prevalencia del LNH en la población pediátrica según la región y la entidad territorial	109
5.1.4. Prevalencia del LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	110
5.1.5. Mortalidad general en la población pediátrica con LNH según la región y la entidad territorial	110
5.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con LNH según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	111
5.1.7. Evolución del registro de LNH en la población pediátrica en el aseguramiento en Colombia ...	111
5.2. Caracterización de los casos nuevos de LNH en la población pediátrica.....	112
5.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LNH.....	112
5.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LNH.....	112
5.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LNH.....	113
5.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LNH	115
5.3. Caracterización de los casos prevalentes de LNH en la población pediátrica	117
6. Linfoma Hodgkin (LH) en la población pediátrica.....	119
Contenido infográfico capítulo 6	120
6.1. Morbimortalidad del LH	121
6.1.1. PCNR del LH en la población pediátrica según la región y la entidad territorial.....	121
6.1.2. PCNR del LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	122
6.1.3. Prevalencia del LH en la población pediátrica según la región y la entidad territorial	122
6.1.4. Prevalencia del LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	123
6.1.5. Mortalidad general en la población pediátrica con LH según la región y la entidad territorial	123
6.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con LH según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	124
6.1.7. Evolución del registro del LH en la población pediátrica en el aseguramiento en Colombia	124
6.2. Caracterización de los casos nuevos de LH en la población pediátrica	125
6.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LH.....	125
6.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LH.....	125

6.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LH.....	126
6.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LH	127
6.3. Caracterización de los casos prevalentes de LH en la población pediátrica	130
7. Tumores del sistema urinario (SU) en la población pediátrica	132
Contenido infográfico capítulo 7	133
7.1. Morbimortalidad de los tumores del SU	134
7.1.1. PCNR de los tumores del SU en la población pediátrica según la región y la entidad territorial	134
7.1.2. PCNR de los tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	135
7.1.3. Prevalencia de los tumores del SU en la población pediátrica según la región y la entidad territorial	135
7.1.4. Prevalencia de los tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	136
7.1.5. Mortalidad general en la población pediátrica con tumores del SU según la región y la entidad territorial	136
7.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con tumores del SU según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	137
7.1.7. Evolución del registro de los tumores del SU en la población pediátrica en el marco del aseguramiento en Colombia.....	137
7.2. Caracterización de los casos nuevos con tumores del SU en la población pediátrica.....	138
7.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos con tumores del SU.....	138
7.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos con tumores del SU en la población pediátrica	138
7.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos con tumores del SU.....	139
7.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos con tumores del SU	140
7.3. Caracterización de los casos prevalentes con tumores del SU en la población pediátrica	143
Discusión y conclusiones	144
Referencias	146

Lista de tablas

Tabla 1. Entidades activas que deben reportar la información según la Resolución 0247 de 2014	28
Tabla 1.1. Descripción general de la población pediátrica con cáncer reportada en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	39
Tabla 1.2. PCNR estandarizada del cáncer en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	41
Tabla 1.3. PCNR estandarizada del cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	41
Tabla 1.4. Prevalencia estandarizada del cáncer en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	42
Tabla 1.5. Prevalencia estandarizada del cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022	43
Tabla 1.6. Mortalidad general estandarizada del cáncer en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	44
Tabla 1.7. Mortalidad general estandarizada en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	45
Tabla 1.8. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	47
Tabla 1.9. Caracterización del tratamiento prescrito a los casos nuevos de cáncer pediátrico según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	48
Tabla 1.10. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	51
Tabla 1.11. Caracterización del tratamiento en los casos prevalentes de cáncer pediátrico en el periodo según el régimen de afiliación, Colombia 2022	53
Tabla 2.1. Medidas de frecuencia de la LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	56
Tabla 2.2. PCNR estandarizada de la LLA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	56
Tabla 2.3. PCNR estandarizada de la LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	57
Tabla 2.4. Prevalencia estandarizada de la LLA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	57
Tabla 2.5. Prevalencia estandarizada de la LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	58
Tabla 2.6. Mortalidad general estandarizada de la LLA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	58
Tabla 2.7. Mortalidad general estandarizada de la LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022	59
Tabla 2.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	61

Tabla 2.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022	62
Tabla 2.10. Oportunidad de la atención en la población pediátrica con LLA según la clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	66
Tabla 2.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022	67
Tabla 2.12. Descripción de los indicadores de gestión del riesgo de la LLA.....	68
Tabla 2.13. Indicadores de la gestión del riesgo de la LLA según la región de residencia en el aseguramiento, Colombia 2022	74
Tabla 3.1. Medidas de frecuencia de la LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	77
Tabla 3.2. PCNR estandarizada de la LMA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	77
Tabla 3.3. PCNR estandarizada de la LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	78
Tabla 3.4. Prevalencia estandarizada de la LMA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	78
Tabla 3.5. Prevalencia estandarizada de la LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022	79
Tabla 3.6. Mortalidad general estandarizada de la LMA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	79
Tabla 3.7. Mortalidad general estandarizada de la LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022	80
Tabla 3.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	81
Tabla 3.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022	82
Tabla 3.10. Oportunidad de la atención en la población pediátrica con LMA según la clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	86
Tabla 3.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022	86
Tabla 3.12. Descripción de los indicadores de la gestión del riesgo de la LMA en la población pediátrica	87
Tabla 3.13. Indicadores de la gestión del riesgo de la LMA según la región de residencia en el aseguramiento, Colombia 2022	92
Tabla 4.1. Medidas de frecuencia de los tumores del SNC en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	96
Tabla 4.2. PCNR estandarizada de los tumores del SNC en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	96
Tabla 4.3. PCNR estandarizada de los tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022	97

Tabla 4.4. Prevalencia estandarizada de los tumores del SNC en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	97
Tabla 4.5. Prevalencia estandarizada de los tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022	98
Tabla 4.6. Mortalidad general estandarizada de los tumores del SNC en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	98
Tabla 4.7. Mortalidad general estandarizada en la población pediátrica con tumores del SNC según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	99
Tabla 4.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022.	100
Tabla 4.9. Caracterización histológica de los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022	101
Tabla 4.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022	105
Tabla 5.1. Medidas de frecuencia del LNH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	108
Tabla 5.2. PCNR estandarizada del LNH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	108
Tabla 5.3. PCNR estandarizada del LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	109
Tabla 5.4. Prevalencia estandarizada del LNH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	109
Tabla 5.5. Prevalencia estandarizada del LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	110
Tabla 5.6. Mortalidad general estandarizada del LNH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	110
Tabla 5.7. Mortalidad general estandarizada del LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022	111
Tabla 5.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	112
Tabla 5.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de LNH según el régimen de afiliación, Colombia 2022	113
Tabla 5.10. Oportunidad de la atención en la población pediátrica con LNH según el estadio al diagnóstico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	117
Tabla 5.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022	117
Tabla 6.1. Medidas de frecuencia del LH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	121
Tabla 6.2. PCNR estandarizada del LH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	121
Tabla 6.3. PCNR estandarizada del LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	122

Tabla 6.4. Prevalencia estandarizada del LH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	122
Tabla 6.5. Prevalencia estandarizada del LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	123
Tabla 6.6. Mortalidad general estandarizada del LH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	123
Tabla 6.7. Mortalidad general estandarizada del LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022	124
Tabla 6.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	125
Tabla 6.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de LH según el régimen de afiliación, Colombia 2022	126
Tabla 6.10. Oportunidad de la atención en la población pediátrica con LH según el estadio al diagnóstico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	130
Tabla 6.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022	130
Tabla 7.1. Medidas de frecuencia de los tumores del SU en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	134
Tabla 7.2. PCNR estandarizada de los tumores del SU en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	134
Tabla 7.3. PCNR estandarizada de los tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022	135
Tabla 7.4. Prevalencia estandarizada de los tumores del SU en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	135
Tabla 7.5. Prevalencia estandarizada de los tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022	136
Tabla 7.6. Mortalidad general estandarizada de los tumores del SU en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	136
Tabla 7.7. Mortalidad general estandarizada en la población pediátrica con tumores del SU según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	137
Tabla 7.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos con tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022	138
Tabla 7.9. Caracterización clínica de los casos nuevos con tumores del SU según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	139
Tabla 7.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022	143

Lista de figuras

Figura 1. Proceso de obtención de los registros incluidos en los análisis epidemiológicos de la cohorte de cáncer pediátrico, Colombia 2022.....	30
Figura 2. Población menor de 18 años proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2021	33
Mapa 1. Distribución geográfica de las regiones de Colombia según el DANE, 2020	34
Figura 3. Proyección de la población menor de 18 años afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud según la Empresa Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2021	35
Figura 1.1. Distribución porcentual de los casos nuevos de cáncer pediátrico según el tipo de cáncer y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	40
Figura 1.2. Distribución porcentual de las muertes en la población pediátrica según el tipo de cáncer y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	43
Figura 1.3. Relación entre la PCNR y la mortalidad general en los tipos de cáncer priorizados para la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	44
Figura 1.4. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022	46
Figura 1.5. Tendencia de la oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer pediátrico en el marco del aseguramiento, Colombia 2018 - 2022.....	49
Figura 1.6. Tendencia en la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de cáncer pediátrico según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022.....	50
Figura 1.7. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de cáncer pediátrico según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	51
Figura 1.8. Distribución porcentual de los casos prevalentes en la población pediátrica según el tipo de cáncer y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	52
Figura 2.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022	60
Figura 2.2. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de LLA en la población pediátrica según la clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	63
Figura 2.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	63
Figura 2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	64
Figura 2.5. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LLA en la población pediátrica, en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	65
Figura 2.6. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de LLA en la población pediátrica, en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	66
Figura 2.7. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico a partir del ingreso al centro que confirma la LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2022	69

Figura 2.8. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2022	69
Figura 2.9. Tendencia de la toma de citometría de flujo de médula ósea al diagnóstico en los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2022	70
Figura 2.10. Tendencia de la toma de citología de líquido cefalorraquídeo durante el proceso del diagnóstico en los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2022.....	70
Figura 2.11. Tendencia de la clasificación del riesgo al final de la inducción en los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2022	71
Figura 2.12. Tendencia de la remisión completa al final de la inducción de los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2022	71
Figura 2.13. Tendencia de la progresión de los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2022	72
Figura 2.14. Tendencia del abandono del tratamiento de los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2022	72
Figura 2.15. Tendencia de las recaídas de los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2022.....	73
Figura 2.16. Tendencia de la muerte en inducción de los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2022	73
Figura 3.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022	80
Figura 3.2. Frecuencia del uso de la terapia sistémica en los casos nuevos de LMA en la población pediátrica según la clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	82
Figura 3.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	83
Figura 3.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	84
Figura 3.5. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LMA en la población pediátrica, en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	85
Figura 3.6. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de LMA en la población pediátrica, en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	85
Figura 3.7. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico a partir del ingreso al centro que confirma la LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2022	88
Figura 3.8. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2022	88
Figura 3.9. Tendencia de la toma de citometría de flujo de médula ósea al diagnóstico en los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2022	89
Figura 3.10. Tendencia de la toma de citología de líquido cefalorraquídeo durante el proceso del diagnóstico en los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2022 ..	89
Figura 3.11. Tendencia de la clasificación del riesgo al final de la inducción de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2022	90

Figura 3.12. Tendencia de la remisión completa al final de la inducción de los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2022	90
Figura 3.13. Tendencia de la progresión de los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2022	91
Figura 3.14. Tendencia en el abandono del tratamiento de los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2022	91
Figura 3.15. Tendencia de la muerte en inducción de los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2022	92
Figura 4.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de los tumores del SNC en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022	99
Figura 4.2. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	101
Figura 4.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	102
Figura 4.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	103
Figura 4.5. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	104
Figura 4.6. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	104
Figura 5.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del LNH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022	111
Figura 5.2. Frecuencia del uso de la terapia sistémica en los casos nuevos de LNH en la población pediátrica según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	114
Figura 5.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LNH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	114
Figura 5.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LNH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	115
Figura 5.5. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LNH en la población pediátrica, en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	116
Figura 5.6. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de LNH en la población pediátrica, en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	116
Figura 6.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del LH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022	124
Figura 6.2. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de LH en la población pediátrica según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	126
Figura 6.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	127
Figura 6.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	128

Figura 6.5. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LH en la población pediátrica, en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	129
Figura 6.6. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de LH en la población pediátrica, en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	129
Figura 7.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de los tumores del SU en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022.....	137
Figura 7.2. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos con tumores del SU en la población pediátrica según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	139
Figura 7.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de tumores del SU en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	140
Figura 7.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de tumores del SU en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	141
Figura 7.5. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de los tumores del SU en la población pediátrica en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	142
Figura 7.6. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de los tumores del SU en la población pediátrica en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	142

Abreviaturas

AJCC:	<i>American Joint Committee on Cancer.</i>
BDUA:	Base de Datos Única de Afiliados.
CAC:	Cuenta de Alto Costo.
CCP:	carcinoma de célula pequeña.
CCNP:	carcinoma de célula no pequeña.
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).
COVID-19:	enfermedad por coronavirus 19.
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:	<i>European Organisation for Research and Treatment of Cancer.</i>
EOC:	Empresas Obligadas a Compensar.
GPC:	Guía de práctica clínica.
IARC:	<i>International Agency for Research on Cancer</i> (Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer).
IC:	Intervalo de confianza.
IPS:	Institución Prestadora de Servicios.
LAC:	Latinoamérica y el Caribe.
LAP:	leucemias agudas pediátricas.
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).
RIC:	rango intercuartílico.
RSD:	registro simplificado de datos.
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud.
SNC:	sistema nervioso central.
SU:	sistema urinario.

Glosario

Los términos presentados a continuación son referencia para todo el documento y 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 creado en laboratorio, cuya función es estimular una reacción inmunitaria que destruye células neoplásicas.
Antineoplásicos:	medicamentos que bloquean el crecimiento neoplásico.
Biopsia:	remoción de células o tejido, para ser examinados por el patólogo.
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.
Diagnóstico histopatológico:	confirmación de un tipo de cáncer o neoplasia, a través del estudio de tejidos y células.
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.
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.
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.

Glosario

- 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.
- TNM:** es un sistema que describe la medida de diseminación del cáncer. T describe el tamaño del tumor y la diseminación local; N describe la diseminación del cáncer a ganglios linfáticos locorregionales; M metástasis.

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

Introducción

El cáncer difiere sustancialmente en la población pediátrica, con respecto a la adulta, tanto en los subtipos histológicos, como en la clasificación clínica y el tratamiento. La mayoría de los tipos de cáncer infantil son causados por factores de riesgo no modificables, por esta razón, una de las formas para impactar la carga de la enfermedad es promover el diagnóstico temprano, mediante la identificación de signos o síntomas anormales desde la atención primaria (1).

La carga del cáncer pediátrico se mantiene en todo el mundo, particularmente en los países de ingresos bajos y medios (PIBM). Según el observatorio mundial del cáncer (GLOBOCAN), para el año 2020 la mayoría de los casos registrados en la población entre los 0 y los 19 años, se concentró en el continente asiático (51,66%), seguido de África (18,17%) y Latinoamérica y el Caribe (LAC) con el 11,25% (2).

Este último porcentaje corresponde a 93.733 casos, de los cuales el 31,00% fueron nuevos ($n= 29.057$). Del total de esta población, la mayoría se concentraron en países como Brasil (30,66%), México (23,73%) y Colombia (7,61%). En todos los países las leucemias fueron el tipo de cáncer pediátrico más frecuente, seguido de los tumores del sistema nervioso central y el linfoma no Hodgkin (2).

En el contexto nacional, en el marco del aseguramiento colombiano, a corte del 1° de enero del 2021 se identificó en la población infantil que los tipos de cáncer con mayor prevalencia fueron, la leucemia linfocítica aguda (LLA), seguido por los tumores del ojo, el encéfalo, y otras partes del sistema nervioso central (SNC) y el linfoma no Hodgkin (LNH), demostrando el mismo comportamiento en los países de la región Latinoamericana.

En los últimos años, las opciones de tratamiento para el cáncer infantil han mejorado sustancialmente, lo cual se refleja en una tasa de supervivencia mayor al 80%, principalmente en los países de altos ingresos (3,4). Por otro lado, en los de ingresos bajos y medios (PIBM) esta tasa está rezagada, manteniendo valores menores al 30% (4).

Puntualmente, en los casos de leucemia linfocítica aguda y tumores cerebrales, los países con mayor desarrollo tienen una supervivencia más alta en comparación con los PIBM (5). Esta brecha se atribuye a las dificultades en la disponibilidad del tratamiento debido a sus costos y a la limitada presencia de centros especializados, retrasos en la detección, diagnóstico y el manejo oportuno que tienen los PIBM (6).

De acuerdo con lo anterior, al examinar la carga del cáncer infantil, es imperativo identificar la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los programas de atención del cáncer para todos los niños, además de tomar acciones acordes con las necesidades y brechas que existen al interior del contexto cultural de cada país, acorde con el objetivo de la iniciativa mundial de la OMS de cáncer infantil, para sumar esfuerzos y mejorar la atención y sobrevida de los pacientes pediátricos en América Latina y el Caribe (7).

En Colombia, desde el año 2012 existe un marco legal, que se ha basado principalmente en reglamentar la normativa para el registro administrativo y la vigilancia de la población pediátrica con cáncer (8 - 11). La Resolución 2590 de este mismo año (8), es aquella que lidera este proceso y tiene como objetivo, disminuir las brechas existentes en la prestación de los servicios de salud y gestionar el riesgo en la población infantil con cáncer, mediante la construcción de políticas públicas.

El presente documento corresponde a la séptima edición consecutiva, que sintetiza los datos clínicos y sociodemográficos cuantitativos de la situación de la población pediátrica con cáncer atendida en el contexto del aseguramiento en salud del territorio colombiano, durante el periodo comprendido entre el 2 de enero de 2021 y el 1° de enero de 2022. Adicionalmente, este documento contiene información relacionada con los resultados de los indicadores de la gestión del riesgo, a partir de los cuales se desarrollan acciones orientadas hacia la promoción de la salud y a la generación de políticas públicas en salud, como la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Plan Decenal de Salud Pública.



Referencias bibliográficas

1. Shrivastava SK. Cancer: Disease Control Priorities. J Med Phys. 2015;3(2):84.
2. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN: Cáncer hoy: herramientas gráficas de visualización [en línea]. 2020. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2020&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10
3. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. CA Cancer J Clin. 2023;73(1):17-48.
4. Lam CG, Howard SC, Bouffet E, Pritchard-Jones K. Science and health for all children with cancer. Science (80-). 2019;363(6432):1182-6.
5. C A, Tomohiro, Carlo V di, Harewood R, Matz M, Bonaventura A. Global surveillance of trends in cancer survival. Lancet. 2018;391(10125):1023-75.
6. Guzmán C PC, Córdoba MA, Godoy N, Castaño A, Ribeiro KB, Moreno F, et al. Childhood cancer in Latin America: from detection to palliative care and survivorship. Cancer Epidemiol. 2021;71.
7. Organización Panamericana de la Salud. Implementación de la Iniciativa Mundial de la OMS contra el Cáncer Infantil en América Latina y el Caribe [en línea]. Washington, D.C. 2021. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53921/OPSN-MHMH210006_spa.pdf?sequence=1
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2590. 2012.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4496. 2012.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1383. 2013.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 247. 2014.

Aspectos éticos y legales

La información presentada en este documento corresponde al análisis de los datos obtenidos del reporte obligatorio que las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) realizaron a la CAC durante el periodo comprendido entre el 02 de enero de 2021 y el 1° de enero de 2022.

Su objeto es producir y difundir información y conocimiento 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

1. Auditoría de la información

1.1. Generalidades del reporte

Los datos presentados corresponden a la información que las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud (DDDS) le notificaron a la Cuenta de Alto Costo (CAC) con corte al 1° de enero del 2022, 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, incluyendo los menores de 18 años. Esta información hace parte de la bodega de datos de la CAC y se estructura según el instructivo definido en la misma resolución. En la **tabla 1** se presenta el número de entidades existentes, las que reportaron casos en el periodo y las que informaron no tener ningún paciente objeto del reporte.

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
EAPB de excepción	4	4	0
EAPB especial	11	9	0
EAPVS	7	4	1
EPS	37	37	0
Secretarías Departamentales y Distritales de Salud	38	13	23
Total	97	67	24

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios; **EAPVS:** Entidades Administradoras de Planes Voluntarios de Salud; **EPS:** Entidades Promotoras de Salud.
* Se incluyen 6 entidades que no reportaron casos en el periodo ni confirmaron no tener casos.

1.2. Población de interés y periodo evaluado

La población objeto del reporte está conformada por todas las personas con edades entre los 0 y 17 años, con diagnóstico histopatológico o clínico de cáncer *in situ* o invasivo, afiliadas a las EAPB (incluyendo el régimen de excepción y las DDDS), que fueron atendidas entre el 2 de enero de 2021 y el 1° de enero de 2022, junto a aquellas reportadas el periodo anterior incluyendo la actualización de los datos correspondientes.

La población reportada se dividió en dos grupos: el primero corresponde a los cuatro tipos de neoplasias hematológicas priorizadas por la CAC según la Resolución 3974 de 2009 (2), los cuales son los de mayor frecuencia en los menores de 18 años: linfoma Hodgkin (LH), linfoma no Hodgkin (LNH), leucemia linfocítica aguda (LLA) y leucemia mieloide aguda (LMA). El segundo grupo son los tumores sólidos diagnosticados con mayor frecuencia en la población pediátrica, incluyendo los del sistema nervioso central y los de vías urinarias, determinados según la clasificación internacional de enfermedades, décima edición (CIE-10) (3). En el capítulo de generalidades se incluyen todos los tipos de cáncer reportados en esta población.

1.3. 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: la verificación inicial realizada en la malla de validación, el cruce de datos con las fuentes externas y finalmente, la auditoría de los registros contra los soportes de la historia clínica. A continuación, se describe cada una de estas:

Malla de validación en los sistemas de información

Su objetivo fue identificar los errores durante el reporte con el fin de retroalimentar a las entidades que lo realizan en tres aspectos: estructura, consistencia y coherencia entre las variables. Posteriormente, se obtuvieron los registros únicos mediante la aclaración de las personas coincidentes en la misma entidad o aquellas compartidas entre diferentes entidades o regímenes.

Verificación de la información con fuentes externas

Los casos fueron verificados a través del cruce con la base de datos única de afiliados (BDUA), identificando la situación administrativa relacionada con el estado de afiliación y las novedades asociadas con el estado vital.

Auditoría de campo

En esta fase se verificó la información reportada por las entidades con la historia clínica y demás soportes requeridos para confirmar el diagnóstico y el tratamiento de cada caso. Partiendo de la base radicada y posterior a las inactivaciones por inconsistencias, se auditaron 8.582 casos en la población pediátrica, es decir el 99,96% del total. El 32,98% (n= 2.830) de la población auditada correspondió a casos de las neoplasias priorizadas con tratamiento, diagnosticados antes del periodo de reporte y el 14,73% (n= 1.264) incluyó al total de los casos nuevos de los tipos de cáncer no priorizados (**figura 1**).

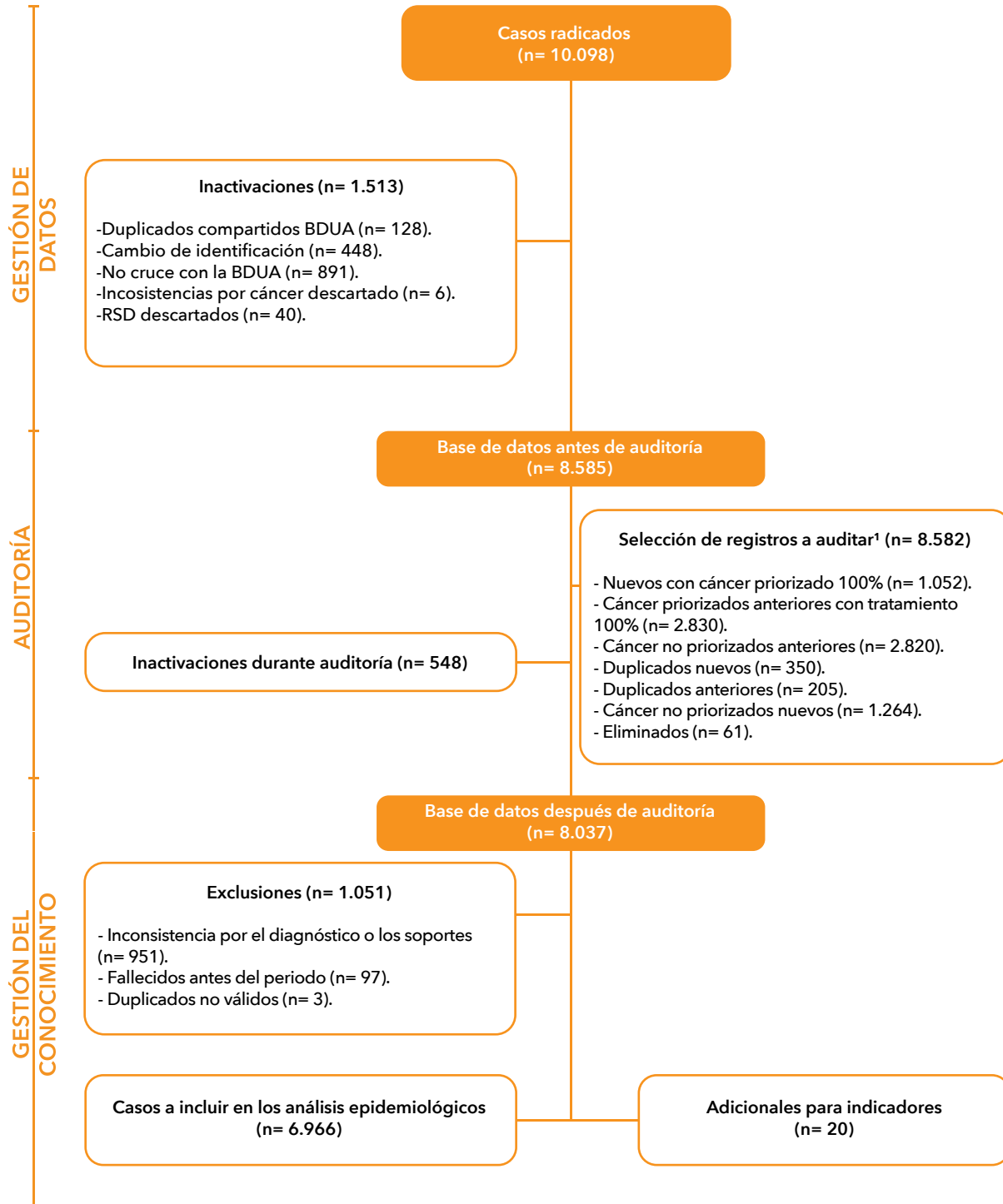
Ajuste de los datos posterior a la auditoría

Al culminar la auditoría de campo y los ajustes pertinentes, todos los registros (auditados o no) se revisaron en tres puntos esenciales: fallecidos antes del periodo, pacientes auditados con inconsistencias según el motivo y registros duplicados. En este último, se determinó la presencia de tumores dobles o múltiples, situación en la que todos los registros se incluyeron en el análisis, así como los casos compartidos entre entidades o reportados en más de una ocasión por error.

En conclusión, para el periodo de interés se identificaron 8.037 menores de 18 años con diagnóstico de cáncer en la base de datos posterior a la auditoría. Luego de la depuración de la información, se excluyeron 1.051 registros por los siguientes motivos: inconsistencias (n= 951), fallecidos antes del periodo (n= 97) y reportes duplicados (n= 3). Finalmente, la población estuvo conformada por 6.986 registros de cáncer, de los cuales 6.966 casos se incluyeron en los análisis epidemiológicos y los 20 registros restantes se adicionaron en la evaluación de los indicadores de gestión del riesgo. En esta última estimación, el número de casos 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 ser incluido en las dos entidades para evaluar la gestión del riesgo de cada una de ellas. En la **figura 1** se observa el proceso de consolidación de los registros.



Figura 1. Proceso de obtención de los registros incluidos en los análisis epidemiológicos de la cohorte de cáncer pediátrico, Colombia 2022



¹ Los 3 registros no auditados, corresponden a casos prevalentes reportados sin ningún tipo de terapia ni seguimiento, casos prevalentes en seguimiento oncológico no incluidos en la muestra y casos nuevos con cáncer no priorizado.

2. Análisis epidemiológico

2.1. Generalidades

Las neoplasias priorizadas por la CAC se clasifican en los mismos grupos definidos por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC por sus siglas en inglés) según el CIE-10 (3). El uso de dicho parámetro de clasificación obedece a su ausencia en la clasificación internacional de enfermedades para oncología (CIE-O), que además las agrupa de forma histológica (4). Sin embargo, los códigos CIE-10 y CIE-O se presentan al inicio de cada capítulo de manera informativa. Para los análisis de la morbilidad y mortalidad en los tumores sólidos solo se incluyeron los códigos de cáncer invasivo (letra C).

2.2. 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, la 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 se informaron como valores absolutos y proporciones.

2.3. Estimación de la morbilidad y la mortalidad

Las medidas estimadas fueron la proporción de 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 1.000.000 de habitantes/afiliados menores de 18 años.
- **Prevalencia:** es el número total de personas con diagnóstico de cáncer que se reportaron 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 1.000.000 de habitantes/afiliados menores de 18 años.
- **Mortalidad:** los fallecimientos se definieron según las novedades administrativas relacionadas con la muerte, informadas por las entidades y validadas con la base de datos de mortalidad de la BDUA, que constituye la fuente oficial. Se reportó como el número de defunciones, por todas las causas, por 1.000.000 de habitantes/afiliados menores de 18 años.

Las medidas de morbilidad se estandarizaron por la edad, utilizando el método directo, tomando como referencia la población colombiana con edades entre los 0 y 17 años estimada por el DANE (n= 14.289.864) por quinquenios, con corte al 30 de junio de 2021 (**figura 2**). La morbilidad se calculó para las regiones del país, definidas por el DANE según el producto interno bruto (**mapa 1**). Para estandarizar las estimaciones nacionales se utilizó la población proyectada para el 2020 por Naciones Unidas para Latinoamérica y el Caribe (5).

En los análisis que tuvieron como denominador la población afiliada al sistema de salud colombiano, se usó el conteo de afiliados menores de 18 años para cada EAPB (n= 11.435.815) con corte al 30 de junio de 2021, obtenido de la BDUA y en el caso de las entidades del régimen de excepción (RES003) y del régimen especial (RES011), la información se consolidó usando los datos de los afiliados proporcionados por las entidades (**figura 3**).



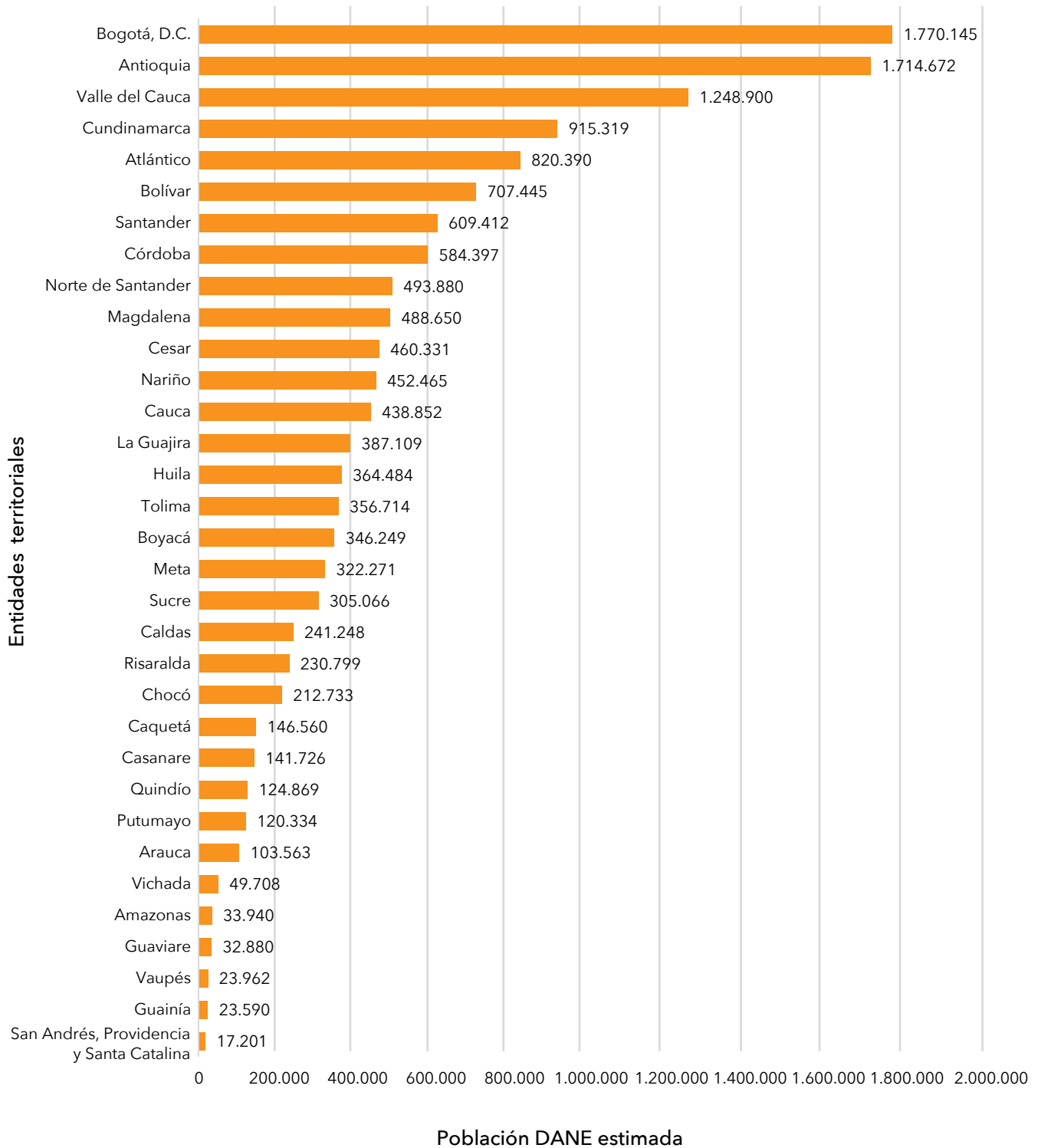
Por otro lado, a la base de datos después de la auditoría se adicionaron 782 casos de cáncer, correspondientes a las EAPB liquidadas en los años previos, que no se encontraron en el reporte del 2022, pero sí en los periodos previos como prevalentes. Adicionalmente, entre estos casos, 42 fallecieron entre el 2 de enero de 2021 al 1° de enero de 2022. Los casos en mención se tuvieron en cuenta únicamente para el análisis de la morbimortalidad a nivel demográfico, debido a que no se cuenta con la información actualizada del seguimiento clínico y farmacoterapéutico.

2.4. Análisis de los indicadores de gestión del riesgo

Se calcularon los indicadores para la evaluación de la gestión del riesgo en la población pediátrica con leucemias agudas, ya que actualmente es el único consenso basado en la evidencia disponible en los menores de 18 años (6). Adicionalmente, se estimaron dos indicadores globales de oportunidad de la atención, que pueden variar con respecto a los definidos por consenso. El primero, mide los días transcurridos entre la sospecha médica o la remisión y la confirmación diagnóstica (reporte histopatológico que define la conducta terapéutica); sin embargo, es válido usar la fecha de diagnóstico clínico o de la primera valoración por el médico especialista en ausencia del diagnóstico patológico; el valor máximo permitido es de 2 años (730 días). El segundo, cuantifica los días entre la confirmación diagnóstica y el inicio del primer tratamiento (terapia sistémica, radioterapia o cirugía). Ambos se midieron en los CNR y se reportó la media y la mediana para un mejor análisis de la situación.

Todos los análisis estadísticos se realizaron en el programa Stata versión 17.

Figura 2. Población menor de 18 años proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2021

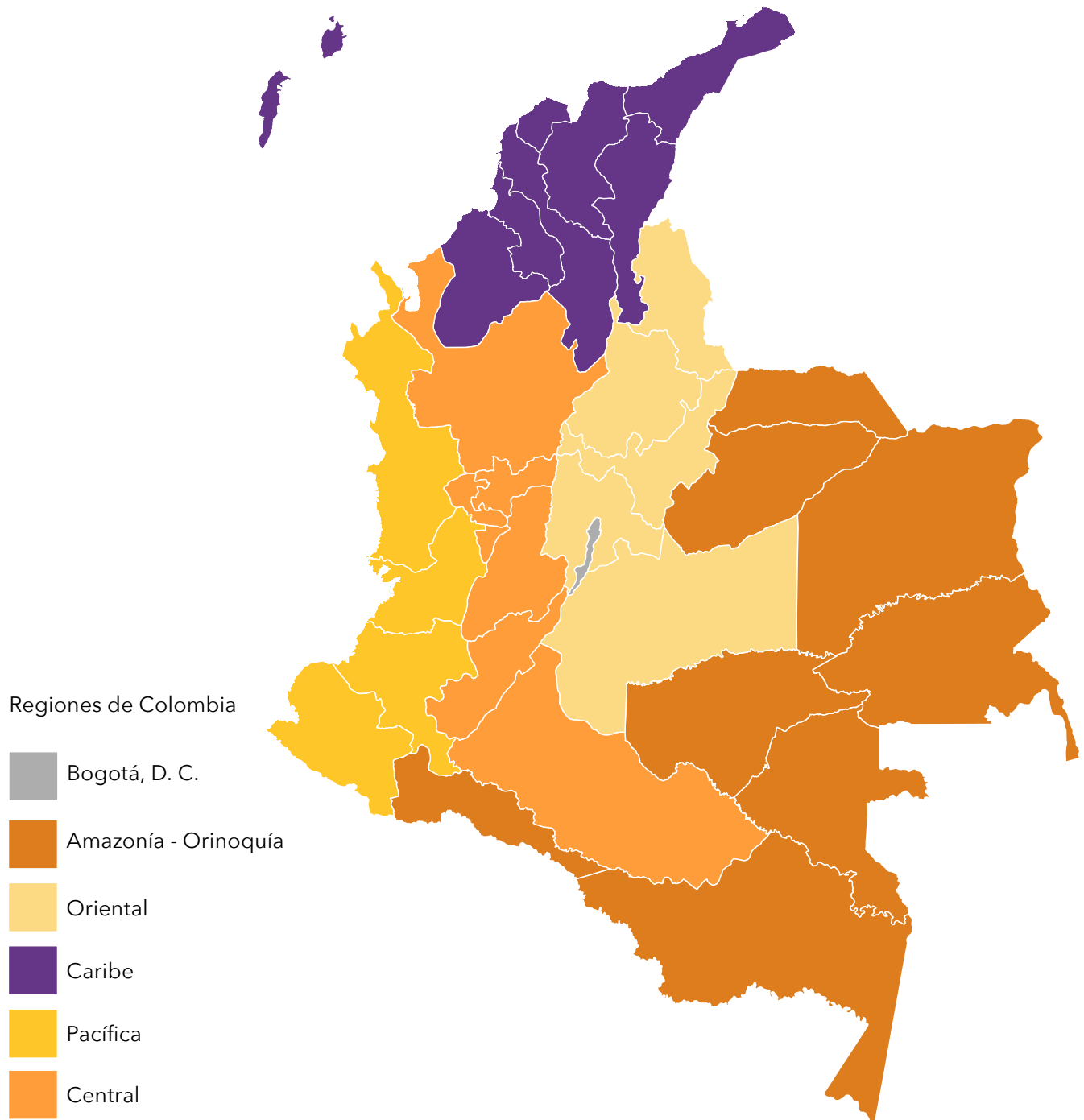


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyección al 30 de junio de 2021.

[Descargar figura](#)



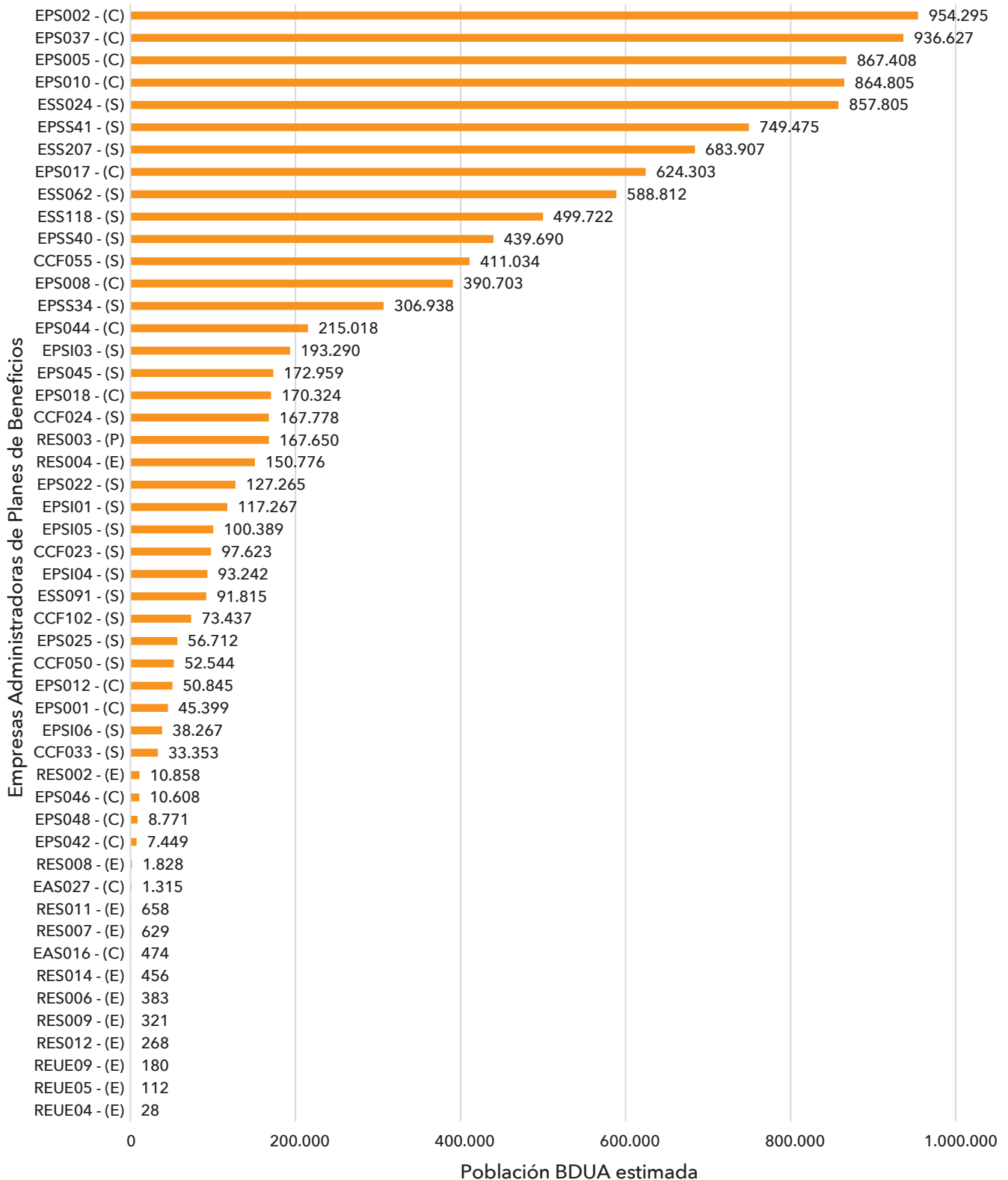
Mapa 1. Distribución geográfica de las regiones de Colombia según el DANE, 2020



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Clasificación 2020.

[Descargar figura](#)

Figura 3. Proyección de la población menor de 18 años afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud según la Empresa Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2021



Fuente: Base Única de Afiliados, Ministerio de Salud y Protección Social, corte al 30 de junio de 2021.

[Descargar figura](#)

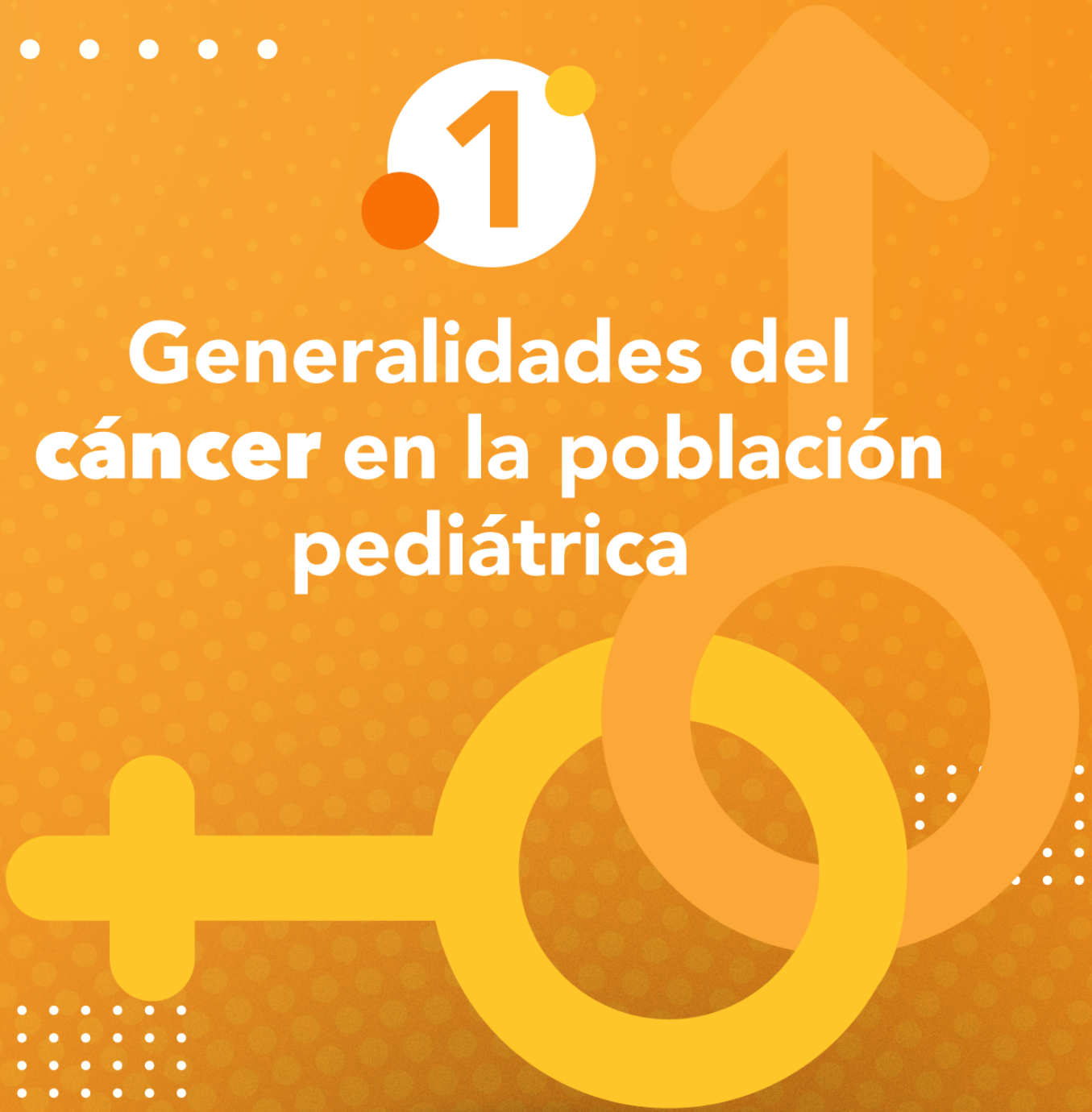


Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0247 del 2014. Bogotá, D.C.; 2014. p. 1-22. Disponible en: https://www.cancer.gov.co/images/pdf/NORMATIVA/RESOLUCIONES/RESOLUCIÓN_000247_DE_2014.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/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. United Nations, Department of Economic and Social Affairs PD. World Population Prospects. 1st ed. New York; 2019.
6. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en la evidencia para la definición de los indicadores de gestión del riesgo en los pacientes menores de 18 años con leucemias agudas (LLA Y LMA). [En línea]. Bogotá, D.C.; 2020. 1-62 p. Disponible en: <https://cuentadealto-costo.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-para-la-definicion-de-los-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-los-pacientes-menores-de-18-anos-con-leucemias-agudas-lla-y-lma/>



Generalidades del cáncer en la población pediátrica





Resumen

Periodo: 2 de enero de 2021 al 1° de enero de 2022

Capítulo 1. Generalidades del cáncer

Descripción general de los casos reportados

Se notificaron

7.748 casos prevalentes de cáncer infantil.



El 55,3% de los casos prevalentes fueron neoplasias hematológicas.



El 54,3% de los casos nuevos reportados estaban afiliados al régimen contributivo y la mayoría (24,0%) residían en la región Central.



Los tipos de cáncer de mayor frecuencia en los casos nuevos fueron la LLA (36,4%), los tumores malignos del SNC (12,6%) y el LNH (7,6%).

Morbimortalidad general del cáncer en la población pediátrica

La PCNR estandarizada más alta se estimó en los siguientes tipos de cáncer:

LLA, tumores del SNC y LNH;

con 25,3, 8,8 y 5,3 casos nuevos por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.



Bogotá, D. C., fue la región del país con las estimaciones de morbilidad estandarizadas más altas.



La mortalidad general estandarizada más alta se presentó entre los casos de LLA, las neoplasias del SNC y el LNH con 9,7, 4,9 y 2,1 defunciones por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

Caracterización clínica de los casos nuevos

El **42,0%** de los casos nuevos

eran tumores sólidos, el 41,5% leucemias agudas y el 13,6% linfomas.



En el 29,9% de los tumores sólidos y el 76,5% de los linfomas se reportó la estadificación.



A nivel nacional, la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico del cáncer pediátrico fue de 11 días (RIC: 4 - 27) y hasta el tratamiento fue de 3 días (RIC: 3 - 13).

[Descargar figura](#)



1. Generalidades del cáncer en la población pediátrica

1.1. Descripción general de los casos reportados

El registro de cáncer pediátrico (personas menores de 18 años) para el 2022 ascendió a 7.748 casos prevalentes, de los cuales 995 fueron diagnosticados en el periodo. Adicionalmente, se informaron 403 fallecimientos. Con respecto al periodo anterior se observa un aumento del 13,58% en los casos nuevos reportados y un incremento en la mortalidad general del 1,77%. El 55,34% de los casos prevalentes fueron neoplasias hematológicas y el 44,66% restante, tumores sólidos, de los cuales, el 99,54% se clasificaron como invasivos según la clasificación CIE-10.

En cuanto a las medidas estandarizadas de morbimortalidad, la proporción de los casos nuevos reportados (PCNR) fue de 69,58 (IC 95%: 65,32 - 74,04), la prevalencia de 544,70 casos (IC 95%: 532,63 - 556,98) y la mortalidad general de 28,30 fallecimientos (IC 95%: 25,61 - 31,20), por un millón de habitantes menores de 18 años. En la **tabla 1.1** se presentan en detalle las características generales de los casos reportados en la población pediátrica.

En cuanto a los casos nuevos, el 55,38% se presentó en los hombres, la mediana de la edad fue de 8 años (RIC: 4 - 13), el 24,02% residía en la región Central y la mayoría (54,27%) pertenecían al régimen contributivo. Entre los fallecimientos, por todas las causas, el 52,61% se presentaron en hombres y la mediana de la edad fue de 11 años (RIC: 6 - 14). En las regiones Caribe y Central se reportó la proporción más alta de muerte por todas las causas, con un 24,81% y 24,07%, respectivamente. En cuanto a la mortalidad por regímenes del aseguramiento, en el subsidiado se registró el mayor porcentaje, correspondiente al 44,91% del total de los casos.

Tabla 1.1. Descripción general de la población pediátrica con cáncer reportada en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Variables ¹	CNR	Prevalentes	Fallecidos
Casos totales	995	7.748	403
Medida de frecuencia estandarizada (IC 95%)^{2,3}	69,58 (65,32 - 74,04)	544,70 (532,63 - 556,98)	28,30 (25,61 - 31,20)
Sexo			
Mujeres	444 (44,62)	3.409 (44,00)	191 (47,39)
Hombres	551 (55,38)	4.339 (56,00)	212 (52,61)
Edad	8 (4 - 13)	12 (8 - 15)	11 (6 - 14)
Régimen de afiliación			
Contributivo	540 (54,27)	3.548 (45,79)	166 (41,19)
Subsidiado	419 (42,11)	3.044 (39,29)	181 (44,91)
Excepción	29 (2,91)	341 (4,40)	12 (2,98)
Especial	2 (0,20)	24 (0,31)	0 (0,00)
No afiliado	5 (0,50)	9 (0,12)	2 (0,50)
Entidades liquidadas	0 (0,00)	782 (10,09)	42 (10,42)
Región de residencia			
Amazonía-Orinoquía	26 (2,61)	210 (2,71)	18 (4,47)
Bogotá, D. C.	178 (17,89)	1.407 (18,16)	68 (16,87)
Caribe	234 (23,52)	1.315 (16,97)	100 (24,81)
Central	239 (24,02)	2.002 (25,84)	97 (24,07)
Oriental	148 (14,87)	1.423 (18,37)	62 (15,38)
Pacífica	170 (17,09)	1.391 (17,95)	58 (14,39)

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

² Datos estimados incluyendo los casos de las neoplasias hematológicas y los tumores sólidos invasivos en la población pediátrica reportados a la CAC. Se presentan los valores estandarizados por la edad, reportados por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

³ La mortalidad general estandarizada, incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con neoplasias hematológicas y tumores sólidos invasivos reportada a la CAC.

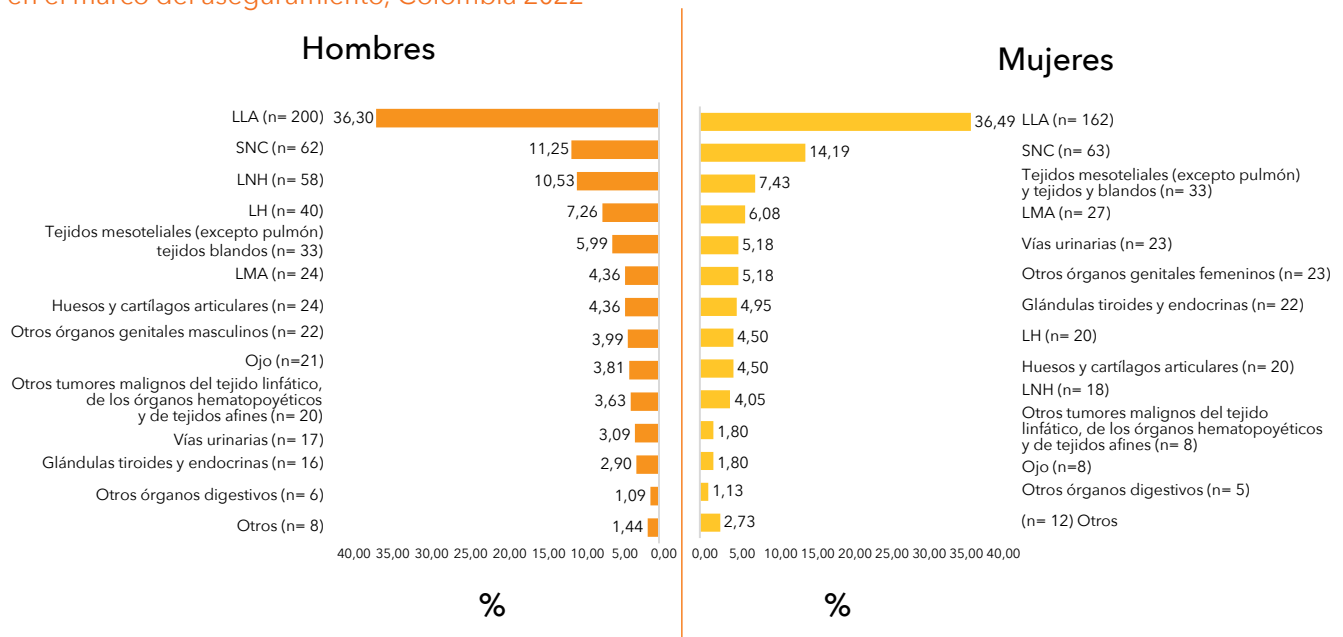
RIC: rango intercuartílico; CNR: casos nuevos reportados; PCNR: proporción de casos nuevos reportados; IC: intervalo de confianza.



Entre el total de casos nuevos reportados se identificó que los de mayor frecuencia fueron la leucemia linfocítica aguda (LLA) con el 36,38% y los tumores del sistema nervioso central (SNC) con 12,56%; seguido del linfoma no Hodgkin (LNH) con el 7,64%, los tumores de tejidos mesoteliales (excepto pulmón) y de tejidos blandos con el 6,63%, además del linfoma Hodgkin (LH) con el 6,03%.

En la **figura 1.1** se muestra la distribución de los casos nuevos según el tipo de cáncer y el sexo. La LLA y los tumores del SNC, fueron los dos grupos de neoplasias con la mayor proporción de CNR en ambos sexos. Adicionalmente, en las mujeres, los tumores de tejidos mesoteliales y de tejidos blandos (7,43%) y la LMA (6,08%) estuvieron en los principales lugares en frecuencia, mientras que, en los hombres, los linfomas, fueron el tercer y cuarto tipo de cáncer con mayor número de CNR (LNH: 10,53% y LH: 7,26%).

Figura 1.1. Distribución porcentual de los casos nuevos de cáncer pediátrico según el tipo de cáncer y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye todos los casos nuevos de cáncer en personas menores de 18 años que fueron reportados en el periodo.

[Descargar figura](#)

1.2. Morbimortalidad del cáncer en la población pediátrica evaluada

1.2.1. PCNR del cáncer en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

Al analizar el comportamiento de la PCNR estandarizada por la edad según la región (**tabla 1.2**), Bogotá, D. C., obtuvo la cifra más alta con 100,47 (IC 95%: 86,25 - 116,36) por cada 1.000.000 de habitantes menores de 18 años, mientras que la región de la Amazonía-Orinoquía, presentó la cifra más baja con 48,92 casos nuevos (IC 95%: 31,95 - 71,70).

Las entidades territoriales con las PCNR más altas fueron San Andrés, Providencia y Santa Catalina (121,26), Caquetá (116,59), Quindío (113,56) y Bogotá, D. C., (100,47) casos nuevos por 1.000.000 menores de 18 años. Por su parte, Vichada, Chocó, Guaviare y La Guajira registraron las tasas más bajas. Los departamentos de Vaupés y Guainía no informaron casos nuevos en esta población durante el periodo.

[Para consultar esta información con mayor desagregación le invitamos a ingresar a HIGIA](#)

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Generalidades del cáncer en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 1.2. PCNR estandarizada del cáncer en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	26	529.703	49,08	48,92	31,95 - 71,70
Bogotá, D. C.	178	1.770.145	100,56	100,47	86,25 - 116,36
Caribe	234	3.770.589	62,06	62,12	54,41 - 70,61
Central	239	3.179.346	75,17	75,14	65,91 - 85,30
Oriental	148	2.687.131	55,07	55,09	46,58 - 64,72
Pacífica	170	2.352.950	72,25	72,24	61,79 - 83,96
Nacional	995	14.289.864	69,63	69,58	65,32 - 74,04

¹ Incluye todos los casos nuevos de las neoplasias hematológicas y los tumores sólidos invasivos en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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

1.2.2. PCNR del cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

Como se observa en la **tabla 1.3**, la PCNR estandarizada por la edad del cáncer en la población pediátrica fue significativamente mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado.

Al evaluar los resultados según la EAPB, las estimaciones estandarizadas más altas se presentaron en la RES011, la EPS012 y la EPS018 con 1.062,53, 170,23 y 155,64 casos nuevos por cada millón de afiliados menores de 18 años, respectivamente. Por su parte, la EPS044, la EPS045 y la EPSI01 obtuvieron los valores más bajos, cada una con 4,46; 17,16 y 22,20 casos nuevos en ese mismo orden. De las entidades que suministraron información, dieciocho no presentaron CNR en el periodo de análisis.

 [La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA](#)

Tabla 1.3. PCNR estandarizada del cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	540	5.148.344	104,89	105,22	96,53 - 114,49
Subsidiado	419	5.953.324	70,38	70,16	63,60 - 77,21
Excepción	29	SD	SD	SD	SD
Especial	2	SD	SD	SD	SD
No afiliado	5	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de las neoplasias hematológicas y los tumores sólidos invasivos en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2021.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

Para los regímenes de excepción, especial y en la población no afiliada, 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.



1.2.3. Prevalencia del cáncer en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

La región del país con la mayor prevalencia fue Bogotá, D. C., con una medida estandarizada de 792,37 (IC 95%: 751,46 - 834,94) casos por cada 1.000.000 de habitantes menores de 18 años, mientras que la más baja se observó en la región Caribe con 351,40 (IC 95%: 332,66 - 370,92).

Las entidades territoriales con las prevalencias más altas fueron Bogotá, D. C., Quindío, Santander y Meta mientras que Vichada, Vaupés, Chocó y La Guajira registraron las más bajas.

📍 [Para consultar esta información con mayor desagregación le invitamos a ingresar a HIGIA](#)

Tabla 1.4. Prevalencia estandarizada del cáncer en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	209	529.703	394,56	398,58	346,36 - 456,44
Bogotá, D. C.	1.404	1.770.145	793,16	792,37	751,46 - 834,94
Caribe	1.315	3.770.589	348,75	351,40	332,66 - 370,92
Central	1.997	3.179.346	628,12	623,04	596,01 - 650,99
Oriental	1.417	2.687.131	527,33	526,86	499,78 - 555,02
Pacífica	1.390	2.352.950	590,75	587,88	557,38 - 619,62
Nacional	7.732	14.289.864	541,08	544,70	532,63 - 556,98

¹ Incluye todos los casos de las neoplasias hematológicas y los tumores sólidos invasivos en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

1.2.4. Prevalencia del cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

Al igual que la PCNR, el régimen contributivo presentó una prevalencia más alta con respecto al subsidiado (**tabla 1.5**). Para el periodo 2022 se reportaron adicionalmente, 339 casos de cáncer invasivo afiliados en el régimen de excepción, 24 en el especial, nueve en la población no afiliada y 780 correspondientes a las entidades liquidadas, de los que no se cuenta con la información con respecto a la afiliación vigente para el periodo.

Las entidades aseguradoras con los resultados más altos fueron la EAS016, la RES009 y RES011 con 4.661,91, 3.992,76 y 2.784,40 casos por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años, respectivamente, mientras que las estimaciones más bajas se observaron en la CCF102, la CCF023 y la CCF033, con 93,87; 138,69 y 139,92 respectivamente. Cinco entidades no reportaron menores con diagnóstico de cáncer en el periodo.

📍 [La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA](#)

Tabla 1.5. Prevalencia estandarizada del cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	3.541	5.148.344	687,79	685,80	663,39 - 708,78
Subsidiado	3.039	5.953.324	510,47	513,42	495,33 - 532,01
Excepción	339	SD	SD	SD	SD
Especial	24	SD	SD	SD	SD
No afiliado	9	SD	SD	SD	SD
Liquidadas	780	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de neoplasias hematológicas y los tumores sólidos invasivos en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2021.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

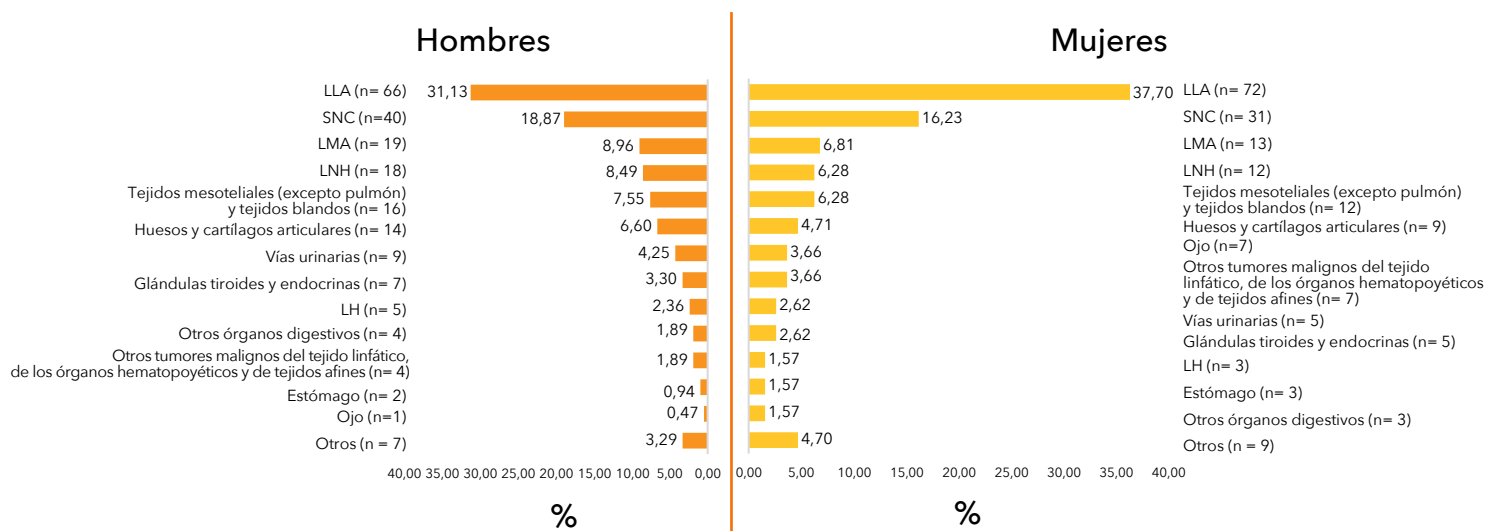
Para los regímenes de excepción, especial y en la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.

IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.

1.2.5. Mortalidad general en la población pediátrica con cáncer

El número de muertes por todas las causas, fue mayor en los casos de LLA, de tumores del SNC, y de LMA. En la **figura 1.2** se presenta la distribución de las muertes según el tipo de cáncer y el sexo, en la que se observa, en general una mayor proporción de fallecimientos en los hombres entre las neoplasias más frecuentes.

Figura 1.2. Distribución porcentual de las muertes en la población pediátrica según el tipo de cáncer y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



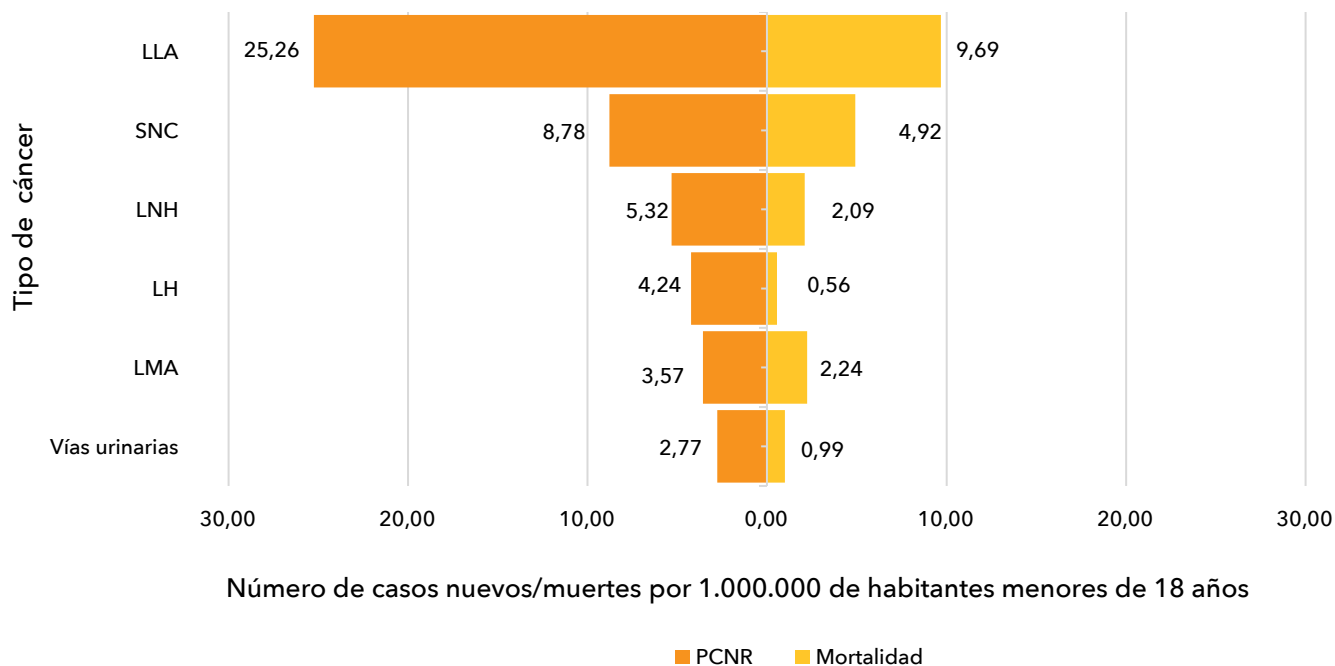
Incluye las muertes, por todas las causas, reportadas a la CAC en la población menor de 18 años con neoplasias hematológicas y tumores sólidos invasivos.

[Descargar figura](#)

La **figura 1.3** muestra la relación entre la PCNR y la mortalidad general para seis de los tipos de cáncer más frecuentes en la población pediátrica. La LLA presentó la PCNR y la mortalidad general más alta, seguida de los tumores del SNC. Por su parte, la LMA ocupó el quinto lugar en términos de la PCNR, sin embargo, fue una de las neoplasias con mayor número de muertes; esto representa un reto para las entidades, teniendo en cuenta que el acceso oportuno a los servicios de salud y la disponibilidad de terapias de soporte para el manejo de las complicaciones influyen de forma importante en los desenlaces en salud.



Figura 1.3. Relación entre la PCNR y la mortalidad general en los tipos de cáncer priorizados para la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Número de casos nuevos/muertes por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años

■ PCNR ■ Mortalidad

Medidas estandarizadas por la edad. Incluyen todos los casos de neoplasias hematológicas y los casos invasivos de los tumores del SNC y las vías urinarias en los menores de 18 años.

La mortalidad general corresponde a los fallecimientos por todas las causas reportados a la CAC.

[Descargar figura](#)

1.2.6. Mortalidad general del cáncer en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

La región del país con la mortalidad general más alta fue Bogotá, D. C., con 38,35 muertes (IC 95%: 29,78 – 48,62) y la más baja se observó en la Oriental con 23,05 fallecidos (IC 95%: 17,68 – 29,56), ambos por cada 1.000.000 de habitantes menores de 18 años. Las entidades territoriales con la mortalidad más elevada fueron Casanare, Vichada y San Andrés, Providencia y Santa Catalina, mientras que Chocó, Boyacá y La Guajira registraron las cifras más bajas. Los departamentos del Amazonas, Guainía, Guaviare y Vaupés no notificaron muertes durante el periodo en esta población.

[Para consultar esta información con mayor desagregación le invitamos a ingresar a **HIGIA**](#)

Tabla 1.6. Mortalidad general estandarizada del cáncer en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	18	529.703	33,98	34,18	20,26 - 54,03
Bogotá, D. C.	68	1.770.145	38,41	38,35	29,78 - 48,62
Caribe	100	3.770.589	26,52	26,66	21,69 - 32,43
Central	97	3.179.346	30,51	30,40	24,65 - 37,08
Oriental	62	2.687.131	23,07	23,05	17,68 - 29,56
Pacífica	58	2.352.950	24,65	24,60	18,68 - 31,80
Nacional	403	14.289.864	28,20	28,30	25,61 - 31,20

¹ Incluye las muertes, por todas las causas en la población pediátrica con cáncer hematológico y tumores sólidos invasivos reportada a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

1.2.7. Mortalidad general del cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad general estandarizada en los menores de 18 años con cáncer fue ligeramente mayor en el régimen contributivo con respecto al subsidiado. El régimen especial no informó defunciones (**tabla 1.7**). En la EPS042, la RES002 y CCF050 se observó la mortalidad estandarizada más alta con 137,88, 97,14 y 78,81 muertes por cada 1.000.000 de afiliados menores de 18 años, respectivamente. Las entidades que mostraron las cifras más bajas fueron la EPS022 (8,20), la EPSI04 (8,54) y la CCF023 (8,81). Para este periodo, dieciséis EAPB no reportaron datos de mortalidad.

 [La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA](#)

Tabla 1.7. Mortalidad general estandarizada en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen ¹	Muertes ²	Denominador ³	Mortalidad cruda ⁴	Mortalidad estandarizada ⁴	IC 95% ⁵
Contributivo	166	5.148.344	32,24	32,18	27,47 - 37,47
Subsidiado	181	5.953.324	30,40	30,39	26,12 - 35,15
Excepción	12	SD	SD	SD	SD
No afiliado	2	SD	SD	SD	SD
Liquidadas	42	SD	SD	SD	SD

¹ Para el 2022 no se reportaron muertes en la población menor de 18 años en el régimen especial.

² Incluye las muertes, por todas las causas en la población pediátrica con cáncer hematológico y tumores sólidos invasivos reportada a la CAC.

³ Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2021.

⁴ La mortalidad es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁵ IC 95% para las medidas estandarizadas.

Para los regímenes de excepción y especial, en las entidades liquidadas y en la población no afiliada no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecimientos notificados.

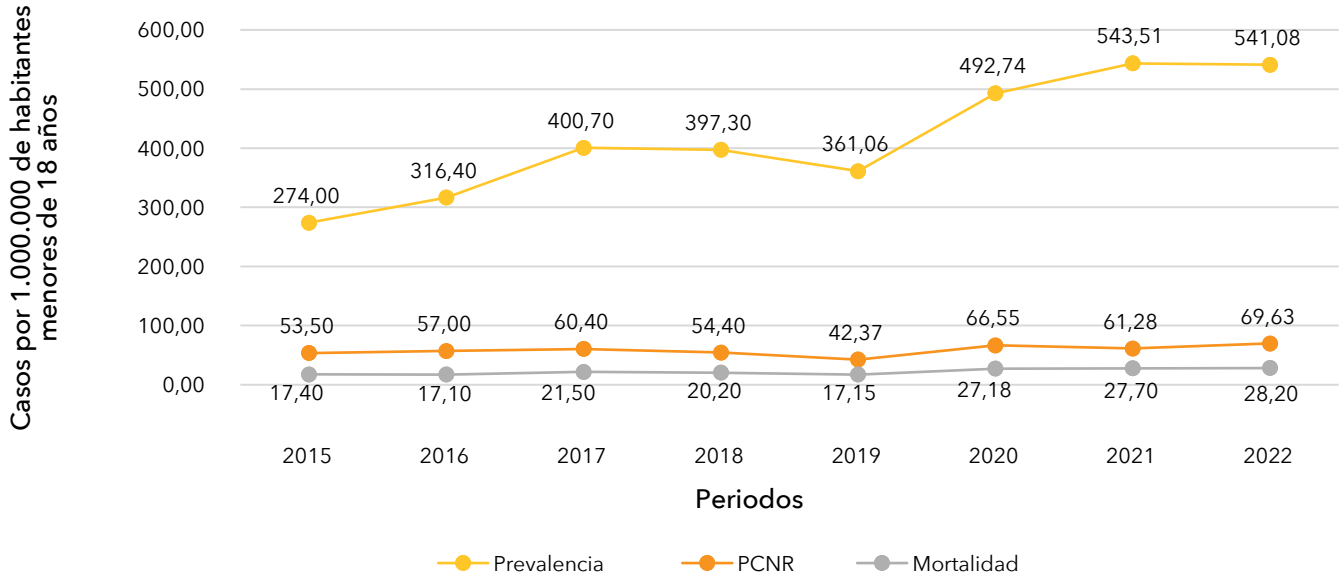
IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.

1.2.8. Evolución del registro de cáncer pediátrico en el aseguramiento en Colombia

Con relación al periodo anterior, la PCNR y la mortalidad general incrementaron en un 13,63% y 1,81% respectivamente.



Figura 1.4. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022



Incluye todos los casos de neoplasias hematológicas y tumores sólidos invasivos en la población pediátrica reportados a la CAC.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

Mortalidad: corresponde al número de fallecimientos, por todas las causas, reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)

1.3. Caracterización de los casos nuevos de cáncer pediátrico

1.3.1. Características clínicas y de la atención de los casos nuevos reportados de cáncer

La **tabla 1.8** describe las características clínicas de los CNR. Los tumores sólidos y las leucemias agudas agruparon la mayor cantidad de los casos nuevos en el ámbito nacional, representando el 42,01% y el 41,51%, respectivamente. Este comportamiento es similar en los regímenes: contributivo, subsidiado y de excepción.

En cuanto a la estadificación clínica, el 29,90% del total de los tumores sólidos cumplió con el reporte, con una mayor proporción en los afiliados al régimen subsidiado (31,21%). Entre los estadificados, en el ámbito nacional la mayoría fueron diagnosticados en el estadio III (26,40%), con el mismo comportamiento en los regímenes contributivo y subsidiado. En el especial se reportaron dos casos con tumores sólidos, de los que no se tiene información de la estadificación.

Con respecto a los linfomas, el 76,47% fueron estadificados, con predominio de los estadios III y IV (avanzados) (60,58%). Entre los regímenes, la proporción de casos en estadios avanzados fue mayor en el subsidiado y el de excepción, comparado con lo reportado en el país, correspondiente al 65,91% y 66,67%, respectivamente.

Por otro lado, la clasificación del riesgo fue reportada en el 69,12% de los linfomas y el 78,45% de las leucemias. En este último grupo de neoplasias, el 46,91% de los casos clasificados se encontraron en riesgo intermedio; este comportamiento fue similar en los regímenes contributivo y subsidiado.

Vale la pena resaltar la importancia del reporte de la estadificación y clasificación del riesgo, como herramientas fundamentales para el manejo y el pronóstico de la enfermedad; es por esto que se debe continuar trabajando en el adecuado cumplimiento y el reporte por parte de las entidades.

Tabla 1.8. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 995 (100,00%)
	Contributivo n= 540 (54,27%)	Subsidiado n= 419 (42,11%)	Excepción n= 29 (2,91%)	No afiliado n= 5 (0,50%)	
Clasificación general³					
Tumores sólidos	244 (45,19)	157 (37,47)	15 (51,72)	0 (0,00)	418 (42,01)
Leucemias agudas	212 (39,26)	187 (44,63)	11 (37,93)	3 (60,00)	413 (41,51)
Linfomas (LH y LNH)	70 (12,96)	61 (14,56)	3 (10,35)	2 (40,00)	136 (13,67)
Otros hematológicos	14 (2,59)	14 (3,34)	0 (0,00)	0 (0,00)	28 (2,81)
Estadificación (sí)⁴					
Tumores sólidos	72 (29,51)	49 (31,21)	4 (26,67)	0 (0,00)	125 (29,90)
Linfomas	57 (81,43)	44 (72,13)	3 (100,00)	0 (0,00)	104 (76,47)
Estadio al diagnóstico (tumores sólidos)^{4,5}					
<i>In situ</i>	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
I	17 (23,61)	12 (24,49)	2 (50,00)	0 (0,00)	31 (24,80)
II	18 (25,00)	10 (20,41)	2 (50,00)	0 (0,00)	30 (24,00)
III	18 (25,00)	15 (30,61)	0 (0,00)	0 (0,00)	33 (26,40)
IV	19 (26,39)	12 (24,49)	0 (0,00)	0 (0,00)	31 (24,80)
Estadio al diagnóstico (linfomas)^{4,5}					
Temprano	24 (42,11)	15 (34,09)	1 (33,33)	0 (0,00)	40 (38,46)
Avanzado	32 (56,14)	29 (65,91)	2 (66,67)	0 (0,00)	63 (60,58)
Extraganglionar	1 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,96)
Clasificación del riesgo (sí)⁶					
Leucemias agudas	177 (83,49)	136 (72,73)	8 (72,73)	3 (100,00)	324 (78,45)
Linfomas	52 (74,29)	39 (63,93)	3 (100,00)	0 (0,00)	94 (69,12)
Clasificación del riesgo (leucemias agudas)^{6,7}					
Estándar, bajo o favorable	37 (20,90)	31 (22,79)	0 (0,00)	0 (0,00)	68 (20,99)
Intermedio	83 (46,89)	62 (45,59)	7 (87,50)	0 (0,00)	152 (46,91)
Alto o desfavorable	57 (32,20)	43 (31,62)	1 (12,50)	3 (100,00)	104 (32,10)

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

² Para los valores totales se tienen en cuenta dos casos del régimen especial.

³ Definida según el código CIE-10.

⁴ Definida según la clasificación TNM u otros.

⁵ Incluye todos los casos nuevos de tumores sólidos o linfomas reportados en el periodo que fueron estadificados. En el caso de los linfomas, los estadios tempranos (I-II) y, los avanzados (III-IV). Los tumores extraganglionares incluyen tumores primarios del SNC, primarios mediastinales o primarios de otros órganos.

⁶ Los grupos de riesgo citogénico-molecular fueron definidos según la guía de práctica clínica colombiana de leucemias.

⁷ Incluye todos los casos nuevos con leucemias agudas en los que se reportó la clasificación del riesgo.

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

En la **tabla 1.9** se describe el tratamiento administrado a los casos nuevos y su ubicación temporal según el régimen de afiliación. Cabe clarificar que allí no se tuvo en cuenta si el tratamiento fue prescrito de forma concomitante con otra de las alternativas terapéuticas.

La terapia sistémica, administrada al 73,37% de los casos nuevos en el ámbito nacional, fue el tratamiento más frecuente. Este comportamiento fue similar entre los regímenes de afiliación. En el 71,37% de estos, se administró como tratamiento inicial curativo (sin cirugía), y en una menor proporción (25,34%) como manejo adyuvante o neoadyuvante.



La cirugía se incluyó en el manejo oncológico en el 56,46% de los tumores sólidos y el 0,69% de las neoplasias hematolinfáticas. En cuanto a la intención del tratamiento, el 96,67% de los procedimientos quirúrgicos se realizaron como manejo inicial curativo. La radioterapia fue el tratamiento de elección en el 10,15% de los casos nuevos y en más de la mitad de estos, bajo la indicación de terapia adyuvante.

Del total de los casos nuevos, el 13,87% no recibieron ningún tratamiento, lo cual representa un incremento del 29,26% en relación con lo informado en el periodo anterior. Cabe aclarar que allí se incluyen aquellos casos que no fueron tratados por alguna de las siguientes situaciones: diagnosticados cerca de la fecha de corte (13,77%), que estaban bajo observación o manejo paliativo (5,07%) o que abandonaron el tratamiento (0,72%).

Tabla 1.9. Caracterización del tratamiento prescrito a los casos nuevos de cáncer pediátrico según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Tratamiento/ubicación temporal ^{1,2}	Régimen de afiliación				Total ³ n= 995 (100,00%)
	Contributivo n= 540 (54,27%)	Subsidiado n= 419 (42,11%)	Excepción n= 29 (2,91%)	No afiliado n= 5 (0,50%)	
Cirugía (sí)	145 (26,85)	82 (19,57)	11 (37,93)	0 (0,00)	240 (24,12)
Manejo inicial	142 (97,93)	77 (93,90)	11 (100,00)	0 (0,00)	232 (96,67)
Manejo de recaída	0 (0,00)	2 (2,44)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,83)
Manejo de enfermedad metastásica	3 (2,07)	3 (3,66)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (2,50)
Terapia sistémica (sí)⁴	394 (72,96)	313 (74,70)	19 (65,52)	4 (80,00)	730 (73,37)
Neoadyuvancia	50 (12,69)	45 (14,38)	2 (10,53)	0 (0,00)	97 (13,29)
Tratamiento inicial curativo (sin cirugía)	277 (70,30)	229 (73,16)	12 (63,16)	5 (83,33)	521 (71,37)
Adyuvancia	52 (13,20)	31 (9,90)	4 (21,05)	1 (25,00)	88 (12,05)
Manejo de recaída	0 (0,00)	1 (0,32)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,14)
Manejo de enfermedad metastásica	4 (1,02)	5 (1,60)	0 (0,00)	0 (0,00)	9 (1,23)
Manejo paliativo (sin recaída ni metastásica)	11 (2,79)	2 (0,64)	1 (5,26)	0 (0,00)	14 (1,92)
Radioterapia (sí)	62 (11,48)	35 (8,35)	4 (13,79)	0 (0,00)	101 (10,15)
Neoadyuvancia	9 (14,52)	3 (8,57)	0 (0,00)	0 (0,00)	12 (12,12)
Tratamiento inicial curativo (sin cirugía)	19 (30,65)	8 (22,86)	1 (25,00)	0 (0,00)	28 (28,28)
Adyuvancia	27 (43,55)	23 (65,71)	3 (75,00)	0 (0,00)	53 (53,54)
Manejo de recaída	3 (4,84)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (3,03)
Manejo paliativo (sin recaída ni metastásica)	2 (3,23)	1 (2,86)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (3,03)
Sin información	2 (3,23)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Sin tratamiento	67 (12,41)	67 (15,99)	3 (10,34)	1 (20,00)	138 (13,87)

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

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).

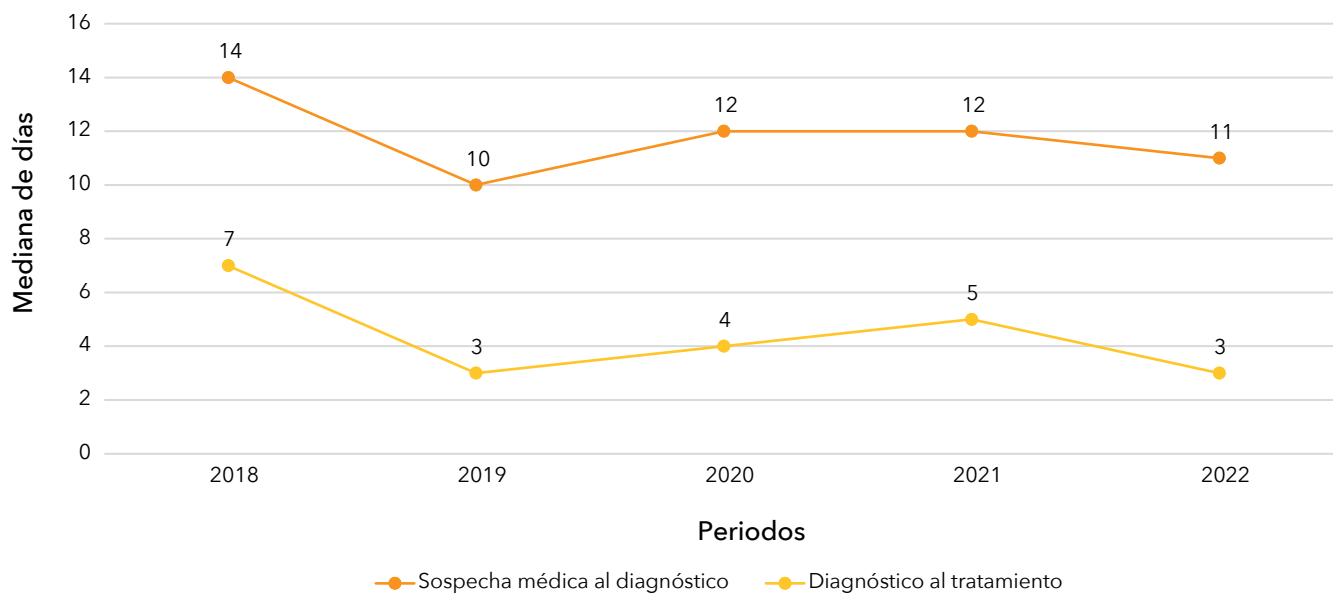
³ Para los valores totales se tienen en cuenta dos casos del régimen especial.

⁴ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

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

La definición y la operacionalización de las oportunidades de la atención se pueden consultar en detalle en la sección de los aspectos metodológicos. En la **figura 1.5** se observa la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento en el ámbito nacional. La mediana del tiempo de espera entre la sospecha clínica y el diagnóstico fue de 11 días (RIC: 4 - 27) lo que representa una reducción del 8,33% en comparación con el 2021. La misma tendencia se observó entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, con una mediana de 3 días (RIC: 3 - 13) y una disminución del 40,00% frente al periodo anterior.

Figura 1.5. Tendencia de la oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer pediátrico en el marco del aseguramiento, Colombia 2018 - 2022



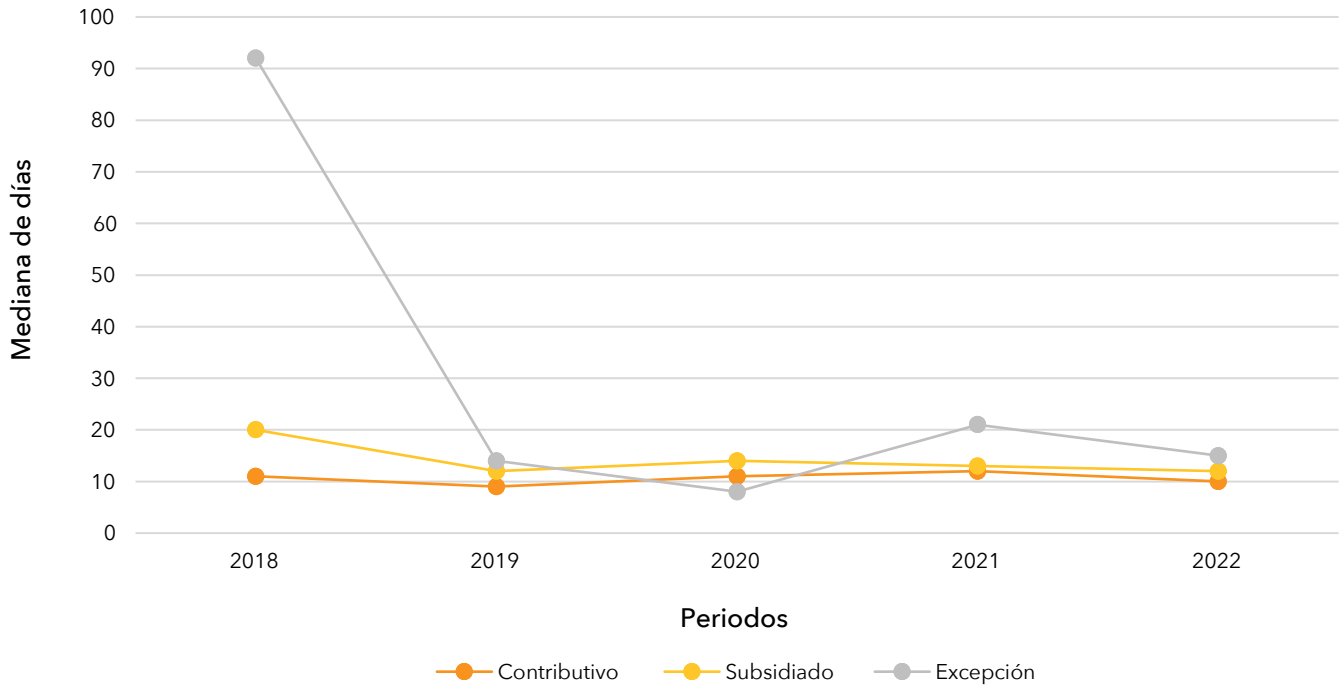
Incluye todos los casos nuevos de neoplasias hematológicas y tumores sólidos (*in situ* e invasivo), en la población pediátrica, reportados a la CAC. La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico fue de 23 días ($\pm 37,43$) y para la del tratamiento fue de 14 días ($\pm 29,95$).

[Descargar figura](#)

En las **figuras 1.6 y 1.7** se observan la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento según el régimen. El grupo de aseguramiento con el tiempo de espera más prolongado entre la sospecha clínica y el diagnóstico fue el especial con una mediana de 38 días (RIC: 35 - 41), mientras que en el contributivo la mediana fue de 10 días (RIC: 4 - 26), siendo el que presentó la mejor oportunidad. En general se observó una tendencia a la disminución en la espera para el acceso al diagnóstico con respecto al periodo 2021, en el de excepción esta reducción fue mayor (28,57%). En la población no afiliada, la mediana fue de 8 días (RIC: 3 - 44).



Figura 1.6. Tendencia en la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de cáncer pediátrico según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022

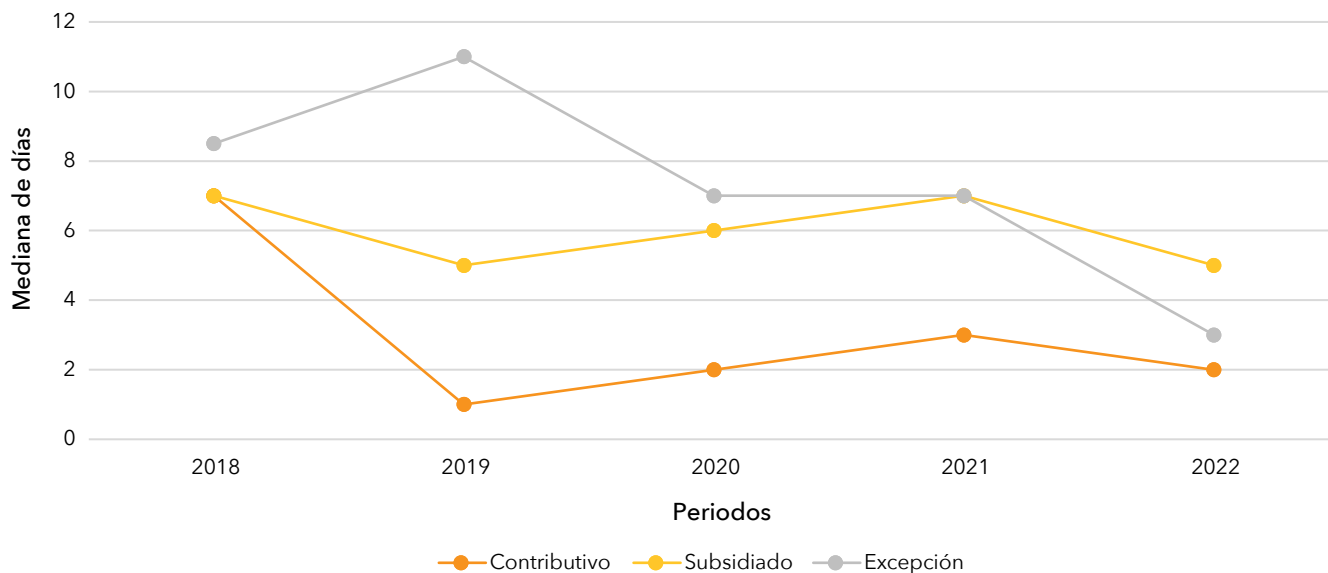


Incluye todos los casos nuevos de neoplasias hematológicas y tumores sólidos (*in situ* e invasivo), en la población pediátrica, reportados a la CAC. La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el régimen contributivo fue de 21 días ($\pm 36,55$), en el subsidiado de 25 días ($\pm 39,80$) y en el de excepción de 18 días ($\pm 18,21$).

[Descargar figura](#)

En relación con el inicio del tratamiento (**figura 1.7**) se observó una tendencia decreciente. En el régimen de excepción, hubo una disminución en la mediana de acceso al tratamiento del 57,14% y en el contributivo del 33,33%, este último con la mejor oportunidad (mediana: 2 días; RIC: 0 - 10). En el régimen especial se reportó el inicio del tratamiento en 23 días (1 caso), mientras que, en la población no afiliada, la mediana fue de 4 días (RIC: 2 - 7).

Figura 1.7. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de cáncer pediátrico según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye todos los casos nuevos de neoplasias hematológicas y tumores sólidos (*in situ* e invasivo), en la población pediátrica, reportados a la CAC. La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el régimen contributivo fue de 12 días ($\pm 24,32$), en el subsidiado de 18 días ($\pm 36,19$), y en el de excepción de 8 días ($\pm 17,97$).

[Descargar figura](#)

En la **tabla 1.10** se observa la oportunidad de la atención para los seis tipos de cáncer pediátrico de mayor frecuencia. En general, la mejor oportunidad del diagnóstico y del tratamiento se presentó en las leucemias agudas. En el caso de los linfomas, en el LNH se reportaron mejores tiempos de espera con respecto a los casos de LH. Para los tumores sólidos, los de las vías urinarias presentaron una mejor oportunidad, en comparación con las neoplasias del SNC.

Tabla 1.10. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Tipo de cáncer	Oportunidad del diagnóstico		Oportunidad del tratamiento	
	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)
LLA	10,23 (16,58)	5 (2 - 10)	7,37 (19,08)	1 (0 - 6)
LMA	9,73 (22,52)	5 (3 - 8)	5,42 (10,97)	2 (1 - 4)
LNH	29,13 (56,97)	14 (8 - 30)	11,65 (22,93)	3 (1 - 13)
LH	39,35 (50,27)	17 (10 - 48)	30,71 (45,18)	18 (6 - 31)
SNC	30,39 (26,68)	24 (12 - 36)	21,94 (30,46)	13 (2 - 29)
Vías urinarias	26,71 (28,64)	15 (7 - 37)	7,90 (14,78)	2 (0 - 7)

DE: desviación estándar; RIC: rango intercuartílico.

Incluye todos los casos nuevos de neoplasias hematológicas y tumores sólidos (*in situ* e invasivo), en la población pediátrica, reportados a la CAC.

1.4. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer pediátrico

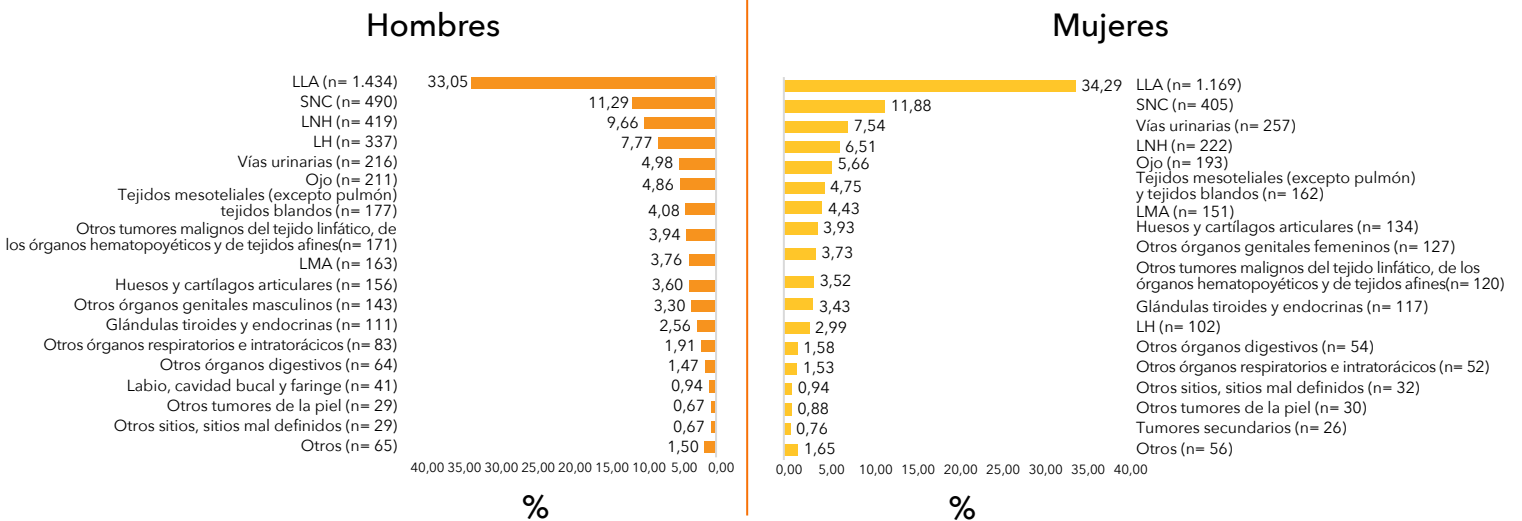
1.4.1. Características clínicas de los casos prevalentes de cáncer

Del total de los casos de cáncer pediátrico, el 44,66% correspondieron a tumores sólidos, el 37,65% a las leucemias agudas, el 13,94% a los linfomas y el 3,76% otros tipos de cáncer hematológico.



En la **figura 1.8** se observa la distribución de los casos prevalentes según el sexo y el tipo de cáncer. De acuerdo con lo reportado, los tipos más frecuentes en ambos sexos fueron la LLA y los tumores del SNC. En los hombres los linfomas ocuparon el tercer y cuarto lugar en frecuencia entre los casos reportados, mientras que en las mujeres los tumores del SU fueron el tercer tipo de neoplasia más frecuente, seguido del LNH.

Figura 1.8. Distribución porcentual de los casos prevalentes en la población pediátrica según el tipo de cáncer y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye todos los casos de cáncer en personas menores de 18 años que fueron reportados en el periodo.

[Descargar figura](#)

1.4.2. Caracterización del tratamiento en los casos prevalentes de cáncer

En la **tabla 1.11** se presenta la distribución del tipo de tratamiento recibido por los casos prevalentes y su ubicación temporal según el régimen de afiliación. La información presentada corresponde a la administración, no excluyente, de cada una de las alternativas terapéuticas durante el periodo.

La terapia sistémica fue administrada en el 24,33% de los casos y el 3,20% recibió radioterapia. En los tumores sólidos, la cirugía se realizó en el 10,75% de los casos, mientras que solo el 0,43% de las neoplasias hematolinfáticas recibieron este tipo de tratamiento.

En la mayoría de quienes recibieron terapia sistémica (65,25%) se administró como parte del tratamiento inicial curativo. Entre los regímenes del aseguramiento se presentó un comportamiento similar. Por otra parte, la cirugía fue indicada como manejo inicial en el 87,50% de los casos. Con respecto a la radioterapia, su indicación como adyuvancia (39,91%) y manejo inicial sin cirugía (30,49%) fueron las más frecuentes en el ámbito nacional.

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Generalidades del cáncer en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 1.11. Caracterización del tratamiento en los casos prevalentes de cáncer pediátrico en el periodo según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Tratamiento/ubicación temporal ^{1,2}	Régimen de afiliación				Total ^{3,4} n= 6.966 (100,00%)
	Contributivo n= 3.548 (50,93%)	Subsidiado n= 3.044 (43,70%)	Excepción n= 341 (4,90%)	No afiliado n= 9 (0,13%)	
Cirugía (sí)	188 (5,30)	135 (4,43)	18 (5,28)	1 (11,11)	344 (4,94)
Manejo inicial	169 (89,89)	116 (85,93)	14 (77,78)	0 (0,00)	301 (87,50)
Manejo de primera recaída	6 (3,19)	9 (6,67)	3 (16,66)	1 (100,00)	19 (5,52)
Manejo de segunda recaída o posteriores	8 (4,26)	6 (4,44)	1 (5,56)	0 (0,00)	15 (4,36)
Sin información	5 (2,66)	4 (2,96)	0 (0,00)	0 (0,00)	9 (2,62)
Terapia sistémica (sí)⁵	863 (24,32)	757 (24,87)	68 (19,94)	5 (55,56)	1.695 (24,33)
Neoadyuvancia	70 (8,11)	74 (9,78)	5 (7,35)	0 (0,00)	149 (8,79)
Tratamiento inicial curativo (sin cirugía)	554 (64,19)	507 (66,97)	40 (58,82)	4 (80,00)	1.106 (65,25)
Adyuvancia	93 (10,78)	69 (9,11)	7 (10,29)	1 (20,00)	170 (10,03)
Manejo de recaída	41 (4,75)	23 (3,04)	5 (7,35)	0 (0,00)	70 (4,13)
Manejo de enfermedad metastásica	9 (1,04)	11 (1,45)	1 (1,47)	0 (0,00)	21 (1,24)
Manejo paliativo (sin recaída ni metastásica)	20 (2,32)	11 (1,45)	5 (7,35)	0 (0,00)	36 (2,12)
Sin información	76 (8,81)	62 (8,19)	5 (7,35)	0 (0,00)	143 (8,44)
Radioterapia (sí)	125 (3,52)	89 (2,92)	9 (2,64)	0 (0,00)	223 (3,20)
Neoadyuvancia	17 (13,60)	11 (12,36)	1 (11,11)	0 (0,00)	29 (13,00)
Tratamiento inicial curativo (sin cirugía)	42 (33,60)	23 (25,84)	3 (33,33)	0 (0,00)	68 (30,49)
Adyuvancia	47 (37,60)	38 (42,70)	4 (44,44)	0 (0,00)	89 (39,91)
Manejo de recaída	11 (8,80)	12 (13,48)	0 (0,00)	0 (0,00)	23 (10,31)
Manejo de enfermedad metastásica	3 (2,40)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (1,35)
Manejo paliativo (sin recaída ni metastásica)	3 (2,40)	3 (3,37)	1 (11,11)	0 (0,00)	7 (3,14)
Sin información	2 (1,60)	2 (2,25)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (1,79)
Sin tratamiento	2.561 (72,18)	2.211 (72,63)	262 (76,83)	3 (33,33)	5.057 (72,60)

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

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

³ No se incluyen los datos de 782 casos prevalentes, correspondientes a las EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene información actualizada.

⁴ Para los valores totales se tienen en cuenta veinticuatro casos reportados en el régimen especial.

⁵ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.



Leucemia linfoide aguda (LLA) en la población pediátrica

CIE10: C91.0, C91.8; CIE-O-3: C42 - C77

Resumen


Capítulo 2. Leucemia linfocítica aguda (LLA) en la población pediátrica


Periodo: 2 de enero de 2021 al 1° de enero de 2022


Morbimortalidad de la LLA

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

362, 2.603 y 138,
respectivamente.

 La PCNR estandarizada fue de 25 casos nuevos (IC 95%: 22,7 - 28,0) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

 Bogotá, D. C., fue la región del país con la PCNR, la prevalencia y la mortalidad estandarizada más altas.


 En comparación con el 2021, se registró un aumento en las tres medidas de morbimortalidad; del 36,6% en la PCNR, del 11,5% en la prevalencia y del 6,3% para la mortalidad general.


Caracterización de los casos nuevos de LLA

A nivel nacional, en el **81,2%** de los casos se reportó

la clasificación del riesgo.

Esta proporción fue mayor en el régimen de excepción (85,7%) y el contributivo (84,7%).

 La terapia sistémica se administró en el 94,5% de los casos, seguido de la radioterapia (2,2%)


 En relación con la oportunidad del tratamiento, el régimen contributivo registró un tiempo de espera menor (mediana de 0 días; RIC: 0 - 2) con respecto al subsidiado.


Evaluación de la gestión del riesgo en la LLA

En el país, **no se alcanzó la meta**

establecida para la oportunidad del tratamiento

(≤ 5 días), con un promedio de espera de 7,4 días.

 A nivel nacional y en todos los regímenes se cumplió la meta en el indicador de abandono del tratamiento, siendo del 2,3% en el país.

 La meta del indicador de remisión completa al final de la inducción no fue alcanzada en el país (28,1%) ni en los regímenes contributivo (32,0%) y subsidiado (23,5%).

[Descargar figura](#)





2. Leucemia linfocítica aguda (LLA) en la población pediátrica

CIE10: C91.0, C91.8; CIE-O-3: C42 - C77

2.1. Morbimortalidad de la LLA

La LLA continúa siendo el tipo de cáncer más frecuente, representando el 33,60% (n= 2.603) del total de personas menores de 18 años con cáncer. El 13,91% de los casos (n= 362) fueron diagnosticados en el periodo. Adicionalmente, el 34,24% (n= 138) de las muertes, por todas las causas, informadas en la población pediátrica tenían este tipo de neoplasia.

Tabla 2.1. Medidas de frecuencia de la LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	362	25,33	25,26	22,72 - 28,00
Prevalencia	2.603	182,16	183,55	176,57 - 190,74
Mortalidad ⁵	138	9,66	9,69	8,14 - 11,45

¹ Incluye todos los casos de LLA en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Informadas por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

³ La población de referencia corresponde a las proyecciones DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

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.

2.1.1. PCNR de la LLA en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

La PCNR estandarizada más alta se estimó en Bogotá, D. C., con 35,56 casos nuevos (IC 95%: 27,32 – 45,49) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años, y la más baja en la Amazonía-Orinoquía con 18,54 casos (IC 95%: 8,89 – 34,17).

En cuanto a las entidades territoriales, Amazonas, Santander y Nariño presentaron las tasas más altas (57,50, 44,43 y 42,01, respectivamente) mientras que Caldas con 4,21, Boyacá con 11,55 y La Guajira con 12,32 registraron las más bajas. En los departamentos de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Arauca, Guainía, Vaupés y Vichada no se informaron casos nuevos durante el periodo.

 **Para consultar esta información con mayor desagregación le invitamos a ingresar a [HIGIA](#)**

Tabla 2.2. PCNR estandarizada de la LLA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	10	529.703	18,88	18,54	8,89 - 34,17
Bogotá, D. C.	63	1.770.145	35,59	35,56	27,32 - 45,49
Caribe	80	3.770.589	21,22	21,18	16,79 - 26,36
Central	70	3.179.346	22,02	22,11	17,23 - 27,93
Oriental	63	2.687.131	23,45	23,47	18,03 - 30,03
Pacífica	76	2.352.950	32,30	32,32	25,46 - 40,45
Nacional	362	14.289.864	25,33	25,26	22,72 - 28,00

¹ Incluye todos los casos nuevos de LLA en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

³ La PCNR informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

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 pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Leucemia linfocítica aguda (LLA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

2.1.2. PCNR de la LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La PCNR estandarizada fue mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado (**tabla 2.3**). La entidad con la cifra más alta fue la EPS012 con 94,37 casos nuevos por cada 1.000.000 de afiliados menores de 18 años (IC 95%: 30,61 - 222,26). Por el contrario, las estimaciones más bajas se observaron en la EPS045, la RES004 y la EPS008, cada una con 5,98, 7,57 y 7,72 casos, respectivamente. En veintidós entidades no se informaron CNR en el periodo.

 [La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA](#)

Tabla 2.3. PCNR estandarizada de la LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	189	5.148.344	36,71	36,91	31,84 - 42,57
Subsidiado	163	5.953.324	27,38	27,29	23,26 - 31,81
Excepción	7	SD	SD	SD	SD
Especial	0	SD	SD	SD	SD
No afiliado	3	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de LLA en población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2021.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

Para los regímenes de excepción, especial y en la población no afiliada, 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 de la LLA en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

En Bogotá, D. C., se presentó la prevalencia más alta con 261,06 casos (IC 95%: 237,79 - 285,99) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años, mientras que la más baja se estimó en la región Caribe con 126,73 casos (IC 95%: 115,59 - 138,66).

En los departamentos de Santander, Valle del Cauca y Amazonas se registraron las tasas más altas (277,74, 270,59 y 268,16, respectivamente). Las estimaciones más bajas se observaron en Vichada con 39,85 y Vaupés con 40,94 casos.

 [Para consultar esta información con mayor desagregación le invitamos a ingresar a HIGIA](#)

Tabla 2.4. Prevalencia estandarizada de la LLA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	77	529.703	145,36	146,40	115,53 - 182,98
Bogotá, D. C.	462	1.770.145	261,00	261,06	237,79 - 285,99
Caribe	475	3.770.589	125,98	126,73	115,59 - 138,66
Central	585	3.179.346	184,00	182,72	168,21 - 198,15
Oriental	454	2.687.131	168,95	168,77	153,61 - 185,04
Pacífica	550	2.352.950	233,75	232,55	213,52 - 252,83
Nacional	2.603	14.289.864	182,16	183,55	176,57 - 190,74

¹ Incluye todos los casos de LLA en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



2.1.4. Prevalencia de la LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada fue superior en el régimen contributivo con respecto al subsidiado (**tabla 2.5**). Según la EAPB, la EAS016 y la EAS027 fueron las entidades con las cifras más altas, con 3.773,98 y 624,52 casos por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años, respectivamente. Las estimaciones más bajas se registraron en la CCF102, la CCF033 y la CCF023, en su orden con 52,65, 57,88, 63,98 casos. En el periodo no se informaron casos de LLA en diez entidades.

📍 [La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA](#)

Tabla 2.5. Prevalencia estandarizada de la LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	1.159	5.148.344	225,12	223,77	211,06 - 237,04
Subsidiado	1.103	5.953.324	185,27	186,74	175,88 - 198,10
Excepción	116	SD	SD	SD	SD
Especial	9	SD	SD	SD	SD
No afiliado	4	SD	SD	SD	SD
Liquidadas	212	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de LLA en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2021.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

Para los regímenes de excepción y especial, en las entidades liquidadas y en la población no afiliada 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 general en la población pediátrica con LLA según la región y la entidad territorial

Entre las regiones, la mayor mortalidad general estandarizada se presentó en Bogotá, D. C., con 12,91 muertes (IC 95%: 8,18 - 19,38) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años. La región Central, por su parte, tuvo la más baja con 7,54 muertes (IC 95%: 4,83 - 11,22).

En el departamento del Casanare se registró la estimación más alta, mientras que las más bajas se observaron en Sucre, Magdalena y Antioquia. En ocho entidades territoriales no se informaron defunciones en los menores con LLA durante el periodo.

📍 [Para consultar esta información con mayor desagregación le invitamos a ingresar a HIGIA](#)

Tabla 2.6. Mortalidad general estandarizada de la LLA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	5	529.703	9,44	9,36	3,04 - 21,90
Bogotá, D. C.	23	1.770.145	12,99	12,91	8,18 - 19,38
Caribe	43	3.770.589	11,40	11,47	8,30 - 15,44
Central	24	3.179.346	7,55	7,54	4,83 - 11,22
Oriental	21	2.687.131	7,82	7,80	4,83 - 11,93
Pacífica	22	2.352.950	9,35	9,33	5,85 - 14,13
Nacional	138	14.289.864	9,66	9,69	8,14 - 11,45

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con LLA reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Leucemia linfocítica aguda (LLA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

2.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con LLA según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad estandarizada por la edad en el régimen subsidiado presentó 0,57 más fallecimientos por cada 1.000.000 de afiliados menores de 18 años, en comparación con el contributivo (**tabla 2.7**). Las entidades EPS025 y CCF050 tuvieron la mortalidad más elevada con 54,13 y 39,40 muertes por 1.000.000 de menores afiliados, respectivamente, mientras que las cifras más bajas se observaron en la EPSS40, RES003 y EPS008 con 5 o menos defunciones en menores con LLA. En veintitrés entidades no se reportaron fallecimientos en esta población.

 [La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA](#)

Tabla 2.7. Mortalidad general estandarizada de la LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	55	5.148.344	10,68	10,69	8,05 - 13,91
Subsidiado	67	5.953.324	11,25	11,26	8,72 - 14,30
Excepción	4	SD	SD	SD	SD
Especial	0	SD	SD	SD	SD
No afiliado	1	SD	SD	SD	SD
Liquidadas	11	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con LLA reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2021.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

Para los regímenes de excepción y especial, en las entidades liquidadas y en la población no afiliada no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecimientos notificados.

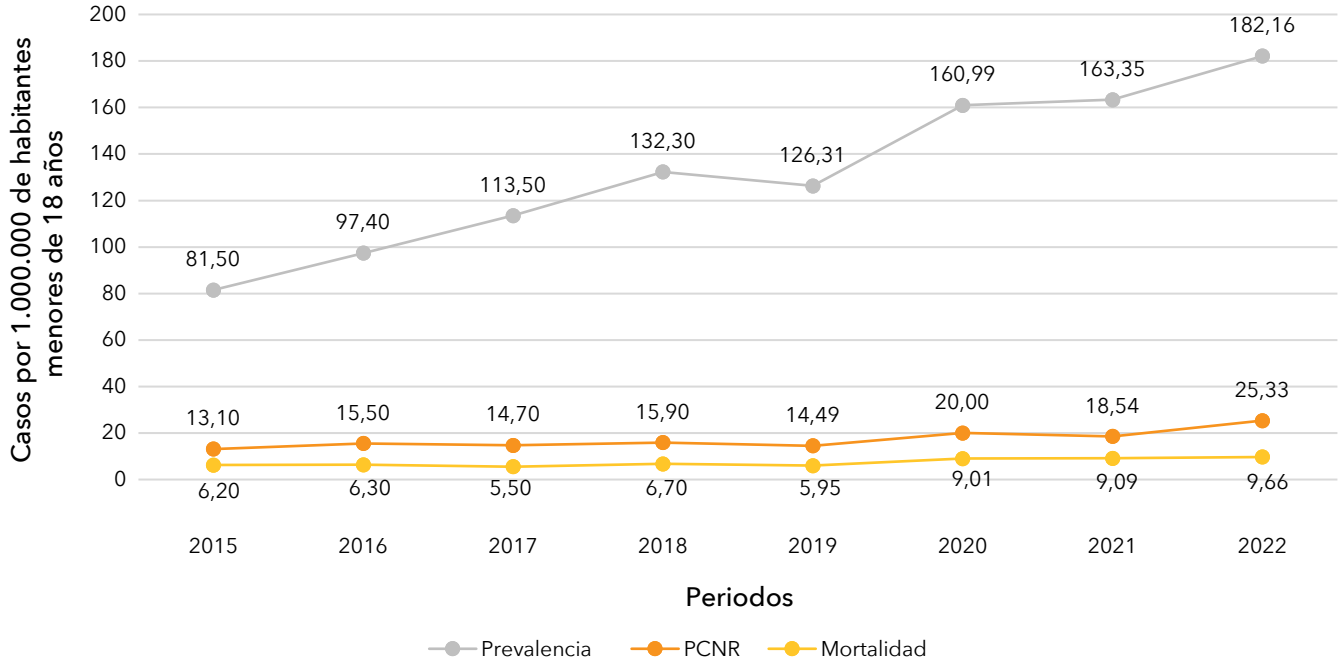
IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.

2.1.7. Evolución del registro de la LLA en la población pediátrica en el aseguramiento en Colombia

Las tres medidas de morbimortalidad presentaron un incremento con respecto al periodo anterior (**figura 2.1**). Se resalta el aumento del 36,62% en la PCNR, mientras que para la prevalencia y la mortalidad fue del 11,52 y 6,27% respectivamente.



Figura 2.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022



Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportadas por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

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 LLA en la población pediátrica

2.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LLA

La **tabla 2.8** describe la caracterización general de los casos nuevos de LLA en los menores de 18 años según el régimen del aseguramiento.

La mayor parte de los casos nuevos estaban afiliados a los regímenes contributivo (52,21%) y subsidiado (45,03%); además, las regiones con la mayor concentración de CNR fueron la Caribe (22,10%) y la Pacífica (20,99%). Más de la mitad eran hombres y la mediana de la edad fue de 6 años (RIC: 4 - 12). En la población no afiliada se reportaron 3 casos de sexo masculino, residentes de la región Caribe (datos no presentados en la tabla).

Por otra parte, según la distribución de los CNR por el sexo, en los hombres se presentó un mayor porcentaje de casos entre los afiliados al régimen subsidiado. El rango de edad en los CNR fue similar en todos los regímenes. Las regiones Caribe y Pacífica presentaron el mayor número de afiliados con este diagnóstico al subsidiado, en cambio en Bogotá, D. C., y en la Central, se concentró la mayor proporción de menores con LLA afiliados al contributivo. En el régimen de excepción el 71,43% de los CNR eran residentes de Bogotá, D. C.

Tabla 2.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ² n= 362 (100,00%)
	Contributivo n= 189 (52,21%)	Subsidiado n= 163 (45,03%)	Excepción n= 7 (1,93%)	
Sexo				
Mujeres	89 (47,09)	69 (42,33)	4 (57,14)	162 (44,75)
Hombres	100 (52,91)	94 (57,67)	3 (42,86)	200 (55,25)
Edad	6 (4 - 12)	6 (4 - 12)	7 (4 - 9)	6 (4 - 12)
Etnia				
Ninguna	189 (100,00)	150 (92,02)	7 (100,00)	349 (96,41)
Negro	0 (0,00)	3 (1,84)	0 (0,00)	3 (0,83)
Indígena	0 (0,00)	10 (6,13)	0 (0,00)	10 (2,76)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	1 (0,53)	9 (5,52)	0 (0,00)	10 (2,76)
Bogotá, D. C.	58 (30,69)	0 (0,00)	5 (71,43)	63 (17,40)
Caribe	25 (13,23)	54 (33,13)	1 (14,29)	80 (22,10)
Central	38 (20,11)	29 (17,79)	0 (0,00)	70 (19,34)
Oriental	37 (19,58)	26 (15,95)	0 (0,00)	63 (17,40)
Pacífica	30 (15,87)	45 (27,61)	1 (14,29)	76 (20,99)

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 los tres casos reportados como población no afiliada.

2.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LLA

La **tabla 2.9** describe las características clínicas de los casos nuevos de LLA en los menores de 18 años según su afiliación al sistema de salud.

En el ámbito nacional, en el 81,22% de los casos nuevos se reportó la clasificación del riesgo, con un incremento de cerca de 3 puntos porcentuales con respecto al 2021. Entre los grupos del aseguramiento, esta proporción fue superior en el de excepción y el contributivo, superando lo reportado en el país.

Del total de los casos clasificados, en el país el 49,32% se diagnosticaron con un riesgo intermedio, similar al comportamiento en los regímenes contributivo y subsidiado; en el de excepción, el total de los CNR fue clasificado en este grupo. Los tres casos correspondientes a la población no afiliada estaban en el grupo de riesgo alto.

Por otro lado, la mediana de la edad en los casos en los que se reportó la clasificación del riesgo fue de 6 años (RIC: 4 - 12). En los diagnosticados con riesgo bajo la mediana de la edad fue de 4 años (RIC: 3 - 6) y en los de riesgo alto fue de 10 años (4 - 13).



Tabla 2.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ² n= 362 (100,00%)
	Contributivo n= 189 (52,21%)	Subsidiado n= 163 (45,03%)	Excepción n= 7 (1,93%)	
Clasificación del riesgo (sí) ³	160 (84,66)	125 (76,69)	6 (85,71)	294 (81,22)
Grupos de riesgo ^{3,4}				
Bajo, estándar o favorable	35 (21,88)	29 (23,20)	0 (0,00)	64 (21,77)
Intermedio	79 (49,38)	60 (48,00)	6 (100,00)	145 (49,32)
Alto o desfavorable	46 (28,75)	36 (28,80)	0 (0,00)	85 (28,91)

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

² Para los valores totales se tienen en cuenta los tres casos reportados como población no afiliada.

³ Los grupos de riesgo citogénico molecular fueron definidos según la guía de práctica clínica colombiana de leucemias.

⁴ Incluye todos los casos nuevos de LLA en la población pediátrica que fueron clasificados.

2.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LLA

La terapia sistémica fue administrada en el 94,48% (n= 342) de los CNR y la radioterapia se realizó en el 2,21% (n= 8). Así mismo, el 1,38% (n= 5) de los casos nuevos recibió trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, 3 de ellos clasificados en el grupo de riesgo alto o desfavorable y los restantes en riesgo intermedio.

El 5,52% (n= 20) de los CNR no recibió ningún tipo de tratamiento durante el periodo; en este último grupo se incluyen los casos que fallecieron antes de iniciar el manejo (n= 5) o aquellos que estaban en manejo por cuidado paliativo (n= 2).

La **figura 2.2** muestra la distribución del tratamiento según la clasificación del riesgo. El 41,52% de los casos nuevos con riesgo intermedio recibió quimioterapia, mientras que la mayoría de los que se le realizó radioterapia se clasificó en riesgo alto o desfavorable (75,00%). Entre los casos con clasificación desconocida, en el 82,35% se reportó la administración de terapia sistémica.

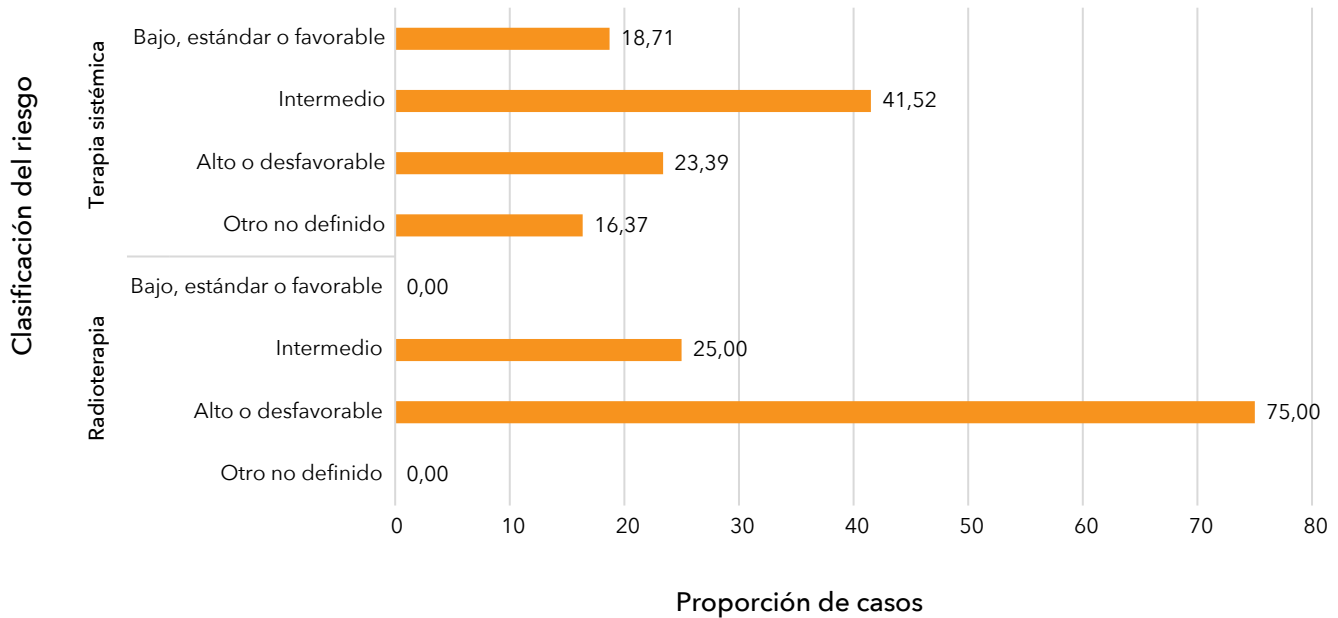
Es importante mencionar que, para la LLA en la población pediátrica, el tratamiento de elección es la terapia sistémica y sólo una pequeña proporción de los pacientes de alto riesgo o con compromiso del SNC al diagnóstico reciben radioterapia.

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Leucemia linfocítica aguda (LLA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 2.2. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de LLA en la población pediátrica según la clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



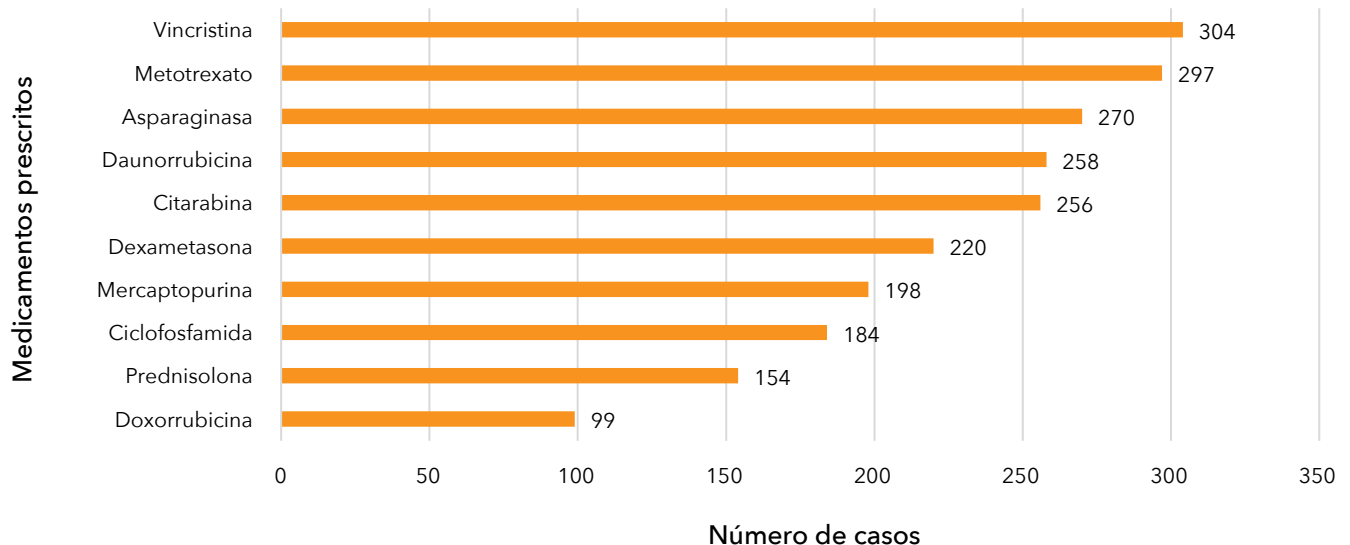
Los grupos de riesgo citogénico molecular fueron definidos según la guía de práctica clínica colombiana de leucemias.

El grupo de terapia sistémica incluye la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

[Descargar figura](#)

La **figura 2.3** describe los medicamentos administrados con mayor frecuencia a los CNR. Los citotóxicos con mayor prescripción fueron: vincristina, metotrexato, asparaginasa, daunorrubicina y citarabina. Se debe clarificar que la frecuencia presentada corresponde al número de casos en los que se prescribió el medicamento de forma independiente.

Figura 2.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye los casos nuevos de LLA en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo con terapia sistémica.

[Descargar figura](#)

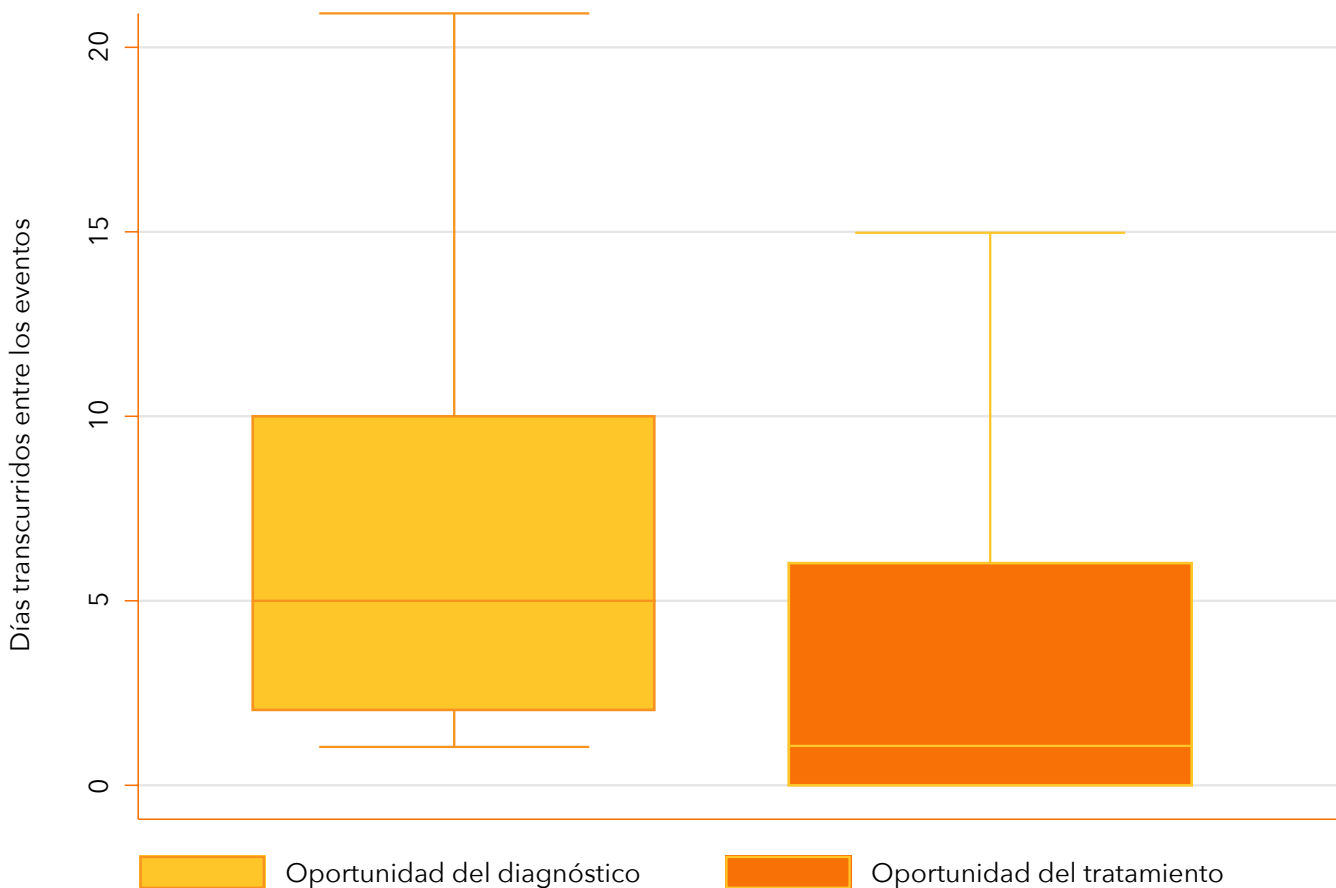


2.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LLA

La operacionalización de la oportunidad se describe en la sección de aspectos metodológicos. Como se observa en la **figura 2.4**, la mediana del tiempo de espera para acceder al diagnóstico fue 5 días (RIC: 2 - 10), mientras que entre el diagnóstico y el primer tratamiento fue de 1 día (RIC: 0 - 6). Al comparar los resultados con respecto al periodo anterior, se observa un ligero aumento en el tiempo para la confirmación del diagnóstico, que fue del 25,00%; en caso contrario, el tiempo promedio de espera para iniciar al tratamiento se mantuvo constante en el ámbito nacional.

Considerando que el acceso oportuno a la atención está directamente relacionado con una mayor supervivencia, se requiere de intervenciones en la prestación de los servicios, para lograr el diagnóstico oportuno de la enfermedad.

Figura 2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye todos los casos nuevos de LLA en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo. La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico fue de 10,23 días (\pm 16,58) y para la del tratamiento fue de 7,37 días (\pm 19,08).

[Descargar figura](#)

En las **figuras 2.5 y 2.6** se observa la tendencia de la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento según el régimen de afiliación en los últimos cinco periodos. En relación con el acceso al diagnóstico, se ha presentado un comportamiento fluctuante, con un aumento en la mediana del tiempo de espera en el 2022.

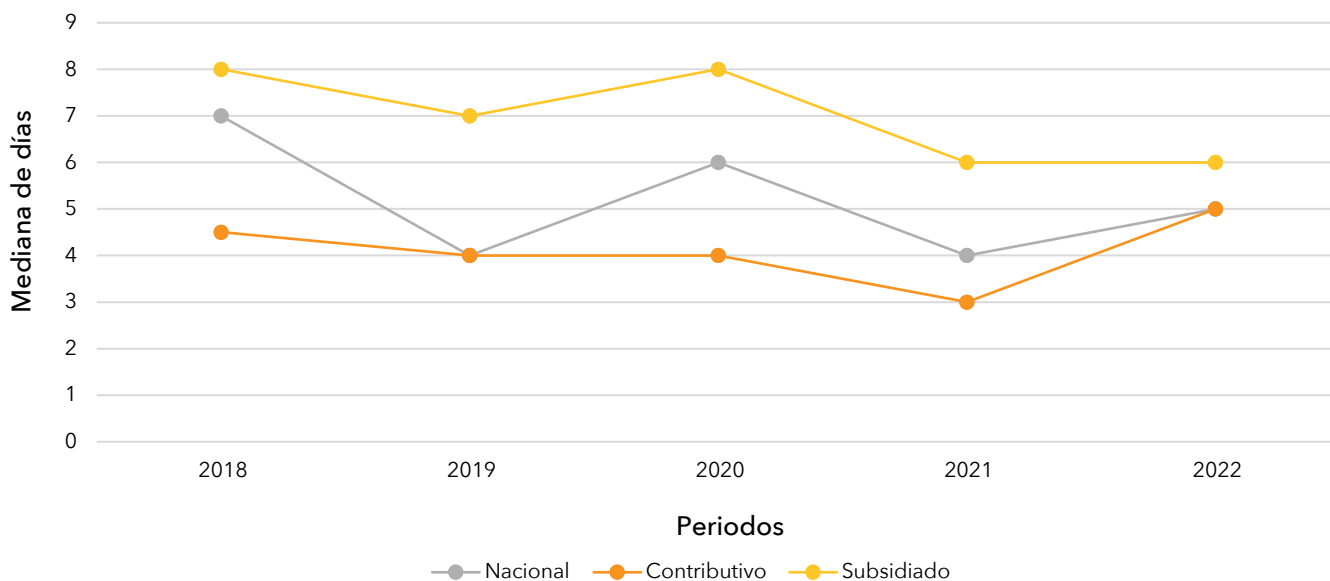
Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Leucemia linfocítica aguda (LLA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

En el régimen subsidiado se mantuvo una mediana de 6 días (RIC: 2 - 13) en el 2022, mientras que en el contributivo esta fue de 5 días (RIC: 2 - 10). En cuanto a los demás grupos del aseguramiento, en el régimen de excepción se reportó una mediana de 2 días (RIC: 1 - 3) y en la población no afiliada de 8 días (RIC: 3 - 44). Pese al aumento en los tiempos de espera, es importante resaltar la disminución en la brecha entre los regímenes.

Figura 2.5. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LLA en la población pediátrica, en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye todos los casos nuevos de LLA en la población menor de 18 años que fueron notificados en el periodo.

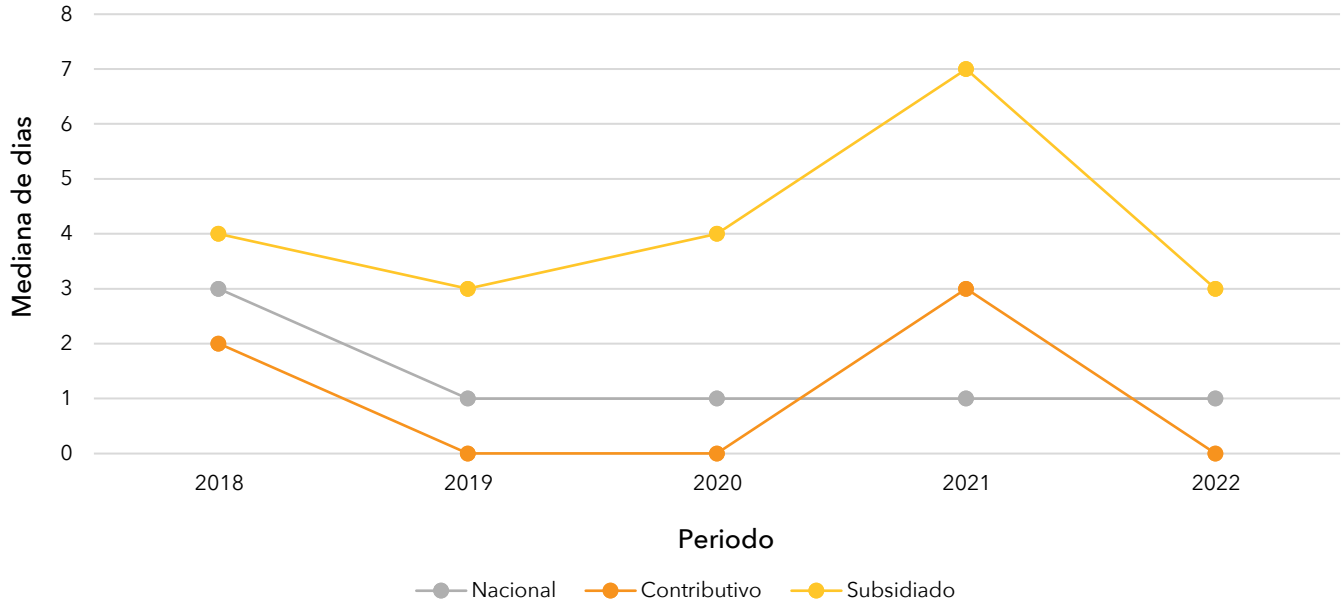
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el periodo 2022 fue: nacional 10,23 días ($\pm 16,58$), régimen contributivo 9,01 días ($\pm 15,68$), régimen subsidiado 12,00 días ($\pm 17,79$).

[Descargar figura](#)

Con respecto al acceso al tratamiento, el régimen contributivo registró un menor tiempo de espera con respecto al subsidiado, presentando una mediana de 0 días (RIC: 0 - 2). En el de excepción se estimó una oportunidad de 0 días (RIC: 0 - 1) y en la población no afiliada de 6 días (RIC: 2 - 8). En general, en el 2022 hubo una mejor oportunidad para el inicio del tratamiento con respecto al periodo anterior, sin embargo, se mantiene una brecha entre los regímenes contributivo y subsidiado.



Figura 2.6. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de LLA en la población pediátrica, en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye todos los casos nuevos de LLA en la población menor de 18 años que fueron notificados en el periodo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el periodo 2022 fue: nacional 7,37 días ($\pm 19,08$), régimen contributivo 6,17 ($\pm 17,74$), régimen subsidiado 9,20 ($\pm 21,13$).

[Descargar figura](#)

Al analizar la oportunidad del diagnóstico de acuerdo con la clasificación del riesgo, aquellos en el grupo “alto o desfavorable” presentaron los menores tiempos de espera, con una mediana de 4 días (RIC: 2 - 9), mientras que en los otros grupos fue de 5 días (RIC: 2 - 10). Respecto al tratamiento, los casos con riesgo intermedio tuvieron la espera más baja con una mediana de 0 días, (RIC: 0 - 5). Los tiempos más prolongados en ambas etapas de la atención se estimaron en aquellos con clasificación de riesgo desconocida (**tabla 2.10**).

Tabla 2.10. Oportunidad de la atención en la población pediátrica con LLA según la clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Variable	Oportunidad del diagnóstico		Oportunidad del tratamiento	
	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)
Grupos de riesgo				
Bajo, estándar o favorable	9,32 (15,06)	5 (2 - 10)	7,03 (16,63)	1 (0 - 6)
Intermedio	10,80 (16,28)	5 (2 - 10)	4,45 (9,48)	0 (0 - 5)
Alto o desfavorable	8,69 (11,60)	4 (2 - 9)	10,50 (29,35)	1 (0 - 6)
Desconocido	11,96 (23,53)	6 (2 - 14)	10,65 (20,28)	4 (0 - 10)

DE: desviación estándar; RIC: rango intercuartílico.

2.3. Caracterización de los casos prevalentes de LLA en la población pediátrica

La **tabla 2.11** presenta una caracterización general de la población pediátrica con LLA de acuerdo con el tipo de aseguramiento. El 55,21% de los casos se presentó en la población masculina, la mediana de la edad fue de 11 años (RIC: 7 - 14) y la mayoría residía en la región Central (22,71%).

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Leucemia linfóide aguda (LLA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

El régimen con la mayor proporción de casos fue el contributivo (48,47%). En la población no afiliada se reportaron 4 casos, la mayoría eran hombres (n= 3), residentes en Bogotá, D. C., y la región Central.

La mediana de la edad fue similar en el ámbito nacional y en la mayoría de los regímenes. En cuanto a la distribución por las regiones, en el contributivo la mayoría residía en Bogotá, D. C., y en la Central, mientras que los casos del subsidiado se concentraron principalmente en la Pacífica y la Caribe.

Tabla 2.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ^{2,3} n= 2.391 (100,00%)
	Contributivo n= 1.159 (48,47%)	Subsidiado n= 1.103 (46,13%)	Excepción n= 116 (4,85%)	Especial n= 9 (0,38%)	
Sexo					
Femenino	527 (45,47)	493 (44,70)	48 (41,38)	2 (22,22)	1.071 (44,79)
Masculino	632 (54,53)	610 (55,30)	68 (58,62)	7 (77,78)	1.320 (55,21)
Edad	11 (7 - 14)	11 (7 - 14)	11 (8 - 15)	8 (8 - 11)	11 (7 - 14)
Etnia					
Ninguna	1.145 (98,79)	988 (89,57)	115 (99,14)	9 (100,00)	2.261 (94,56)
Indígena	0 (0,00)	77 (6,98)	0 (0,00)	0 (0,00)	77 (3,22)
Negro	13 (1,12)	34 (3,08)	1 (0,86)	0 (0,00)	48 (2,01)
Otra ⁴	1 (0,09)	4 (0,36)	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (0,21)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	11 (0,95)	61 (5,53)	3 (2,59)	0 (0,00)	75 (3,14)
Bogotá, D. C.	339 (29,25)	68 (6,17)	30 (25,86)	2 (22,22)	440 (18,40)
Caribe	121 (10,44)	278 (25,20)	22 (18,97)	2 (22,22)	423 (17,69)
Central	290 (25,02)	229 (20,76)	19 (16,38)	2 (22,22)	543 (22,71)
Oriental	207 (17,86)	174 (15,78)	25 (21,55)	2 (22,22)	408 (17,06)
Pacífica	191 (16,48)	293 (26,56)	17 (14,66)	1 (11,11)	502 (21,00)

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 No se incluyen los datos de 212 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene la información actualizada.

³ Para los valores totales se tiene en cuenta cuatro casos reportados como población no afiliada.

⁴ Incluye la población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

2.4. Indicadores de la gestión del riesgo de la LLA en la población pediátrica

A continuación, se presentan los indicadores prioritarios para la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y de los prestadores en la población pediátrica con LLA en el aseguramiento en Colombia (1):



Tabla 2.12. Descripción de los indicadores de gestión del riesgo de la LLA

Tipo	Código	Indicador	Semaforización de cumplimiento			Unidad de medida
			Alto	Medio	Bajo	
Diagnóstico	1	Oportunidad del diagnóstico a partir del ingreso al centro que confirma la LLA.		Por definir		Promedio del número de días.
Tratamiento	2	Oportunidad del inicio del tratamiento.	≤ 5 días	-	> 5 días	Promedio del número de días.
Diagnóstico	3 ¹	Citometría de flujo de médula ósea al diagnóstico.		Por definir		Porcentaje (%).
Diagnóstico	4 ¹	Citología de líquido cefalorraquídeo durante el proceso diagnóstico.		Por definir		Porcentaje (%).
Diagnóstico	5 ¹	Clasificación del riesgo al final de la inducción.		Por definir		Porcentaje (%).
Resultado	6 ¹	Remisión completa al final de la inducción.	≥ 90%	> 70% a < 90%	≤ 70%	Porcentaje (%).
Resultado	7 ¹	Progresión en los menores de 18 años.	≤ 2%	> 2% a < 6%	≥ 6%	Porcentaje (%).
Resultado	8	Abandono del tratamiento.	≤ 10%	> 10% a < 20%	≥ 20%	Porcentaje (%).
Resultado	9 ¹	Recaídas durante el periodo.	≤ 20%	> 20% a < 30%	≥ 30%	Porcentaje (%).
Resultado	10 ²	Mortalidad durante el periodo.		Por definir		Casos por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.
Resultado	11	Muerte en inducción.	≤ 4%	> 4% a < 8%	≥ 8%	Porcentaje (%).
Resultado	12 ³	Supervivencia global.	≥ 80%	> 60% a 80%	≥ 60%	Porcentaje (%).
Resultado	13 ³	Supervivencia libre de evento.		Por definir		Porcentaje (%).

¹ La primera medición se realizó en el periodo 2021.

² **Indicador 10:** los resultados se presentan en la sección de morbimortalidad.

³ **Indicador 12 y 13:** se debe tener un seguimiento de 3 años.

La metodología de la medición y el cálculo de cada uno de los indicadores pueden consultarse a profundidad en el consenso basado en la evidencia para la definición de los indicadores de gestión del riesgo en los pacientes menores de 18 años con leucemias agudas que [está disponible en la página web de la Cuenta de Alto Costo \(1\)](#).

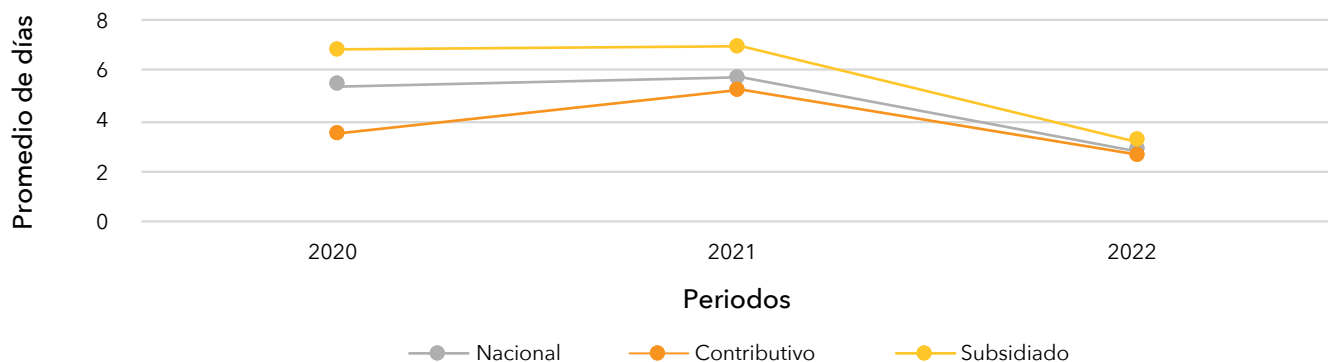
En relación con el indicador de oportunidad del diagnóstico, se evidencia una disminución de los tiempos de espera para el 2022, alcanzando el mejor desempeño desde el inicio de la medición del mismo, tanto en el ámbito nacional como en los regímenes contributivo y subsidiado (**figura 2.7**).

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Leucemia linfocítica aguda (LLA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

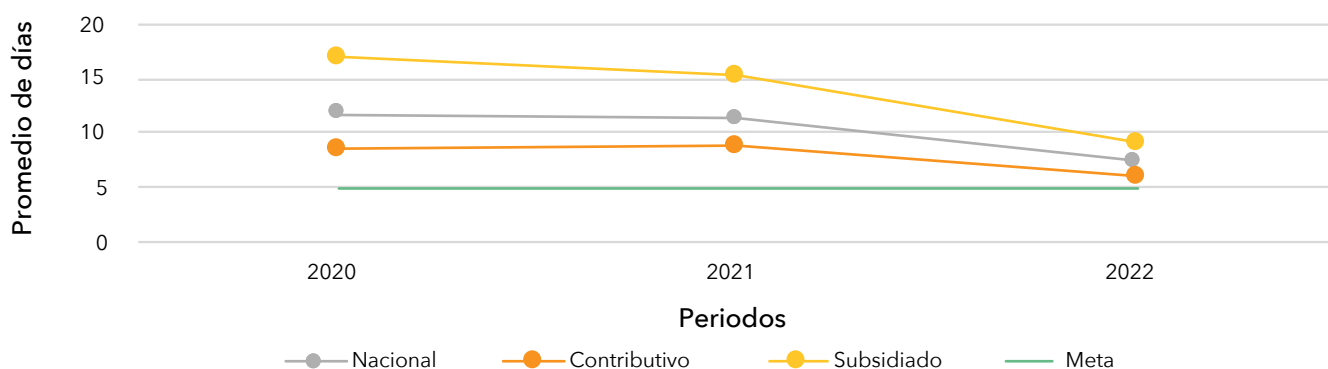
Figura 2.7. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico a partir del ingreso al centro que confirma la LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2022



[Descargar figura](#)

En cuanto a la oportunidad de inicio del tratamiento, a pesar de que en el último periodo se presentó una disminución en el tiempo de espera, no se alcanzó la meta establecida de 5 o menos días, tanto en el país como en los dos regímenes (**figura 2.8**).

Figura 2.8. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2022

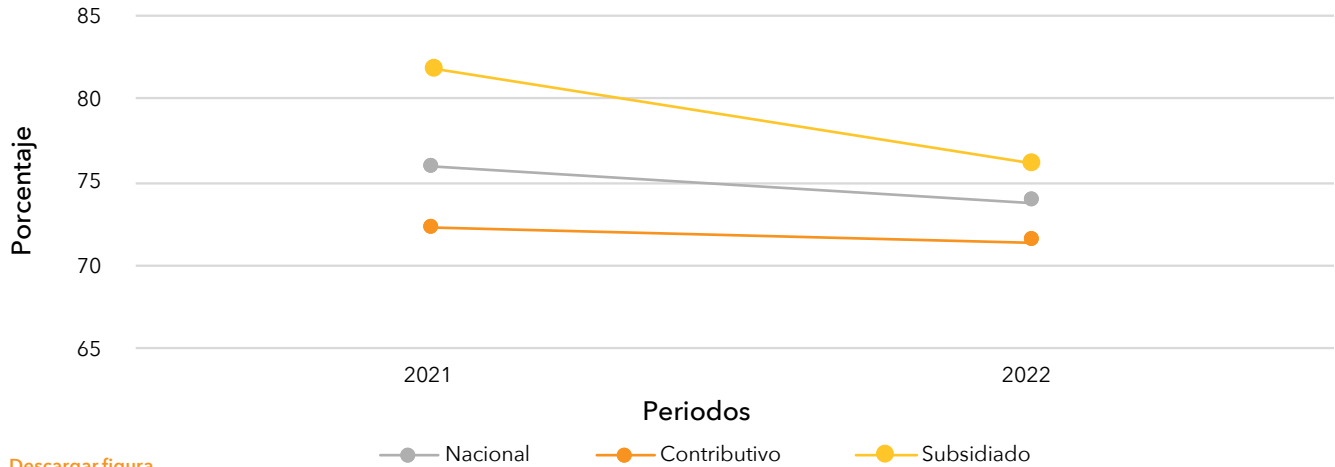


[Descargar figura](#)

Por otro lado, en el último periodo el porcentaje de casos nuevos que accedieron a la toma de la citometría de flujo de médula ósea disminuyó en el país y en los regímenes contributivo y subsidiado (**figura 2.9**). Contrario a lo anterior, el porcentaje de los casos nuevos a quienes se les realizó la citología de líquido cefalorraquídeo para determinar compromiso de sistema nervioso central durante el proceso diagnóstico presentó un aumento en el ámbito nacional (**figura 2.10**). Esta misma tendencia se presentó en los casos del régimen contributivo, mientras que en el subsidiado hubo una disminución en el desempeño del indicador.

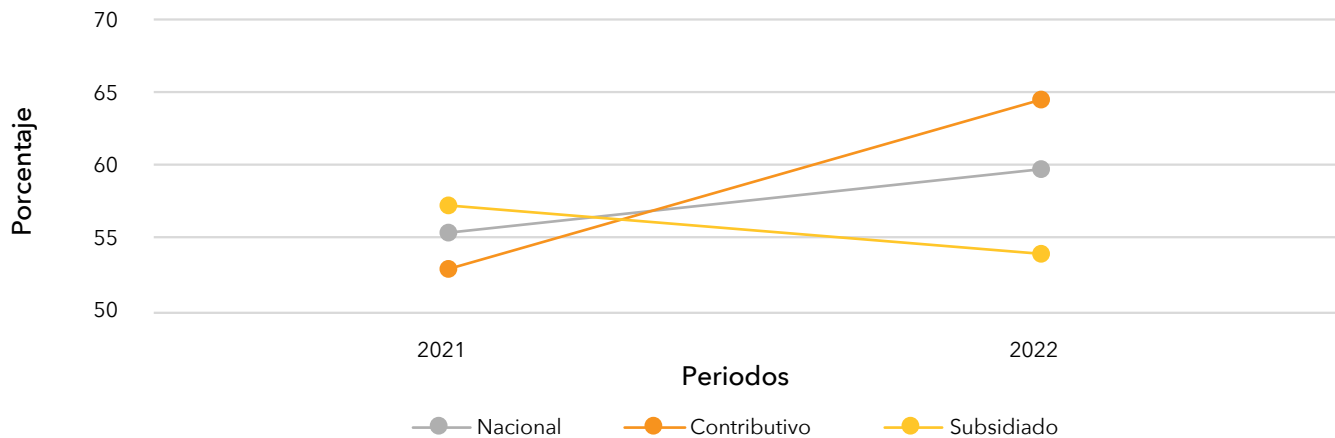


Figura 2.9. Tendencia de la toma de citometría de flujo de medula ósea al diagnóstico en los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2022



[Descargar figura](#)

Figura 2.10. Tendencia de la toma de citología de líquido cefalorraquídeo durante el proceso del diagnóstico en los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2022



[Descargar figura](#)

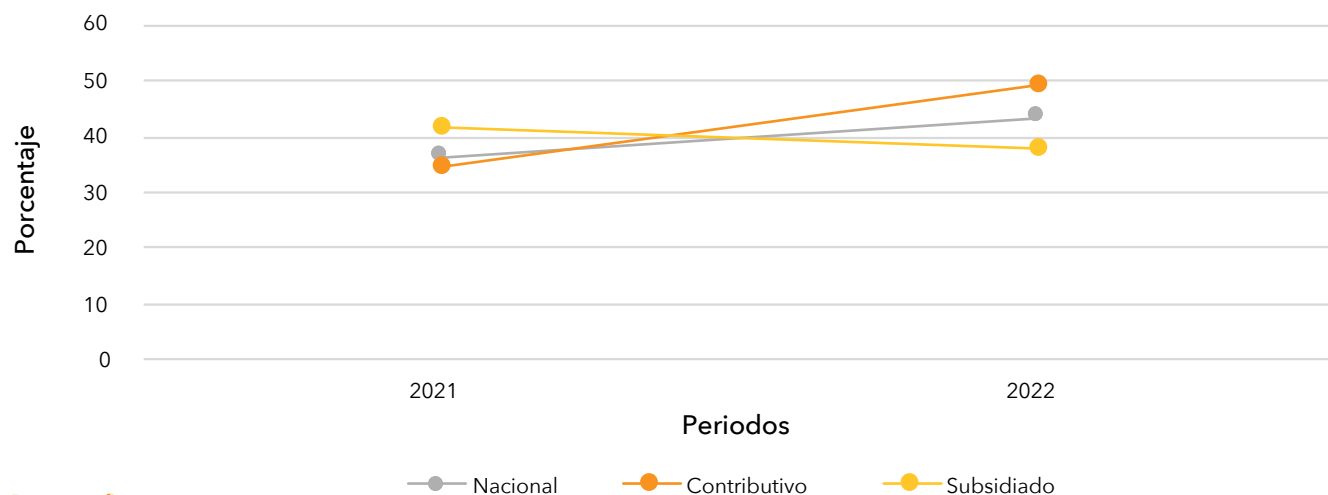
Con respecto al desempeño del indicador de la clasificación del riesgo al final de la inducción de los casos nuevos de LLA en la población pediátrica, en el país se observó un desempeño superior con respecto al 2021, comportamiento similar al registrado en el régimen contributivo. Por el contrario, en el subsidiado la proporción de casos en los que se reportó la clasificación del riesgo disminuyó (**figura 2.11**).

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Leucemia linfocítica aguda (LLA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

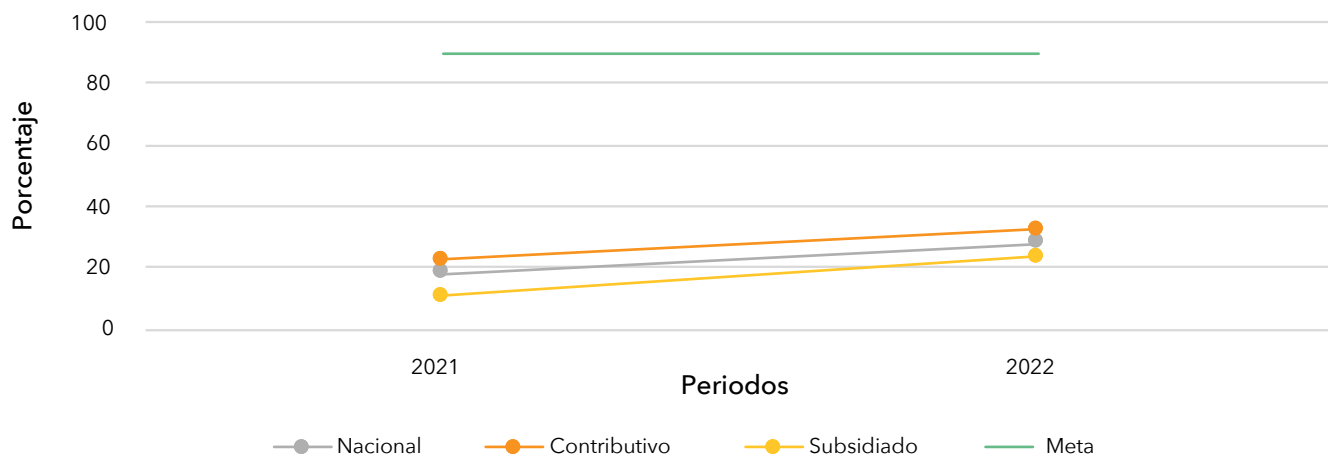
Figura 2.11. Tendencia de la clasificación del riesgo al final de la inducción en los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2022



[Descargar figura](#)

En la **figura 2.12** se presenta el porcentaje de CNR en los que se logró la remisión completa al finalizar la inducción en los últimos dos periodos. Se observa un aumento importante de los casos para el 2022. Esto mismo se observó entre los regímenes, con una mayor proporción en el contributivo (32,05%). Pesar a esta tendencia no se ha alcanzado el cumplimiento alto de la meta para el indicador (90% o más de los casos).

Figura 2.12. Tendencia de la remisión completa al final de la inducción de los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2022

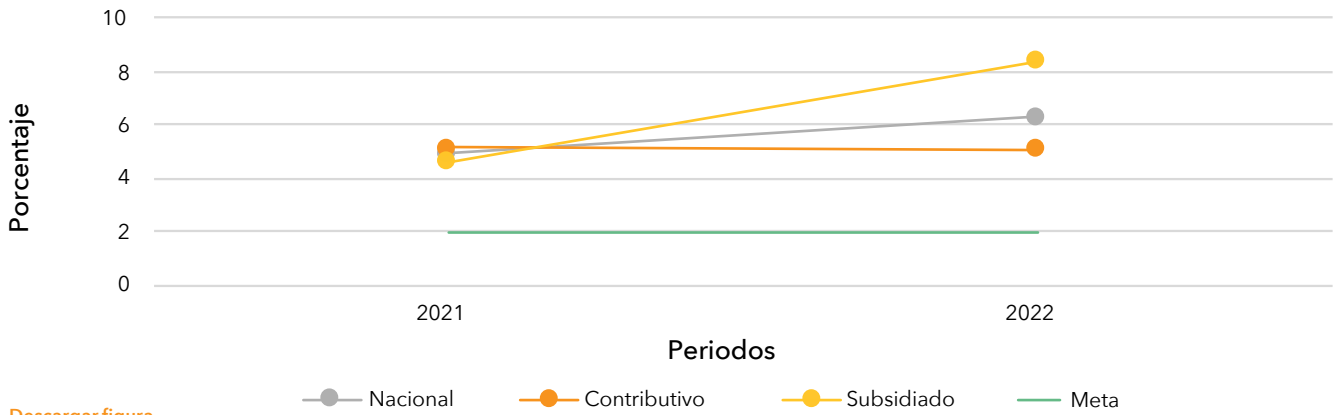


[Descargar figura](#)

En relación con la proporción de los casos nuevos en menores de 18 años con progresión, se presentó un aumento con respecto al periodo anterior, con el bajo cumplimiento del indicador en el país (**figura 2.13**). Entre los regímenes, no se alcanzó la meta de cumplimiento en el 2022 ($\leq 2\%$). De acuerdo con estos resultados, se requiere evaluar las causas por las que hubo un aumento en el número de menores con LLA que presentaron progresión de la enfermedad.



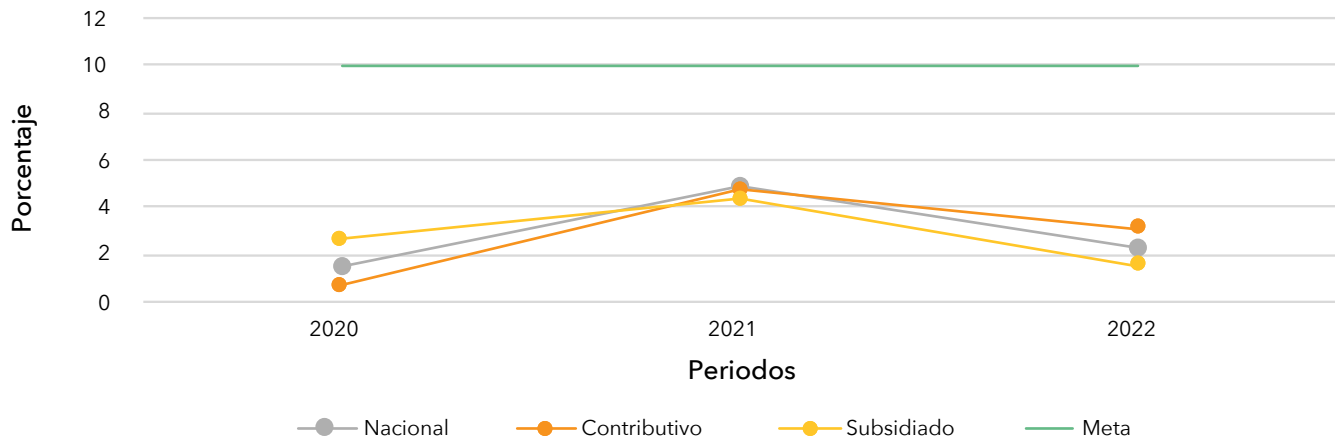
Figura 2.13. Tendencia de la progresión de los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2022



[Descargar figura](#)

Acerca del indicador de abandono del tratamiento, en los 3 periodos en los que se realizó la medición, la proporción más alta se presentó en el 2021 (**figura 2.14**). En el último periodo se evidenció una disminución de estos casos, continuando en el rango alto de cumplimiento ($\leq 10\%$). Adicionalmente, el porcentaje de recaídas reportado en el 2022 fue del 0% (**figura 2.15**).

Figura 2.14. Tendencia del abandono del tratamiento de los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2022



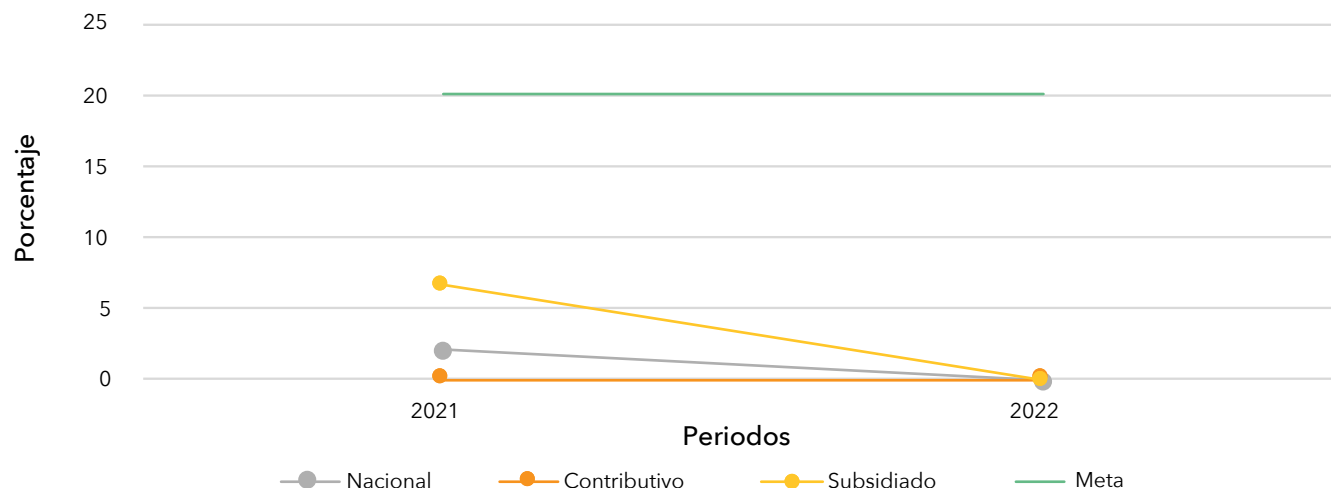
[Descargar figura](#)

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Leucemia linfocítica aguda (LLA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

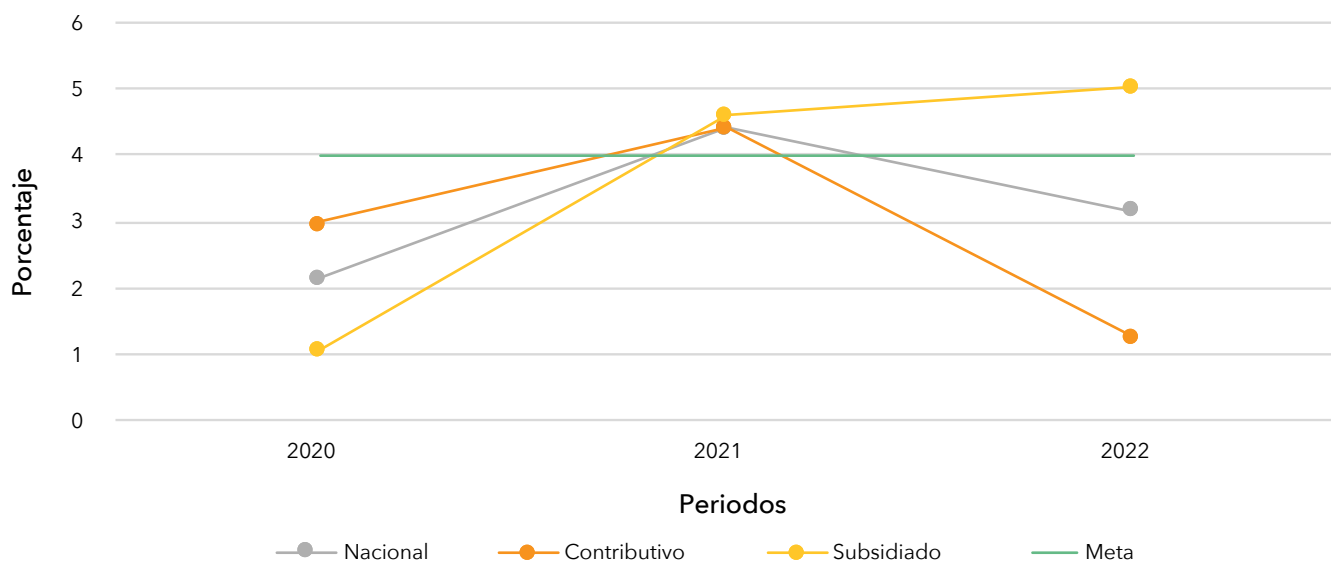
Figura 2.15. Tendencia de las recaídas de los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2022



[Descargar figura](#)

Por otro lado, en el ámbito nacional la proporción de las muertes en los menores de 18 años con LLA durante el primer mes de tratamiento o en la etapa de inducción fue más baja en el último periodo, logrando el cumplimiento alto del indicador. Este mismo comportamiento se presentó en el régimen contributivo, mientras que en el subsidiado la proporción aumentó, alcanzando un desempeño intermedio (**figura 2.16**).

Figura 2.16. Tendencia de la muerte en inducción de los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2022



[Descargar figura](#)

Finalmente, en la **tabla 2.12** se presentan los resultados de la gestión del riesgo de los casos con LLA en la población pediátrica según la región de residencia. Bogotá, D. C., presentó un alto cumplimiento en 4 indicadores, resaltando que fue la única región que alcanzó la meta en el indicador de oportunidad del inicio de tratamiento. Por otro lado, como aspecto diferencial, la Amazonía-Orinoquía presentó un bajo desempeño en el porcentaje de muertes en etapa de inducción. En relación con el indicador de abandono del tratamiento en todas las regiones esta proporción fue muy baja, alcanzando el cumplimiento alto del indicador.



Tabla 2.13. Indicadores de la gestión del riesgo de la LLA según la región de residencia en el aseguramiento, Colombia 2022

Región	1. Oportunidad del diagnóstico	2. Oportunidad del inicio del tratamiento	3. Citometría de flujo de médula ósea al diagnóstico	4. Citología de líquido cefalorraquídeo durante el proceso diagnóstico	5. Clasificación del riesgo al final de la inducción
	Por definir	≤ 5 días	Por definir	Por definir	Por definir
		-			
		> 5 días			
Amazonía-Orinoquía	2,00	Sin dato	70,00	60,00	37,50
Bogotá, D. C.	2,32	● 3,63	74,60	65,08	56,86
Caribe	5,16	● 9,31	62,50	50,00	46,03
Central	2,63	● 7,97	67,14	50,00	29,63
Oriental	3,37	● 10,85	87,30	71,43	52,00
Pacífica	1,20	● 6,38	80,26	64,47	35,59
Nacional	2,85	● 7,37	73,76	59,67	43,51

Tabla 2.13. Indicadores de la gestión del riesgo de la LLA según la región de residencia en el aseguramiento, Colombia 2022 (continuación)

Región	6. Remisión completa al final de la inducción	7. Progresión en los menores de 18 años	8. Abandono del tratamiento	9. Recaídas durante el periodo	11. Muerte en inducción
	≥ 90%	≤ 2%	≤ 10%	≤ 20%	≤ 4%
	> 70% a < 90%	> 2% a < 6%	> 10% a < 20%	> 20% a < 30%	> 4% a < 8%
	≤ 70%	≥ 6%	≥ 20%	≥ 30%	≥ 8%
Amazonía-Orinoquía	● 37,50	● 12,50	● 0,00	● 0,00	● 12,50
Bogotá, D. C.	● 31,37	● 3,92	● 3,64	● 0,00	● 0,00
Caribe	● 19,05	● 6,35	● 0,00	● 0,00	● 4,76
Central	● 27,78	● 5,56	● 1,67	● 0,00	● 5,56
Oriental	● 36,00	● 6,00	● 2,00	● 0,00	● 2,00
Pacífica	● 27,12	● 8,47	● 4,55	● 0,00	● 1,69
Nacional	● 28,07	● 6,32	● 2,29	● 0,00	● 3,16

Los resultados de los indicadores con un mayor nivel de desagregación, tanto en el ámbito demográfico como del aseguramiento, pueden consultarse en [HIGIA](#)



Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población pediátrica

CIE10: C92, C93.0, C94.0, C94.2; CIE-O-3: C42





Periodo: 2 de enero de 2021 al 1° de enero de 2022

Morbimortalidad de la LMA

La PCNR estandarizada fue de

4 casos (IC 95%: 2,7 - 4,7) por 1.000.000 de habitantes

menores de 18 años.



La región central presentó las estimaciones más altas de PCNR, prevalencia y mortalidad.



Hubo una disminución en la PCNR del 1,9% con respecto al periodo anterior, mientras que la mortalidad general tuvo un aumento de 6,7%.

Caracterización de los casos nuevos de LMA

En el ámbito nacional, en el

58,8% de los CNR

se reportó la clasificación del riesgo

y esta proporción fue mayor en el régimen subsidiado (45,8%).



En el país, la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 5 días (RIC: 3 - 8) y hasta el primer tratamiento fue de 2 días (RIC: 1 - 4).

Evaluación de la gestión del riesgo en la LMA

En el país,

no se alcanzó la meta

establecida para la oportunidad del tratamiento

(≤ 5 días), con un promedio de espera de 5,4 días.

Resumen

Capítulo 3. Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población pediátrica



La meta del indicador de remisión completa al final de la inducción ($\geq 90\%$) no fue alcanzada en el país (21,6%), ni en los regímenes contributivo (16,7%), ni subsidiado (17,7%).

3. Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población pediátrica

CIE10: C92.0, C92.4-C92.6, C92.8, C93.0, C93.3, C94.0, C94.2; CIE-O-3: C42

3.1. Morbimortalidad de la LMA

La LMA ocupó el sexto lugar entre los CNR en las personas menores de 18 años, representando el 5,13% del total reportado. En el 2022 se notificaron 314 casos prevalentes, de los cuales el 16,24% (n= 51) fueron diagnosticados en el periodo. Se reportaron 32 muertes (por todas las causas) en la población pediátrica diagnosticada con este tipo de neoplasia, correspondiente al 7,94% del total reportado.

Tabla 3.1. Medidas de frecuencia de la LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	51	3,57	3,57	2,66 - 4,69
Prevalencia	314	21,97	22,08	19,71 - 24,66
Mortalidad ⁵	32	2,24	2,24	1,53 - 3,16

¹ Incluye todos los casos de LMA en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Informadas por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

³ La población de referencia corresponde a las proyecciones DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

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 la LMA en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

La PCNR estandarizada más elevada se estimó en la región Central con 4,73 casos nuevos (IC 95%: 2,65 - 7,80) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años, y la más baja se observó en Bogotá, D. C., con 2,28 (IC 95%: 0,62 - 5,82).

En cuanto a las entidades territoriales, las que presentaron las estimaciones más altas fueron el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Quindío y Sucre, con 61,26, 16,35 y 9,88, respectivamente. Por su parte, Cundinamarca con 2,19 y Cauca con 2,21 registraron las más bajas. No se informaron casos nuevos en el periodo en doce departamentos del país.

 [Para consultar esta información con mayor desagregación le invitamos a ingresar a HIGIA](#)

Tabla 3.2. PCNR estandarizada de la LMA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	2	529.703	3,78	3,74	0,45 - 13,58
Bogotá, D. C.	4	1.770.145	2,26	2,28	0,62 - 5,82
Caribe	15	3.770.589	3,98	4,00	2,24 - 6,60
Central	15	3.179.346	4,72	4,73	2,65 - 7,80
Oriental	7	2.687.131	2,61	2,61	1,05 - 5,37
Pacífica	8	2.352.950	3,40	3,39	1,46 - 6,68
Nacional	51	14.289.864	3,57	3,57	2,66 - 4,69

¹ Incluye todos los casos nuevos de LMA en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

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 LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

El régimen contributivo presentó una mayor PCNR estandarizada en comparación con el subsidiado (**tabla 3.3**). Las entidades con los resultados más altos fueron la RES004 con 20,87, la EPS018 con 12,85 y la RES003 con una tasa de 9,72. La estimación más baja se estimó en la EPS002 con 1,12 casos (IC 95%: 0,03 - 6,05) por cada 1.000.000 de afiliados menores de 18 años. En treinta y tres entidades no se informaron casos nuevos en el periodo.

📍 [La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA](#)

Tabla 3.3. PCNR estandarizada de la LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	23	5.148.344	4,47	4,43	2,81 - 6,65
Subsidiado	24	5.953.324	4,03	4,00	2,57 - 5,96
Excepción	4	SD	SD	SD	SD
Especial	0	SD	SD	SD	SD
No afiliado	0	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de LMA en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2021.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

Para los regímenes de excepción, especial y en la población no afiliada, 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 de la LMA en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

La región con la prevalencia estandarizada más alta fue la Central con 26,27 casos (IC 95%: 20,95 - 32,53) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años; la más baja se estimó en la región Caribe con 16,32 casos (IC 95%: 12,48 - 20,96).

Los departamentos del Amazonas y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina presentaron las tasas más altas, con 61,56 y 61,26 casos respectivamente. Las más bajas se observaron en La Guajira con 5,31 y Chocó con 9,25 casos por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años. Los departamentos de Guainía, Guaviare y Vaupés no reportaron casos prevalentes en el periodo.

📍 [Para consultar esta información con mayor desagregación le invitamos a ingresar a HIGIA](#)

Tabla 3.4. Prevalencia estandarizada de la LMA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	9	529.703	16,99	17,17	7,85 - 32,59
Bogotá, D. C.	46	1.770.145	25,99	25,97	19,01 - 34,64
Caribe	61	3.770.589	16,18	16,32	12,48 - 20,96
Central	84	3.179.346	26,42	26,27	20,95 - 32,53
Oriental	66	2.687.131	24,56	24,54	18,98 - 31,22
Pacífica	48	2.352.950	20,40	20,31	14,98 - 26,94
Nacional	314	14.289.864	21,97	22,08	19,71 - 24,66

¹ Incluye todos los casos de LMA en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

3.1.4. Prevalencia de la LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada fue mayor en el régimen contributivo con respecto a la del subsidiado, con una diferencia de 8,49 casos por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años (**tabla 3.5**). Según la EAPB, las entidades con las cifras más altas fueron la EPS048, la CCF050 y la EPS018, con tasas de 114,27, 58,16 y 52,28, respectivamente. Las estimaciones más bajas se registraron en la CCF055, la CCF023 y la EPS023, en su orden con tasas de 9,90, 11,22 y 15,23. El número de entidades en las que no se informaron casos en el periodo fue de veintinueve.

 [La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA](#)

Tabla 3.5. Prevalencia estandarizada de la LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	148	5.148.344	28,75	28,77	24,32 - 33,80
Subsidiado	120	5.953.324	20,16	20,28	16,82 - 24,25
Excepción	15	SD	SD	SD	SD
Especial	0	SD	SD	SD	SD
No afiliado	0	SD	SD	SD	SD
Liquidadas	31	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de LMA en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2021.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

Para los regímenes de excepción, especial, en las entidades liquidadas y en la población no afiliada 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 general en la población pediátrica con LMA según la región y la entidad territorial

La mayor mortalidad general estandarizada se presentó en la región de la Amazonía-Orinoquía con 5,71 muertes (IC 95%: 1,18 - 16,68) por cada 1.000.000 de habitantes menores de 18 años. Por su parte, la región Oriental, tuvo la estimación más baja con 0,74 muertes (IC 95%: 0,09 - 2,68).

Las entidades territoriales, reportaron entre 1 a 3 fallecimientos, en los menores con este tipo de leucemia. Las estimaciones más altas se registraron en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y en Vichada, mientras que las más bajas en Bogotá, D. C., Valle del Cauca y Antioquia. En trece departamentos no se informaron defunciones en los menores con LMA.

 [Para consultar esta información con mayor desagregación le invitamos a ingresar a HIGIA](#)

Tabla 3.6. Mortalidad general estandarizada de la LMA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	3	529.703	5,66	5,71	1,18 - 16,68
Bogotá, D. C.	2	1.770.145	1,13	1,15	0,14 - 4,12
Caribe	11	3.770.589	2,92	2,93	1,46 - 5,25
Central	11	3.179.346	3,46	3,46	1,72 - 6,18
Oriental	2	2.687.131	0,74	0,74	0,09 - 2,68
Pacífica	3	2.352.950	1,27	1,27	0,26 - 3,71
Nacional	32	14.289.864	2,24	2,24	1,53 - 3,16

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con LMA reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



3.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con LMA según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad estandarizada por la edad en el régimen subsidiado superó a la estimada para el contributivo en 1,09 muertes por cada 1.000.000 de afiliados menores de 18 años (**tabla 3.7**). La ESS207 y la EPSS41 tuvieron la mortalidad más elevada con una tasa de 8,66 y 6,67 fallecimientos, respectivamente. Las cifras más bajas se observaron en la EPS010 con 1,12 y la ESS024 con 1,18 defunciones. Un total de treinta y siete entidades no reportaron fallecimientos en esta población.

📌 [La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA](#)

Tabla 3.7. Mortalidad general estandarizada de la LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	10	5.148.344	1,94	1,91	0,92 - 3,52
Subsidiado	18	5.953.324	3,02	3,00	1,78 - 4,75
Excepción	1	SD	SD	SD	SD
Especial	0	SD	SD	SD	SD
No afiliado	0	SD	SD	SD	SD
Liquidadas	3	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con LMA reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2021.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

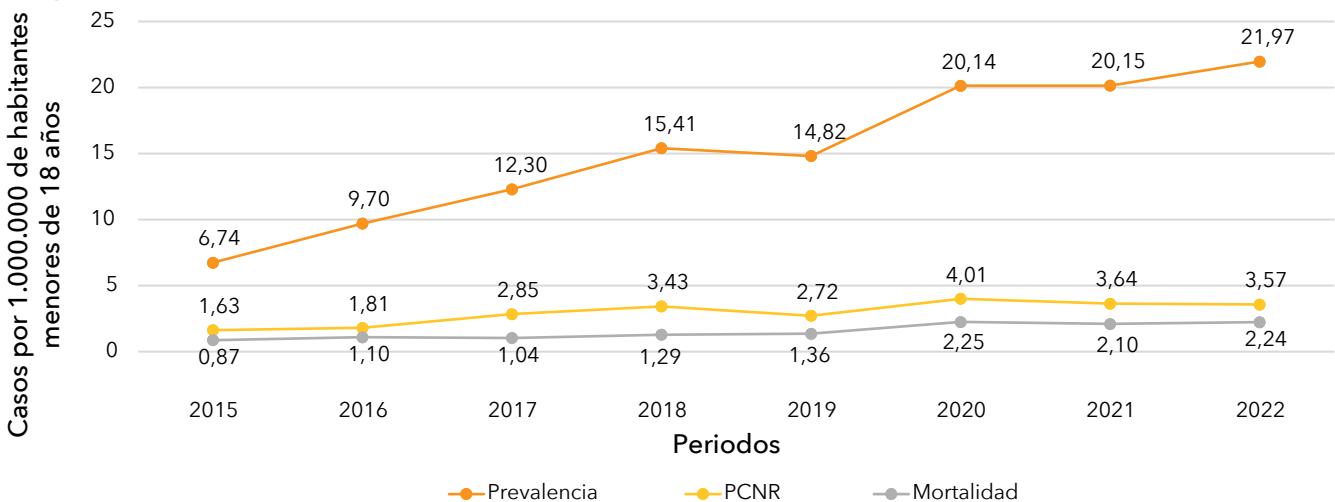
Para los regímenes de excepción, especial, en las entidades liquidadas y en la población no afiliada no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecimientos notificados.

IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.

3.1.7. Evolución del registro de la LMA en la población pediátrica en el aseguramiento en Colombia

En el 2022 se presentó una disminución de la PCNR del 1,92% con respecto al periodo anterior. En contraste, la mortalidad general tuvo un incremento sostenido entre el 2015 y el 2020; esta tendencia se presentó nuevamente en el último periodo con un aumento del 6,67% (**figura 3.1**).

Figura 3.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022



Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportadas por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

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

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

3.2. Caracterización de los casos nuevos de LMA en la población pediátrica

3.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LMA

La **tabla 3.8** presenta la caracterización general de los casos nuevos de LMA en los menores de 18 años según el régimen del aseguramiento.

La mayoría de los CNR estaban afiliados a los regímenes subsidiado (47,06%) y contributivo (45,10%), un poco más de la mitad eran mujeres y la mediana de la edad fue de 8 años (RIC: 4 - 13). Las regiones con la mayor concentración de casos fueron la Caribe y la Central cada una con el 29,41%.

El régimen subsidiado presentó la mediana de la edad más alta, la mayoría eran hombres y el 50,00% residía en la región Caribe. Por el contrario, la distribución de los CNR según el sexo y la edad en el contributivo tuvo un comportamiento similar al nacional.

Tabla 3.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total n= 51 (100,00%)
	Contributivo n= 23 (45,10%)	Subsidiado n= 24 (47,06%)	Excepción n= 4 (7,84%)	
Sexo				
Mujeres	12 (52,17)	11 (45,83)	4 (100,00)	27 (52,94)
Hombres	11 (47,83)	13 (54,17)	0 (0,00)	24 (47,06)
Edad	7 (5 - 13)	11 (4 - 16)	6 (1 - 13)	8 (4 - 13)
Etnia				
Ninguna	23 (100,00)	22 (91,67)	4 (100,00)	49 (96,08)
Indígena	0 (0,00)	1 (4,17)	0 (0,00)	1 (1,96)
Otra ²	0 (0,00)	1 (4,17)	0 (0,00)	1 (1,96)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	1 (4,35)	1 (4,17)	0 (0,00)	2 (3,92)
Bogotá, D. C.	3 (13,04)	0 (0,00)	1 (25,00)	4 (7,84)
Caribe	2 (8,70)	12 (50,00)	1 (25,00)	15 (29,41)
Central	9 (39,13)	6 (25,00)	0 (0,00)	15 (29,41)
Oriental	4 (17,39)	1 (4,17)	2 (50,00)	7 (13,73)
Pacífica	4 (17,39)	4 (16,67)	0 (0,00)	8 (15,69)

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

3.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LMA

La **tabla 3.9** describe las características clínicas de los casos nuevos en los menores de 18 años según su afiliación al sistema de salud.

En el 58,82% de los CNR se reportó la clasificación del riesgo, lo que corresponde a un porcentaje menor con respecto a los casos de LLA y a lo reportado en el periodo anterior. Según el régimen se destaca que esta proporción fue más alta en el contributivo, superando lo estimado en el país y en los demás grupos del aseguramiento. Del total de los casos clasificados, el 63,33% se determinaron como de riesgo alto o desfavorable, con un comportamiento similar en los regímenes contributivo y subsidiado.



Tabla 3.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total n= 51 (100,00%)
	Contributivo n= 23 (45,10%)	Subsidiado n= 24 (47,06%)	Excepción n= 4 (7,84%)	
Clasificación del riesgo (sí)²	17 (73,91)	11 (45,83)	2 (50,00)	30 (58,82)
Grupos de riesgo^{2,3}				
Bajo, estándar o favorable	2 (11,76)	2 (18,18)	0 (0,00)	4 (13,33)
Intermedio	4 (23,53)	2 (18,18)	1 (50,00)	7 (23,33)
Alto o desfavorable	11 (64,71)	7 (63,64)	1 (50,00)	19 (63,33)

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

² Los grupos de riesgo citogénico molecular fueron definidos según la guía de práctica clínica colombiana de leucemias.

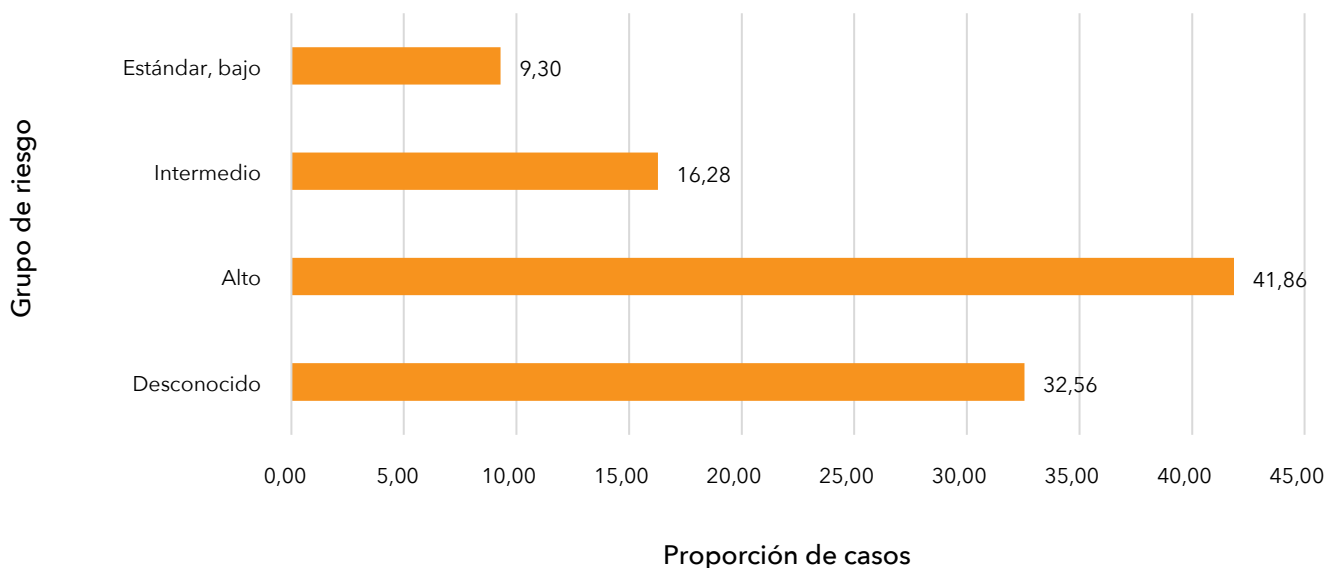
³ Incluye todos los casos nuevos de LMA en la población pediátrica que fueron clasificados.

3.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LMA

La terapia sistémica se administró en el 84,31% de los CNR (n= 43) y no se reportó el uso de radioterapia o cirugía. Ocho casos no recibieron ningún tipo de terapia en el periodo, entre los cuales, algunos fueron diagnosticados cerca a la fecha de corte o fallecieron antes de iniciar el tratamiento.

El 17,65% de los casos nuevos (n= 9) recibieron trasplante de células progenitoras hematopoyéticas como parte del tratamiento, seis de ellos clasificados en el grupo de riesgo alto o desfavorable y en los tres restantes no se reportó la clasificación. La **figura 3.2** muestra la distribución de los casos en los que se administró la terapia sistémica según la clasificación del riesgo.

Figura 3.2. Frecuencia del uso de la terapia sistémica en los casos nuevos de LMA en la población pediátrica según la clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Los grupos de riesgo citogénico molecular fueron definidos según la guía de práctica clínica colombiana de leucemias. Incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

[Descargar figura](#)

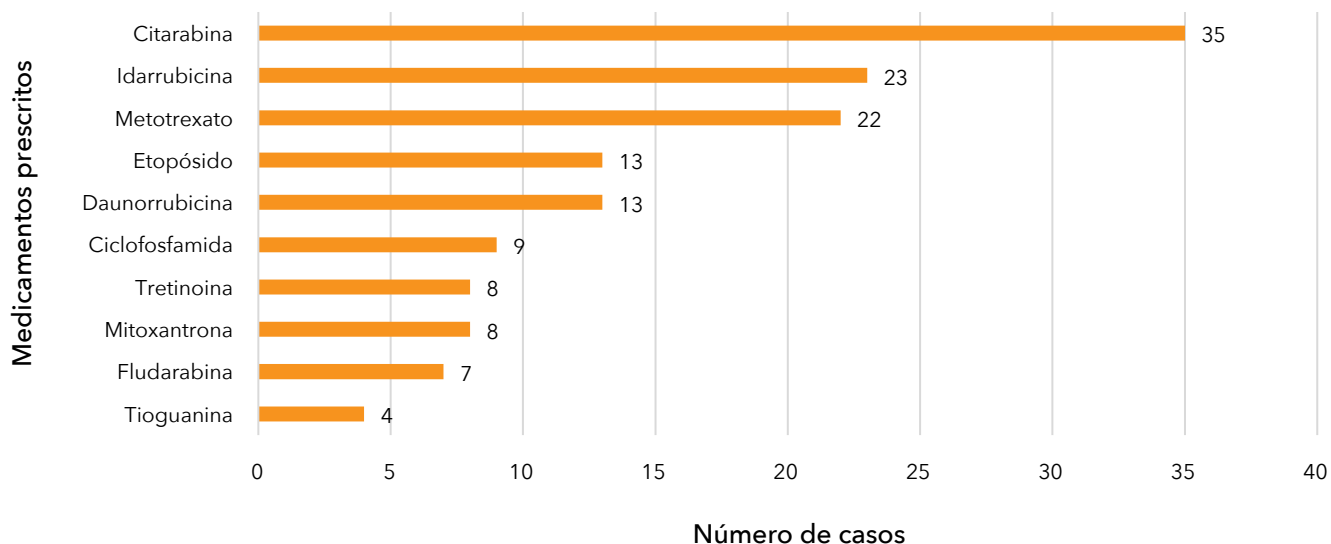
Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

La **figura 3.3** describe los medicamentos administrados con mayor frecuencia en los casos nuevos de LMA en la población pediátrica. Aquellos citotóxicos prescritos en mayor proporción fueron la citarabina, la idarrubicina y el metotrexato. En una pequeña proporción se usó la asparaginasa, la doxorubicina, la vincristina y la mercaptopurina. La información presentada corresponde a la prescripción de cada uno de los medicamentos de forma independiente.

Figura 3.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye los casos nuevos de LMA en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo con terapia sistémica.

[Descargar figura](#)

3.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LMA

La operacionalización de la oportunidad se describe en la sección de aspectos metodológicos. Como se observa en la **figura 3.4**, en el ámbito nacional la mediana del tiempo de espera para acceder al diagnóstico fue de 5 días (RIC: 3 – 8), mientras que entre el diagnóstico y el primer tratamiento fue de 2 día (RIC: 1 – 4).



Figura 3.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye todos los casos nuevos de LMA en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico fue de 9,73 días ($\pm 22,52$) y para la del tratamiento fue de 5,42 días ($\pm 10,97$).

[Descargar figura](#)

En las **figuras 3.5 y 3.6** se observan la tendencia de la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento según el régimen de afiliación en los últimos cinco periodos.

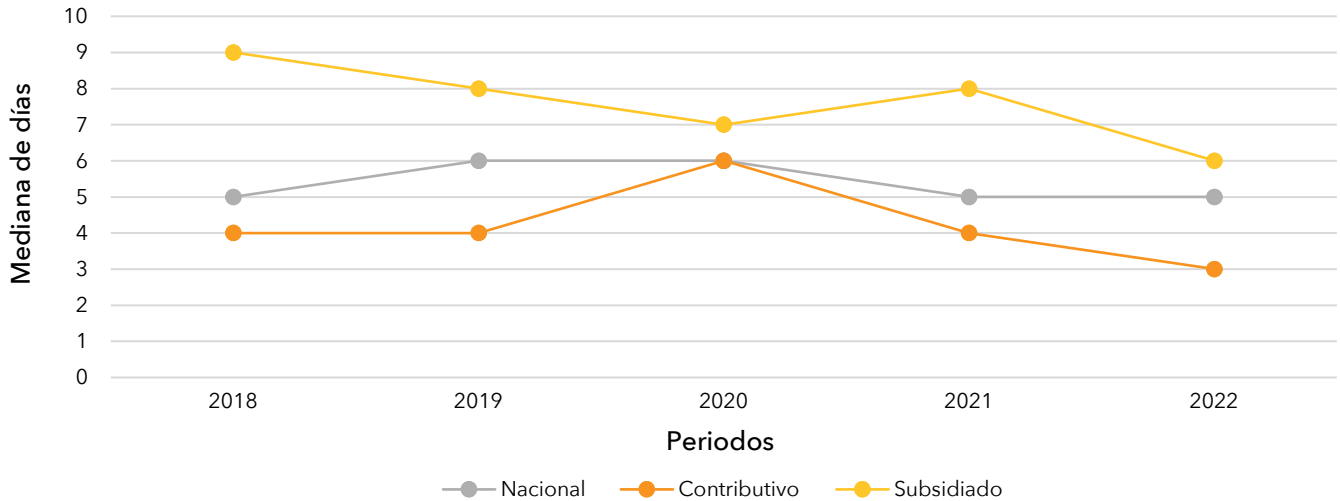
Aunque el tiempo para la confirmación del diagnóstico en el país se mantuvo constante en los dos últimos periodos, en los regímenes contributivo y subsidiado se evidencia una mejor oportunidad para el 2022, alcanzando los tiempos de espera más bajos desde el 2018. Por otra parte, en el de excepción se estimó una mediana de 9 días para el diagnóstico (RIC: 6 - 26) en el 2022 (correspondiente a tres casos), con una disminución con respecto al periodo anterior.

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 3.5. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LMA en la población pediátrica, en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



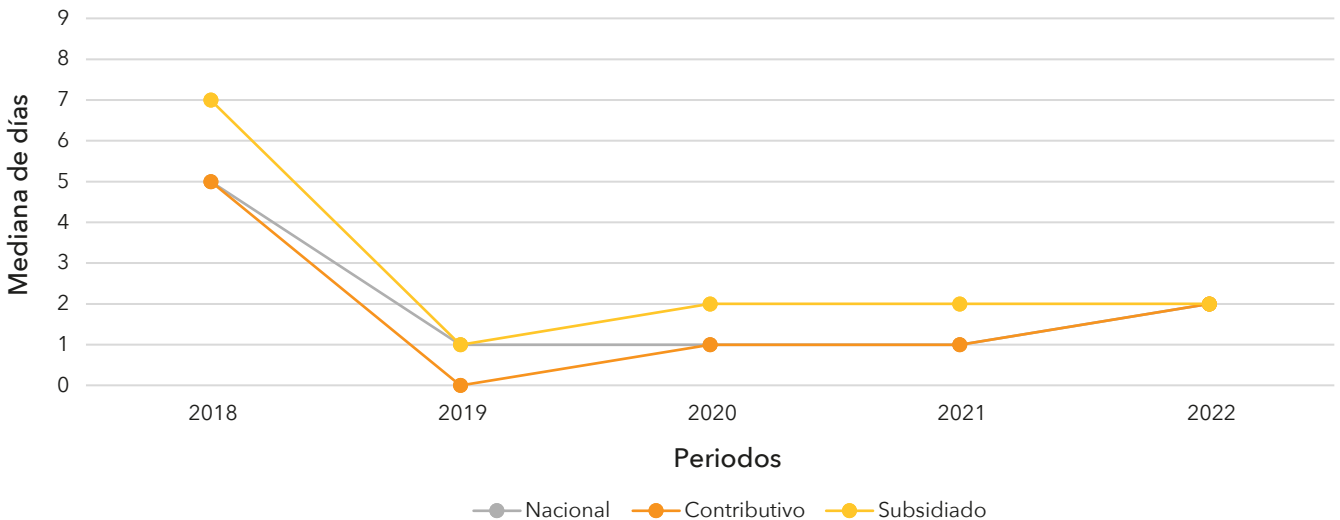
Incluye todos los casos nuevos de LMA en la población menor de 18 años que fueron notificados en el periodo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el periodo 2022 fue: nacional 9,73 días ($\pm 22,52$), régimen contributivo 11,09 días ($\pm 32,05$), y régimen subsidiado 7,70 días ($\pm 6,78$).

[Descargar figura](#)

Con respecto a la oportunidad del tratamiento, tanto en el país como en los distintos regímenes se registró una mediana del tiempo de espera similar, siendo en todos los casos de 2 días, con variaciones en el RIC: contributivo (RIC: 1 - 4), subsidiado (RIC: 1 - 6) y de excepción (RIC: 1 - 3), este último correspondiente a dos casos. Según la tendencia observada, se destaca la reducción de la brecha entre los regímenes contributivo y subsidiado.

Figura 3.6. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de LMA en la población pediátrica, en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye todos los casos nuevos de LMA en la población menor de 18 años que fueron notificados en el periodo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el periodo 2022 fue: nacional 5,42 días ($\pm 10,97$), régimen contributivo 6,34 ($\pm 13,82$), y régimen subsidiado 4,89 ($\pm 8,26$).

[Descargar figura](#)



Al analizar los tiempos de espera para acceder al diagnóstico de acuerdo con la clasificación del riesgo, se observa que el grupo "alto o desfavorable" tuvo los tiempos más prolongados para la confirmación del diagnóstico, con un tiempo promedio de 15,83 días. Con respecto al inicio del tratamiento, los casos con riesgo intermedio presentaron la mejor oportunidad, con un promedio de 1,17 días, mientras que en el grupo "bajo, estándar o favorable" este fue de 9,75 días (**tabla 3.10**).

Tabla 3.10. Oportunidad de la atención en la población pediátrica con LMA según la clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Variable	Oportunidad del diagnóstico		Oportunidad del tratamiento	
	Promedio (± DE)	Mediana (RIC)	Promedio (± DE)	Mediana (RIC)
Grupos de riesgo				
Bajo, estándar o favorable	4,00 (1,41)	4 (3 - 5)	9,75 (13,67)	4 (2 - 18)
Intermedio	5,80 (7,08)	2 (2 - 6)	1,17 (0,75)	1 (1 - 2)
Alto o desfavorable	15,83 (34,51)	5 (3 - 8)	2,67 (2,77)	2 (1 - 4)
Desconocido	5,76 (3,70)	6 (3 - 8)	9,23 (16,56)	3 (1 - 6)

DE: desviación estándar; RIC: rango intercuartílico.

3.3. Caracterización de los casos prevalentes de LMA en la población pediátrica

La **tabla 3.11** presenta una caracterización general de la población pediátrica con LMA de acuerdo con el tipo de aseguramiento. Del total de los casos, el 52,30% se presentaron en la población masculina, la mediana de la edad fue de 11 años (RIC: 7 - 15) y la región de residencia con la mayor concentración fue la Central (26,15%). La mayoría estaban afiliados al régimen contributivo (52,30%).

Según el régimen, la distribución por el sexo y la edad, fue similar a lo observado en el ámbito nacional en el subsidiado y el de excepción. En general, con respecto a la región, la mayor proporción de los casos se concentró en la Central, sin embargo, en el régimen de excepción la mayoría era residente de la Oriental.

Tabla 3.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ² n= 283 (100,00%)
	Contributivo n= 148 (52,30%)	Subsidiado n= 120 (42,40%)	Excepción n= 15 (5,30%)	
Sexo				
Femenino	77 (52,03)	51 (42,50)	7 (46,67)	135 (47,70)
Masculino	71 (47,97)	69 (57,50)	8 (53,33)	148 (52,30)
Edad	12 (6 - 15)	11 (7 - 15)	10 (6 - 14)	11 (7 - 15)
Etnia				
Ninguna	145 (97,97)	107 (89,17)	14 (93,33)	266 (93,99)
Indígena	0 (0,00)	10 (8,33)	0 (0,00)	10 (3,53)
Negro	3 (2,03)	2 (1,67)	1 (6,67)	6 (2,12)
Otra ³	0 (0,00)	1 (0,83)	0 (0,00)	1 (0,35)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	3 (2,03)	5 (4,17)	0 (0,00)	8 (2,83)
Bogotá, D. C.	30 (20,27)	10 (8,33)	3 (20,00)	43 (15,19)

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 3.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022 (continuación)

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ² n= 283 (100,00%)
	Contributivo n= 148 (52,30%)	Subsidiado n= 120 (42,40%)	Excepción n= 15 (5,30%)	
Caribe	17 (11,49)	35 (29,17)	4 (26,67)	56 (19,79)
Central	49 (33,11)	23 (19,17)	2 (13,33)	74 (26,15)
Oriental	32 (21,62)	19 (15,83)	5 (33,33)	56 (19,79)
Pacífica	17 (11,49)	28 (23,33)	1 (6,67)	46 (16,25)

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 No se incluyen los datos de 31 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene la información actualizada.

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

3.4. Indicadores de la gestión del riesgo de la LMA en la población pediátrica

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

Tabla 3.12. Descripción de los indicadores de la gestión del riesgo de la LMA en la población pediátrica

Tipo	Código	Indicador	Semaforización de cumplimiento			Unidad de medida
			Alto	Medio	Bajo	
Diagnóstico	1	Oportunidad del diagnóstico a partir del ingreso al centro que confirma la LMA.		Por definir		Promedio del número de días.
Tratamiento	2	Oportunidad del inicio del tratamiento.	≤ 5 días	-	> 5 días	Promedio del número de días.
Diagnóstico	3 ¹	Citometría de flujo de médula ósea al diagnóstico.		Por definir		Porcentaje (%).
Diagnóstico	4 ¹	Citología de líquido cefalorraquídeo durante el proceso diagnóstico.		Por definir		Porcentaje (%).
Diagnóstico	5 ¹	Clasificación del riesgo al final de la inducción.		Por definir		Porcentaje (%).
Resultado	6 ¹	Remisión completa al final de la inducción.	≥ 90%	> 70% a < 90%	≤ 70%	Porcentaje (%).
Resultado	7 ¹	Progresión en los menores de 18 años.	≤ 2%	> 2% a < 6%	≥ 6%	Porcentaje (%).
Resultado	8	Abandono del tratamiento.	≤ 10%	> 10% a < 20%	≥ 20%	Porcentaje (%).
Resultado	9 ¹	Recaídas durante el periodo.	≤ 20%	> 20% a < 30%	≥ 30%	Porcentaje (%).
Resultado	10.1 ²	Mortalidad durante el periodo.		Por definir		Casos por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.
Resultado	11	Muerte en inducción.	≤ 4%	> 4% a < 8%	≥ 8%	Porcentaje (%).
Resultado	12.2 ³	Supervivencia global.	≥ 80%	> 60% a 80%	≥ 60%	Porcentaje (%).
Resultado	13.2 ³	Supervivencia libre de evento.		Por definir		Porcentaje (%).

¹ La primera medición se realizó en el periodo 2021.

² **Indicador 10:** los resultados se presentan en la sección de morbimortalidad.

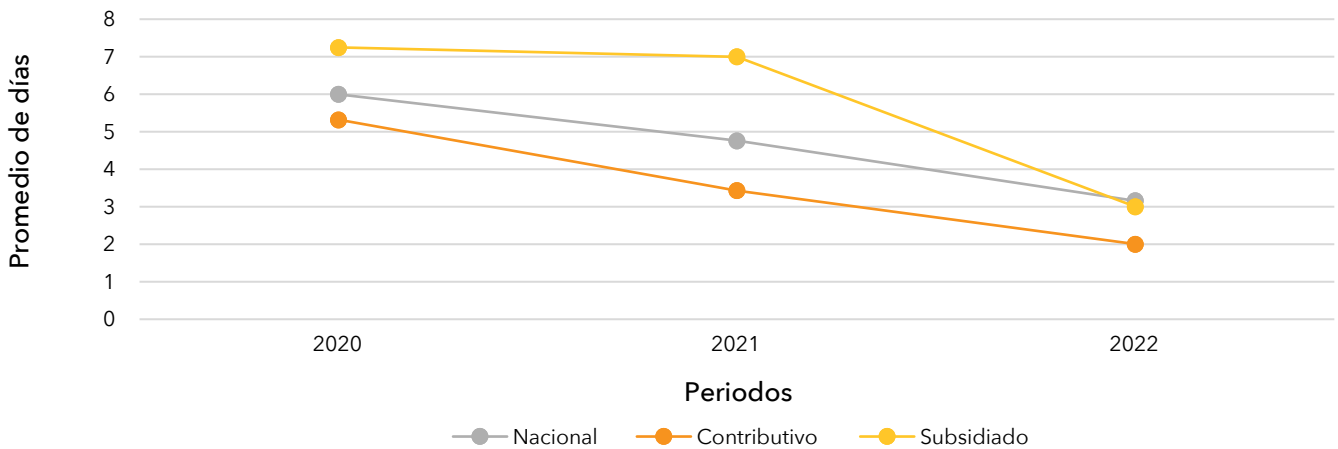
³ **Indicador 12 y 13:** se debe tener un seguimiento de 3 años.



La metodología de la medición y el cálculo de cada uno de los indicadores pueden consultarse a profundidad en el consenso basado en la evidencia para la definición de los indicadores de gestión del riesgo en los pacientes menores de 18 años con leucemias agudas que [está disponible en la página web de la Cuenta de Alto Costo \(1\)](#).

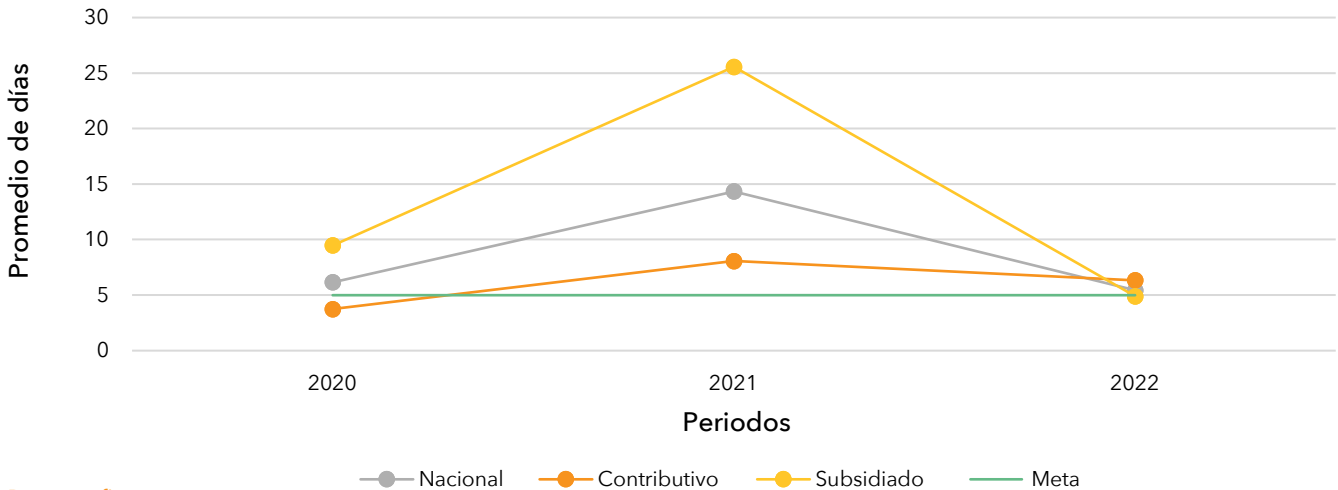
Con respecto al indicador de la oportunidad del diagnóstico, se observa una mejora en los tiempos de espera tanto en el ámbito nacional como en los regímenes contributivo y subsidiado, con una disminución en la brecha existente (**tabla 3.7**). En cuanto al inicio del tratamiento, los tiempos de espera fueron muy similares entre los grupos del aseguramiento y en el país. A pesar de la mejora en la oportunidad en el 2022, solo el régimen subsidiado logró el cumplimiento de la meta establecida (**tabla 3.8**).

Figura 3.7. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico a partir del ingreso al centro que confirma la LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2022



[Descargar figura](#)

Figura 3.8. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2022



[Descargar figura](#)

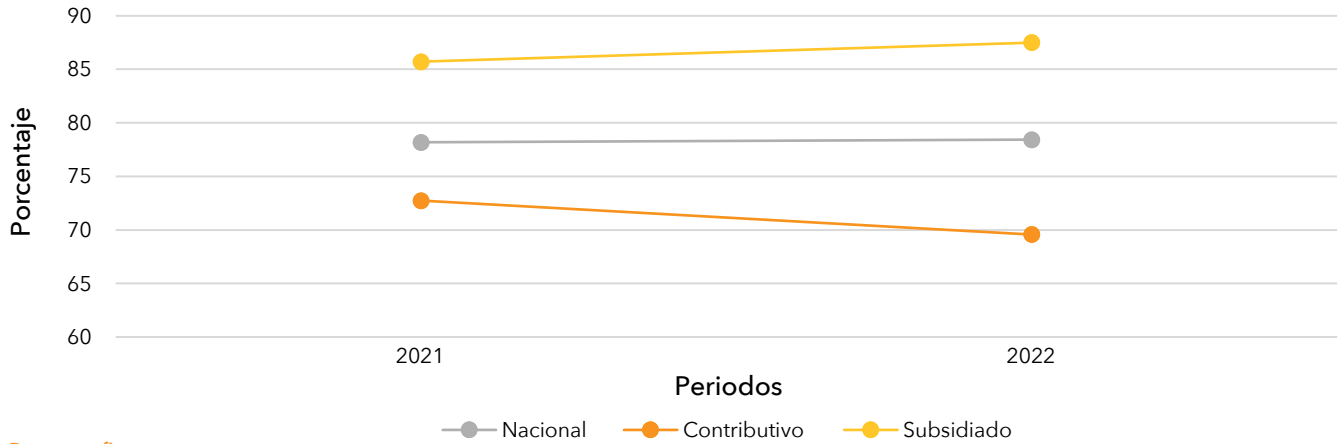
Por otro lado, en el último periodo el porcentaje de casos nuevos con toma de citometría de flujo de médula ósea aumentó ligeramente en el régimen subsidiado, este último siendo superior al resultado nacional. En el contributivo, por el contrario, se presentó una reducción de la proporción de casos en los que se realizó para el 2022 (**figura 3.9**). Adicionalmente, el promedio de casos nuevos a quienes durante el proceso diagnóstico se les realizó la citología de líquido cefalorraquídeo aumentó considerablemente en el ámbito nacional y en el régimen contributivo, alcanzando una proporción similar a lo reportado en el subsidiado (**figura 3.10**).

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población pediátrica

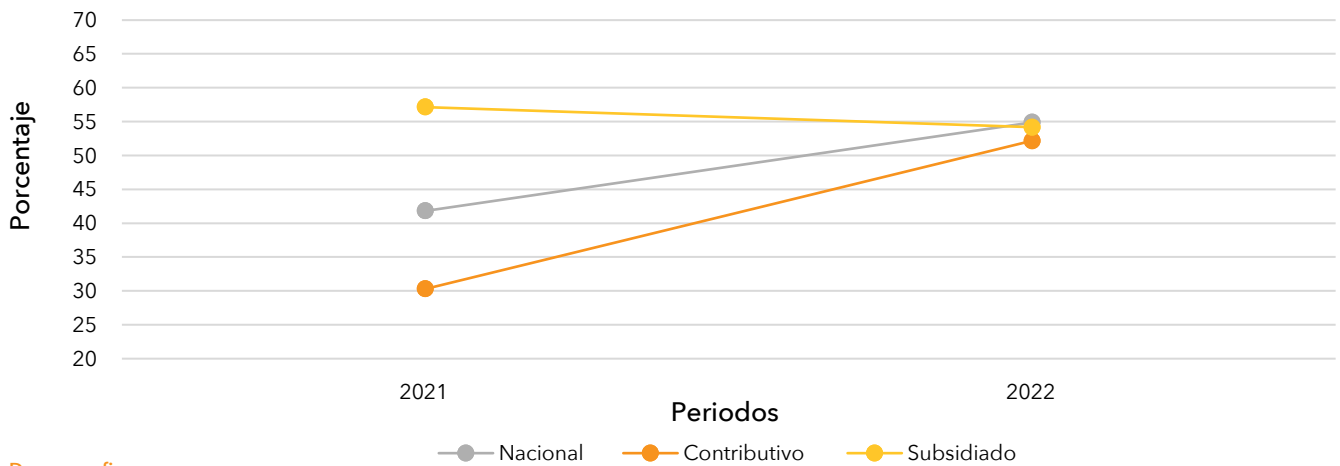
WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 3.9. Tendencia de la toma de citometría de flujo de médula ósea al diagnóstico en los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2022



[Descargar figura](#)

Figura 3.10. Tendencia de la toma de citología de líquido cefalorraquídeo durante el proceso del diagnóstico en los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2022

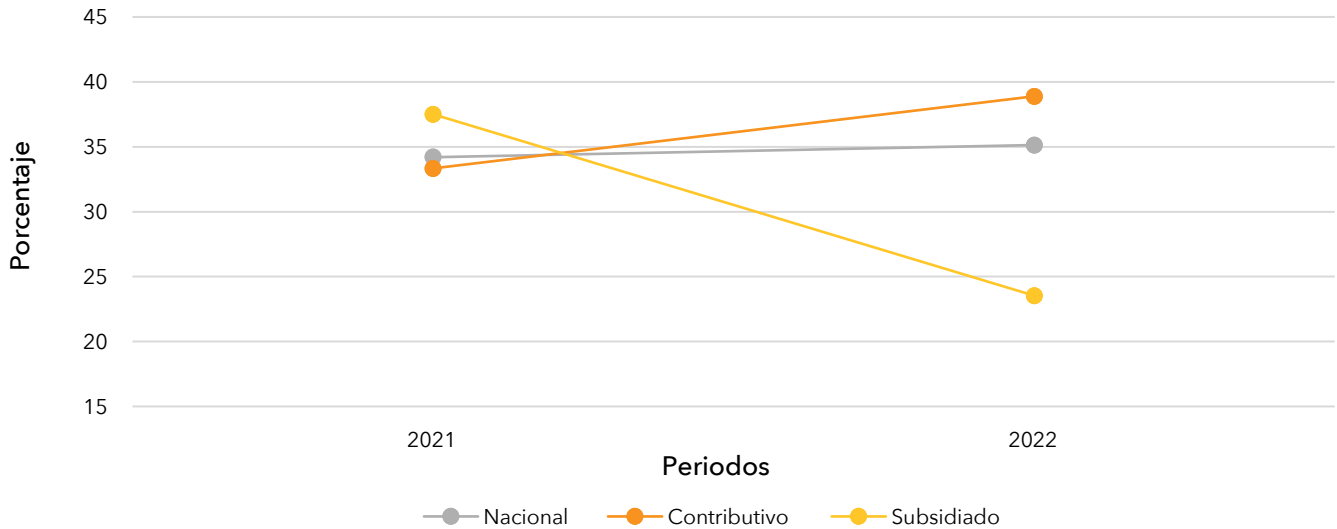


[Descargar figura](#)

En cuanto al porcentaje de los CNR en los que se reportó la clasificación del riesgo al final de la inducción, en el país se presentó un leve aumento del indicador. Se resalta el incremento en la brecha observada en el desempeño del indicador entre los regímenes, con una disminución significativa de la proporción de casos clasificados en el subsidiado (**figura 3.11**).



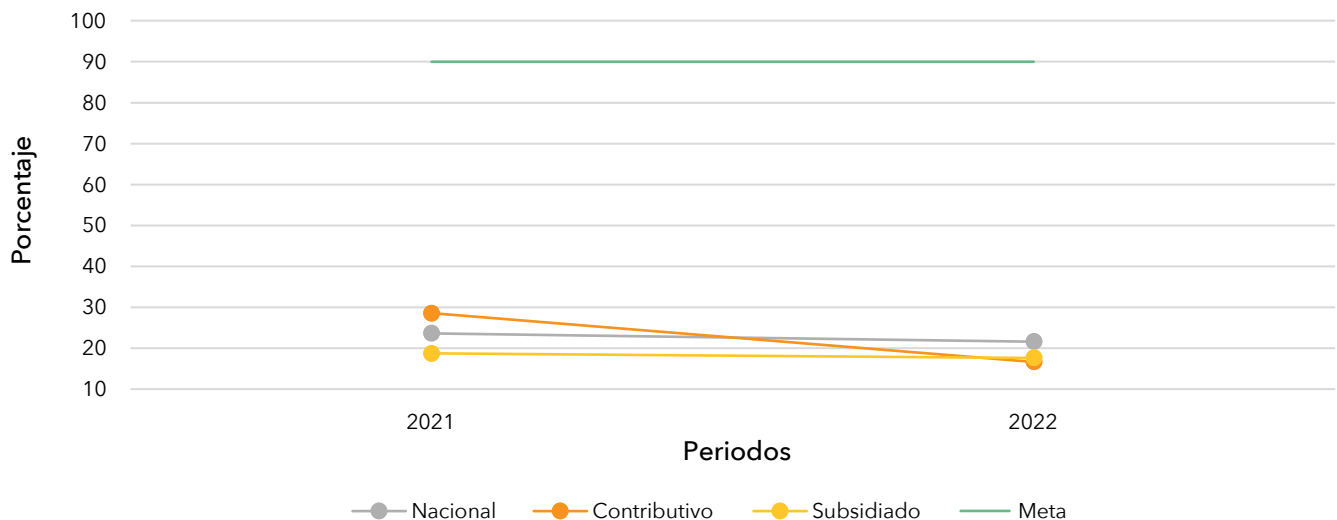
Figura 3.11. Tendencia de la clasificación del riesgo al final de la inducción de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2022



[Descargar figura](#)

Con respecto a la proporción de menores con LMA que presentaron remisión completa al finalizar la inducción, en la **figura 3.12** se presenta la tendencia del indicador en los dos últimos periodos. En el ámbito nacional, la remisión completa se reportó en el 21,62% de los casos. Es importante tener en cuenta la disminución de la proporción de la remisión de la enfermedad para el 2022, siendo más significativa en el régimen contributivo.

Figura 3.12. Tendencia de la remisión completa al final de la inducción de los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2022



[Descargar figura](#)

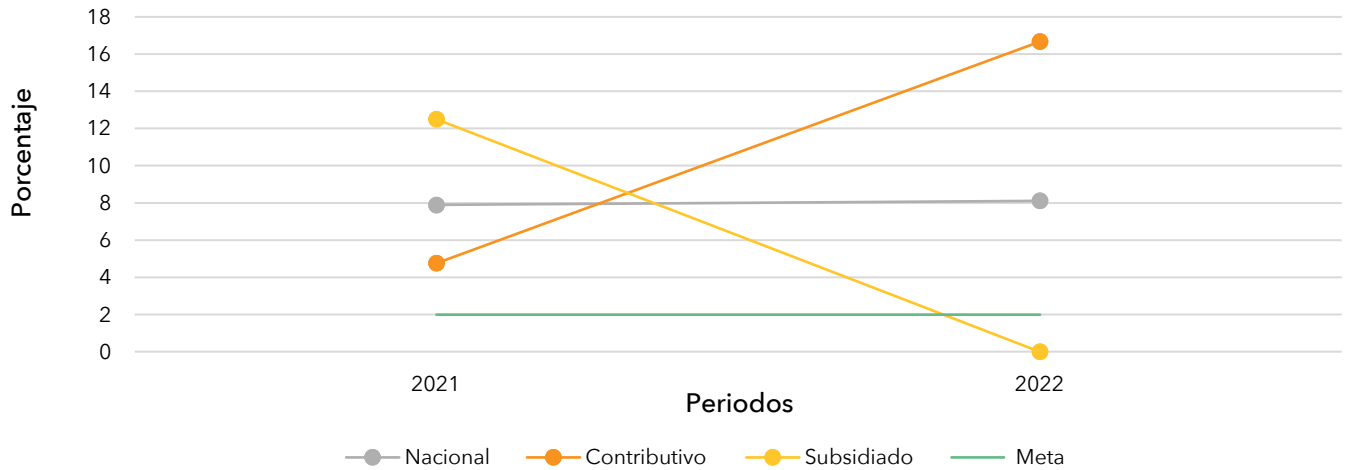
El desempeño del país en el indicador de la progresión (entendida como fallas en la remisión) de los casos de LMA en los menores de 18 años fue bajo en el ámbito nacional y en el régimen contributivo. En contraste, en el subsidiado no se reportaron casos con progresión de la enfermedad para el 2022 (**figura 3.13**).

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 3.13. Tendencia de la progresión de los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2022

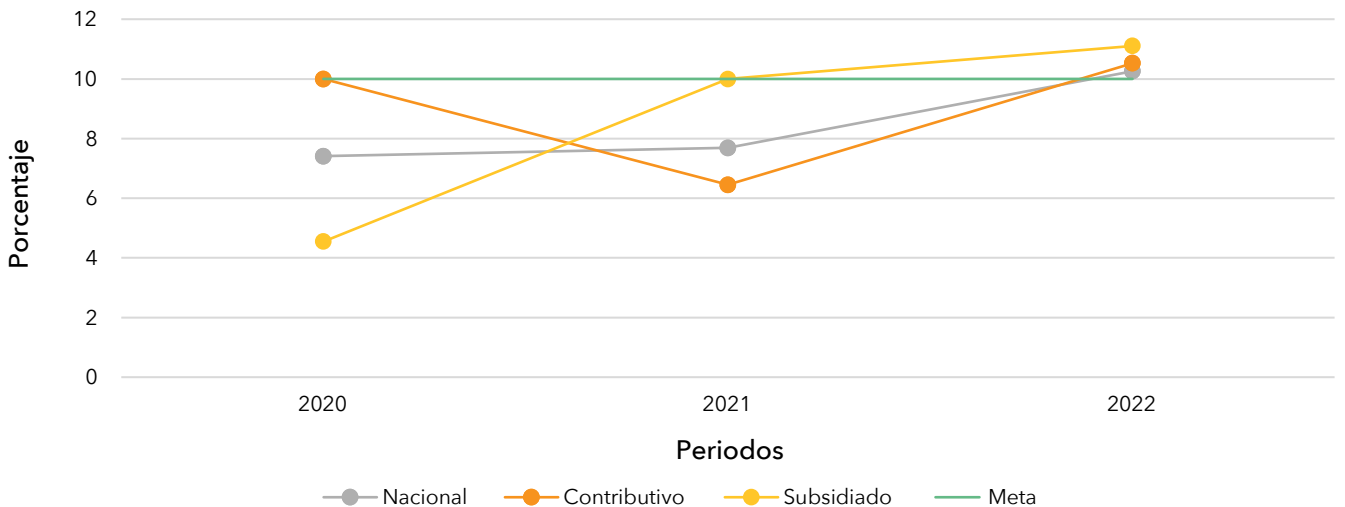


[Descargar figura](#)

La proporción de los casos de LMA que abandonaron el tratamiento para el 2022 ha sido la más alta desde el inicio de la medición del mismo, con un desempeño intermedio tanto en el ámbito nacional como en los dos regímenes (**figura 3.14**). Por el contrario, para el indicador 9, que evalúa el porcentaje de recaídas ha sido cero en los dos últimos periodos, en el país y en los regímenes contributivo y subsidiado.

Finalmente, en el país, el porcentaje de las muertes durante la etapa de inducción aumentó en un 2,08% en el último periodo, alcanzando el nivel bajo de cumplimiento. Esta misma tendencia se observa en ambos regímenes, con un mayor incremento en el subsidiado (**figura 3.15**).

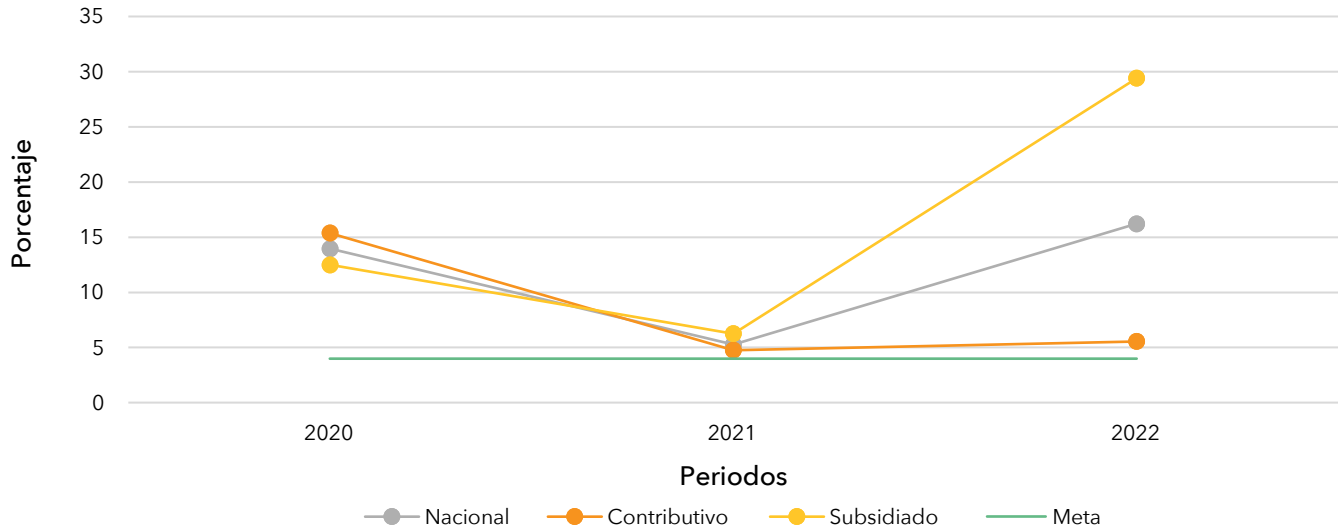
Figura 3.14. Tendencia en el abandono del tratamiento de los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2022



[Descargar figura](#)



Figura 3.15. Tendencia de la muerte en inducción de los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2022



[Descargar figura](#)

Por otra parte, en la **tabla 3.12** se presentan los resultados de la gestión del riesgo de los casos de LMA según la región de residencia. En relación con los indicadores de muerte en inducción, progresión de la enfermedad y abandono de tratamiento, se resalta que en la región Oriental el indicador fue cero en los tres casos, alcanzando el cumplimiento alto de estos indicadores.

Por su parte, en la región de la Amazonía-Orinoquía no se reportaron casos gestionables, para la medición de gran parte de los indicadores, razón por la cual es esencial que se continúe trabajando en la mejora de la captación de la información. Por último, en cuanto a los resultados del indicador de la remisión completa al final de la inducción, ninguna de las regiones logró el cumplimiento de la meta establecida.

Tabla 3.13. Indicadores de la gestión del riesgo de la LMA según la región de residencia en el aseguramiento, Colombia 2022

Región	1. Oportunidad del diagnóstico	2. Oportunidad del inicio del tratamiento	3. Citometría de flujo de médula ósea al diagnóstico	4. Citología de líquido cefalorraquídeo durante el proceso diagnóstico	5. Clasificación del riesgo al final de la inducción
	Por definir	<div style="background-color: #28a745; padding: 2px;">≤ 5 días</div> <div style="background-color: #ffc107; padding: 2px;">-</div> <div style="background-color: #dc3545; padding: 2px;">> 5 días</div>	Por definir	Por definir	Por definir
Amazonía-Orinoquía	1,00	Sin dato	100,00	0,00	Sin dato
Bogotá, D. C.	3,00	● 2,00	100,00	50,00	50,00
Caribe	3,75	● 3,44	73,33	60,00	25,00
Central	3,00	● 2,54	73,33	46,67	30,77
Oriental	5,60	● 6,50	85,71	57,14	66,67
Pacífica	1,43	● 12,38	75,00	75,00	25,00
Nacional	3,16	● 5,42	78,43	54,90	35,14

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 3.13. Indicadores de la gestión del riesgo de la LMA según la región de residencia en el aseguramiento, Colombia 2022 (continuación)

Región	6. Remisión completa al final de la inducción	7. Progresión en los menores de 18 años	8. Abandono del tratamiento	9. Recaídas durante el periodo	11. Muerte en inducción
	≥ 90%	≤ 2%	≤ 10%	≤ 20%	≤ 4%
	> 70% a < 90%	> 2% a < 6%	> 10% a < 20%	> 20% a < 30%	> 4% a < 8%
	≤ 70%	≥ 6%	≥ 20%	≥ 30%	≥ 8%
Amazonía-Orinoquía	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato
Bogotá, D. C.	● 0,00	● 50,00	● 0,00	Sin dato	● 0,00
Caribe	● 12,50	● 0,00	● 11,11	● 0,00	● 25,00
Central	● 23,08	● 15,38	● 14,29	● 0,00	● 23,08
Oriental	● 50,00	● 0,00	● 0,00	● 0,00	● 0,00
Pacífica	● 12,50	● 0,00	● 12,50	● 0,00	● 12,50
Nacional	● 21,62	● 8,11	● 10,26	● 0,00	● 16,22

Los resultados de los indicadores con un mayor nivel de desagregación, tanto en el ámbito demográfico como del aseguramiento, pueden consultarse en [HIGIA](#)



4

Tumores del sistema nervioso central (SNC) en la población pediátrica

CIE10: C70-C72; CIE-O-3: C70-C72




Resumen

Periodo: 2 de enero de 2021 al 1° de enero de 2022

Capítulo 4. Tumores del sistema nervioso central (SNC)


Morbimortalidad de los tumores del SNC

 Ocupó el segundo lugar entre los CNR en la población pediátrica.

La PCNR estandarizada fue de

9 casos nuevos (IC 95%: 7,3 - 10,5)
por 1.000.000 de habitantes

menores de 18 años.


 Comparativamente con el 2021, la prevalencia y la PCNR incrementaron en 3,5% y 3,4% respectivamente, mientras que la mortalidad disminuyó en 9,0%.


Caracterización de los casos nuevos de tumores del SNC

En el

15,2% de los casos nuevos

no se reportó la clasificación histológica; esta proporción fue mayor en el régimen subsidiado (17,1%).

 Excluyendo los casos con clasificación desconocida y no especificada, el tipo histológico de mayor frecuencia fue el astrocitoma (32,8%) y el meduloblastoma (20,0%).

 En el país, la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 24 días (RIC: 13 - 35) y hasta el primer tratamiento de 21 días (RIC: 2 - 35).



[Descargar figura](#)



4. Tumores del sistema nervioso central (SNC) en la población pediátrica

CIE10: C70-C72; CIE-O-3: C70-C72

4.1. Morbimortalidad de los tumores del SNC

Los tumores del sistema nervioso central (SNC) ocuparon el segundo lugar entre las neoplasias pediátricas, después de la LLA, con el 12,56% de los casos nuevos (n= 125). Adicionalmente se notificaron 895 casos prevalentes. El número de muertes reportadas en esta población fue de 71.

Tabla 4.1. Medidas de frecuencia de los tumores del SNC en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	125	8,75	8,78	7,31 - 10,46
Prevalencia	895	62,63	63,09	59,03 - 67,37
Mortalidad ⁵	71	4,97	4,99	3,90 - 6,29

¹ Incluye todos los casos de tumores del SNC en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Informadas por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

³ La población de referencia corresponde a las proyecciones DANE para el año 2021 en menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

⁴ IC 95% para las medidas ajustadas.

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 los tumores del SNC en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

La PCNR estandarizada más alta se observó en Bogotá, D. C., con una tasa de 15,86 (IC 95%: 10,54 - 22,92) y la más baja en la región de la Amazonía - Orinoquía con 5,69 casos nuevos (IC 95%: 1,17 - 16,63) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

Las entidades territoriales con las cifras más altas fueron Quindío, Caquetá y Bogotá, D. C., mientras que, en La Guajira, Meta y Santander, se observaron las más bajas. En nueve entidades territoriales no se informaron CNR en el periodo.

 [Para consultar esta información con mayor desagregación le invitamos a ingresar a **HIGIA**](#)

Tabla 4.2. PCNR estandarizada de los tumores del SNC en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	3	529.703	5,66	5,69	1,17 - 16,63
Bogotá, D. C.	28	1.770.145	15,82	15,86	10,54 - 22,92
Caribe	23	3.770.589	6,10	6,11	3,87 - 9,17
Central	35	3.179.346	11,01	11,02	7,67 - 15,32
Oriental	16	2.687.131	5,95	5,95	3,40 - 9,66
Pacífica	20	2.352.950	8,50	8,49	5,19 - 13,12
Nacional	125	14.289.864	8,75	8,78	7,31 - 10,46

¹ Incluye todos los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

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 pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Tumores del sistema nervioso central (SNC) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

4.1.2. PCNR de los tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

El régimen contributivo tuvo una mayor PCNR estandarizada en relación con el subsidiado, con una diferencia significativa (**tabla 4.3**). De acuerdo con la EAPB, la EPS001, la EPS018 y la EPS010 registraron las cifras más altas, con 66,02, 35,11 y 24,17 casos nuevos por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años, respectivamente. Por otra parte, la ESS024, la EPSI03 y la EPSS34 con 4,64, 5,30 y 6,10 casos nuevos, tuvieron las tasas más bajas. En treinta entidades no se informaron CNR en el periodo.

 [La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA](#)

Tabla 4.3. PCNR estandarizada de los tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	78	5.148.344	15,15	15,01	11,86 - 18,73
Subsidiado	41	5.953.324	6,89	6,89	4,94 - 9,34
Excepción	5	SD	SD	SD	SD
Especial	1	SD	SD	SD	SD
No afiliado	0	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2021.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

Para los regímenes de excepción, especial y en la población no afiliada, 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 de los tumores del SNC en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

Bogotá, D. C., y la región Caribe presentaron la mayor y menor prevalencia estandarizada con 108,31 (IC 95%: 93,53 - 124,76) y 33,23 (IC 95%: 27,64 - 39,62) casos por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años, respectivamente.

Las entidades territoriales con las cifras más altas fueron Bogotá, D. C., Santander y Quindío mientras que Sucre, Magdalena y Vichada registraron las más bajas. En Vaupés y Chocó no se informaron casos prevalentes en el periodo.

 [Para consultar esta información con mayor desagregación le invitamos a ingresar a HIGIA](#)

Tabla 4.4. Prevalencia estandarizada de los tumores del SNC en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	28	529.703	52,86	53,55	35,58 - 77,38
Bogotá, D. C.	192	1.770.145	108,47	108,31	93,53 - 124,76
Caribe	124	3.770.589	32,89	33,23	27,64 - 39,62
Central	237	3.179.346	74,54	73,71	64,62 - 83,72
Oriental	151	2.687.131	56,19	56,14	47,54 - 65,84
Pacífica	163	2.352.950	69,27	68,94	58,76 - 80,38
Nacional	895	14.289.864	62,63	63,09	59,03 - 67,37

¹ Incluye todos los casos de tumores del SNC en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



4.1.4. Prevalencia de los tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada para el régimen contributivo superó al subsidiado en 39,27 casos por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años (**tabla 4.5**). Entre las entidades aseguradoras, las cifras más altas se registraron en la RES009 (3.992,76), la RES006 (1.949,79) y la RES007 (1.074,60). Por el contrario, las más bajas se observaron en la EPSI01 (11,24), la EPSI06 (24,68) y la EPS045 (26,67). En catorce EAPB no se reportaron casos en el periodo.

📍 [La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA](#)

Tabla 4.5. Prevalencia estandarizada de los tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	469	5.148.344	91,10	90,77	82,74 - 99,37
Subsidiado	305	5.953.324	51,23	51,50	45,88 - 57,61
Excepción	38	SD	SD	SD	SD
Especial	7	SD	SD	SD	SD
No afiliado	1	SD	SD	SD	SD
Liquidadas	75	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de tumores del SNC en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2021.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

Para los regímenes de excepción, especial, en las entidades liquidadas y en la población no afiliada 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 en la población pediátrica con tumores del SNC según la región y la entidad territorial

En las regiones, la mortalidad general estandarizada más alta se registró en Bogotá, D. C., con 10,18 muertes (IC 95%: 6,03 - 16,09) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años, mientras que en la Caribe se estimó la más baja con 1,86 fallecimientos (IC 95%: 0,75 - 3,84).

Por su parte, Casanare, Bogotá, D. C., y Santander presentaron las estimaciones más elevadas, mientras que en Atlántico, Córdoba y Cauca se observaron las más bajas. En quince departamentos no se notificaron defunciones en el periodo.

📍 [Para consultar esta información con mayor desagregación le invitamos a ingresar a HIGIA](#)

Tabla 4.6. Mortalidad general estandarizada de los tumores del SNC en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	4	529.703	7,55	7,72	2,10 - 19,70
Bogotá, D. C.	18	1.770.145	10,17	10,18	6,03 - 16,09
Caribe	7	3.770.589	1,86	1,86	0,75 - 3,84
Central	16	3.179.346	5,03	5,00	2,86 - 8,12
Oriental	13	2.687.131	4,84	4,84	2,58 - 8,27
Pacífica	13	2.352.950	5,52	5,52	2,94 - 9,43
Nacional	71	14.289.864	4,97	4,99	3,90 - 6,29

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con tumores del SNC reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Tumores del sistema nervioso central (SNC) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

4.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con tumores del SNC según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad general estandarizada fue superior en el régimen contributivo comparado con el subsidiado (**tabla 4.7**). La EPS042, la RES002 y la EPS001 tuvieron las estimaciones más altas con 137,88, 97,14 y 21,66 muertes por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años, respectivamente. La EPSS41 (1,12), la ESS207 (1,51) y la CCF055 (2,35) registraron las cifras más bajas. En veintiséis entidades no se informaron fallecimientos en la población pediátrica con este tipo de cáncer.

📌 La información completa de las EAPB está disponible en [HIGIA](#)

Tabla 4.7. Mortalidad general estandarizada en la población pediátrica con tumores del SNC según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	38	5.148.344	7,38	7,34	5,20 - 10,08
Subsidiado	26	5.953.324	4,37	4,38	2,86 - 6,42
Excepción	5	SD	SD	SD	SD
No afiliado	1	SD	SD	SD	SD
Especial	0	SD	SD	SD	SD
Liquidadas	1	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con tumores del SNC reportadas a la CAC

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2021.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

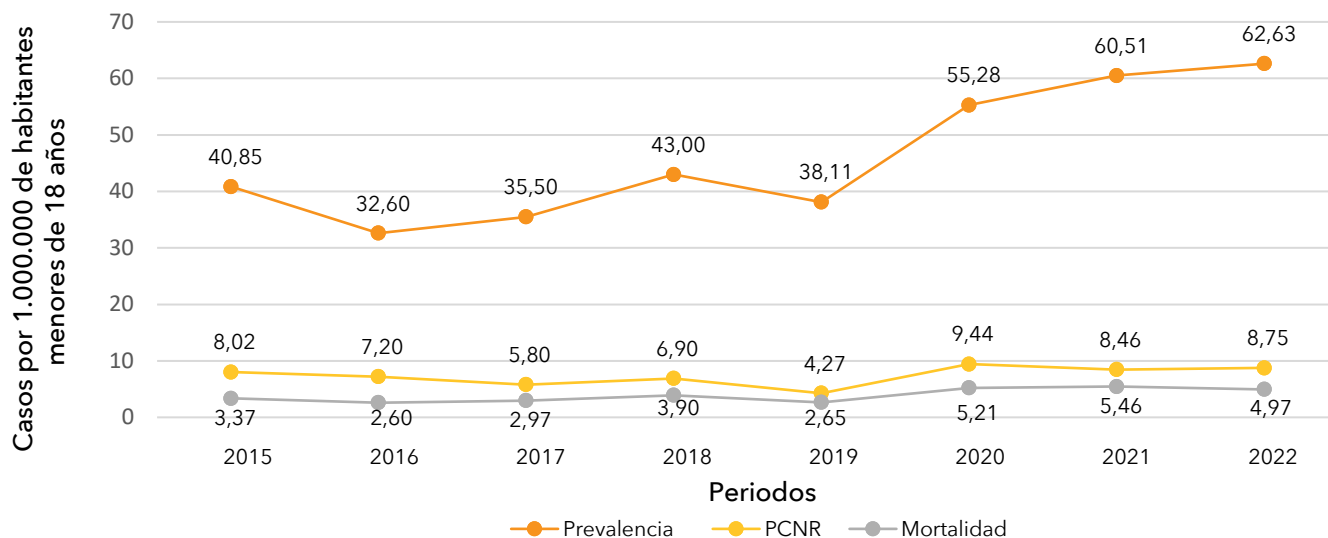
Para los regímenes de excepción, especial, en las entidades liquidadas y en la población no afiliada no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecimientos notificados.

IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.

4.1.7. Evolución del registro de los tumores del SNC en la población pediátrica en el aseguramiento en Colombia

En el 2022, la prevalencia y la PCNR tuvieron un incremento porcentual de 3,51%, y 3,40%, respectivamente. Por su parte, la mortalidad disminuyó en un 8,97% en comparación con el 2021 (**figura 4.1**).

Figura 4.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de los tumores del SNC en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022



Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportadas por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

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 con tumores del SNC en la población pediátrica

4.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de tumores del SNC

En la **tabla 4.8** se presenta la caracterización general de los casos nuevos según el régimen de afiliación. Del total de CNR, el 50,40% eran mujeres, la mediana de la edad fue de 8 años (RIC: 5 - 12), la mayoría estaban afiliados al régimen contributivo y residían en la región Central.

Al comparar los distintos grupos del aseguramiento, con respecto al sexo, en el subsidiado se observó una tendencia similar al comportamiento nacional, mientras que en el contributivo se presentó una mayor proporción de casos en los hombres. En cuanto a la edad, en el de excepción, la mediana fue superior a la de los demás regímenes (12 años; RIC: 5 - 16). Con respecto a la distribución geográfica, Bogotá, D. C., agrupó el mayor porcentaje de casos nuevos en el contributivo, la región Caribe en el subsidiado y la región Central en el de excepción. Adicionalmente, se registró un caso para el régimen especial, de sexo femenino, en la región Central.

Tabla 4.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022.

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ² n= 125 (100,00%)
	Contributivo n= 78 (62,40%)	Subsidiado n= 41 (32,80%)	Excepción n= 5 (4,00%)	
Sexo				
Femenino	38 (48,72)	22 (53,66)	2 (40,00)	63 (50,40)
Masculino	40 (51,28)	19 (46,34)	3 (60,00)	62 (49,60)
Edad	8 (6 - 12)	8 (5 - 10)	12 (5 - 16)	8 (5 - 12)
Etnia				
Ninguna	78 (100,00)	40 (97,56)	5 (100,00)	124 (99,20)
Indígena	0 (0,00)	1 (2,44)	0 (0,00)	1 (0,80)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	1 (1,28)	2 (4,88)	0 (0,00)	3 (2,40)
Bogotá, D. C.	25 (32,05)	2 (4,88)	1 (20,00)	28 (22,40)
Caribe	8 (10,26)	15 (36,59)	0 (0,00)	23 (18,40)
Central	20 (25,64)	13 (31,71)	2 (40,00)	35 (28,00)
Oriental	12 (15,38)	2 (4,88)	1 (20,00)	16 (12,80)
Pacífica	12 (15,38)	7 (17,07)	1 (20,00)	20 (16,00)

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 del régimen especial.

4.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de tumores del SNC

En la **tabla 4.9** se presenta la caracterización histológica de los casos nuevos según su afiliación al sistema de salud. El porcentaje de CNR con tipo de histología desconocido aumentó en un 53,23% con respecto al periodo anterior. El astrocitoma fue el de mayor presentación en el ámbito nacional con el 32,80%, con una mediana de la edad en estos casos de 9 años (RIC: 5 - 12). Este fue también el más frecuente en los regímenes contributivo y de excepción. Los casos de meduloblastoma representaron el 20,00% del total, con una mediana de la edad de 9 años (RIC: 4 - 11). Entre los casos no reportados en la tabla, en el régimen especial se identificó uno de tipo astrocitoma.

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Tumores del sistema nervioso central (SNC) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 4.9. Caracterización histológica de los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Tipo histológico ¹	Régimen de afiliación			Total ² n= 125 (100,00%)
	Contributivo n= 78 (62,40%)	Subsidiado n= 41 (32,80%)	Excepción n= 5 (4,00%)	
Tipo histológico^{3,4}				
Astrocitoma	29 (37,18)	8 (19,51)	3 (60,00)	41 (32,80)
Ependimoma	2 (2,56)	3 (7,32)	1 (20,00)	6 (4,80)
Neuroblastoma	0 (0,00)	4 (9,76)	0 (0,00)	4 (3,20)
Meduloblastoma	19 (24,36)	5 (12,20)	1 (20,00)	25 (20,00)
Sarcoma	1 (1,28)	1 (2,44)	0 (0,00)	2 (1,60)
Otros	15 (19,23)	13 (31,71)	0 (0,00)	28 (22,40)
Desconocido	12 (15,38)	7 (17,07)	0 (0,00)	19 (15,20)

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

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso del régimen especial.

³ Definida según la histología del tumor en muestra de biopsia o quirúrgica.

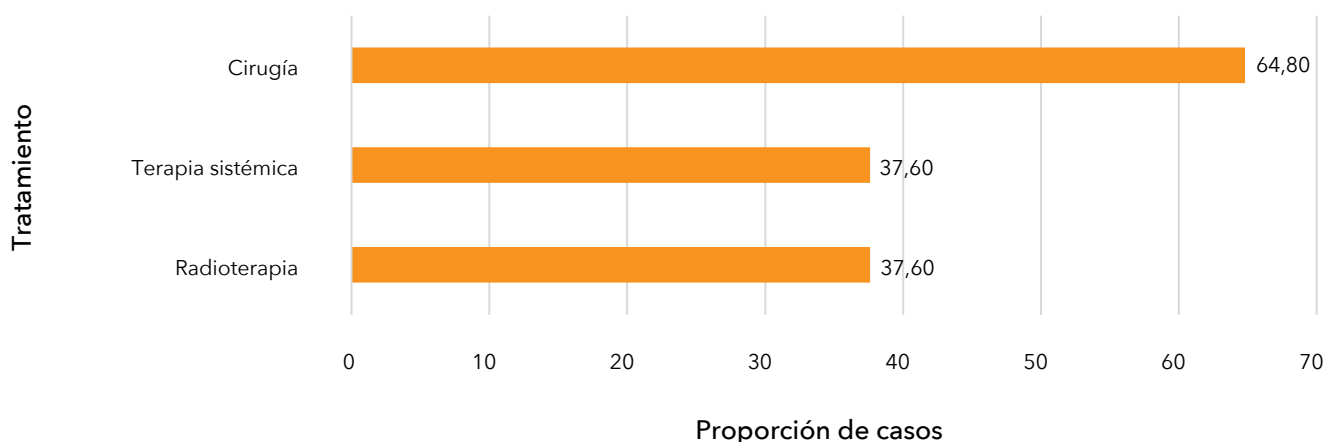
⁴ Incluye todos los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica que fueron clasificados según la histología.

4.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de tumores del SNC

La **figura 4.2** muestra la distribución del tratamiento en los CNR. Se destaca que el 86,40% recibió algún tipo de tratamiento en el periodo, y la cirugía fue la terapia más frecuente.

Por otra parte, el 13,60% (n= 17) de los casos nuevos no recibió tratamiento, sin embargo, allí se debe considerar que algunos de estos casos pueden corresponder a casos diagnosticados cerca de la fecha de corte, que se encontraban bajo manejo paliativo o fallecidos antes de iniciar el tratamiento.

Figura 4.2. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



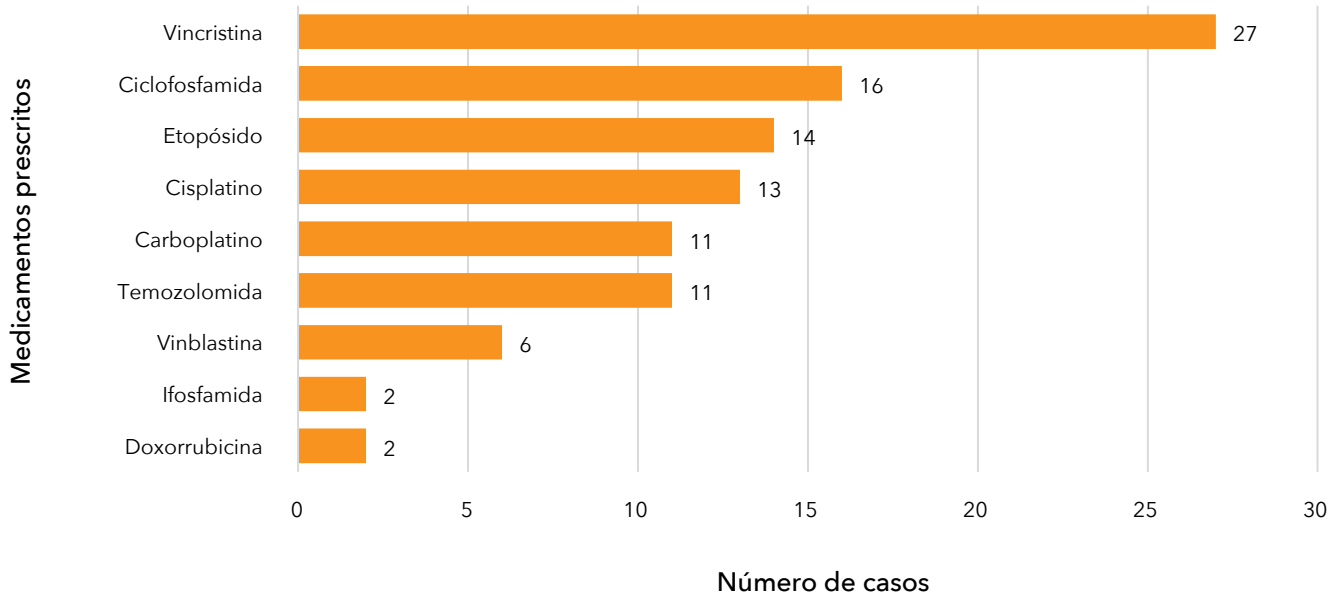
El grupo de terapia sistémica incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

[Descargar figura](#)

En la **figura 4.3** se describen los medicamentos que fueron prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos. Allí no se discrimina el uso concomitante con otros fármacos, por lo que se reporta la frecuencia de uso de cada antineoplásico. La vincristina, fue el medicamento prescrito en mayor proporción entre los casos con tumores del SNC durante el periodo, seguido de la ciclofosfamida y el etopósido.



Figura 4.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



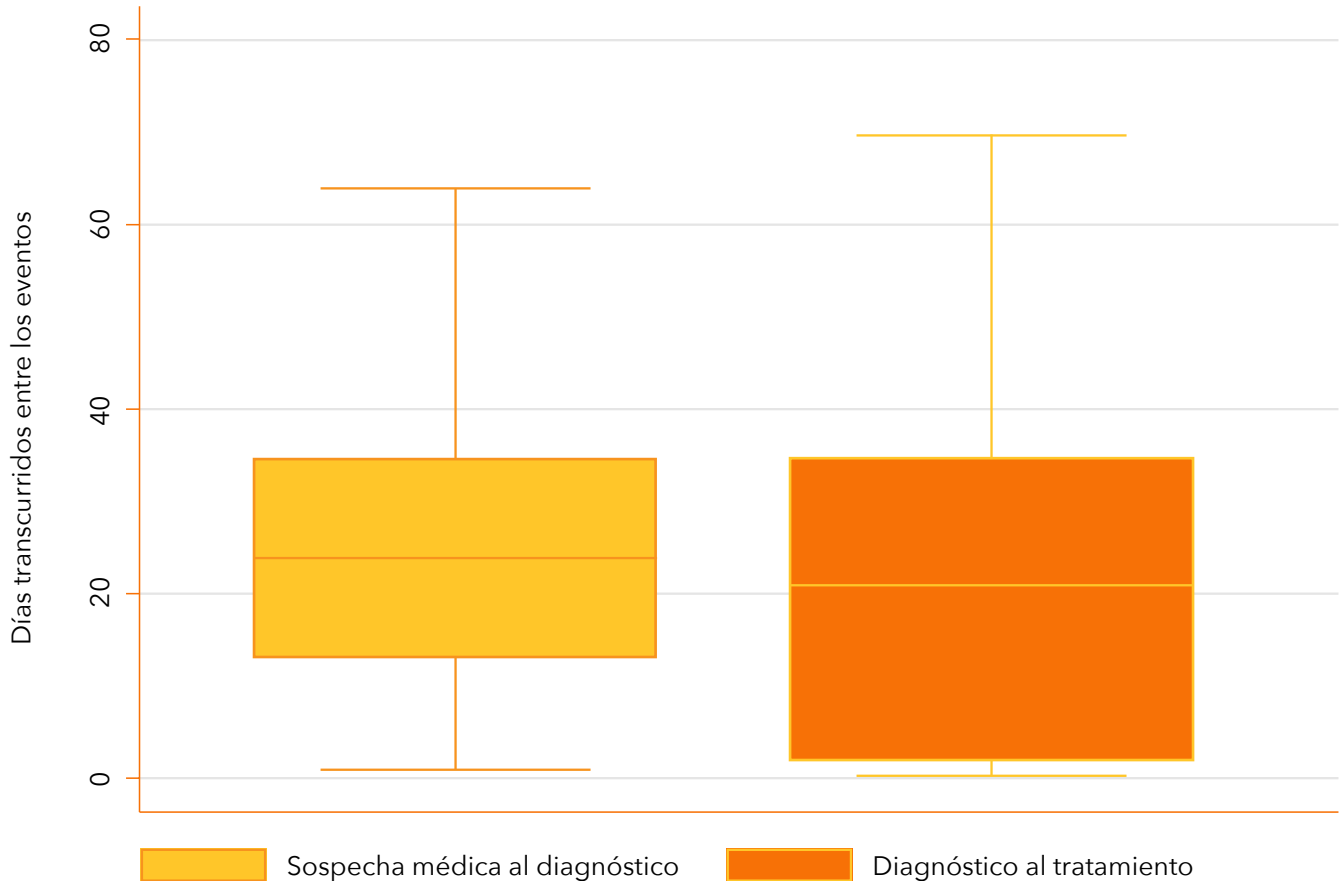
Incluye los casos nuevos de tumores del SNC en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo con terapia sistémica.

[Descargar figura](#)

4.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de tumores del SNC

En la sección de aspectos metodológicos se encuentra la operacionalización de la oportunidad del diagnóstico y el tratamiento. La mediana del tiempo entre la sospecha médica y el diagnóstico fue de 24 días (RIC: 13 - 35), presentando un incremento de 4 días con respecto al periodo anterior. En cambio, entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento la mediana fue de 21 días (RIC: 2 - 35), con una reducción de 1 día frente al 2021 (**figura 4.4**).

Figura 4.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye todos los casos nuevos de tumores del SNC en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico fue de 29,16 días ($\pm 25,14$) y para la del tratamiento fue de 24,14 días ($\pm 25,34$).

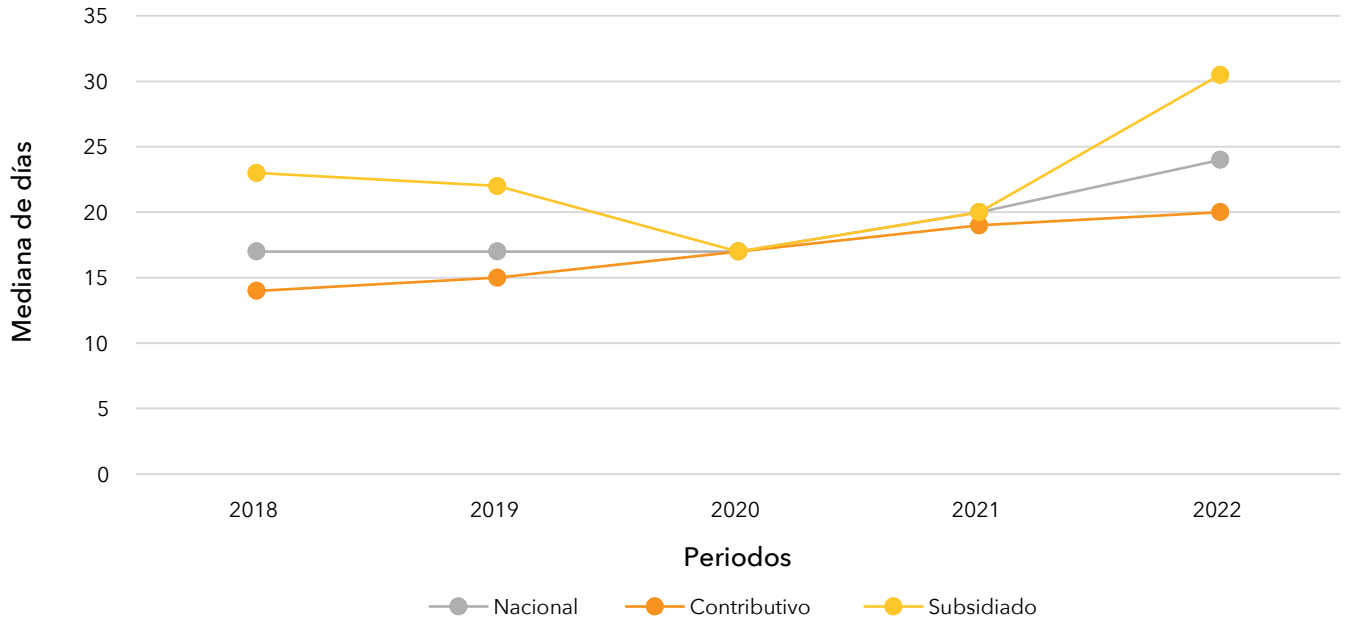
[Descargar figura](#)

En las **figuras 4.5 y 4.6** se presentan la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento según el régimen de afiliación.

La espera más prolongada para acceder a la confirmación del diagnóstico se observó en el régimen subsidiado (mediana: 30 días (RIC: 12 - 54)), seguido del de excepción (mediana: 22 (RIC: 16 - 23)). El régimen especial con solo un caso, registró una oportunidad de 35 días. Es importante mencionar el aumento en la brecha entre los regímenes contributivo y subsidiado en el último periodo (**figura 4.5**). Como se observa en la **figura 4.6**, en cuanto al acceso al tratamiento, en el contributivo se registró la mediana del tiempo de espera más baja, siendo de 15 días (RIC: 1 - 32).



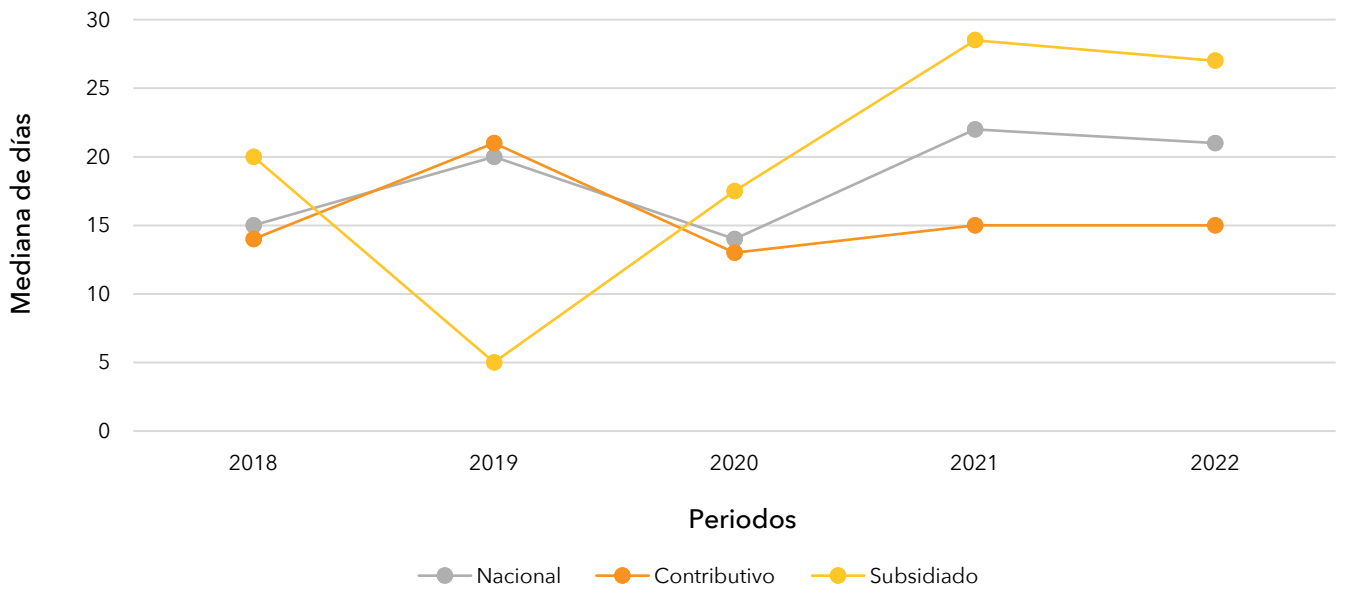
Figura 4.5. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye todos los casos nuevos de tumores del SNC en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo. La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el periodo 2022 fue: nacional 29,16 días (\pm 25,14), régimen contributivo 26,18 días (\pm 20,08), régimen subsidiado 36,94 días (\pm 34,52) y régimen de excepción 20,60 días (\pm 25,03).

[Descargar figura](#)

Figura 4.6. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye todos los casos nuevos de tumores del SNC en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo. La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el periodo 2022 fue: nacional 24,14 días (\pm 25,34), régimen contributivo 22,58 días (\pm 28,05) y régimen subsidiado 29,25 días (\pm 19,23).

[Descargar figura](#)

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Tumores del sistema nervioso central (SNC) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

4.3. Caracterización de los casos prevalentes con tumores del SNC en la población pediátrica

La descripción general de los casos prevalentes de tumores del SNC en los menores de 18 años de acuerdo con el régimen de afiliación se presenta en la **tabla 4.10**.

La mayoría de los casos se encontraban afiliados al régimen contributivo (57,20%), el 55,00% fueron hombres; la mediana de la edad fue de 12 años (RIC: 8 - 15) y la proporción más alta se concentró en la región Central (26,83%). En cuanto a la distribución por regiones, en la Central se concentró el mayor porcentaje de casos (26,83%); esto ocurrió de la misma manera en el régimen subsidiado, mientras que en el contributivo y el de excepción, la mayoría residían en Bogotá, D. C.

Entre los casos no presentados en la **tabla 4.10**, se identificó un caso de sexo femenino, perteneciente a la población no afiliada, residente en la región de la Amazonía-Orinoquía.

Tabla 4.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ^{2,3} n= 820 (100,00%)
	Contributivo n= 469 (57,20%)	Subsidiado n= 305 (37,20%)	Excepción n= 38 (4,63%)	Especial n= 7 (0,85%)	
Sexo					
Femenino	217 (46,27)	132 (43,28)	13 (34,21)	6 (85,71)	369 (45,00)
Masculino	252 (53,73)	173 (56,72)	25 (65,79)	1 (14,29)	451 (55,00)
Edad	12 (8 - 15)	12 (8 - 15)	14 (10 - 16)	9 (6 - 15)	12 (8 - 15)
Etnia					
Ninguna	463 (98,72)	285 (93,44)	38 (100,00)	7 (100,00)	794 (96,83)
Indígena	1 (0,21)	14 (4,59)	0 (0,00)	0 (0,00)	15 (1,83)
Negro	5 (1,07)	6 (1,97)	0 (0,00)	0 (0,00)	11 (1,34)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	7 (1,49)	15 (4,92)	2 (5,26)	0 (0,00)	25 (3,05)
Bogotá, D. C.	148 (31,56)	27 (8,85)	13 (34,21)	1 (14,29)	189 (23,05)
Caribe	35 (7,46)	70 (22,95)	3 (7,89)	0 (0,00)	108 (13,17)
Central	133 (28,36)	76 (24,92)	9 (23,68)	2 (28,57)	220 (26,83)
Oriental	73 (15,57)	46 (15,08)	8 (21,05)	2 (28,57)	129 (15,73)
Pacífica	73 (15,57)	71 (23,28)	3 (7,89)	2 (28,57)	149 (18,17)

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 No se incluyen los datos de 75 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene la información actualizada.

³ Para los valores totales se tiene en cuenta un caso reportado como población no afiliada.




Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población pediátrica

CIE10: C82-C86, C88.4, C96; CIE-O-3: C42-C77




Periodo: 2 de enero de 2021 al 1° de enero de 2022

Morbimortalidad del LNH


 Ocupó el tercer lugar entre los CNR en la población pediátrica con cáncer.


La PCNR estandarizada fue de **5 casos nuevos (IC 95%: 4,2 - 6,7) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.**

 Las medidas de morbimortalidad presentaron un incremento significativo con respecto al 2021. La PCNR incrementó 31,4%, la prevalencia 9,1% y la mortalidad 76,5%.

Caracterización de los casos nuevos de LNH

El **51,3%** estaban afiliados en el régimen contributivo y la mayoría (32,9%), residían en la región Caribe.

 En el país, en el 72,4% de los CNR se notificó la estadificación clínica; esta proporción fue similar tanto en el régimen contributivo (74,4%), como en el subsidiado (74,3%).

 Los tiempos de espera para acceder al diagnóstico y el tratamiento fueron mayores en los estadios IV y I, respectivamente.

Resumen

Capítulo 5. Linfoma no Hodgkin en la población pediátrica





5. Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población pediátrica

CIE 10: C82-C86, C88.4, C96; CIE-O-3: C42-C77

5.1. Morbimortalidad del LNH

Para el periodo 2022, se notificaron un total de 641 personas menores de 18 años con LNH, de los cuales el 11,86% corresponden a casos nuevos. El LNH ocupó el tercer lugar en frecuencia entre los CNR y el cuarto entre las muertes informadas en la población pediátrica (**tabla 5.1**).

Tabla 5.1. Medidas de frecuencia del LNH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	76	5,32	5,32	4,19 - 6,66
Prevalencia	641	44,86	45,21	41,78 - 48,85
Mortalidad ⁵	30	2,10	2,09	1,41 - 2,98

¹ Incluye todos los casos de LNH en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Informadas por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

³ La población de referencia corresponde a las proyecciones DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

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 LNH en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

En Bogotá, D. C., se presentó la PCNR estandarizada más alta con 6,81 casos nuevos (IC 95%: 3,52 - 11,89) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años, mientras que en la Pacífica se registró la más baja (3,40; IC 95%: 1,47 - 6,70) (**tabla 5.2**).

Con respecto a las entidades territoriales, Tolima con 13,44, Bolívar con 11,30 y Arauca con 9,50 presentaron las tasas más altas. Mientras que Magdalena, Boyacá y Cundinamarca tuvieron las más bajas (2,02, 2,82 y 3,28, respectivamente). En catorce departamentos no se informaron casos nuevos durante el periodo.

 [Para consultar esta información con mayor desagregación le invitamos a ingresar a HIGIA](#)

Tabla 5.2. PCNR estandarizada del LNH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	2	529.703	3,78	3,71	0,45 - 13,50
Bogotá, D. C.	12	1.770.145	6,78	6,81	3,52 - 11,89
Caribe	25	3.770.589	6,63	6,62	4,28 - 9,78
Central	19	3.179.346	5,98	5,93	3,57 - 9,27
Oriental	10	2.687.131	3,72	3,72	1,78 - 6,84
Pacífica	8	2.352.950	3,40	3,40	1,47 - 6,70
Nacional	76	14.289.864	5,32	5,32	4,19 - 6,66

¹ Incluye todos los casos nuevos de LNH en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

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 pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

5.1.2. PCNR del LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La PCNR estandarizada estimada para el régimen contributivo fue superior a la del subsidiado (**tabla 5.3**). Al comparar por las entidades, la tasa más alta se presentó en la EPS001 (21,74), mientras que las más bajas se observaron en la ESS062, la EPSS34 y la ESS024, cada una con 3,35, 3,38 y 3,48 casos por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años, respectivamente. En veintiocho entidades no se informaron casos nuevos de LNH en el periodo.

 [La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA](#)

Tabla 5.3. PCNR estandarizada del LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	39	5.148.344	7,58	7,56	5,38 - 10,34
Subsidiado	35	5.953.324	5,88	5,87	4,09 - 8,16
Excepción	0	SD	SD	SD	SD
Especial	0	SD	SD	SD	SD
No afiliado	2	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de LNH en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2021.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

Para los regímenes de excepción, especial y en la población no afiliada, 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 LNH en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

La región Central tuvo la mayor prevalencia estandarizada con 62,97 casos (IC 95%: 54,61 - 72,26) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años y la menor se estimó en la Caribe con 32,69 casos (IC 95%: 27,15 - 39,03) (**tabla 5.4**).

El Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Norte de Santander fueron los departamentos con las prevalencias más altas (87,31 y 80,61, respectivamente), mientras que en Chocó, Boyacá y La Guajira se presentaron las más bajas, con menos de 15 casos por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años. Los departamentos de Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada no reportaron casos.

 [Para consultar esta información con mayor desagregación le invitamos a ingresar a HIGIA](#)

Tabla 5.4. Prevalencia estandarizada del LNH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	18	529.703	33,98	34,39	20,38 - 54,33
Bogotá, D. C.	107	1.770.145	60,45	60,15	49,29 - 72,68
Caribe	122	3.770.589	32,36	32,69	27,15 - 39,03
Central	203	3.179.346	63,85	62,97	54,61 - 72,26
Oriental	104	2.687.131	38,70	38,66	31,59 - 46,85
Pacífica	87	2.352.950	36,97	36,75	29,43 - 45,33
Nacional	641	14.289.864	44,86	45,21	41,78 - 48,85

¹ Incluye todos los casos de LNH en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



5.1.4. Prevalencia del LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

En el periodo 2022 la prevalencia estandarizada estimada para el régimen contributivo fue superior a la del subsidiado, en cerca de 13 casos por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años (**tabla 5.5**). La EAS016 con 887,93, la EPS001 con 109,50 y la EPS018 con 90,50 fueron las entidades con las estimaciones más altas. La prevalencia más baja se observó en la CCF023 con 9,54 casos por 1.000.000 de menores afiliados. En dieciséis entidades no se informaron casos de este tipo de cáncer en el periodo.

📍 [La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA](#)

Tabla 5.5. Prevalencia estandarizada del LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	294	5.148.344	57,11	57,04	50,71 - 63,96
Subsidiado	261	5.953.324	43,84	44,09	38,90 - 49,77
Excepción	28	SD	SD	SD	SD
Especial	1	SD	SD	SD	SD
No afiliado	2	SD	SD	SD	SD
Liquidadas	55	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de LNH en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2021.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

Para los regímenes de excepción, especial, en las entidades liquidadas y en la población no afiliada 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 general en la población pediátrica con LNH según la región y la entidad territorial

La región con la mayor mortalidad general estandarizada fue la Central con 4,09 muertes (IC 95%: 2,18 - 7,00) por cada 1.000.000 de habitantes menores de 18 años, y la menor se presentó en la Pacífica con 0,43 muertes (IC 95%: 0,01 - 2,38) (**tabla 5.6**).

En cuanto a las entidades territoriales, los resultados más altos se observaron en Caquetá con 13,52 y en Putumayo con 8,33 muertes. Por otra parte, Valle del Cauca y Cundinamarca presentaron las estimaciones más bajas (0,81 y 1,09 fallecimientos, respectivamente). No se informaron defunciones en los menores con este tipo de cáncer durante el periodo en dieciocho entidades.

📍 [Para consultar esta información con mayor desagregación le invitamos a ingresar a HIGIA](#)

Tabla 5.6. Mortalidad general estandarizada del LNH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	1	529.703	1,89	1,87	0,05 - 10,50
Bogotá, D. C.	5	1.770.145	2,82	2,79	0,91 - 6,52
Caribe	5	3.770.589	1,33	1,34	0,43 - 3,12
Central	13	3.179.346	4,09	4,09	2,18 - 7,00
Oriental	5	2.687.131	1,86	1,86	0,60 - 4,35
Pacífica	1	2.352.950	0,42	0,43	0,01 - 2,38
Nacional	30	14.289.864	2,10	2,09	1,41 - 2,98

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con LNH reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

5.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con LNH según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad general estandarizada fue ligeramente superior en el régimen subsidiado con respecto al contributivo, sin embargo, esta diferencia no fue significativa (**tabla 5.7**). La EPS001, la ESS091 y la CCF050, tuvieron la mortalidad más alta con 21,74, 21,37 y 19,87 muertes por 1.000.000 de menores afiliados, respectivamente. Treinta y cinco entidades no reportaron fallecimientos en el periodo.

 [La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA](#)

Tabla 5.7. Mortalidad general estandarizada del LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	11	5.148.344	2,14	2,19	1,09 - 3,91
Subsidiado	16	5.953.324	2,69	2,67	1,52 - 4,33
Excepción	0	SD	SD	SD	SD
Especial	0	SD	SD	SD	SD
No afiliado	0	SD	SD	SD	SD
Liquidadas	3	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con LNH reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2021.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

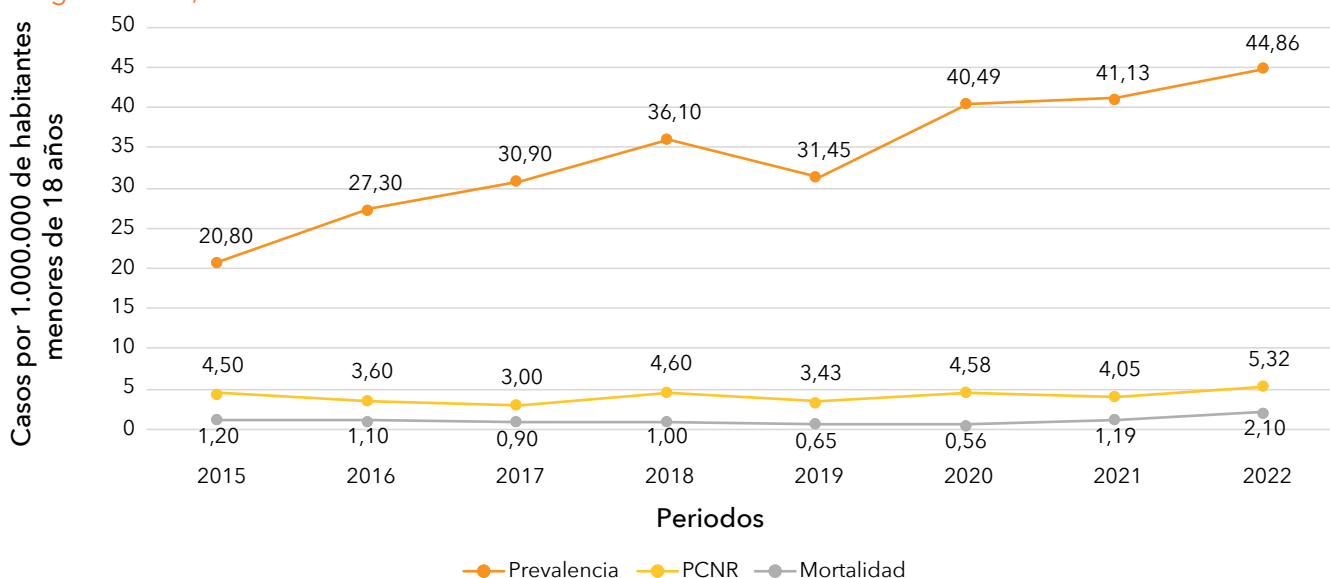
Para los regímenes de excepción, especial, en las entidades liquidadas y en la población no afiliada no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecimientos notificados.

IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.

5.1.7. Evolución del registro de LNH en la población pediátrica en el aseguramiento en Colombia

Para el periodo 2022 las tres medidas de morbimortalidad presentaron un incremento significativo con respecto al 2021 (**figura 5.1**). La mortalidad registró el mayor aumento porcentual con un 76,47%. Además, la PCNR incrementó en un 31,36% y la prevalencia en un 9,07%.

Figura 5.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del LNH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022



Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

Mortalidad: corresponde al número de fallecimientos, por todas las causas, reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)



5.2. Caracterización de los casos nuevos de LNH en la población pediátrica

5.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LNH

La **tabla 5.8** presenta la caracterización general de los casos nuevos de este tipo de cáncer, según el régimen del aseguramiento.

El 51,32% de los CNR estaban afiliados al contributivo, la mayoría fueron hombres (76,32%) y la mediana de la edad de 8 años (RIC: 4 - 12); la región que agrupó la mayor cantidad de casos fue la Caribe con el 32,89%. En la población no afiliada se reportaron dos casos, ambos del sexo masculino con una mediana de la edad de 6 años, uno residente en la región Caribe y el otro en la Amazonía-Orinoquía (datos no mostrados en la tabla).

Según el tipo de afiliación, en el régimen subsidiado la mayoría de los casos se concentró en la región Caribe (48,57%), mientras que en el contributivo el 53,85% de los CNR residían en Bogotá, D. C., y en la Central.

Tabla 5.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación		Total ² n= 76 (100,00%)
	Contributivo n= 39 (51,32%)	Subsidiado n= 35 (46,05%)	
Sexo			
Mujeres	11 (28,21)	7 (20,00)	18 (23,68)
Hombres	28 (71,79)	28 (80,00)	58 (76,32)
Edad	9 (4 - 12)	8 (4 - 14)	8 (4 - 12)
Etnia			
Ninguna	38 (97,44)	34 (97,14)	74 (97,37)
Indígena	1 (2,56)	1 (2,86)	2 (2,63)
Región de residencia			
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	1 (2,86)	2 (2,63)
Bogotá, D. C.	11 (28,21)	1 (2,86)	12 (15,79)
Caribe	7 (17,95)	17 (48,57)	25 (32,89)
Central	10 (25,64)	9 (25,71)	19 (25,00)
Oriental	5 (12,82)	5 (14,29)	10 (13,16)
Pacífica	6 (15,38)	2 (5,71)	8 (10,53)

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 los dos casos reportados como población no afiliada.

5.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LNH

La **tabla 5.9** describe las características clínicas de los casos con este tipo de cáncer según su afiliación al sistema de salud.

El 72,37% de los CNR fueron estadificados en el país y de estos, la mayoría se diagnosticaron en el estadio III (49,09%), con una mediana de 6 años (RIC: 4 - 13). Por el contrario, en los casos diagnosticados en el estadio II (mediana: 12 años; RIC: 8 - 14) y en el IV (mediana: 10 años; RIC: 5 - 11), la edad de presentación fue mayor. Similar a la proporción de los casos presentada en el ámbito nacional, los regímenes contributivo y subsidiado presentaron mayor número de casos en el estadio III. En los CNR en la población no afiliada no se reportó la estadificación.

Por otra parte, la clasificación del riesgo se reportó en el 57,89% de los casos, con una mayor proporción en el contributivo en comparación con el subsidiado y el país (**tabla 5.9**). Finalmente, la categoría de riesgo alto fue la más frecuente, seguida por el intermedio. Entre los regímenes, el contributivo presentó un comportamiento similar al nacional; por contrario, en el subsidiado la mayoría de los casos se agruparon en el grupo de riesgo alto y el intermedio alto.

Tabla 5.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de LNH según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación		Total ² n= 76 (100,00%)
	Contributivo n= 39 (51,32%)	Subsidiado n= 35 (46,05%)	
Estadificación (sí)³	29 (74,36)	26 (74,29)	55 (72,37)
Estadio al diagnóstico^{3,4}			
I	6 (20,69)	0 (0,00)	6 (10,91)
II	4 (13,79)	4 (15,38)	8 (14,55)
III	15 (51,72)	12 (46,15)	27 (49,09)
IV	4 (13,79)	10 (38,46)	14 (25,45)
Extraganglionares	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Clasificación del riesgo (sí)⁵	24 (61,54)	20 (57,14)	44 (57,89)
Categorías de riesgo^{5,6}			
Bajo	6 (25,00)	0 (0,00)	6 (13,64)
Intermedio bajo	2 (8,33)	3 (15,00)	5 (11,36)
Intermedio	5 (20,83)	4 (20,00)	9 (20,45)
Intermedio alto	3 (12,50)	5 (25,00)	8 (18,18)
Alto	8 (33,33)	8 (40,00)	16 (36,36)

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

² Para los valores totales se tienen en cuenta dos casos reportados como población no afiliada.

³ Definida según las clasificaciones Murphy, Ann Arbor o Lugano. Los tumores extraganglionares incluyen tumores primarios del SNC, primarios mediastinales o primarios de otros órganos.

⁴ Incluye todos los casos nuevos de LNH en la población pediátrica que fueron estadificados.

⁵ Los grupos de riesgo citogénico-molecular fueron definidos según el instructivo de reporte de la CAC.

⁶ Incluye todos los casos nuevos de LNH en la población pediátrica que fueron clasificados.

5.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LNH

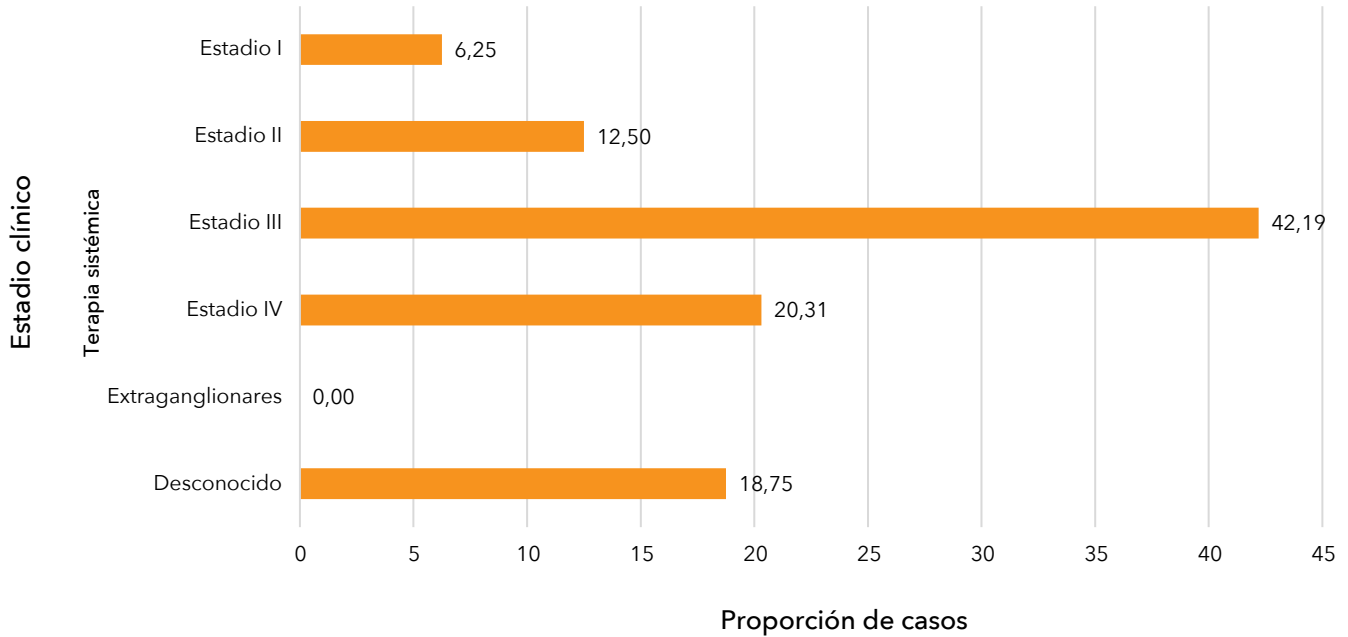
La **figura 5.2** muestra la distribución del tratamiento en los casos nuevos de LNH de acuerdo con el estadio clínico al diagnóstico. El 84,21% de los CNR recibieron terapia sistémica durante el periodo y solo 1 caso en estadio I fue intervenido quirúrgicamente. Adicionalmente, 1 paciente diagnosticado en el periodo recibió trasplante de células hematopoyéticas.

La terapia sistémica fue administrada en el 42,19% de los casos en estadio III y en el 20,31% en el estadio IV. Por su parte, en el 18,75% de los casos con estadificación desconocida se indicó el manejo con este tipo de terapia.

De acuerdo con lo reportado en el 14,47% (n= 11) de los casos nuevos no recibió ningún tratamiento en el periodo. Este porcentaje fue mayor al observado en el 2021 y es levemente mayor con respecto a la proporción registrada en los casos de LH. Vale la pena recordar que este grupo incluye a los menores que fueron diagnosticados cerca a la fecha de corte, y aquellos que fallecieron antes de iniciar el tratamiento.



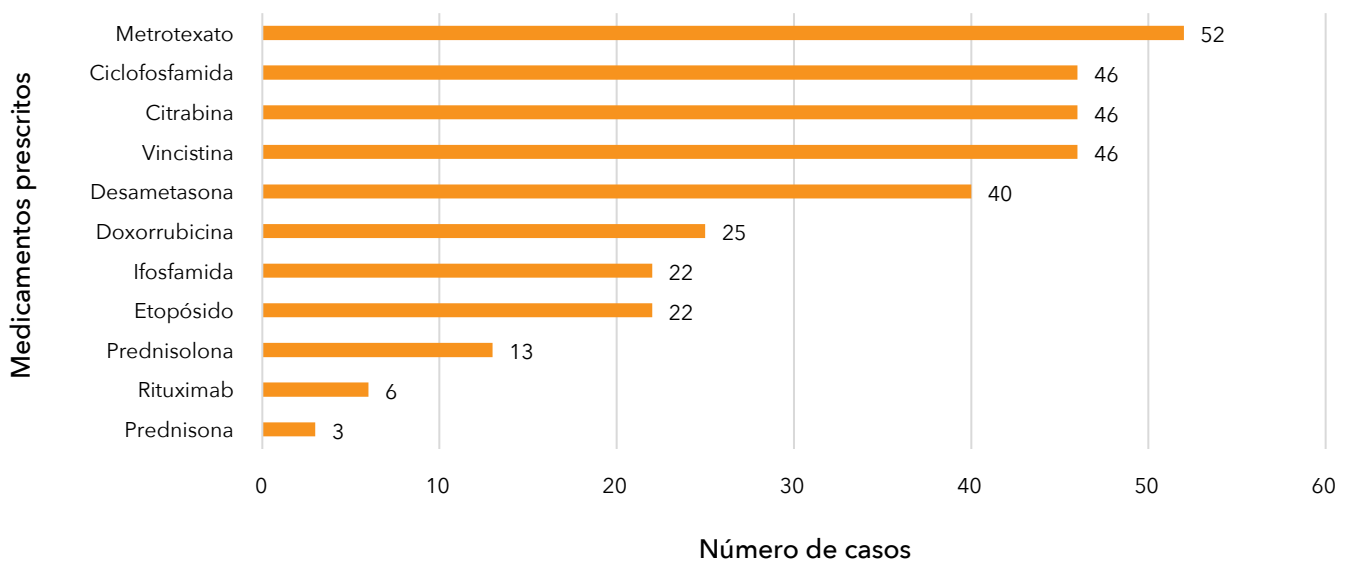
Figura 5.2. Frecuencia del uso de la terapia sistémica en los casos nuevos de LNH en la población pediátrica según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



La estadificación se basa en los sistemas de Murphy, Ann Arbor o Lugano.
El grupo de terapia sistémica incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.
[Descargar figura](#)

En la **figura 5.3** se describen los medicamentos administrados con mayor frecuencia en los casos nuevos de LNH. Como se observa, los citotóxicos con mayor prescripción fueron el metrotexato, la ciclofosfamida, la citarabina y la vincristina; el rituximab solo fue indicado en 6 casos. Los datos presentados corresponden a las frecuencias de prescripción, sin tener en cuenta el uso concomitante de uno o más fármacos.

Figura 5.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LNH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



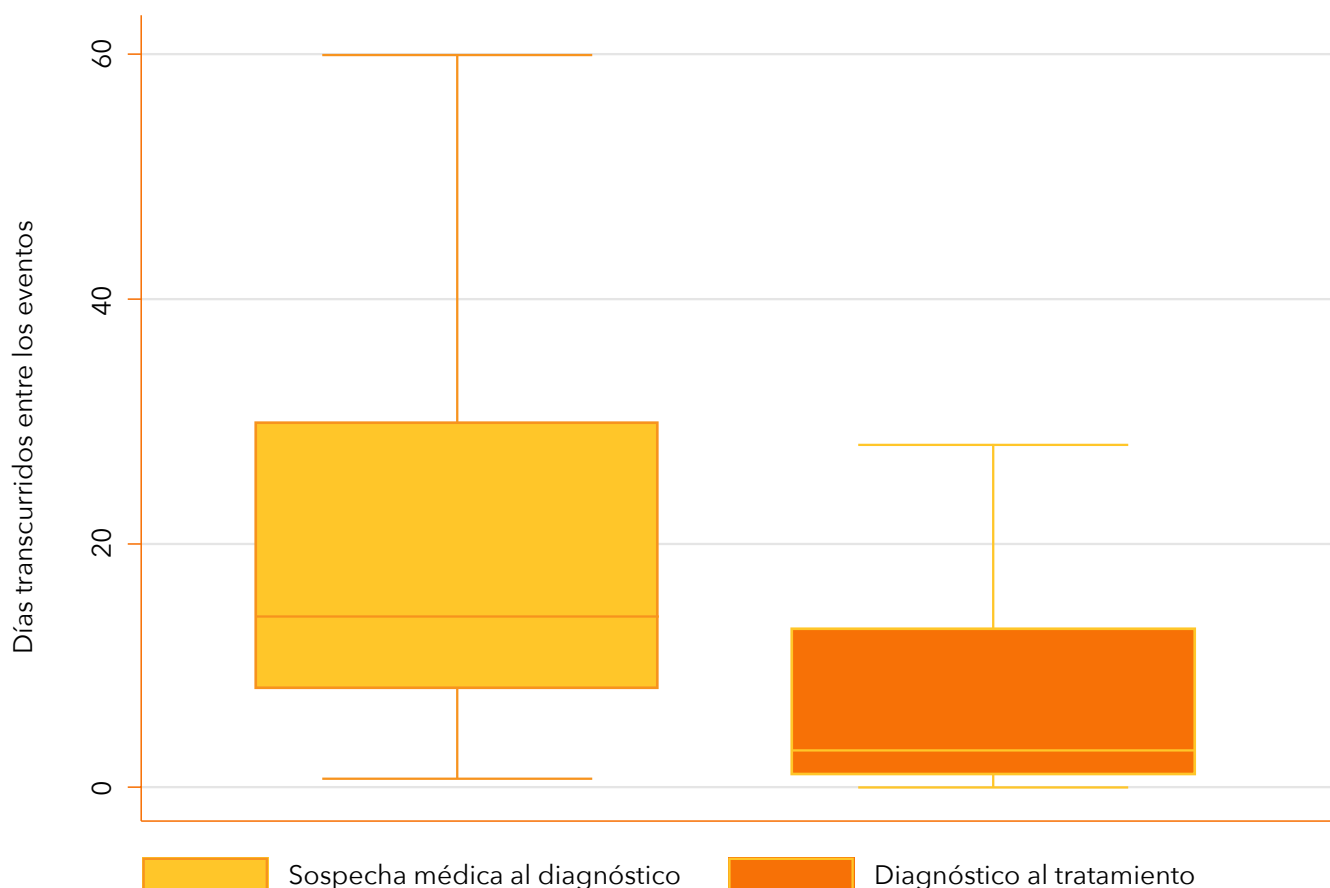
Incluye todos los casos nuevos de LNH en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo con terapia sistémica.
[Descargar figura](#)

5.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LNH

En la sección de aspectos metodológicos se describe la operacionalización de la oportunidad de la atención (diagnóstico y tratamiento).

La mediana del tiempo de espera para el diagnóstico en los casos de LNH, en el ámbito nacional, fue de 14 días (RIC: 8 - 30), y la del tratamiento, fue de 3 días (RIC: 1 - 13), con un comportamiento similar al periodo anterior. En este sentido, continúa siendo necesario que las entidades prioricen estrategias para mejorar el acceso y la atención integral de esta población (**figura 5.4**).

Figura 5.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LNH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye todos los casos nuevos de LNH en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo.

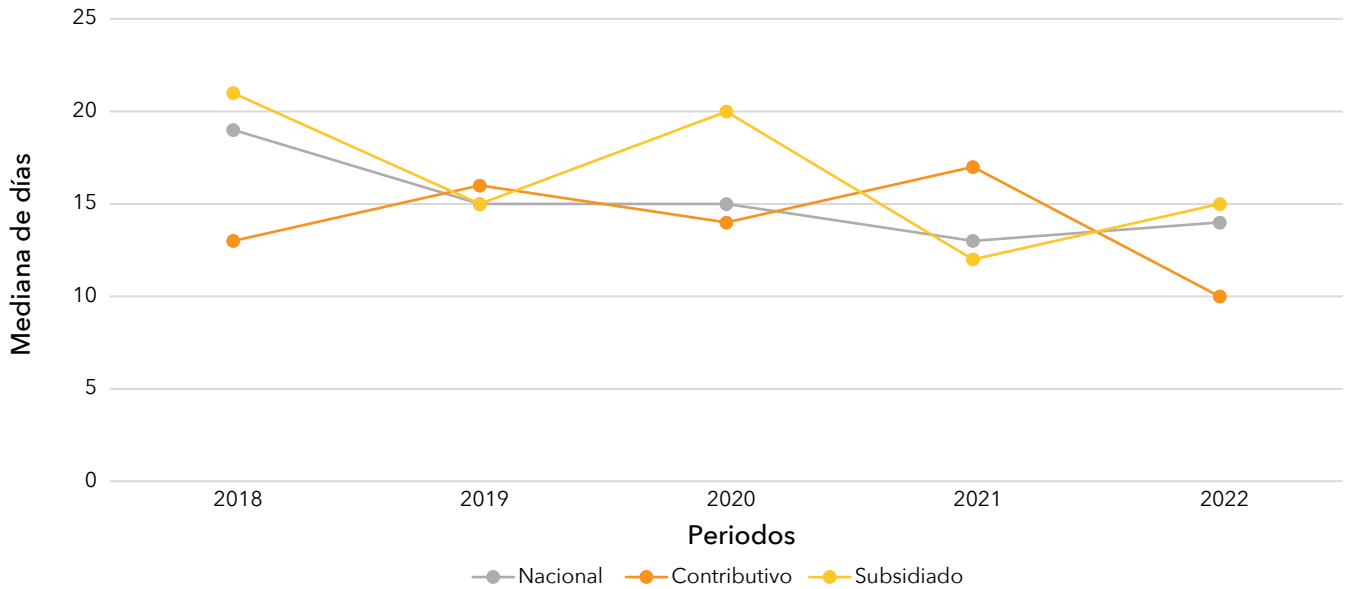
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico fue de 29,13 días ($\pm 56,97$) y para la del tratamiento fue de 11,66 días ($\pm 22,93$).

[Descargar figura](#)

En las **figuras 5.5 y 5.6** se observan la tendencia de la oportunidad del diagnóstico y el tratamiento según el régimen de afiliación en los últimos 5 periodos. En el país y en régimen subsidiado se presentó un ligero aumento en el tiempo de espera hasta el diagnóstico con respecto al 2021, mientras que en el régimen contributivo hubo una disminución del mismo (mediana: 10 días; RIC: 5 - 24). Para los demás regímenes no se tiene información completa para el seguimiento de los tiempos de espera. Aunque se mantienen las brechas entre los regímenes contributivo y subsidiado para el diagnóstico oportuno, en general se aprecia una tendencia favorable en el ámbito nacional desde el 2018 (**figura 5.5**).



Figura 5.5. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LNH en la población pediátrica, en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022

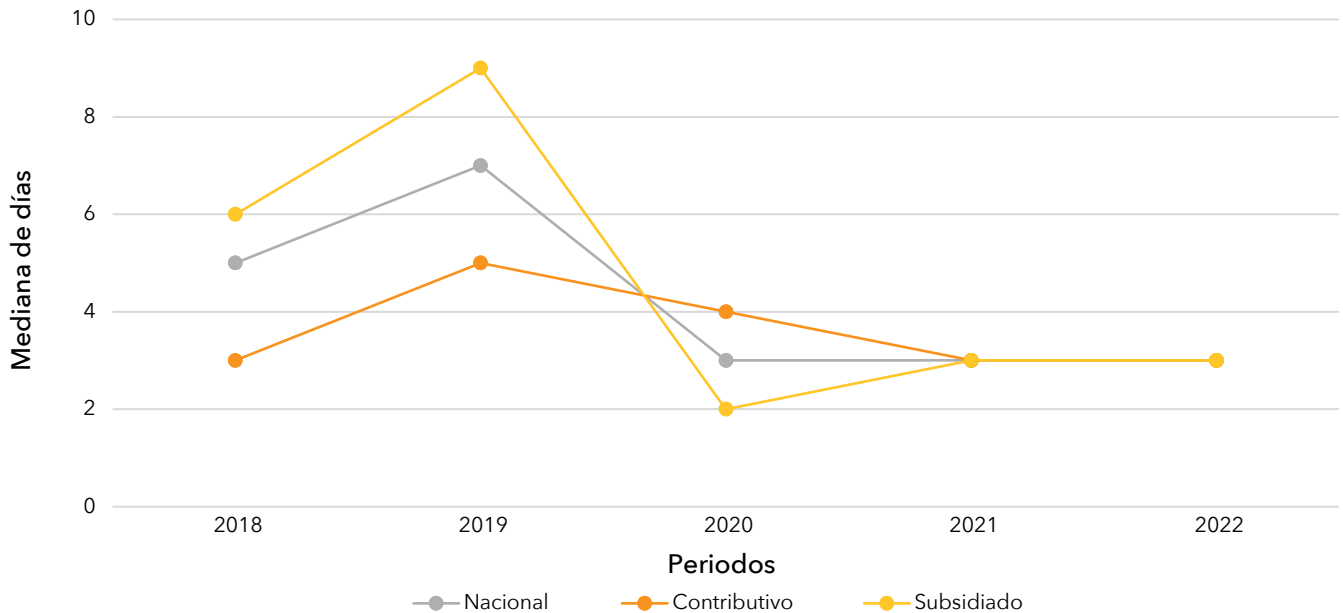


Incluye todos los casos nuevos de LNH en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo. La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el periodo 2022 fue: nacional 29,13 días (\pm 56,97), régimen contributivo 33,06 días (\pm 73,38), y régimen subsidiado 24,04 días (\pm 23,44).

[Descargar figura](#)

Con respecto a la oportunidad del tratamiento (**figura 5.6**), la mediana de espera fue de 3 días en el país y en los regímenes contributivo (RIC: 0 - 15) y subsidiado (RIC: 1 - 13).

Figura 5.6. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de LNH en la población pediátrica, en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye todos los casos nuevos de LNH en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo. La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el periodo 2022 fue: nacional 11,66 días (\pm 22,93), régimen contributivo 14,19 días (\pm 27,94), régimen subsidiado 8,70 días (\pm 14,21).

[Descargar figura](#)

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

De acuerdo con el estadio al diagnóstico, la espera promedio para el diagnóstico más prolongada se observó en el estadio I y la menor en el II (**tabla 5.10**). La espera para acceder al tratamiento fue mayor en los estadios I y IV. En los casos nuevos con estadio desconocido, los tiempos de espera fueron significativamente superiores con respecto a aquellos en los que se reportó la estadificación.

Tabla 5.10. Oportunidad de la atención en la población pediátrica con LNH según el estadio al diagnóstico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Estadio	Oportunidad del diagnóstico		Oportunidad del tratamiento	
	Promedio (± DE)	Mediana (RIC)	Promedio (± DE)	Mediana (RIC)
I	47,60 (74,57)	9 (5 - 42)	24,40 (25,26)	19 (10 - 24)
II	15,17 (9,79)	10 (8 - 25)	6,60 (5,46)	5 (4 - 10)
III	18,29 (18,45)	14 (8 - 19)	4,09 (6,65)	1 (0 - 5)
IV	22,27 (22,81)	14 (10 - 20)	16,58 (26,44)	2 (1 - 28)
Extraganglionares	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Desconocido	53,67 (107,64)	20 (6 - 36)	17,91 (37,65)	5 (3 - 13)

DE: desviación estándar; RIC: rango intercuartílico.

5.3. Caracterización de los casos prevalentes de LNH en la población pediátrica

La caracterización general de los casos de LNH de acuerdo con el régimen del aseguramiento se describe en la **tabla 5.11**.

Más de la mitad de los casos prevalentes se presentaron en los hombres y la mayoría estaban afiliados a los regímenes contributivo (45,87%) y subsidiado (40,72%). Adicionalmente, la mediana de la edad fue de 13 años (RIC: 9 - 15) y el 51,20% residían en las regiones Central y Caribe. En el régimen especial y en la población no afiliada se informaron un total de 3 casos de sexo masculino.

Al comparar por el tipo de aseguramiento, la distribución de los casos por la edad y el sexo fue similar. Con respecto al comportamiento en las regiones, en el régimen subsidiado la mayoría eran residentes de las regiones Central y Caribe, mientras que en el contributivo la mayoría se concentró en Bogotá, D. C., y en la Central.

Tabla 5.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ^{2,3} n= 586 (100,00%)
	Contributivo n= 294 (45,87%)	Subsidiado n= 261 (40,72%)	Excepción n= 28 (4,37%)	
Sexo				
Mujeres	105 (35,71)	82 (31,42)	10 (35,71)	197 (33,62)
Hombres	189 (64,29)	179 (68,58)	18 (64,29)	389 (66,38)
Edad	13 (10 - 15)	13 (9 - 15)	12 (10 - 14)	13 (9 - 15)
Etnia				
Ninguna	292 (99,32)	243 (93,10)	27 (96,43)	565 (96,42)
Negro	2 (0,68)	12 (4,60)	0 (0,00)	14 (2,39)
Indígena	0 (0,00)	6 (2,30)	1 (3,57)	7 (1,19)



Tabla 5.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022 (continuación)

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ^{2,3} n= 586 (100,00%)
	Contributivo n= 294 (45,87%)	Subsidiado n= 261 (40,72%)	Excepción n= 28 (4,37%)	
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	4 (1,36)	11 (4,21)	1 (3,57)	17 (2,90)
Bogotá, D. C.	87 (29,59)	10 (3,83)	6 (21,43)	103 (17,58)
Caribe	27 (9,18)	74 (28,35)	5 (17,86)	107 (18,26)
Central	87 (29,59)	97 (37,16)	9 (32,14)	193 (32,94)
Oriental	42 (14,29)	39 (14,94)	6 (21,43)	88 (15,02)
Pacífica	47 (15,99)	30 (11,49)	1 (3,57)	78 (13,31)

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 No se incluyen los datos de 55 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene la información actualizada.

³ Para los valores totales se tienen en cuenta un caso del régimen especial y dos casos reportados como población no afiliada.



Linfoma Hodgkin (LH) en la población pediátrica


CIE10: C81; CIE-O-3: C42-C77






Periodo: 2 de enero de 2021 al 1° de enero de 2022

Morbimortalidad del LH

-  Ocupó el quinto lugar entre los CNR en la población pediátrica con cáncer.



La PCNR estandarizada fue de **4 casos (IC 95%: 3,2 - 5,5) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.**

-  Comparativamente con el 2021, las tres medidas de morbimortalidad presentaron un incremento del 60,0% en la mortalidad, del 7,1% en la PCNR y del 3,6% en la prevalencia.

Caracterización de los casos nuevos de LH

En el ámbito nacional se reportó la estadificación en el

81,7%. Esta proporción fue mayor en el **régimen contributivo (90,3%).**

-  En el país la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 17 días (RIC:10 - 48), y hasta el primer tratamiento fue de 18 días (RIC: 6 - 31).
-  El tiempo de espera para el diagnóstico fue mayor en los estadios III; para el inicio del tratamiento esto ocurrió para los casos en el estadio I.

Resumen

Capítulo 6. Linfoma Hodgkin en la población pediátrica



6. Linfoma Hodgkin (LH) en la población pediátrica

CIE 10: C81; CIE-O-3: C42-C77

6.1. Morbimortalidad del LH

En el periodo de análisis fueron notificadas 439 personas menores de 18 años con LH, de las cuales el 13,67% fueron casos nuevos. El LH ocupó el quinto lugar en frecuencia entre los CNR en la población pediátrica. El 1,99% de las muertes informadas (n= 8) se presentaron en esta población (**tabla 6.1**).

Tabla 6.1. Medidas de frecuencia del LH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	60	4,20	4,24	3,23 - 5,46
Prevalencia	439	30,72	31,02	28,18 - 34,06
Mortalidad ⁵	8	0,56	0,56	0,24 - 1,11

¹ Incluye todos los casos de LH en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Informadas por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

³ La población de referencia corresponde a las proyecciones DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

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 LH en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

La PCNR estandarizada más alta se identificó en Bogotá, D. C., con 6,79 casos nuevos (IC 95%: 3,51 - 11,86) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años, mientras que la más baja se registró en la región Oriental con 1,86 casos nuevos (IC 95%: 0,60 - 4,34) (**tabla 6.2**). En relación con las entidades territoriales, Caquetá presentó la cifra más elevada con 13,52 (IC 95%: 1,64 - 49,04) mientras que Cundinamarca, Bolívar y Tolima tuvieron las más bajas con 1,09, 1,46 y 2,85 respectivamente. En catorce departamentos no se informaron casos nuevos durante el periodo.

 [Para consultar esta información con mayor desagregación le invitamos a ingresar a HIGIA](#)

Tabla 6.2. PCNR estandarizada del LH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	1	529.703	1,89	1,91	0,05 - 10,60
Bogotá, D. C.	12	1.770.145	6,78	6,79	3,51 - 11,86
Caribe	17	3.770.589	4,51	4,56	2,66 - 7,30
Central	13	3.179.346	4,09	4,06	2,16 - 6,94
Oriental	5	2.687.131	1,86	1,86	0,60 - 4,34
Pacífica	12	2.352.950	5,10	5,08	2,62 - 8,87
Nacional	60	14.289.864	4,20	4,24	3,23 - 5,46

¹ Incluye todos los casos nuevos de LH en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

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 LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La PCNR estandarizada fue mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado (**tabla 6.3**). Al comparar las entidades, los resultados más altos se presentaron en la CCF050, la EPSI04 y la RES004 con 19,14, 12,68 y 10,53 casos nuevos por cada 1.000.000 de afiliados menores de 18 años, respectivamente. Por su parte, la PCNR más bajas se observaron en la ESS024, la EPS008 y la EPSS41 con 1,21, 2,60 y 2,68 casos en ese orden. En veintisiete entidades no se informaron casos nuevos de LH durante el periodo.

📍 [La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA](#)

Tabla 6.3. PCNR estandarizada del LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	31	5.148.344	6,02	5,99	4,07 - 8,51
Subsidiado	26	5.953.324	4,37	4,42	2,89 - 6,47
Excepción	3	SD	SD	SD	SD
Especial	0	SD	SD	SD	SD
No afiliado	0	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de LH en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2021.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

Para los regímenes de excepción, especial y en la población no afiliada, 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 LH en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

La región de Bogotá, D. C., tuvo la mayor prevalencia estandarizada con 48,31 casos (IC 95%: 38,64 - 59,67) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años; entre tanto en la Amazonía - Orinoquía se estimó la más baja con 15,51 casos (IC 95%: 6,70 - 30,49) (**tabla 6.4**).

Las entidades territoriales con las prevalencias más altas fueron Quindío y Risaralda, con 89,65 y 71,49, respectivamente. Mientras que en Chocó, Putumayo y Bolívar se observaron las más bajas (0,25, 2,28 y 4,56, en ese orden). Los departamentos del Amazonas, Vaupés, Vichada y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, no reportaron casos prevalentes en el periodo.

📍 [Para consultar esta información con mayor desagregación le invitamos a ingresar a HIGIA](#)

Tabla 6.4. Prevalencia estandarizada del LH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	8	529.703	15,10	15,51	6,70 - 30,49
Bogotá, D. C.	86	1.770.145	48,58	48,31	38,64 - 59,67
Caribe	83	3.770.589	22,01	22,39	17,83 - 27,75
Central	131	3.179.346	41,20	40,65	33,99 - 48,24
Oriental	80	2.687.131	29,77	29,74	23,58 - 37,02
Pacífica	51	2.352.950	21,67	21,51	16,02 - 28,29
Nacional	439	14.289.864	30,72	31,02	28,18 - 34,06

¹ Incluye todos los casos de LH en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Linfoma Hodgkin (LH) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

6.1.4. Prevalencia del LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada fue superior en el régimen contributivo en comparación con el subsidiado (**tabla 6.5**). La EPS042 con 155,15, la EPS046 con 96,59 y la RES003 con 59,67 fueron las entidades con las estimaciones más altas. Por otro lado, la EPSI04, la CCF102 y la EPS025 con 12,68, 14,32 y 17,52 casos por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años, respectivamente, tuvieron los valores más bajos. No se informaron casos prevalentes en el periodo en dieciséis entidades.

 [La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA](#)

Tabla 6.5. Prevalencia estandarizada del LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	195	5.148.344	37,88	37,87	32,74 - 43,58
Subsidiado	191	5.953.324	32,08	32,32	27,90 - 37,24
Excepción	20	SD	SD	SD	SD
Especial	0	SD	SD	SD	SD
No afiliados	1	SD	SD	SD	SD
Liquidadas	32	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de LH en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2021.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

Para los regímenes de excepción, especial, en las entidades liquidadas y en la población no afiliada 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 general en la población pediátrica con LH según la región y la entidad territorial

Para el 2022, la región Caribe presentó la mayor mortalidad general estandarizada con 1,35 fallecimientos (IC 95%: 0,44 - 3,15) por cada 1.000.000 de habitantes menores de 18 años. Por su parte, en las regiones de la Amazonía-Orinoquía, Bogotá, D. C., y la Pacífica no se registraron fallecimientos en esta población (**tabla 6.6**).

Entre las entidades territoriales que reportaron defunciones, la mortalidad estandarizada más alta se registró en Quindío (7,47) y las más bajas en Cundinamarca y Bolívar con 1,09 y 1,44, respectivamente. No se informaron muertes en los menores con este tipo de cáncer en veintiséis departamentos.

 [Para consultar esta información con mayor desagregación le invitamos a ingresar a HIGIA](#)

Tabla 6.6. Mortalidad general estandarizada del LH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	0	529.703	0,00	0,00	NA
Bogotá, D. C.	0	1.770.145	0,00	0,00	NA
Caribe	5	3.770.589	1,33	1,35	0,44 - 3,15
Central	2	3.179.346	0,63	0,62	0,08 - 2,26
Oriental	1	2.687.131	0,37	0,37	0,01 - 2,07
Pacífica	0	2.352.950	0,00	0,00	NA
Nacional	8	14.289.864	0,56	0,56	0,24 - 1,11

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con LH reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza; NA: no aplica.



6.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con LH según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad general estandarizada fue similar en los regímenes contributivo y subsidiado (**tabla 6.7**). Los fallecidos, menores de 18 años, con diagnóstico de LH estaban afiliados a 5 entidades, de las cuales la ESS091 presentó la estimación más alta, con 9,85 muertes por 1.000.000 de menores afiliados, mientras que la más baja se observó en la EPS002 con 1,03.

📌 [La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA](#)

Tabla 6.7. Mortalidad general estandarizada del LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	3	5.148.344	0,58	0,59	0,12 - 1,72
Subsidiado	3	5.953.324	0,50	0,51	0,10 - 1,48
Excepción	0	SD	SD	SD	SD
Especial	0	SD	SD	SD	SD
No afiliados	0	SD	SD	SD	SD
Liquidadas	2	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con LH reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2021.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

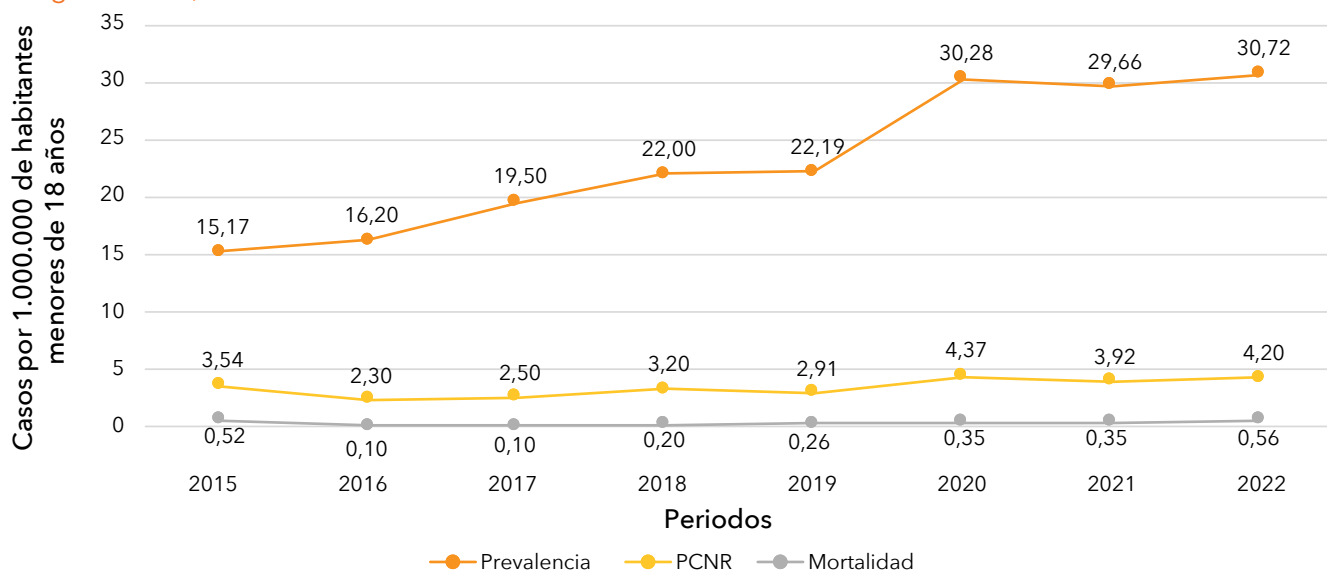
Para los regímenes de excepción, especial, en las entidades liquidadas y en la población no afiliada no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecimientos notificados.

IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.

6.1.7. Evolución del registro del LH en la población pediátrica en el aseguramiento en Colombia

Para el 2022 las tres medidas de morbilidad presentaron un incremento significativo con respecto al periodo anterior (**figura 6.1**). Este cambio fue mayor en la mortalidad con un aumento del 60,00%, seguida por la PCNR con el 7,14% y la prevalencia con un 3,57%.

Figura 6.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del LH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022



Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportadas por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

Mortalidad: corresponde al número de 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 LH en la población pediátrica

6.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LH

La **tabla 6.8** presenta una caracterización general de los casos nuevos de este tipo de cáncer según el régimen de aseguramiento. El 51,67% estaba afiliado al régimen contributivo, más del 60% fueron hombres y la mediana de la edad fue de 13 años (RIC: 8 - 15). La región Caribe concentró la mayor proporción de CNR con el 28,33%.

Con respecto a la distribución por el sexo y la edad, esta fue similar entre los regímenes. Entre tanto, en el régimen contributivo, la proporción más alta de los casos nuevos residía en Bogotá, D. C., mientras que en el subsidiado la Caribe presentó el mayor porcentaje.

Tabla 6.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total n= 60 (100,00%)
	Contributivo n= 31 (51,67%)	Subsidiado n= 26 (43,33%)	Excepción n= 3 (5,00%)	
Sexo				
Mujeres	10 (32,26)	8 (30,77)	2 (66,67)	20 (33,33)
Hombres	21 (67,74)	18 (69,23)	1 (33,33)	40 (66,67)
Edad	13 (9 - 15)	12 (7 - 15)	13 (13 - 17)	13 (8 - 15)
Etnia				
Ninguna	31 (100,00)	25 (96,15)	3 (100,00)	59 (98,33)
Indígena	0 (0,00)	1 (3,85)	0 (0,00)	1 (1,67)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (33,33)	1 (1,67)
Bogotá, D. C.	11 (35,48)	1 (3,85)	0 (0,00)	12 (20,00)
Caribe	7 (22,58)	9 (34,62)	1 (33,33)	17 (28,33)
Central	6 (19,35)	7 (26,92)	0 (0,00)	13 (21,67)
Oriental	1 (3,23)	3 (11,54)	1 (33,33)	5 (8,33)
Pacífica	6 (19,35)	6 (23,08)	0 (0,00)	12 (20,00)

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

6.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LH

La **tabla 6.9** describe las características clínicas de los casos nuevos de este tipo de cáncer según su afiliación al sistema de salud.

El porcentaje de los menores con reporte de la estadificación en el país fue de 81,67%, con una disminución porcentual del 4,71% con respecto al periodo anterior (85,71%). El estadio II, con el 42,86%, agrupó a la mayoría de los casos, seguido por los estadios III y IV, ambos con el 22,45%.

Por otra parte, la clasificación del riesgo se reportó en el 78,33% de los CNR, siendo mayor con respecto al periodo anterior (62,50%), incluso superior al porcentaje de los casos de LNH en los que se reportó esta información (57,89%); entre estos, la mayoría se clasificó con riesgo alto. Según el régimen, este comportamiento fue similar en el contributivo y el de excepción, mientras que en el subsidiado más del 50% se clasificó con riesgo bajo.

Es importante mencionar que en el contributivo se reportó la estadificación clínica y la clasificación del riesgo en un mayor número de casos en relación con el subsidiado. Se debe trabajar para disminuir esta brecha entre los dos regímenes, teniendo en cuenta que estos aspectos del diagnóstico son esenciales para el manejo de la enfermedad.



Tabla 6.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de LH según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total n= 60 (100,00%)
	Contributivo n= 31 (51,67%)	Subsidiado n= 26 (43,33%)	Excepción n= 3 (5,00%)	
Estadificación (sí)²	28 (90,32)	18 (69,23)	3 (100,00)	49 (81,67)
Estadio al diagnóstico^{2,3}				
I	1 (3,57)	4 (22,22)	0 (0,00)	5 (10,20)
II	13 (46,43)	7 (38,89)	1 (33,33)	21 (42,86)
III	6 (21,43)	4 (22,22)	1 (33,33)	11 (22,45)
IV	7 (25,00)	3 (16,67)	1 (33,33)	11 (22,45)
Extraganglionales	1 (3,57)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (2,04)
Clasificación del riesgo (sí)⁴	27 (87,10)	17 (65,38)	3 (100,00)	47 (78,33)
Categorías de riesgo⁴				
Bajo	10 (37,04)	10 (58,82)	1 (33,33)	21 (44,68)
Alto	17 (62,96)	7 (41,17)	2 (66,67)	26 (55,32)

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

² Definida según las clasificaciones Murphy, Ann Arbor o Lugano.

³ Incluye todos los casos nuevos de LH en la población pediátrica que fueron estadificados. Los tumores extraganglionales incluyen tumores primarios del SNC, primarios mediastinales o primarios de otros órganos.

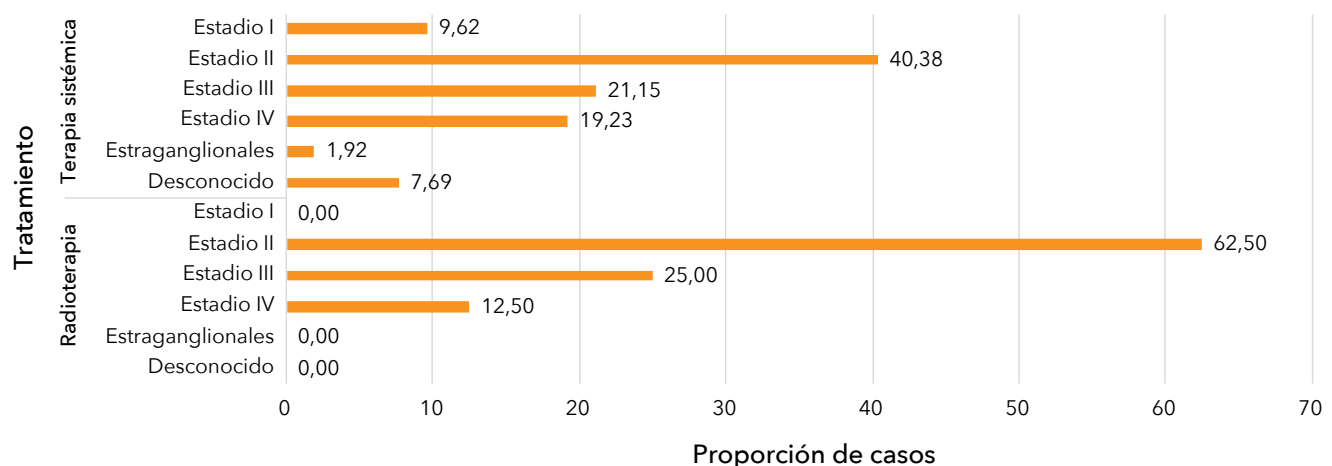
⁴ Los grupos de riesgo citogénico-molecular fueron definidos según el instructivo de reporte de la CAC.

6.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LH

La **figura 6.2** muestra la distribución del tratamiento en los casos nuevos de LH de acuerdo con el estadio al diagnóstico. En el 86,67% (n= 52), se administró la terapia sistémica, siendo el tipo de tratamiento más frecuente, mientras que la radioterapia se administró en el 13,33% (n= 8). No se reportaron casos con intervenciones quirúrgicas o trasplante de células hematopoyéticas. Según la estadificación, se resalta que el 40,38% de los casos en manejo con terapia sistémica fueron diagnosticados en estadio II.

En el periodo, el 13,33% (n= 8) de los casos nuevos de LH no recibió ningún tipo de terapia, porcentaje superior a lo reportado en el 2021. Vale la pena recordar que en este grupo están incluidos los casos que fueron diagnosticados cerca de la fecha de corte, tuvieron manejo expectante o abandonaron el tratamiento, recibieron manejo paliativo y los que fallecieron antes de iniciar el manejo.

Figura 6.2. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de LH en la población pediátrica según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



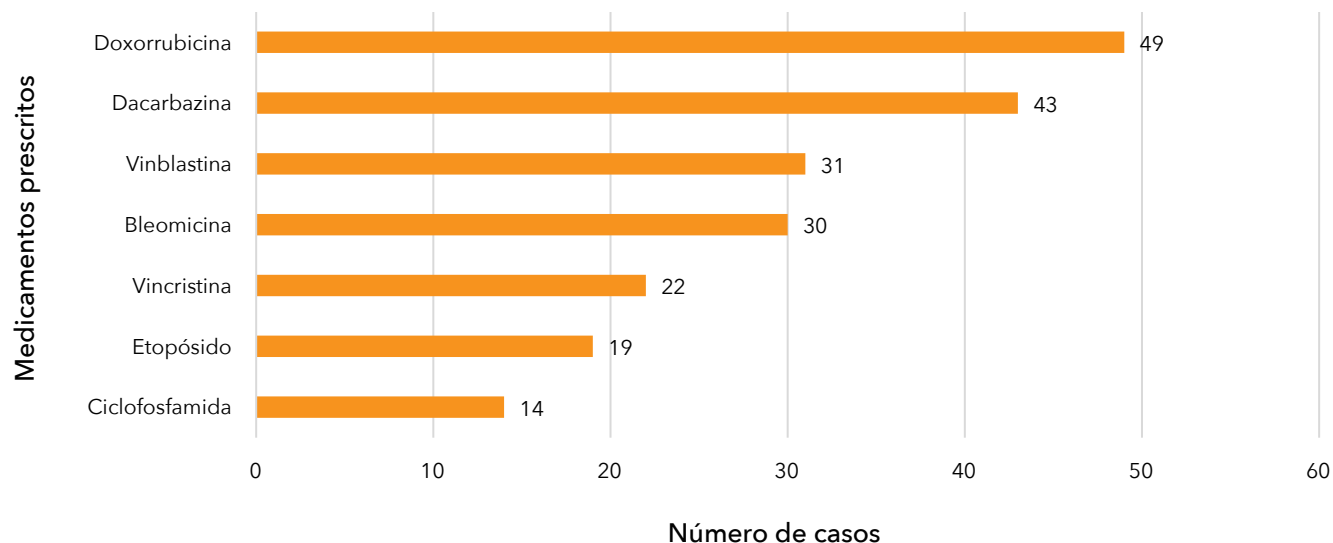
La estadificación se basa en los sistemas de Murphy, Ann Arbor o Lugano.

El grupo de terapia sistémica incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

[Descargar figura](#)

En la **figura 6.3** se describen los medicamentos más comunes para el manejo de los casos nuevos de LH, presentando la frecuencia de uso sin tener en cuenta si este fue concomitante con otros fármacos. Los citotóxicos más administrados fueron la doxorrubicina, la dacarbazina y la vinblastina. No se reportó el uso de otros medicamentos como los corticoides.

Figura 6.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye todos los casos nuevos de LH en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo con terapia sistémica.

[Descargar figura](#)

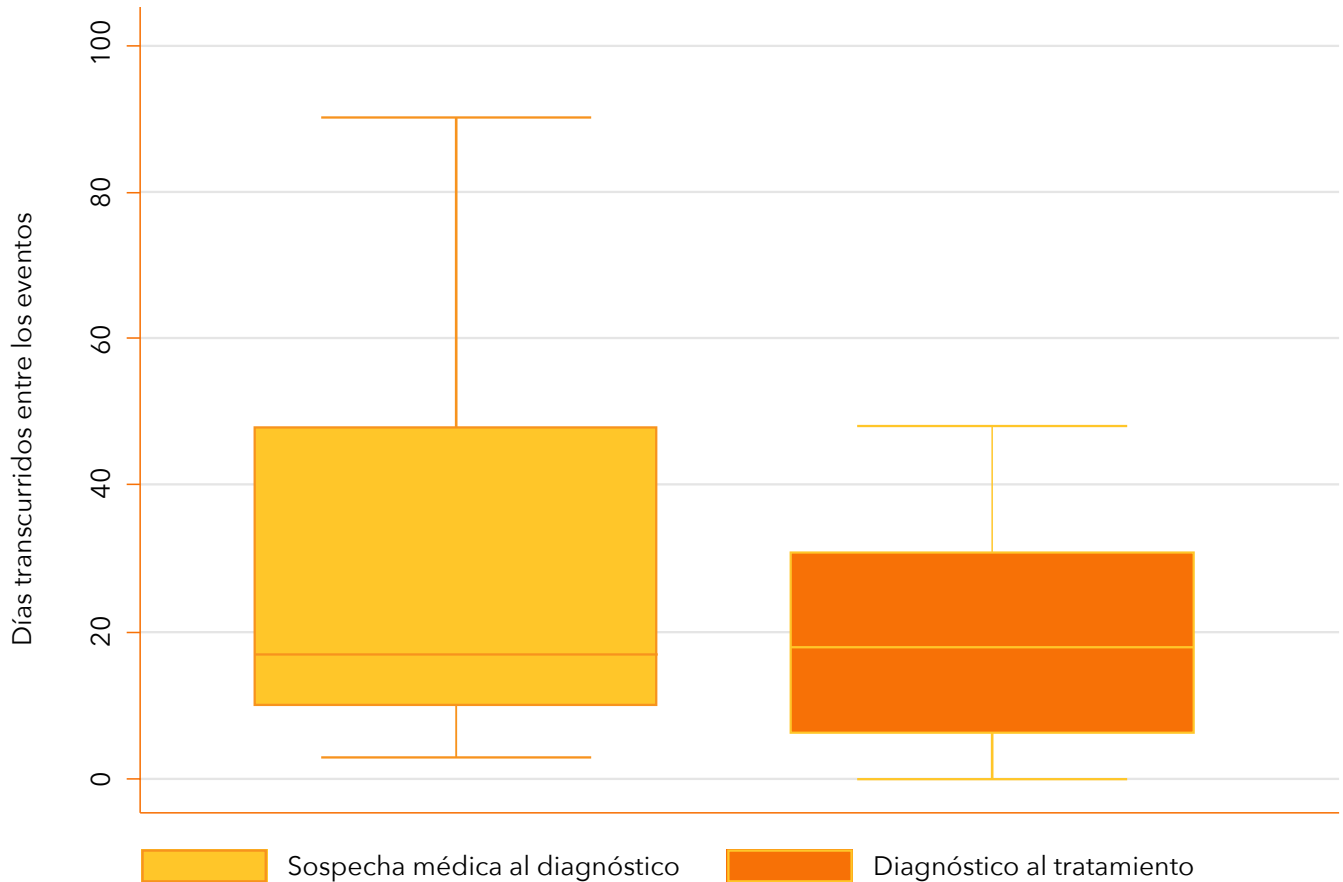
6.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LH

En la sección de aspectos metodológicos se presenta la operacionalización de la oportunidad de la atención (diagnóstico y tratamiento).

La mediana del tiempo de espera para el diagnóstico a nivel nacional fue de 17 días (RIC: 10 - 48) y para el inicio del tratamiento fue de 18 días (RIC: 6 - 31). En comparación con lo reportado en los CNR de LNH, los tiempos de espera en ambos momentos de la atención fueron más prolongados. En este sentido, se requiere de un esfuerzo conjunto que permita mejorar el acceso y la atención ofrecida a la población pediátrica con este tipo de linfoma.



Figura 6.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye todos los casos nuevos de LH en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico fue de 39,36 días (\pm 50,27) y para la del tratamiento fue de 30,71 días (\pm 45,18).

[Descargar figura](#)

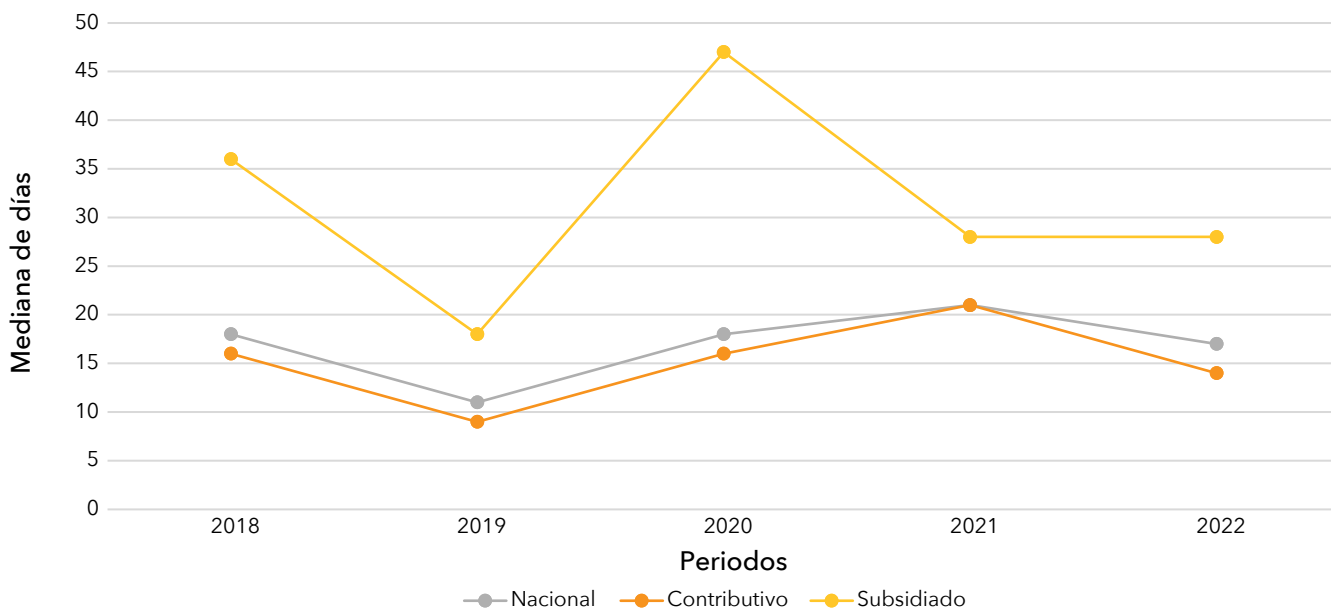
En las **figuras 6.5 y 6.6** se observan la tendencia de la oportunidad del diagnóstico y el tratamiento según el régimen de afiliación en los últimos 5 periodos. Para el 2022, en el país se observó una disminución de 4 días en la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico con respecto al 2021. El régimen con la mejor oportunidad fue el contributivo con 14 días (RIC: 9 - 30), siendo menor a lo estimado en el 2021. Entre tanto, el régimen subsidiado presentó la espera más prolongada con una mediana de 28 días (RIC: 13 - 55) (**figura 6.5**). Los dos casos en el régimen de excepción registraron una mediana de 22 días (RIC: 7 - 37).

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Linfoma Hodgkin (LH) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 6.5. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LH en la población pediátrica, en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



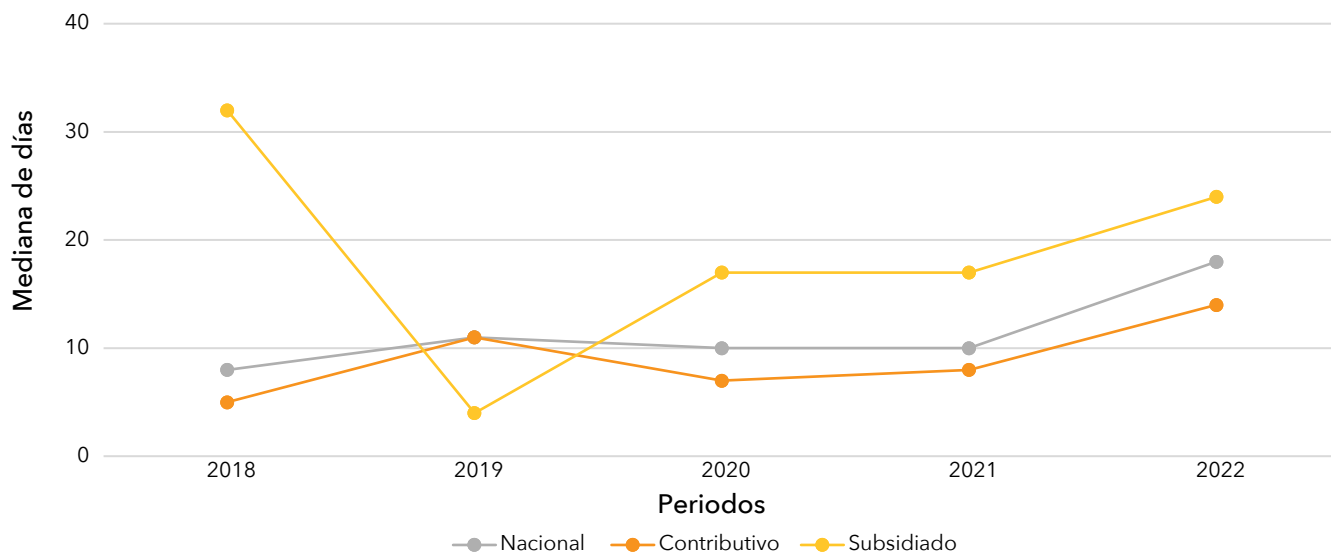
Incluye todos los casos nuevos de LH en los menores de 18 años que fueron notificados a la CAC durante el periodo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el periodo 2022 fue: nacional de 39,36 días ($\pm 50,27$), régimen contributivo 34,82 días ($\pm 48,63$), régimen subsidiado 48,34 días ($\pm 55,23$), y régimen de excepción 22,00 días ($\pm 21,21$).

[Descargar figura](#)

En general los tiempos de acceso al tratamiento (**figura 6.6**) aumentaron en el 2022 con respecto a los dos periodos anteriores. En el régimen contributivo se estimó la mejor oportunidad con 14 días de espera (RIC: 4 - 26), mientras que en el subsidiado la mediana fue de 24 días (RIC: 12 - 39). En tres casos del régimen de excepción la oportunidad fue de 5 días (RIC: 3 - 9).

Figura 6.6. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de LH en la población pediátrica, en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye todos los casos nuevos de LH en los menores de 18 años que fueron notificados a la CAC durante el periodo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el periodo 2022 fue: nacional 30,71 días ($\pm 45,18$), régimen contributivo 22,85 días ($\pm 32,11$), régimen subsidiado 43,41 días ($\pm 57,41$), y régimen de excepción 5,67 días ($\pm 3,06$).

[Descargar figura](#)



Dados los resultados de la oportunidad para la confirmación del diagnóstico y el inicio del tratamiento, se requiere una mayor y mejor atención a la población pediátrica con LH de manera que se reduzcan las brechas observadas entre los regímenes.

De acuerdo con el análisis de la oportunidad de la atención según el estadio (**tabla 6.10**), la espera más prolongada para la confirmación del diagnóstico, se presentó en el estadio III y la más corta en el II. Por su parte, la oportunidad para acceder al tratamiento fue mejor en los estadios II y IV, mientras que en el estadio I se estimó la espera más prolongada.

Tabla 6.10. Oportunidad de la atención en la población pediátrica con LH según el estadio al diagnóstico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Estadio	Oportunidad del diagnóstico		Oportunidad del tratamiento	
	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)
I	26,60 (14,98)	21 (15 - 40)	18,00 (13,87)	22 (9 - 23)
II	56,89 (72,18)	14 (9 - 69)	33,90 (59,35)	18 (4 - 27)
III	32,27 (31,03)	22 (14 - 37)	28,50 (28,25)	20 (9 - 28)
IV	33,67 (33,61)	21 (9 - 51)	40,20 (46,88)	18 (6 - 48)
Desconocido	16,50 (11,39)	16 (8 - 25)	19,00 (12,49)	18 (9 - 29)

DE: desviación estándar; RIC: rango intercuartílico.

6.3. Caracterización de los casos prevalentes de LH en la población pediátrica

La caracterización general de los casos prevalentes de LH de acuerdo con el régimen del aseguramiento se describe en la **tabla 6.11**.

De los casos notificados en el 2022, la mayoría estaban afiliados a los regímenes contributivo (47,91%) y subsidiado (46,93%). Más del 60% se presentaron en los hombres con una mediana de la edad de 14 años y la mayoría residía en la región Central. En la población no afiliada al sistema de salud, se informó un caso de sexo masculino de 16 años, residente en Bogotá, D. C.

Al comparar por el tipo de aseguramiento, el sexo y la edad presentaron una tendencia similar a la observada en el ámbito nacional. La distribución de casos en las diferentes regiones es heterogénea entre regímenes. Mientras en el contributivo, Bogotá, D. C., y la región Central registraron la mayor concentración de casos, en el subsidiado la mayoría residían en la Central y la Caribe.

Tabla 6.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ^{2,3} n= 407 (100,00%)
	Contributivo n= 195 (47,91%)	Subsidiado n= 191 (46,93%)	Excepción n= 20 (4,91%)	
Sexo				
Mujeres	42 (21,54)	47 (24,61)	7 (35,00)	96 (23,59)
Hombres	153 (78,46)	144 (75,39)	13 (65,00)	311 (76,41)
Edad	13 (11 - 16)	14 (10 - 15)	15 (12 - 15)	14 (11 - 15)
Etnia				
Ninguna	193 (98,97)	179 (93,72)	20 (100,00)	393 (96,56)
Negro	0 (0,00)	10 (5,24)	0 (0,00)	10 (2,46)
Indígena	2 (1,03)	2 (1,05)	0 (0,00)	4 (0,98)

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Linfoma Hodgkin (LH) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 6.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022 (continuación)

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ^{2,3} n= 407 (100,00%)
	Contributivo n= 195 (47,91%)	Subsidiado n= 191 (46,93%)	Excepción n= 20 (4,91%)	
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	1 (0,51)	5 (2,62)	1 (5,00)	7 (1,72)
Bogotá, D. C.	64 (32,82)	15 (7,85)	1 (5,00)	81 (19,90)
Caribe	20 (10,26)	52 (27,23)	5 (25,00)	77 (18,92)
Central	63 (32,31)	58 (30,37)	4 (20,00)	125 (30,71)
Oriental	29 (14,87)	38 (19,90)	8 (40,00)	75 (18,43)
Pacífica	18 (9,23)	23 (12,04)	1 (5,00)	42 (10,32)

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

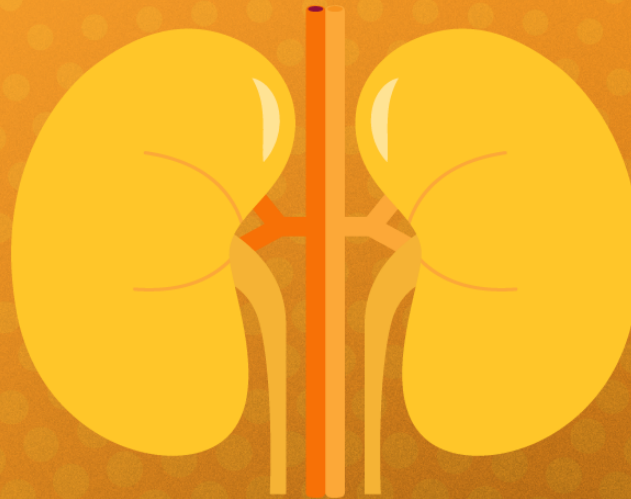
² No se incluyen los datos de 32 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene la información actualizada.

³ Para los valores totales se tiene en cuenta un caso reportado como población no afiliada.




Tumores del sistema urinario (SU) en la población pediátrica

CIE10: C70-C72; CIE-O-3: C70-C72




Periodo: 2 de enero de 2021 al 1° de enero de 2022

Morbimortalidad de las neoplasias del sistema urinario


 Ocupó el octavo lugar entre el total de CNR en la población pediátrica.


La PCNR estandarizada por la edad fue de **3 casos nuevos (IC 95%: 2,0 - 3,8) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.**

 Comparativamente con el 2021, la PCNR y la mortalidad general aumentó en un 8,1% y 7,7%, respectivamente.

Caracterización de los casos nuevos de las neoplasias del sistema urinario

En el ámbito nacional, en el **75,0%** de los casos se reportó la estadificación. Esta proporción fue mayor en el régimen contributivo (84,0%).

 El 40,0% de los casos fueron diagnosticados en estadio III.

 En el país, la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 15 días (RIC: 7 - 37) y hasta el primer tratamiento de 2 días (RIC:0 - 6).

Resumen

Capítulo 7. Tumores del sistema urinario (SU)





7. Tumores del sistema urinario (SU) en la población pediátrica

CIE10: C64-C68, D091; CIE-O-3: C64

7.1. Morbimortalidad de los tumores del SU

Los tumores del SU fueron el cuarto tipo de cáncer más frecuente del total reportado en la población pediátrica y ocuparon el octavo lugar en frecuencia entre los CNR, representando el 4,02% de los casos nuevos. En el periodo se informaron 473 casos, de los cuales 40 fueron diagnosticados en el periodo. Entre las muertes informadas, el 3,47% (n= 14) se presentaron en los menores con este tipo de neoplasias (**tabla 7.1**). No se reportaron casos *in situ* en el periodo.

Tabla 7.1. Medidas de frecuencia de los tumores del SU en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	40	2,80	2,77	1,98 - 3,77
Prevalencia	473	33,10	33,31	30,38 - 36,46
Mortalidad ⁵	14	0,98	0,99	0,54 - 1,66

¹ Incluye todos los tumores del SU en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Informadas por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

³ La población de referencia corresponde a las proyecciones DANE para el año 2021 en menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

⁴ IC 95% para las medidas ajustadas.

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 los tumores del SU en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

La PCNR estandarizada más alta se estimó en Bogotá, D. C., con 4,51 (IC 95%: 1,95 - 8,89), mientras que la más baja se observó en la región Oriental con 1,49 casos nuevos (IC 95%: 0,41 - 3,82) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años (**tabla 7.2**).

Entre tanto, la entidad territorial con la estimación más alta fue San Andrés, Providencia y Santa Catalina con 59,99, mientras que, Cundinamarca, Norte de Santander y Cesar, registraron las más bajas con 1,09, 2,00 y 2,10 casos nuevos por 1.000.000 de habitantes, respectivamente. En dieciséis departamentos no se informaron CNR en el periodo.

 [Para consultar esta información con mayor desagregación le invitamos a ingresar a HIGIA](#)

Tabla 7.2. PCNR estandarizada de los tumores del SU en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	1	529.703	1,89	1,87	0,05 - 10,50
Bogotá, D. C.	8	1.770.145	4,52	4,51	1,95 - 8,89
Caribe	14	3.770.589	3,71	3,66	2,00 - 6,15
Central	8	3.179.346	2,52	2,55	1,10 - 5,02
Oriental	4	2.687.131	1,49	1,49	0,41 - 3,82
Pacífica	5	2.352.950	2,12	2,15	0,70 - 5,01
Nacional	40	14.289.864	2,80	2,77	1,98 - 3,77

¹ Incluye todos los tumores del SU en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

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 pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Tumores del sistema urinario (SU) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

7.1.2. PCNR de los tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

El régimen contributivo tuvo una PCNR estandarizada mayor en 2,73 casos por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años con respecto al subsidiado (**tabla 7.3**). Las entidades con las cifras más elevadas fueron la EPS001, la EPS012 y la ESS091, con tasas de 22,18, 19,78 y 12,17, respectivamente. Por el contrario, las estimaciones más bajas se reportaron en la ESS062 (1,81) y la ESS118 (2,18). En treinta y tres entidades no se notificaron casos diagnosticados durante el periodo.

Tabla 7.3. PCNR estandarizada de los tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	25	5.148.344	4,86	4,91	3,17 - 7,24
Subsidiado	13	5.953.324	2,18	2,18	1,16 - 3,72
Excepción	2	SD	SD	SD	SD
Especial	0	SD	SD	SD	SD
No afiliado	0	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de tumores del SU en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2021.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas

Para los regímenes de excepción, especial y en la población no afiliada, 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 de los tumores del SU en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

La prevalencia estandarizada más alta se presentó en la región Pacífica con 41,07 casos (IC 95%: 33,31 - 50,11) y la menor en la Caribe con 21,18 casos (IC 95%: 16,79 - 26,36) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años (**tabla 7.4**). Los departamentos con las mayores tasas fueron San Andrés, Providencia y Santa Catalina (59,99) y Nariño (50,52), mientras que Cesar, La Guajira y Norte de Santander presentaron las menores cifras con 6,62, 10,26 y 16,24 casos por 1.000.000 habitantes menores de 18 años, en ese orden. En tres entidades territoriales no se informaron casos de este tipo de cáncer.

 [Para consultar esta información con mayor desagregación le invitamos a ingresar a HIGIA](#)

Tabla 7.4. Prevalencia estandarizada de los tumores del SU en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	14	529.703	26,43	26,53	14,50 - 44,51
Bogotá, D. C.	72	1.770.145	40,67	40,77	31,90 - 51,35
Caribe	80	3.770.589	21,22	21,18	16,79 - 26,36
Central	130	3.179.346	40,89	40,78	34,07 - 48,43
Oriental	80	2.687.131	29,77	29,74	23,58 - 37,01
Pacífica	97	2.352.950	41,22	41,07	33,31 - 50,11
Nacional	473	14.289.864	33,10	33,31	30,38 - 36,46

¹ Incluye todos los casos de tumores del SU en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



7.1.4. Prevalencia de los tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada en el régimen contributivo fue mayor en comparación con la del subsidiado (**tabla 7.5**). Las EAPB con la mayor prevalencia fueron la EPS001, la EPS046 y la EPS018, con 201,45, 196,36 y 74,23 casos por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años, respectivamente, mientras que, en la EPS022 se estimó la tasa más baja (7,69). En veinte entidades no se reportaron casos prevalentes en el periodo.

Tabla 7.5. Prevalencia estandarizada de los tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	224	5.148.344	43,51	43,21	37,73 - 49,25
Subsidiado	187	5.953.324	31,41	31,70	27,32 - 36,58
Excepción	21	SD	SD	SD	SD
Especial	0	SD	SD	SD	SD
No afiliado	1	SD	SD	SD	SD
Liquidadas	40	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de tumores del SU en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2021.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas

Para los regímenes de excepción, especial, en las entidades liquidadas y en la población no afiliada 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 general en la población pediátrica con tumores del SU según la región y la entidad territorial

Bogotá, D. C., presentó la mortalidad general más elevada con 2,29 fallecimientos (IC 95%: 0,62 - 5,84) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años y la más baja se observó en la región Caribe con 0,52 muertes (IC 95%: 0,06 - 1,90) (**tabla 7.6**). Por otro lado, solo diez departamentos notificaron defunciones en el periodo. La entidad territorial con la cifra más alta fue Caldas con una tasa de 3,96; en cambio, en Valle del Cauca se reportó la más baja (0,80).

 [Para consultar esta información con mayor desagregación le invitamos a ingresar a HIGIA](#)

Tabla 7.6. Mortalidad general estandarizada de los tumores del SU en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	0	529.703	0,00	0,00	0,00 - 0,00
Bogotá, D. C.	4	1.770.145	2,26	2,29	0,62 - 5,84
Caribe	2	3.770.589	0,53	0,52	0,06 - 1,90
Central	4	3.179.346	1,26	1,25	0,34 - 3,21
Oriental	2	2.687.131	0,74	0,74	0,09 - 2,68
Pacífica	2	2.352.950	0,85	0,85	0,10 - 3,07
Nacional	14	14.289.864	0,98	0,99	0,54 - 1,66

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con tumores del SU reportada a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas

IC: intervalo de confianza.

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Tumores del sistema urinario (SU) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

7.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con tumores del SU según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad en los casos afiliados al régimen subsidiado fue mayor en comparación con el contributivo. En cuanto a las EAPB, las mediciones más altas se registraron en las entidades EPSI06 con 24,68 y CCF050 con 19,53 muertes por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años, mientras que las más bajas se reportaron en la EPS002 y la EPS037 con tasas de 0,99 y 1,04, respectivamente. Un total de treinta y ocho entidades no informaron muertes en el periodo.

Tabla 7.7. Mortalidad general estandarizada en la población pediátrica con tumores del SU según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	5	5.148.344	0,97	0,96	0,31 - 2,24
Subsidiado	8	5.953.324	1,34	1,37	0,59 - 2,69
Excepción	0	SD	SD	SD	SD
Especial	0	SD	SD	SD	SD
No afiliado	0	SD	SD	SD	SD
Liquidadas	1	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con tumores del SU reportada a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2021.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

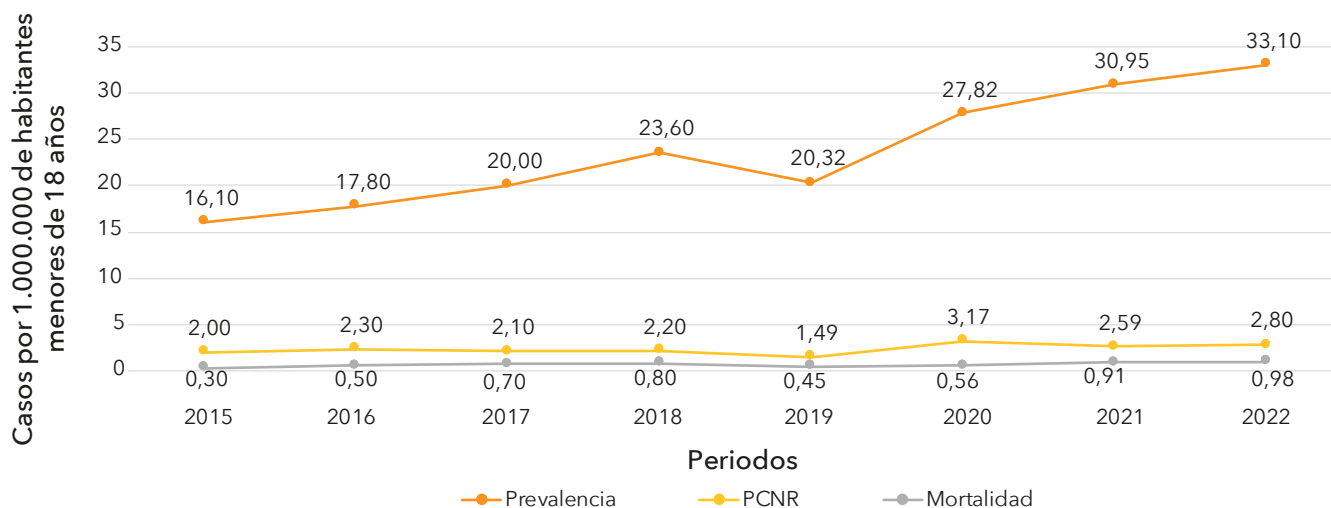
Para los regímenes de excepción, especial, en las entidades liquidadas y en la población no afiliada no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecimientos notificados.

IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.

7.1.7. Evolución del registro de los tumores del SU en la población pediátrica en el marco del aseguramiento en Colombia

Con respecto al comportamiento de la morbimortalidad, se observa que la PCNR en el 2022 aumentó en un 8,11%. Así mismo, la mortalidad general, que mantiene una tendencia creciente desde el 2020, fue mayor en el último periodo, con un incremento del 7,69% (figura 7.1).

Figura 7.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de los tumores del SU en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022



Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportadas por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

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 con tumores del SU en la población pediátrica

7.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos con tumores del SU

En la **tabla 7.8** se presenta la caracterización general de los CNR con tumores del SU. Entre estos, el 57,50% se presentaron en mujeres, la mediana de la edad fue de 4 años (RIC: 3 - 7) y el 35,00% residía en la región Caribe.

Según el régimen de afiliación, la mayoría de los casos nuevos estaban afiliados al régimen contributivo (62,50%). En el de excepción se reportaron dos casos residentes en Bogotá, D. C., y la región Caribe (datos no presentados).

La mediana de la edad en el subsidiado fue mayor al contributivo y a la estimada en el país. En ambos regímenes la mayoría de tumores del SU en menores se presentaron en las mujeres. En relación con la región de residencia, en el subsidiado se presentó una mayor proporción de casos en la Caribe (46,15%), mientras que, en el contributivo, estos se distribuyeron en Bogotá, D. C., y la Caribe.

Tabla 7.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos con tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación		Total ² n= 40 (100,00%)
	Contributivo n= 25 (62,50%)	Subsidiado n= 13 (32,50%)	
Sexo			
Mujeres	13 (52,00)	9 (69,23)	23 (57,50)
Hombres	12 (48,00)	4 (30,77)	17 (42,50)
Edad	4 (3 - 6)	6 (4 - 7)	4 (3 - 7)
Etnia			
Ninguna	25 (100,00)	13 (100,00)	40 (100,00)
Región de residencia			
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	1 (7,69)	1 (2,50)
Bogotá, D. C.	7 (28,00)	0 (0,00)	8 (20,00)
Caribe	7 (28,00)	6 (46,15)	14 (35,00)
Central	5 (20,00)	3 (23,08)	8 (20,00)
Oriental	2 (8,00)	2 (15,38)	4 (10,00)
Pacífica	4 (16,00)	1 (7,69)	5 (12,50)

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 dos casos del régimen de excepción.

7.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos con tumores del SU en la población pediátrica

En la **tabla 7.9** se presentan las principales características clínicas de los casos nuevos con tumores del sistema urinario según su afiliación al sistema de salud. Del total de CNR, un 90,00% (n= 36) correspondieron a tumores de Wilms; el restante de los casos son tumores de la pelvis renal. El 75,00% (n= 30) fueron estadificados, y de estos, el mayor porcentaje se diagnosticó en los estadios III y IV. Es de resaltar que la estadificación aumentó en un 26,14% con respecto a lo reportado en el periodo anterior.

Según el régimen, en la mayoría de los casos del contributivo se reportó la estadificación (84,00%). En el subsidiado, una gran proporción se diagnosticó en los estadios II y III, mientras que en el contributivo se encontraban en el estadio III. De los afiliados al régimen de excepción, en uno de ellos se notificó esta información (estadio I).

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Tumores del sistema urinario (SU) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 7.9. Caracterización clínica de los casos nuevos con tumores del SU según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación		Total ² n= 40 (100,00%)
	Contributivo n= 25 (62,50%)	Subsidiado n= 13 (32,50%)	
Estadificación (sí)	21 (84,00)	8 (61,54)	30 (75,00)
Estadio al diagnóstico^{3,4}			
I	3 (14,29)	0 (0,00)	4 (13,33)
II	2 (9,52)	3 (37,50)	5 (16,67)
III	9 (42,86)	3 (37,50)	12 (40,00)
IV	7 (33,33)	2 (25,00)	9 (30,00)

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

² Para los valores totales se tienen en cuenta dos casos del régimen de excepción.

³ Definida según el sistema internacional SIOP-NWTSG.

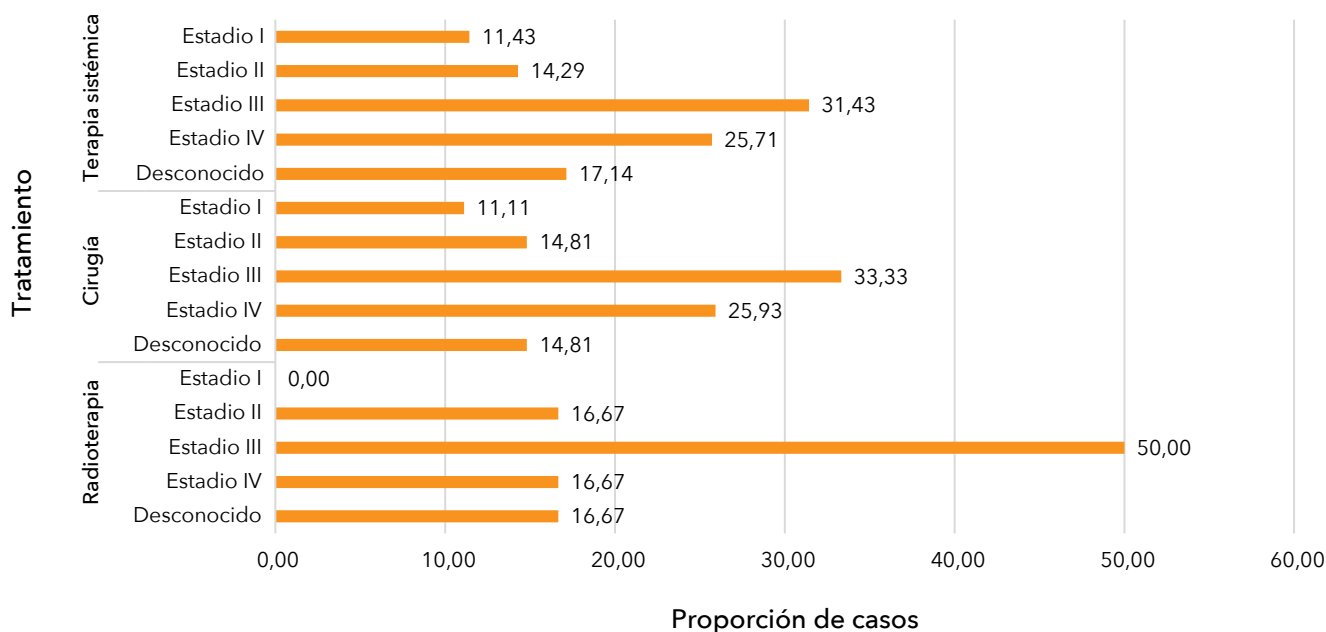
⁴ Incluye todos los casos nuevos de tumores del SU invasivos en los menores de 18 años que fueron estadificados.

7.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos con tumores del SU

La terapia sistémica y la cirugía fueron realizadas en el 87,50% y 67,50% de los casos nuevos, respectivamente, mientras que la radioterapia se utilizó solo en el 30,00%. Del total de los CNR, 11 recibieron los tres tratamientos. Solo 4 no recibieron manejo en el periodo.

La **figura 7.2** muestra la distribución del tratamiento en los casos nuevos de acuerdo con el estadio clínico al diagnóstico. Un gran porcentaje de los CNR que recibió terapia sistémica y cirugía se diagnosticaron en los estadios III y IV. Adicionalmente, la radioterapia se realizó en algunos casos en estadio II (16,67%).

Figura 7.2. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos con tumores del SU en la población pediátrica según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Definida según el sistema internacional SIOP-NWTSG.

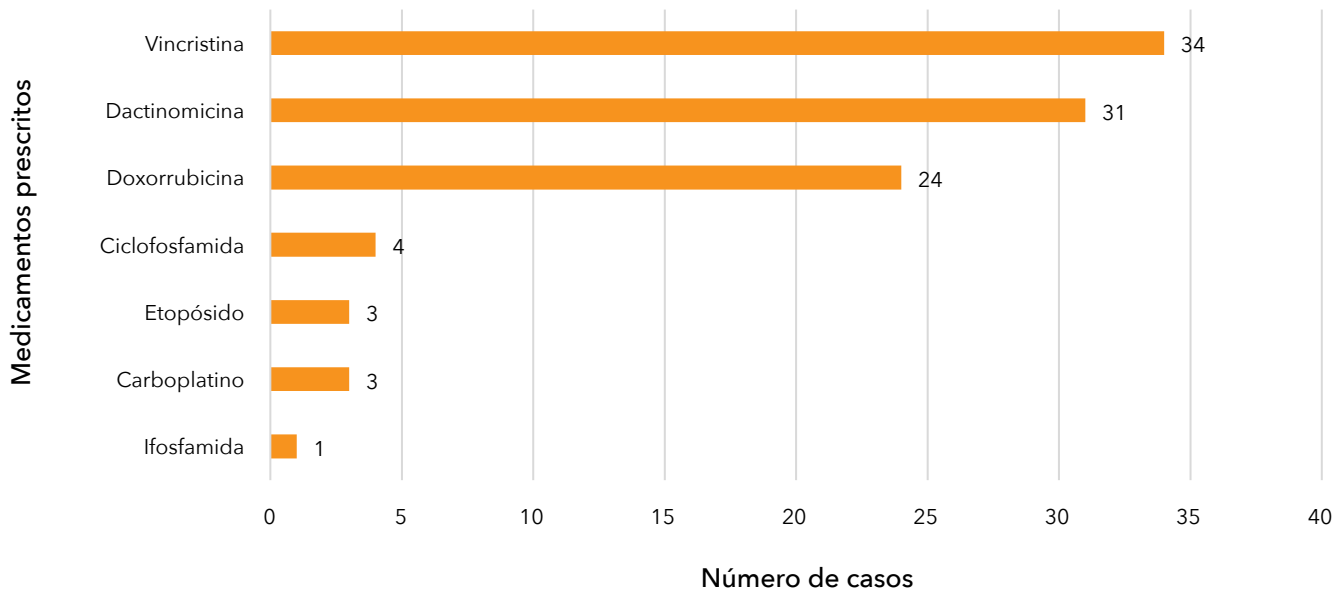
El grupo de terapia sistémica incluye la quimioterapia.

[Descargar figura](#)



Los medicamentos de mayor prescripción, tal como se observa en la **figura 7.3**, fueron la vincristina, la dactinomicina y la doxorubicina. La frecuencia reportada corresponde a valores independientes, sin que se tenga en cuenta el uso concomitante de los fármacos.

Figura 7.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de tumores del SU en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye todos los casos nuevos de tumores del SU en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo con terapia sistémica.

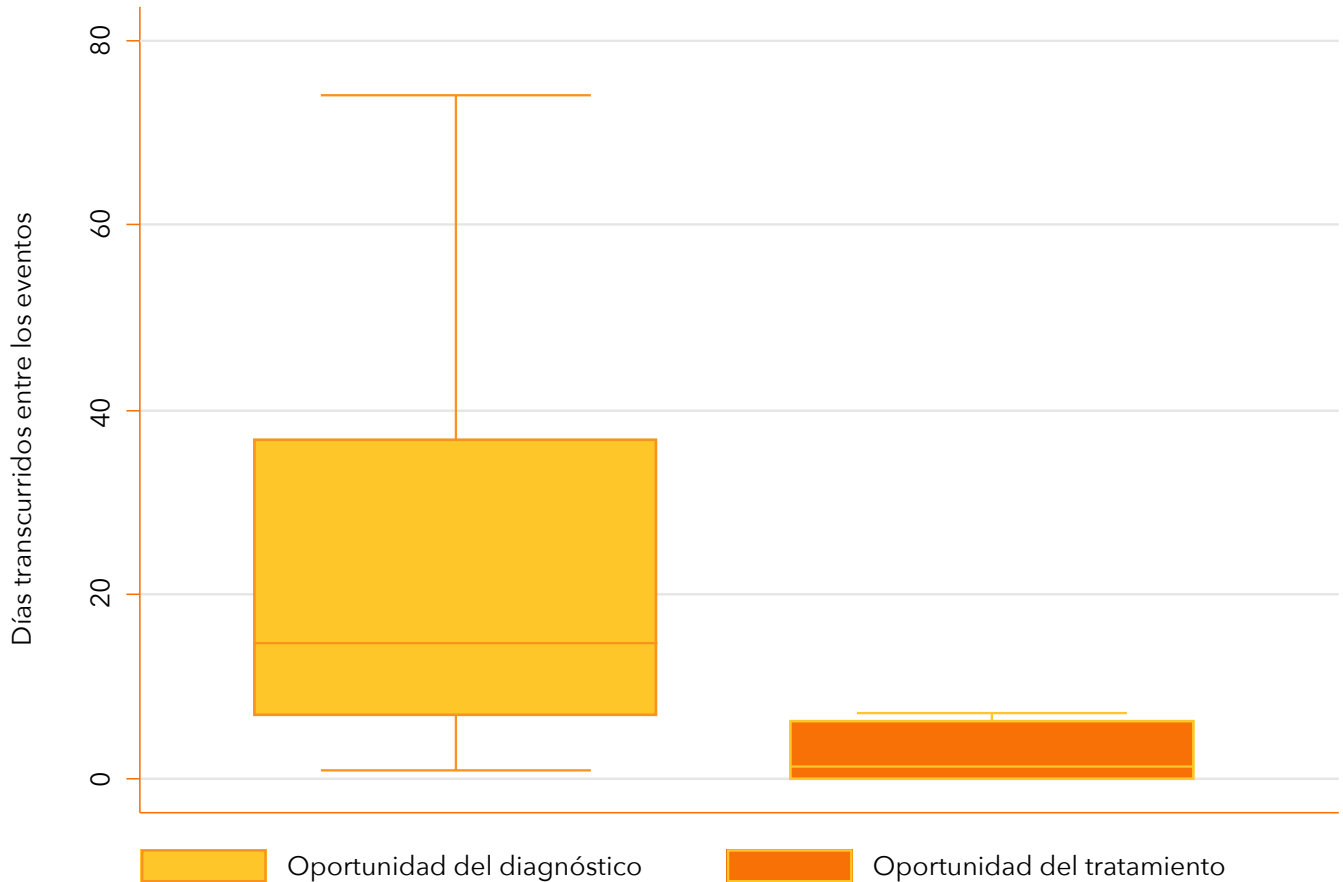
[Descargar figura](#)

7.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos con tumores del SU

En la sección de aspectos metodológicos se describe en detalle, la operacionalización de la oportunidad del diagnóstico y el tratamiento.

En el ámbito nacional, la mediana del tiempo de espera para acceder al diagnóstico fue de 15 días (RIC: 7 - 37) y para el inicio del tratamiento de 2 días (RIC: 0 - 6) (**figura 7.4**). Si bien la oportunidad del diagnóstico se mantuvo similar al periodo 2021, para el acceso al tratamiento, se presentó una reducción de 14 días con respecto al 2021.

Figura 7.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de tumores del SU en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye todos los casos nuevos de tumores del SU invasivos en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo.

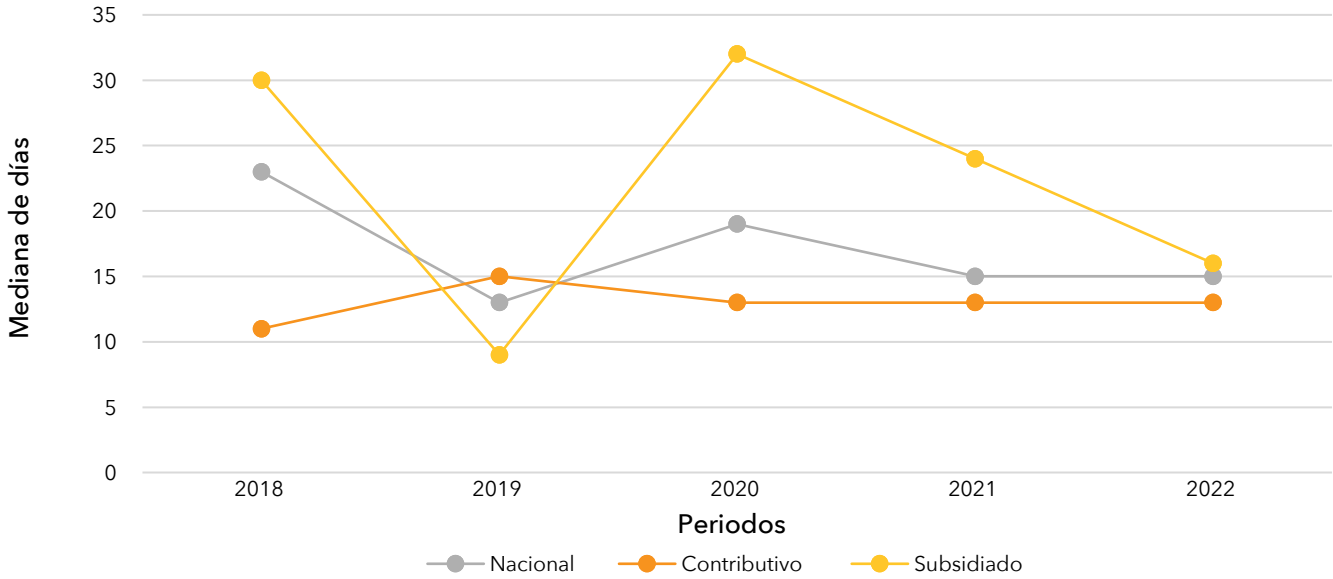
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico fue de 26,71 días ($\pm 28,64$) y para la del tratamiento fue de 7,90 días ($\pm 14,78$).

[Descargar figura](#)

La **figura 7.5** muestra la tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los CNR según el régimen de afiliación en los últimos cinco periodos. Desde el 2020 el contributivo registra el menor tiempo de espera para el diagnóstico (mediana 13 días, RIC: 7 - 40), incluso con una mejor oportunidad que en el ámbito nacional. En el subsidiado, a pesar de la disminución en el tiempo para el acceso al diagnóstico en los últimos 3 periodos, en estos casos se evidencia la espera más prolongada, con una mediana de 16 días (RIC: 7 - 37). En un caso afiliado al régimen de excepción la oportunidad fue de 15 días.



Figura 7.5. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de los tumores del SU en la población pediátrica en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022

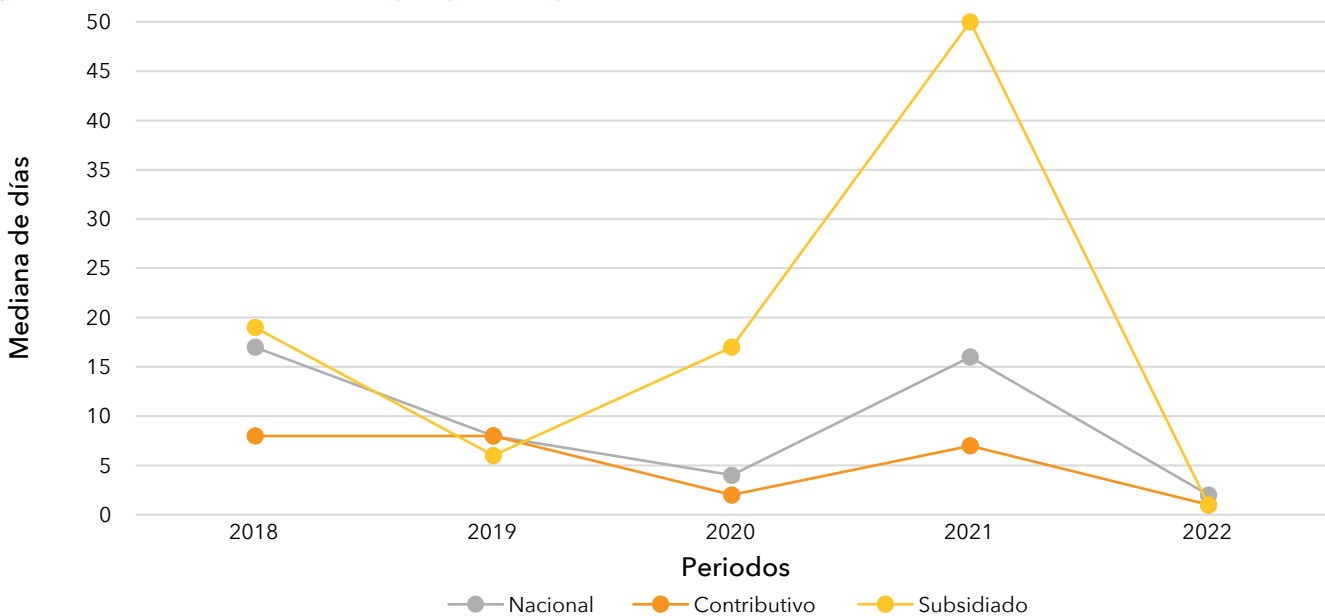


Incluye todos los casos nuevos de tumores del SU invasivos en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo. La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2022 fue: nacional 26,71 días (\pm 28,64), régimen contributivo 24,58 (\pm 23,41), y régimen subsidiado 31,45 (\pm 37,77).

[Descargar figura](#)

En cuanto a la oportunidad del tratamiento, hubo una disminución en los tiempos de espera en el régimen contributivo (mediana 1 día (RIC: 0 - 7)) y el subsidiado (mediana 1 día (RIC: 1 - 3)), aunque solo se contó con la información para 5 casos en el subsidiado y 14 en el contributivo. Estos resultados corresponden a los tiempos de espera más bajos en ambos regímenes y el país en los últimos tres periodos (**figura 7.6**).

Figura 7.6. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de los tumores del SU en la población pediátrica en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye todos los casos nuevos de tumores del SU en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo. La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2022 fue: nacional 7,90 días (\pm 14,78), régimen contributivo 7,00 (\pm 13,20), y régimen subsidiado 10,80 (\pm 21,38).

[Descargar figura](#)

7.3. Caracterización de los casos prevalentes con tumores del SU en la población pediátrica

A continuación, se describe en la **tabla 7.10**, la caracterización general de los casos prevalentes según el régimen de afiliación. La mediana de la edad fue de 10 años y el 53,58% de los casos se presentaron en las mujeres. La región con la mayor proporción de casos fue la Central, con la misma tendencia en los regímenes contributivo y subsidiado.

Adicionalmente, en el contributivo se agruparon gran parte de los casos (51,73%). La distribución según el sexo fue similar en todos los grupos del aseguramiento y el país; en cambio, la mediana de la edad fue más baja en el contributivo.

Tabla 7.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ^{2,3} n= 433 (100,00%)
	Contributivo n= 224 (51,73%)	Subsidiado n= 187 (43,19%)	Excepción n= 21 (4,85%)	
Sexo				
Mujeres	123 (54,91)	95 (50,80)	14 (66,67)	232 (53,58)
Hombres	101 (45,09)	92 (49,20)	7 (33,33)	201 (46,42)
Edad	9 (6 - 13)	11 (6 - 14)	11 (8 - 14)	10 (6 - 13)
Etnia				
Ninguna	223 (99,55)	169 (90,37)	20 (95,24)	413 (95,38)
Indígena	0 (0,00)	9 (4,81)	0 (0,00)	9 (2,08)
Negro	1 (0,45)	9 (4,81)	1 (4,76)	11 (2,54)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	4 (1,79)	7 (3,74)	0 (0,00)	11 (2,54)
Bogotá, D. C.	56 (25,00)	8 (4,28)	5 (23,81)	70 (16,17)
Caribe	20 (8,93)	46 (24,60)	5 (23,81)	71 (16,40)
Central	67 (29,91)	49 (26,20)	5 (23,81)	121 (27,94)
Oriental	35 (15,63)	31 (16,58)	5 (23,81)	71 (16,40)
Pacífica	42 (18,75)	46 (24,60)	1 (4,76)	89 (20,55)

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 No se incluyen los datos de 40 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene la información actualizada.

³ Para los valores totales se tiene en cuenta un caso reportado como población no afiliada.



Discusión y conclusiones

Durante el periodo 2022, la cifra de casos prevalentes de cáncer pediátrico ascendió a 7.748, de los cuales 995 correspondieron a CNR; el número de fallecimientos, por todas las causas, fue de 403. En cuanto a las personas menores de 18 años diagnosticadas en el periodo, el 55,38% fueron hombres, la mediana de la edad fue de 8 años (RIC: 4 - 13), la mayoría pertenecían al régimen contributivo (54,27%) y residían en la región Central (24,02%).

Con respecto a los tipos de cáncer con la mayor representación en la población infantil, en las mujeres, la LLA (34,29%), los tumores de ojo, encéfalo y otras partes del SNC (17,54%) y los de vías urinarias (7,54%) representaron la mayoría de los casos, mientras que, en los hombres, el LNH (9,66%) fue más frecuente, ocupando el tercer lugar entre el total reportado. En estos tipos de neoplasias se presentó un aumento en la proporción de casos para ambos sexos, sin embargo, se presentó el mismo comportamiento en cuanto a las neoplasias más frecuentes con respecto al periodo anterior.

Los tres tipos de cáncer con la PCNR estandarizada por la edad más altas fueron la LLA, seguido de los tumores del SNC y el LNH con 25,26, 8,78 y 5,32 casos por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años, respectivamente. Este comportamiento es similar a las estimaciones mundiales de incidencia de GLOBOCAN para el año 2020 en la población menor de 20 años, con tasas estandarizadas para las leucemias, los tumores del SNC y el LNH de 3,20, 1,20 y 0,96 casos por 100.000 habitantes, en su orden (1).

Con respecto a la mortalidad general, las tasas estandarizadas por la edad más altas para 2022 se presentaron entre los casos de LLA, de tumores del SNC y de LMA con 9,69, 4,92 y 2,24 fallecimientos por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años. En la población pediátrica, la mortalidad estandarizada por todas las causas, se incrementó en un 2,16% con respecto al periodo anterior, manteniendo una tendencia al aumento en los últimos tres periodos.

En el marco del aseguramiento en Colombia, entre los CNR la estadificación clínica en los tumores sólidos disminuyó con respecto al periodo anterior en un 27,00%. Al analizar por régimen de afiliación, también se observó que la proporción de CNR con estadio al diagnóstico conocido en el régimen contributivo fue significativamente menor al 2021, con una reducción del 36,99%. En contraste, en el 76,47% de los linfomas se reportó estadificación al diagnóstico, manteniendo una tendencia similar al periodo anterior. Una mayor proporción de los CNR estadificados fueron identificados en sus etapas avanzadas, tanto para los tumores sólidos como para los linfomas. La clasificación del riesgo en los casos de leucemias agudas, diagnosticados en el periodo, sigue siendo superior al 75%, la mayoría con un riesgo intermedio (26,91%).

En relación con la oportunidad de la atención en el ámbito nacional, el tiempo de espera entre la sospecha clínica y el diagnóstico fue de 11 días, lo que representa una reducción del 8,33% en comparación con el 2021. De igual manera, se presentó una disminución del 40,00% en la mediana del tiempo entre el diagnóstico y el

“
En cuanto a las personas menores de 18 años diagnosticadas en el periodo, el **55,38%** fueron hombres, la mediana de la edad fue de **8 años (RIC: 4 - 13)**, la mayoría pertenecían al régimen contributivo (**54,27%**) y residían en la región Central (**24,02%**).”

inicio de tratamiento, siendo de 3 días. En general, las leucemias agudas continúan siendo el tipo de cáncer en el que se registró la mejor oportunidad, tanto para el diagnóstico (mediana: 5 días) como para el inicio del tratamiento (mediana: 1 día), resultado importante en la gestión de este tipo de neoplasias. Considerando que las leucemias en la población pediátrica presentan síntomas no específicos que dificultan su diagnóstico y puede llegar a enmascarse con otras condiciones de salud, es importante que se continúe trabajando en el diagnóstico precoz de la enfermedad. Se ha descrito que esto se observa con mayor frecuencia en países de ingresos bajos y medios, donde los síntomas en algunas ocasiones se asocian a enfermedades de tipo infeccioso, provocando retraso en el diagnóstico o incluso, la imposibilidad de detectar la enfermedad (2).

A partir de estos hallazgos, se identifica una oportunidad de mejora en el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento, que es más marcada en algunos tipos de cáncer como los linfomas y los tumores del SNC; de esta manera, es imprescindible identificar cuáles son las barreras que están limitando la detección temprana del cáncer infantil. Las campañas de promoción y prevención contra el cáncer infantil generan un impacto positivo en la disminución del diagnóstico tardío, buscando brindar un tratamiento oportuno y un mejor pronóstico de la enfermedad, así como la reducción de la mortalidad (3).

“

El desempeño en el país del indicador

de la progresión en los casos nuevos con

leucemia aguda

no fue el óptimo, siendo mayor al **2%**.

Adicionalmente, el abandono del tratamiento superó el **10%**.

”

Se ha identificado que algunas de las razones de los retrasos en la atención de la población con cáncer son debido a que los centros de atención primaria no están adecuadamente capacitados para hacer un correcto diagnóstico de cáncer pediátrico (2), además de las barreras relacionadas con la disponibilidad de recursos, y con factores socioeconómicos y culturales que afectan el acceso a los servicios de salud (2,4).

Por otra parte, en el periodo 2022, el 13,87% de los CNR no recibió ningún tratamiento, lo cual representa un incremento del 29,26% con respecto al 2021; esto se observó en una mayor proporción de casos nuevos reportados de LLA (5,52%). Pese a esta tendencia, es preciso tener en cuenta que algunos de estos casos pueden corresponder a las personas diagnosticadas cerca a la fecha de corte (13,77%), que tuvieron atención por cuidado paliativo (5,07%) o abandonaron el tratamiento (0,72%). De esta manera, es importante que se identifiquen los aspectos que pueden estar influyendo en que no se logre acceder y dar continuidad al tratamiento.

En los países de bajos y medianos ingresos el abandono del tratamiento, definido como el no inicio o la imposibilidad de completar el manejo potencialmente curativo de la enfermedad, es una gran problemática; en algunos contextos, constituye la principal razón de fracaso en el manejo del cáncer (3). Entre las causas de abandono se encuentran la falta de recursos económicos, el nivel de conocimiento de la enfermedad, los factores culturales y la atención inadecuada por parte del personal de salud (3). Por esta razón es importante que se implementen acciones para la priorización de la atención de esta población.



Por tercer periodo consecutivo se realizó la medición de los indicadores de la gestión del riesgo en las leucemias agudas en la población infantil, definidos por consenso de expertos (5). En los resultados para el 2022, se observó que, en los dos tipos de leucemias agudas, la realización de los estudios completos para el diagnóstico, presenta una brecha entre los regímenes contributivo y subsidiado, especialmente en el porcentaje de CNR que indicaron la realización de la citometría de médula ósea y la clasificación del riesgo al final de la inducción. Adicionalmente, el porcentaje de casos nuevos con remisión completa al final de la inducción mantiene un desempeño bajo según la meta definida, a pesar del aumento en la proporción de casos con LLA en los que se logró la remisión.

Por otro lado, el desempeño en el país del indicador de la progresión en los casos nuevos con leucemia aguda no fue el óptimo, siendo mayor al 2%. Adicionalmente, el abandono del tratamiento superó el 10%. Estos resultados reflejan la necesidad de unir esfuerzos encaminados al logro de los objetivos trazados para aumentar la supervivencia de la población infantil con cáncer (6).

La inequidad social es un aspecto muy importante al evaluar los indicadores de oportunidad de la atención en la población infantil con cáncer, empezando con que el 89% de esta población vive en países de ingresos bajos y medios (7) y entre estos ocurre el 44,30% de todas las muertes por cáncer pediátrico alrededor del mundo (1). Las principales causas de retrasos en el diagnóstico y tratamiento oportuno están asociadas a factores como la capacitación inadecuada de los proveedores de atención primaria para identificar los signos y síntomas, las características geográficas de los territorios que dificultan el acceso a los servicios de salud, así como la poca disponibilidad en las regiones de talento humano en oncología pediátrica, entre otros (8).

La iniciativa *Cure All Americas* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tiene como objetivo alcanzar una tasa de supervivencia de al menos 60% en las niñas, los niños y los adolescentes con cáncer para el 2030 (6). A este programa se acogió Colombia en el año 2021, para brindarle a todos los niños y niñas una oportunidad de curación y de vida plena.

En consonancia con esta iniciativa, la CAC genera información esencial para el seguimiento de la población infantil con cáncer en el marco del aseguramiento en Colombia y la adecuada toma de decisiones. Para esto, además de las publicaciones seriadas, contamos con diversas herramientas que facilitan el uso de información disponible para el análisis de los resultados de la gestión de esta población. Las entidades pueden acceder a los datos desde el sistema de interconexión e intercambio de información en salud (SISCAC), y además el público en general cuenta con el acceso a la plataforma HIGIA, que permite hacer uso de la información de forma interactiva, con cifras disponibles a nivel demográfico y del aseguramiento.

Referencias

1. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN: Cáncer hoy: herramientas gráficas de visualización [en línea]. 2020. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2020&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&
2. Erdmann F, Feychting M, Mogensen H, Schmiegelow K, Zeeb H. Social Inequalities Along the Childhood Cancer Continuum: An Overview of Evidence and a Conceptual Framework to Identify Underlying Mechanisms and Pathways. *Front Public Heal.* 2019;7:1-13.
3. Shrivastava SK. Cancer: Disease Control Priorities. *J Med Phys.* 2015;3(2):84.
4. Johnston WT, Erdmann F, Newton R, Steliarova-Foucher E, Schüz J, Roman E. Childhood cancer: Estimating regional and global incidence. *Cancer Epidemiol.* 2021;71.
5. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Consenso basado en la evidencia para la definición de los indicadores de gestión del riesgo en los pacientes menores de 18 años con leucemia agudas (LLA y LMA). Cuenta de Alto Costo. 2020. 1-44 p.
6. Organización Mundial de la Salud. CureAll framework: WHO global initiative for childhood cancer: increasing access, advancing quality, saving lives. [En línea]. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025271>
7. Lam CG, Howard SC, Bouffet E, Pritchard-Jones K. Science and health for all children with cancer. *Science.* 2019;363(6432):1182-6.
8. Guzmán C PC, Córdoba MA, Godoy N, Castaño A, Ribeiro KB, Moreno F, et al. Childhood cancer in Latin America: from detection to palliative care and survivorship. *Cancer Epidemiol.* 2021;71.



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

¡Síguenos en nuestras redes sociales!



www.cuentadealtocosto.org



**MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL**



**MINISTERIO DE HACIENDA Y
CRÉDITO PÚBLICO**

