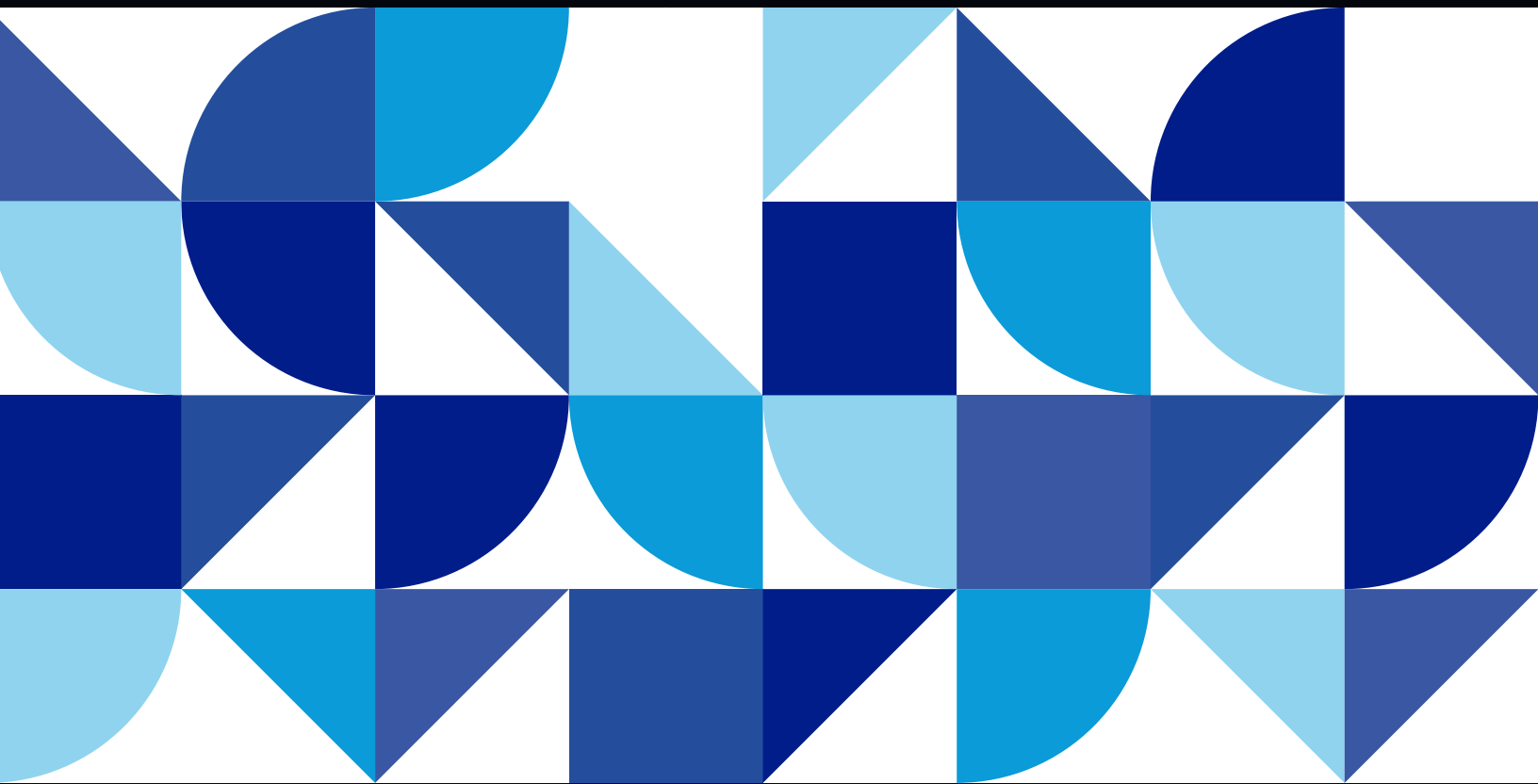




Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

INFORME

2025



Magnitud, tendencia y acceso

a los servicios de salud en las
personas con enfermedades
de alto costo

MAGNITUD, TENDENCIA Y ACCESO
A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS PERSONAS CON
ENFERMEDADES DE ALTO COSTO, 2025



MAGNITUD, TENDENCIA Y ACCESO
A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS PERSONAS CON
ENFERMEDADES DE ALTO COSTO, 2025

ISSN: 2954-5412

Periodicidad: una edición anual

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

Bogotá, D. C., Colombia, mayo de 2026

© Todos los derechos reservados

Citación sugerida: Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo.
Magnitud, tendencia y acceso a los servicios de salud en las personas con enfermedades de alto costo, 2025;
Bogotá, D. C. 2026.

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

Junta directiva

Miembros principales

Presidente

Jorge Alberto Tamayo Saldarriaga
Salud Total EPS

Beda Margarita Suárez Aguilar
Anas Wayuu EPS Indígena

Julián Guillermo Guerra Camargo
Comfenalco Valle EPS

Eduardo José Verbell De La Rosa
Coosalud EPS

Almanury Pérez Contreras
ComfaOriente

Justo Jesús Paz Wilches
Mutual Ser EPS

Bernardo Armando Camacho Rodríguez
Nueva EPS

Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

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

María Teresa Daza Fonseca
Subdirectora de Gestión de la Información

Ana María Valbuena García
Subdirectora de Gestión del Conocimiento e Investigación

Luis Alberto Soler Vanoy
Subdirector de Gestión del Riesgo y Apropiación

Miguel Ángel García Gómez
Subdirector de Tecnología e Innovación

Sandra Liliana Sabogal Rincón
Coordinadora de Auditoría

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Orlando Andrés Fajardo Tejada
Coordinador de Innovación, Investigación y Desarrollo

Martha Lucía Salas Antolines
Coordinadora de Gestión del Riesgo

Grupo desarrollador

Ana María Valbuena García

Subdirectora de gestión del conocimiento e investigación

Luis Alejandro Moreno Ramírez

Coordinador de gestión del conocimiento e investigación

Paula Andrea Daza Criollo

Especialista en analítica

Adriana Esperanza Peñuela

Epidemióloga

Sandra Milena Puentes Sánchez

Especialista en analítica

Lorena Viviana López Reyes

Epidemióloga

Oscar Giovanni Romero Díaz

Especialista en analítica

Johan Manuel Infante González

Especialista en analítica

Jean Carlo Pineda Lozano

Epidemiólogo

Rubén Darío Cáceres Gómez

Líder de estadística

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

Todos los derechos reservados.

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

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

direccion@cuentadealtocosto.org

o a la dirección física de correspondencia de la CAC:

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

Tabla de control de cambios

Título de la publicación	Versión	Fecha de publicación	Cambios respecto a la versión anterior
Magnitud, tendencia y acceso a los servicios de salud en las personas con enfermedades de alto costo, 2025	1.0	13 de mayo de 2026	

TABLA DE CONTENIDO

Hemofilia.....	12
1. Tendencia de la morbimortalidad en el marco del aseguramiento en Colombia	13
2. Indicadores de monitoreo de la gestión del riesgo.....	14
3. Variabilidad territorial.....	15
Diccionario de los indicadores trazadores en hemofilia.....	17
Referencias bibliográficas.....	17
VIH.....	18
1. Tendencia en la morbimortalidad en el aseguramiento en Colombia.....	19
2. Indicadores de monitoreo de la gestión.....	20
3. Variabilidad territorial.....	21
Diccionario de los indicadores trazadores en el VIH.....	24
Referencias bibliográficas.....	24
Cáncer.....	26
1. Tendencia de la morbimortalidad en el marco del aseguramiento en Colombia	27
2. Cáncer de mama.....	28
2.1. Tendencia de la morbimortalidad en el marco del aseguramiento en Colombia.....	28
2.2. Indicadores del monitoreo de la gestión del riesgo.....	28
2.3. Variabilidad territorial	29
Diccionario de los indicadores trazadores en el cáncer de mama	31
3. Cáncer de cuello uterino	32
3.1. Tendencia de la morbimortalidad en el marco del aseguramiento en Colombia.....	32
3.2. Indicadores del monitoreo de la gestión del riesgo.....	32
3.3. Variabilidad territorial	33
Diccionario de los indicadores trazadores en el cáncer de cuello uterino.....	35
4. Cáncer de próstata.....	36
4.1. Tendencia de la morbimortalidad en el marco del aseguramiento en Colombia.....	36
4.2. Indicadores del monitoreo de la gestión del riesgo.....	36
4.3. Variabilidad territorial	37
Diccionario de los indicadores trazadores en el cáncer de próstata	39
5. Cáncer de colon y recto.....	40
5.1. Tendencia de la morbimortalidad en el marco del aseguramiento en Colombia.....	40
5.2. Indicadores del monitoreo de la gestión del riesgo.....	40
5.3. Variabilidad territorial	41
Diccionario de los indicadores trazadores en el cáncer de colon y recto	43

6. Cáncer gástrico	44
6.1. Tendencia de la morbimortalidad en el marco del aseguramiento en Colombia.....	44
6.2. Indicadores del monitoreo de la gestión del riesgo	44
6.3. Variabilidad territorial	45
Diccionario de los indicadores trazadores en el cáncer gástrico.....	47
7. Cáncer de pulmón	48
7.1. Tendencia de la morbimortalidad en el marco del aseguramiento en Colombia	48
7.2. Indicadores del monitoreo de la gestión del riesgo.....	48
7.3. Variabilidad territorial.....	49
Diccionario de los indicadores trazadores en el cáncer de pulmón.....	51
8. Melanoma	52
8.1. Tendencia de la morbimortalidad en el marco del aseguramiento en Colombia.....	52
8.2. Indicadores del monitoreo de la gestión del riesgo	52
8.3. Variabilidad territorial	53
Diccionario de los indicadores trazadores de melanoma	55
Referencias bibliográficas	55
Enfermedad renal crónica y sus precursoras	57
1. Tendencia de la morbimortalidad en el marco del aseguramiento en Colombia	58
2. Indicadores de monitoreo de la gestión del riesgo.....	58
3. Variabilidad regional	60
4. Cumplimiento de los IGR trazadores de ERC y sus precursoras según la entidad territorial.....	61
Diccionario de los indicadores trazadores en ERC y sus precursoras.....	63
Referencias bibliográficas.....	63
Artritis reumatoide.....	64
1. Tendencia de la morbimortalidad en el aseguramiento en Colombia	65
2. Indicadores del monitoreo de la gestión.....	66
3. Variabilidad territorial.....	67
Diccionario de los indicadores trazadores en AR.....	72
Referencias bibliográficas.....	72
Hepatitis C crónica	73
1. Tendencia de la morbimortalidad en el aseguramiento en Colombia	74
2. Indicadores del monitoreo de la gestión.....	75
3. Variabilidad territorial.....	76
Diccionario de los indicadores trazadores en la hepatitis C.....	81
Referencias bibliográficas.....	81

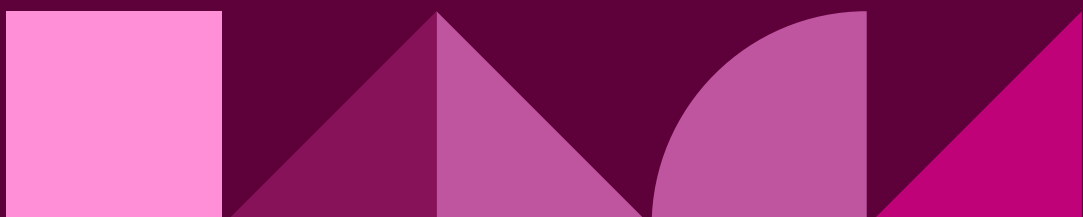
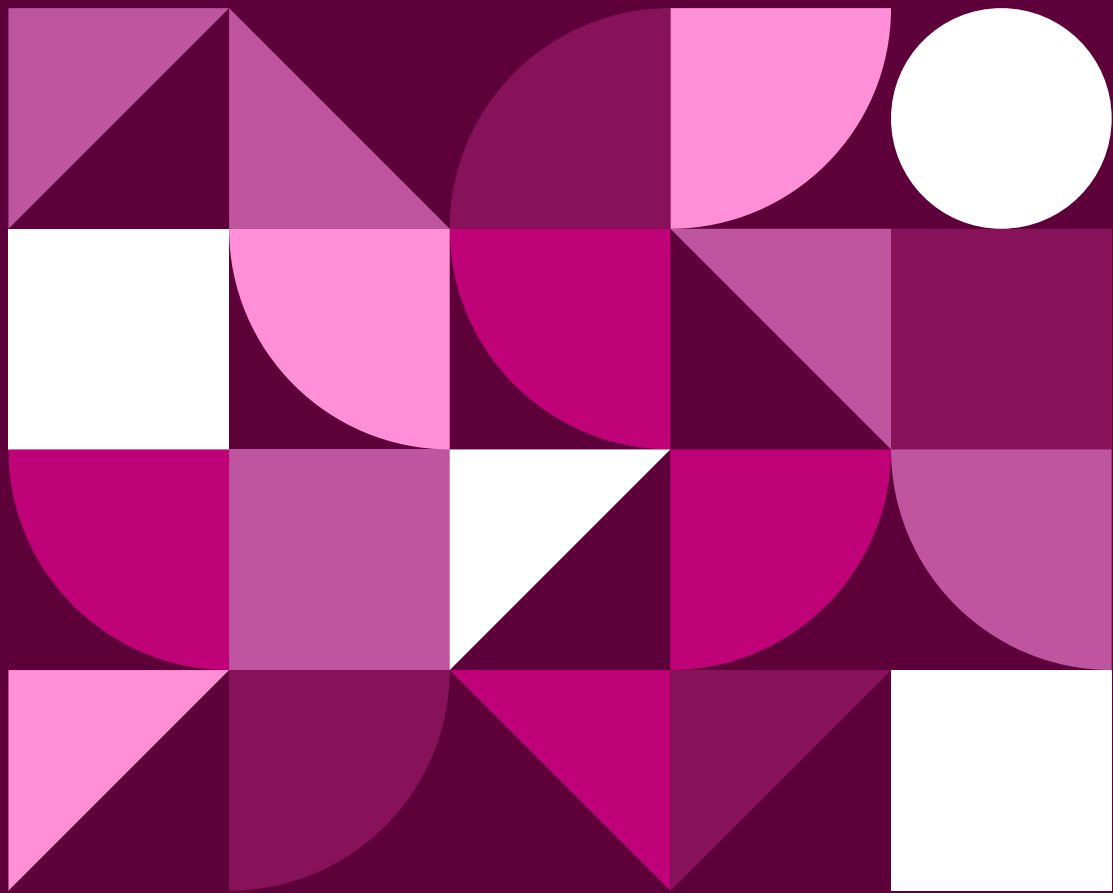
LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Medidas de morbilidad y mortalidad de la hemofilia y otras coagulopatías en Colombia, 2019 - 2025	13
Figura 2. Tendencia de los indicadores trazadores en hemofilia en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2021 - 2025	14
Figura 3. Variabilidad de la evaluación del equipo interdisciplinario y la proporción de pacientes en profilaxis con artropatía hemofílica en las regiones de Colombia, 2021 vs 2025	15
A. Personas con hemofilia evaluadas por el equipo interdisciplinario.....	15
B. Proporción de personas en profilaxis con artropatía hemofílica crónica.....	16
Figura 4. Cumplimiento de la evaluación del equipo interdisciplinario y proporción de personas en profilaxis con artropatía hemofílica según la entidad territorial, Colombia 2025	17
Figura 5. Medidas de morbilidad y mortalidad del VIH en Colombia, 2019 - 2025	19
Figura 6. Tendencia de los indicadores trazadores en VIH en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2023 - 2025.....	21
Figura 7. Variabilidad de la cobertura de la TAR y de la tamización del VIH en las gestantes en las regiones de Colombia, 2023 vs 2025.....	22
A. Cobertura de la TAR	22
B. Gestantes tamizadas para el VIH	22
Figura 8. Distribución de los rangos de cumplimiento de los IGR trazadores en VIH en los departamentos de Colombia, 2025	23
Figura 9. Medidas de morbilidad y mortalidad del cáncer en Colombia, 2019 - 2025.....	27
Figura 10. Medidas de morbilidad y mortalidad del cáncer de mama en Colombia, 2019 - 2025.....	28
Figura 11. Resultados de los indicadores trazadores en el cáncer de mama en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2025	29
Figura 12. Variabilidad de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer de mama en las regiones de Colombia, 2025	30
A. Detección temprana (estadios localizados)*	30
B. Oportunidad de inicio del tratamiento*	30
Figura 13. Cumplimiento de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer de mama según la entidad territorial, Colombia 2025.....	31
Figura 14. Medidas de morbilidad y mortalidad del cáncer de cuello uterino en Colombia, 2019 - 2025	32
Figura 15. Tendencia de los indicadores trazadores del cáncer de cuello uterino en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2021 - 2025	33
Figura 16. Variabilidad de la estadificación TNM y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer de cuello uterino en las regiones, Colombia 2021 vs 2025.....	34
A. Estadificación según la clasificación TNM	34
B. Oportunidad de inicio del tratamiento*	34

Figura 17. Cumplimiento de la estadificación y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer de cuello uterino según la entidad territorial, Colombia 2025	35
Figura 18. Medidas de morbimortalidad del cáncer de próstata en Colombia, 2019 - 2025.....	36
Figura 19. Tendencia de los indicadores trazadores en cáncer de próstata en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2021 - 2025	37
Figura 20. Variabilidad de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer de próstata en las regiones, Colombia 2021 vs 2025.....	38
A. Detección temprana (localizado)*	38
B. Oportunidad de inicio del tratamiento*	38
Figura 21. Cumplimiento de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer de próstata según la entidad territorial, Colombia 2025	39
Figura 22. Medidas de morbimortalidad del cáncer de colon y recto en Colombia, 2019 - 2025	40
Figura 23. Tendencia de los indicadores trazadores en el cáncer de colon y recto en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2021 - 2025	41
Figura 24. Variabilidad de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer de colon y recto en las regiones de Colombia, 2021 vs 2025.....	42
A. Detección temprana*.....	42
B. Oportunidad de inicio del tratamiento*	42
Figura 25. Cumplimiento de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer de colon y recto según la entidad territorial, Colombia 2025.....	43
Figura 26. Medidas de morbimortalidad del cáncer gástrico en Colombia, 2019 - 2025.....	44
Figura 27. Tendencia de los indicadores trazadores en cáncer gástrico en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2021 - 2025	45
Figura 28. Variabilidad de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer gástrico en las regiones de Colombia, 2021 vs 2025	46
A. Detección temprana*.....	46
B. Oportunidad de inicio del tratamiento*	46
Figura 29. Cumplimiento de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer gástrico según la entidad territorial, Colombia 2025	47
Figura 30. Medidas de morbimortalidad del cáncer de pulmón en Colombia, 2019 - 2025.....	48
Figura 31. Tendencia de los indicadores trazadores en cáncer de pulmón en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2021 - 2025	49
Figura 32. Variabilidad de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer de pulmón en las regiones de Colombia, 2021 vs 2025	50
A. Detección temprana*.....	50
B. Oportunidad de inicio del tratamiento*	50
Figura 33. Cumplimiento de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer de pulmón según la entidad territorial, Colombia 2025	51
Figura 34. Medidas de morbimortalidad en el melanoma en Colombia, 2019 - 2025	52

Figura 35. Tendencia de los indicadores trazadores en el melanoma en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2021 - 2025	53
Figura 36. Variabilidad de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en el melanoma en las regiones de Colombia, 2021 vs 2025.....	54
A. Detección temprana*.....	54
B. Oportunidad de inicio del tratamiento*	54
Figura 37. Cumplimiento de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en melanoma según la entidad territorial, Colombia 2025.....	55
Figura 38. Medidas de morbilidad de la enfermedad renal crónica en Colombia, 2019 - 2025.....	58
Figura 39. Indicadores trazadores en la ERC y sus precursoras en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2025.....	60
Figura 40. Variabilidad de la meta de HbA1c en las personas con DM y el indicador relacionado con el mantenimiento de la función renal en las regiones de Colombia, 2025.....	61
A. Meta de HbA1c < 7 %	61
B. Sin pérdida de la función renal medida con CKD - EPI*.....	61
Figura 41. Cumplimiento de los IGR trazadores de ERC y sus precursoras, según la entidad territorial, Colombia 2025.....	62
Figura 42. Medidas de morbilidad de la artritis reumatoide en Colombia, 2019 - 2025.....	65
Figura 43. Tendencia de los indicadores trazadores en AR en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2021 - 2025	67
Figura 44. Variabilidad de la oportunidad de inicio del tratamiento, proporción de los pacientes con DAS28 y remisión de la enfermedad en las regiones de Colombia, 2021 vs 2025.....	68
A. Oportunidad del tratamiento en semanas en los casos incidentes.....	68
B. Proporción de pacientes en quienes se realiza DAS28 al menos una vez en los últimos 6 meses (prevalentes).....	69
C. Proporción de pacientes prevalentes en tratamiento para la AR que lograron la remisión de la enfermedad (medida por DAS28 de los últimos 6 meses).....	70
Figura 45. Distribución de los rangos de cumplimiento de los IGR trazadores en artritis reumatoide según la entidad territorial, Colombia 2025.....	71
Figura 46. Medidas de morbilidad de la hepatitis C crónica en Colombia, 2019 - 2025.....	74
Figura 47. Tendencia de los indicadores trazadores en hepatitis C crónica en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2020 - 2025.....	76
Figura 48. Variabilidad de la cobertura del tratamiento y la detección de fibrosis hepática en las personas con hepatitis C crónica según la región de residencia, Colombia 2021 vs 2025.....	77
A. Proporción de las personas que iniciaron tratamiento para la hepatitis C crónica	77
B. Proporción de las personas con resultados de estadificación para fibrosis.....	77
C. Detección de la fibrosis hepática en la población con diagnóstico de hepatitis C crónica	78
D. Respuesta viral sostenida 12 semanas después de finalizado el tratamiento	79
Figura 49. Distribución de los rangos de cumplimiento de los IGR trazadores en hepatitis C según la entidad territorial, Colombia 2025.....	80

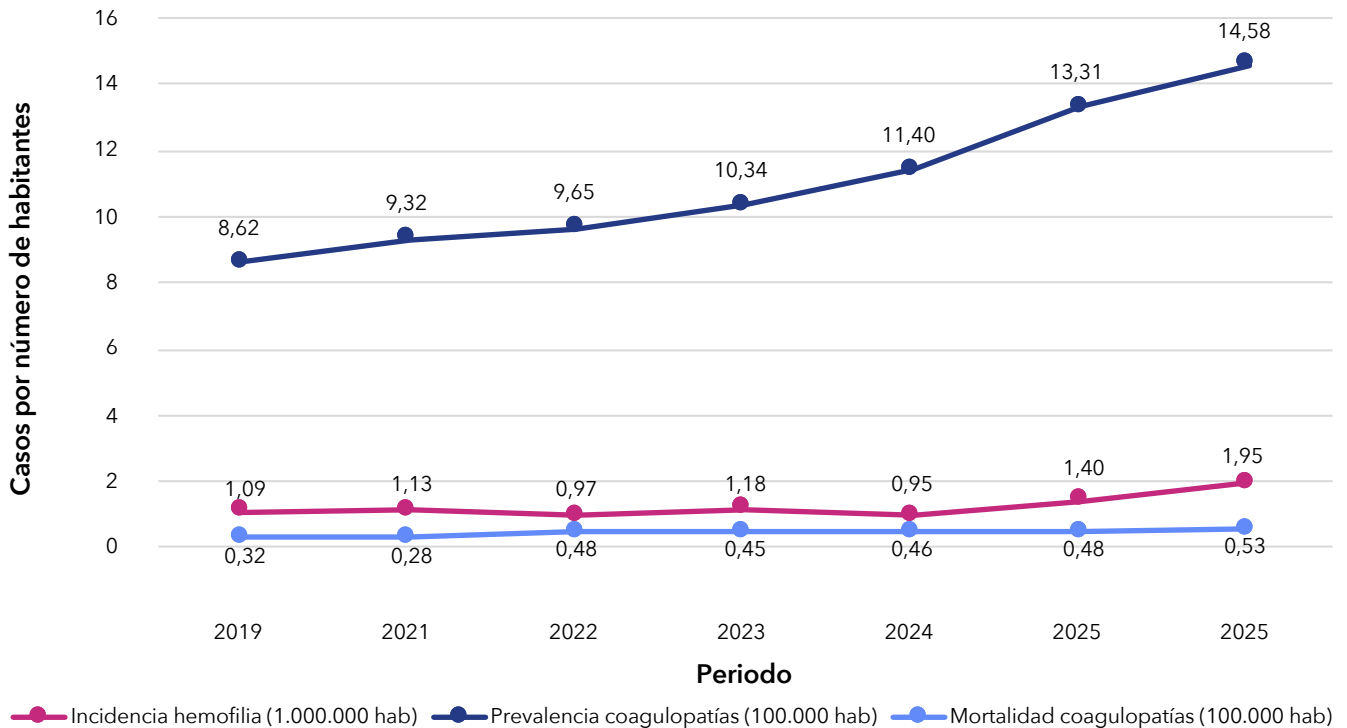
HEMOFILIA



HEMOFILIA

1. Tendencia de la morbilidad y mortalidad en el marco del aseguramiento en Colombia

Figura 1. Medidas de morbilidad y mortalidad de la hemofilia y otras coagulopatías en Colombia, 2019 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2019 - 2025.

Las medidas presentadas son crudas. La prevalencia reportada corresponde a la de todas las coagulopatías. La mortalidad incluye los fallecimientos por todas las causas.

Descargar figura

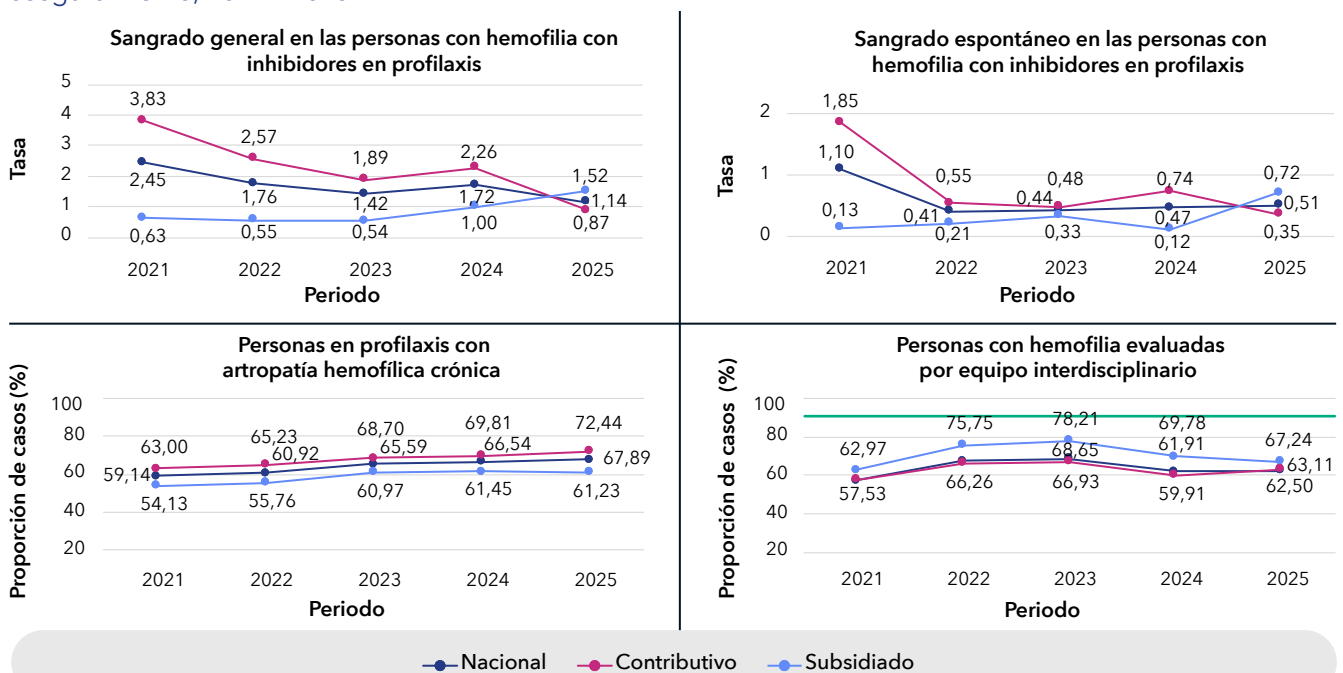
- En 2025, la incidencia de la hemofilia incrementó 39,29 % con respecto al 2024. Este valor correspondió al más alto de la serie y consolidó una tendencia ascendente en los dos últimos periodos, posterior a las fluctuaciones registradas entre 2020 y 2023.
- La prevalencia de las coagulopatías en 2025, registró un incremento del 9,54 % respecto al periodo anterior. Desde 2019, este indicador ha mostrado un crecimiento sostenido, lo que sugiere el fortalecimiento en la captación y el seguimiento de los casos, así como el aumento en la expectativa de vida gracias al acceso al diagnóstico y a las diferentes alternativas terapéuticas.
- En 2019 se estableció que la prevalencia global para todas las severidades de hemofilia, por 100.000 hombres, fue de 17,1 para la hemofilia A y 3,8 para la hemofilia B (1). En Colombia, la tendencia se ha mantenido en aumento progresivo durante los últimos periodos y para el 2025 se calculó en 9,49 y 2,04 por cada 100.000 hombres para las hemofilias A y B, respectivamente.
- En comparación con el periodo 2024, la prevalencia de las coagulopatías se incrementó en todas las regiones del país y en 2025, Bogotá, D. C., y la región Central tuvieron un resultado superior al promedio nacional. En cuanto a la incidencia de la hemofilia, en la Amazonía-Orinoquía se observó una reducción del 40,98 %, mientras que en Bogotá, D. C., el indicador casi se triplicó. La mortalidad por coagulopatías se redujo un 25,64 % en Bogotá, D. C., mientras que en la región Pacífica incrementó 40,00 %. En la Amazonía-Orinoquía no se registraron muertes por segundo periodo consecutivo.



2. Indicadores de monitoreo de la gestión del riesgo

- Entre 2021 y 2025, los eventos de sangrado en las personas con hemofilia con inhibidores en profilaxis se redujeron aproximadamente a la mitad, tanto en el sangrado general como en el espontáneo. El régimen contributivo mostró una disminución sostenida, con variaciones en 2024, pero en 2025 logró las tasas más bajas de la serie. En contraste, el régimen subsidiado presentó fluctuaciones con incrementos recientes, especialmente en el sangrado espontáneo, lo que sugiere posibles brechas en la efectividad o continuidad de la profilaxis. En conjunto, la tendencia nacional evidencia avances terapéuticos, aunque persisten algunas diferencias por régimen que requieren monitoreo.
- La proporción de las personas en profilaxis con artropatía hemofílica crónica aumentó de forma sostenida entre 2021 y 2025, con un incremento del 14,80 % en el ámbito nacional. El crecimiento en los regímenes fue similar, pero las brechas se incrementaron en 34,09 % en el último periodo. Este comportamiento puede reflejar una mayor supervivencia y envejecimiento de la cohorte, así como una mejor identificación clínica de las complicaciones crónicas. No obstante, también plantea la necesidad de fortalecer las intervenciones tempranas que prevengan el daño articular y los modelos de atención que integren la transición de la cohorte pediátrica a la edad adulta con las complicaciones y comorbilidades que conlleva.
- Respecto a la evaluación por equipo interdisciplinario, aunque se evidenció un incremento entre 2021 y 2023, el indicador presentó una disminución posterior y en 2025 se mantuvo por debajo de la meta establecida (> 95 %). En el ámbito nacional, el cumplimiento fue de 62,50 %, y la diferencia entre los regímenes se redujo a la mitad a expensas del subsidiado que disminuyó 3,64 %. La brecha frente al estándar evidencia la necesidad de fortalecer el modelo de atención integral recomendado por la Federación Mundial de Hemofilia, particularmente en la evaluación periódica coordinada por equipos multidisciplinares y en la educación estructurada de las personas con hemofilia, incluidas aquellas con formas leves, quienes también requieren de un seguimiento regular para prevenir complicaciones (2).
- La proporción de los menores de 18 años con hemofilia severa sin inhibidores que reciben profilaxis ha superado consistentemente la meta (> 95 %) en los cinco periodos evaluados. En los adultos, el indicador alcanzó el 93,13 %, lo que evidenció un alto nivel de cobertura y sugiere que el sistema de salud ha mantenido los esfuerzos para asegurar el acceso al tratamiento sin diferencias relevantes por el grupo etario.

Figura 2. Tendencia de los indicadores trazadores en hemofilia en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2021 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2021 - 2025.

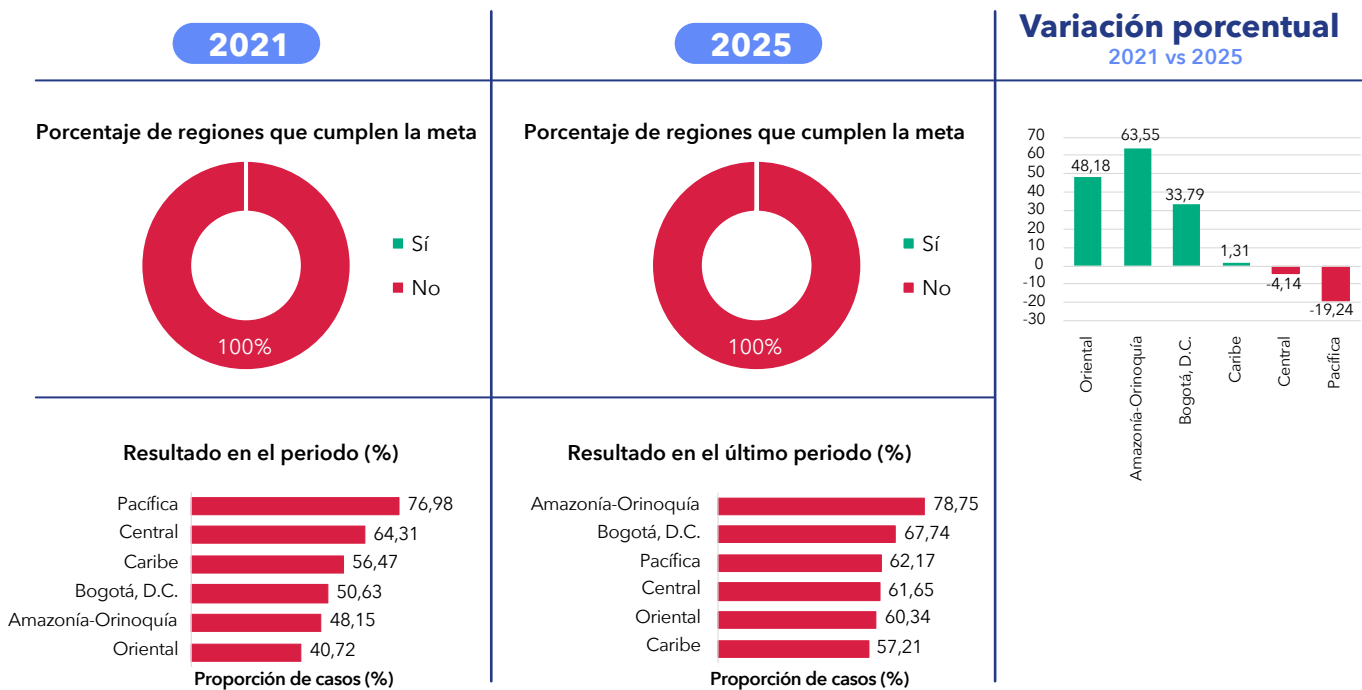
[Descargar figura](#)

3. Variabilidad territorial

- Entre 2021 y 2025, la variación en la atención por equipo multidisciplinario mostró un comportamiento heterogéneo por región. Se observaron algunos incrementos importantes en la Amazonía-Orinoquía, la región Oriental y en Bogotá, D. C., lo que evidencia avances significativos en la cobertura de evaluación integral en estos territorios. La región Caribe mostró estabilidad en el periodo analizado; en contraste, la Central y la Pacífica registraron disminuciones, siendo esta última la de mayor magnitud, lo que indica retrocesos en la implementación o continuidad del abordaje interdisciplinario. Estos resultados reflejan avances territoriales relevantes, aunque persisten las brechas regionales que requieren fortalecimiento diferenciado.
- Aunque la región Caribe se mantiene por debajo del promedio nacional de la proporción de personas con artropatía hemofílica crónica, fue la que mayor variación presentó entre 2021 y 2025. La Oriental registró la más alta proporción en 2025, seguida de Bogotá, D. C. Este comportamiento sugiere una carga diferencial de daño articular crónico entre los territorios, posiblemente asociada a las características demográficas, la oportunidad en el diagnóstico de la complicación, el inicio de la profilaxis o el acceso al tratamiento especializado, lo que resalta la necesidad de estrategias regionalizadas de prevención y seguimiento clínico.

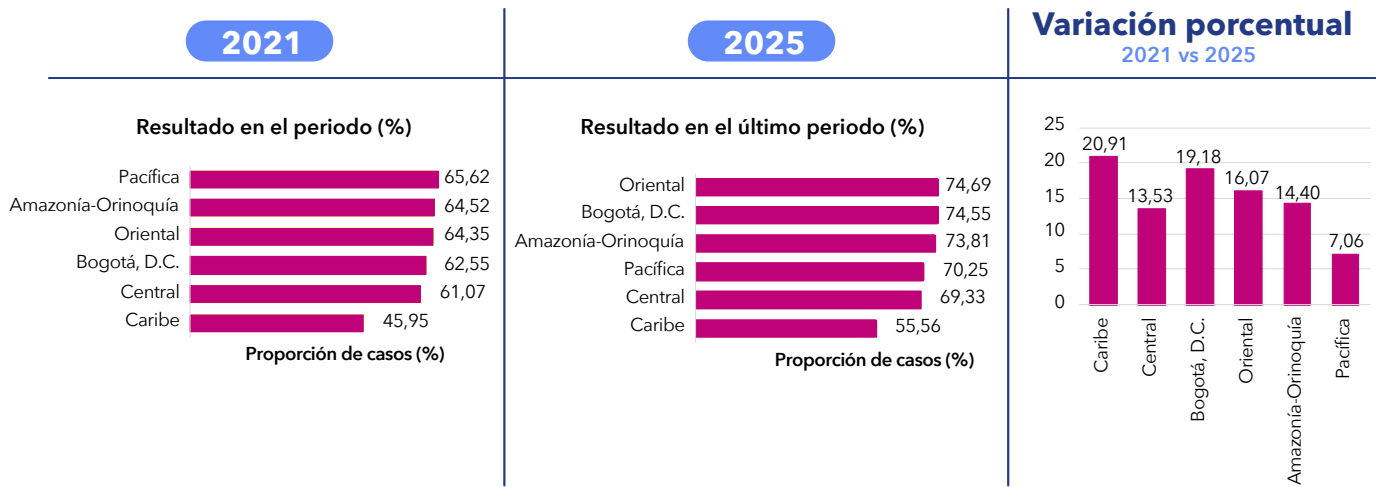
Figura 3. Variabilidad de la evaluación del equipo interdisciplinario y la proporción de pacientes en profilaxis con artropatía hemofílica en las regiones de Colombia, 2021 vs 2025

A. Personas con hemofilia evaluadas por el equipo interdisciplinario





B. Proporción de personas en profilaxis con artropatía hemofílica crónica

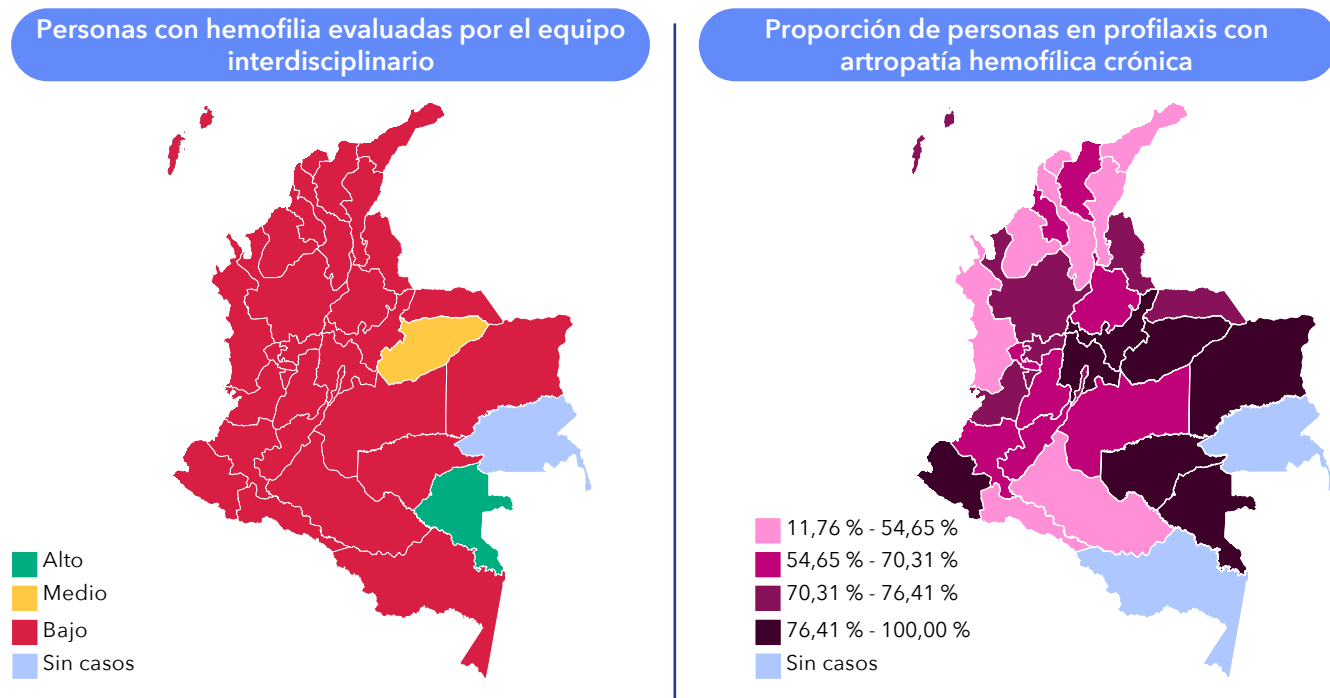


Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2021 y 2025.

[Descargar figura](#)

- En el análisis por departamentos en 2025, la meta de atención multidisciplinaria se alcanzó únicamente en Vaupés; sin embargo, este resultado corresponde a un solo caso atendido. Casanare registró la atención en 42 de las 45 personas con hemofilia que residen en este territorio. En departamentos como Antioquia y Cundinamarca, aunque no alcanzaron la meta establecida, lograron una coberturas entre el 75 % y el 80 % de sus habitantes con la enfermedad, con participación integral de las cinco disciplinas que conforman el modelo de atención integral.
- Vaupés, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Guaviare y Vichada registraron un solo caso de persona con hemofilia en profilaxis con diagnóstico de artropatía, por lo que los resultados deben interpretarse con cautela debido al bajo número de casos. Por su parte, departamentos como Cundinamarca, Nariño, Boyacá y Casanare, con entre 23 y 72 personas en profilaxis, se ubicaron en el cuartil superior de la proporción de artropatía. En contraste, Caquetá, Putumayo, Chocó, La Guajira y Atlántico reportaron menos del 50 % de su población en profilaxis con esta complicación. Estas diferencias territoriales podrían reflejar variaciones en la estructura etaria de la cohorte, la oportunidad en el inicio de la profilaxis, la acumulación histórica del daño articular y el acceso al diagnóstico de la complicación. En este contexto y considerando que la profilaxis reduce, pero no elimina completamente el riesgo de daño articular (3), resulta clave fortalecer el seguimiento clínico integral, incluyendo las evaluaciones funcionales y las estrategias de rehabilitación orientadas a preservar la movilidad, la autonomía y la calidad de vida de las personas con hemofilia (4).

Figura 4. Cumplimiento de la evaluación del equipo interdisciplinario y proporción de personas en profilaxis con artropatía hemofílica según la entidad territorial, Colombia 2025



[Descargar figura](#)

Diccionario de los indicadores trazadores en hemofilia

Indicador	Rango de cumplimiento		
	Alto	Medio	Bajo
Personas con hemofilia evaluadas por equipo interdisciplinario.	> 95 %	90 a 95 %	< 90 %
Proporción de personas en profilaxis con artropatía hemofílica crónica.	Línea de base		

Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2025.

Referencias bibliográficas

1. Iorio A, Stonebraker JS, Chambost H, Makris M, Coffin D, Herr C, et al. Establishing the Prevalence and Prevalence at Birth of Hemophilia in Males. *Ann Intern Med.* 2019 Oct 15;171(8):540-6.
2. World Federation of Hemophilia. Comprehensive care for hemophilia. Montreal: World Federation of Hemophilia; 2021.
3. Oldenburg J. Optimal treatment strategies for hemophilia: achievements and limitations of current prophylactic regimens. *Blood.* 2015 Mar 26;125(13):2038-44.
4. Di Minno MND, Iervolino S, Di Minno A, Ambrosino P, Dolce A, Marone G. Hemophilic arthropathy: current knowledge and future perspectives. *J Blood Med.* 2011;2:51-63.

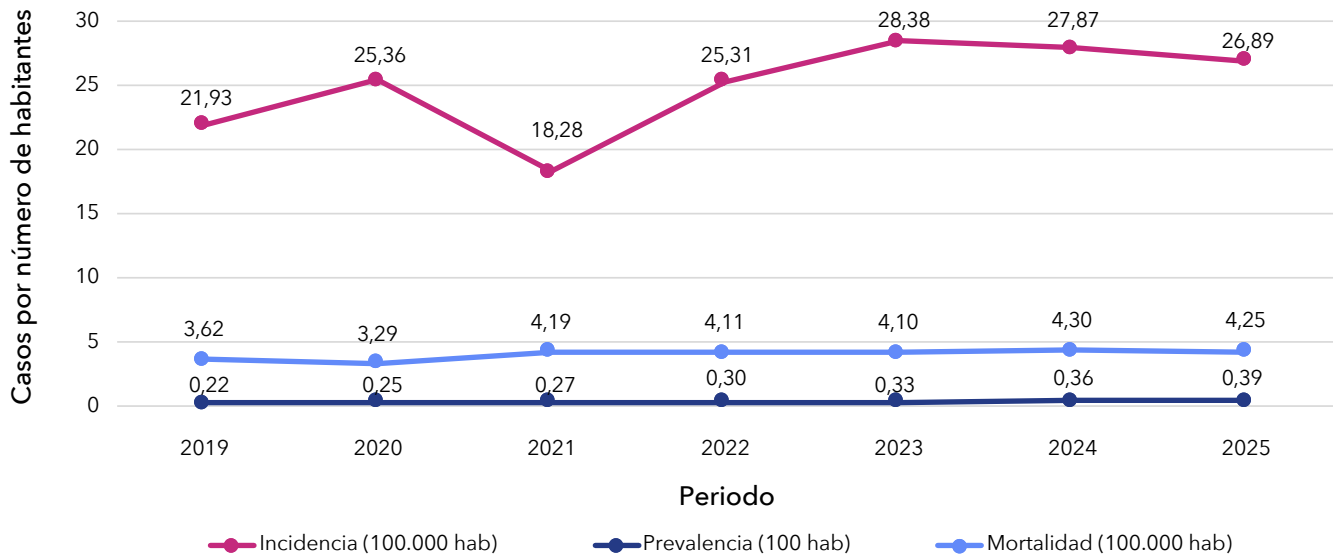
VIH



VIH

1. Tendencia en la morbilidad en el aseguramiento en Colombia

Figura 5. Medidas de morbilidad del VIH en Colombia, 2019 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2019 - 2025.
Las medidas presentadas son crudas.

[Descargar figura](#)

- La prevalencia del VIH mantiene una tendencia al alza desde 2019, en el último periodo alcanzó la tasa por 100 habitantes más alta de la serie, con 203.247 personas viviendo con el VIH informadas a la CAC. No obstante, de acuerdo con las estimaciones de ONUSIDA, el número real de esta población en el país puede ser mayor, alcanzando aproximadamente 230.000 en 2024 (1).
- La incidencia, por su parte, ha disminuido en dos periodos consecutivos, situación que no se había dado previamente desde la conformación de la cohorte. La disminución de los casos nuevos y el aumento de los prevalentes se alinea con el comportamiento observado en el mundo, ya que para finales de 2024 vivían alrededor de 40,8 millones de personas con VIH, con una proyección al alza en los años venideros y, el número de personas que adquirieron la enfermedad fue el más bajo desde finales de la década de 1980, con 1,3 millones de nuevas infecciones (2).
- Por su parte, la mortalidad cruda de la cohorte en los dos últimos periodos ha sido la más alta en la serie, aunque las tasas estandarizadas por la edad (3,92 casos por cada 100.000 habitantes) muestran una estabilidad que se alinea con las tendencias globales que presentan una reducción del 54 % entre 2010 y 2024 (2).



2. Indicadores de monitoreo de la gestión

- Desde 2024 se ha superado y mantenido la meta nacional y por regímenes de la tamización del VIH en las gestantes, logrando un 95,83 % en el último periodo. El valor que estimó ONUSIDA en 2024 en esta materia para Colombia fue de 98 %, igual al de países como Chile, Nicaragua, Perú, El Salvador o Uruguay, pero superior al de otras naciones de la región como Venezuela (90 %), Ecuador (87 %), Paraguay (75 %) u Honduras, con solo 53 % (3).

En cuanto a los regímenes del aseguramiento, en 2025 el contributivo superó su porcentaje de cumplimiento del periodo anterior, pero el subsidiado lo redujo. Aunque este indicador se alcanza con hacer una tamización durante la gestación, el 62,28 % de las gestantes recibió más de una durante el periodo en el contributivo, mientras que en el subsidiado fue el 49,45 %. Por otra parte, la transmisión materno - infantil (TMI) se dio en 7 de 891 menores de 12 meses, hijos de mujeres que viven con el VIH, cuatro pertenecían al régimen subsidiado y 3 al contributivo.

En general, los resultados alrededor de la tamización en las gestantes y la TMI son menos favorables en las personas pertenecientes al subsidiado, lo que sugiere una interseccionalidad de factores que deben ser considerados para la prevención y atención del VIH, entre estos, la ruralidad, la pobreza, las barreras de acceso a los servicios de salud o la pertenencia étnica, característico de la población afiliada a este régimen.

- La cobertura nacional de la TAR, aunque mejoró en 2025 respecto al 2024, se mantiene por debajo de la meta propuesta del 95 % y en los distintos regímenes. El que más lejos está es el subsidiado que, a su vez, concentra el mayor número de las personas pertenecientes a poblaciones vulnerables. En la región el comportamiento es similar, según ONUSIDA la mejor cobertura en países de Sur América se da en Ecuador y Perú, con 82 y 80 %, respectivamente.

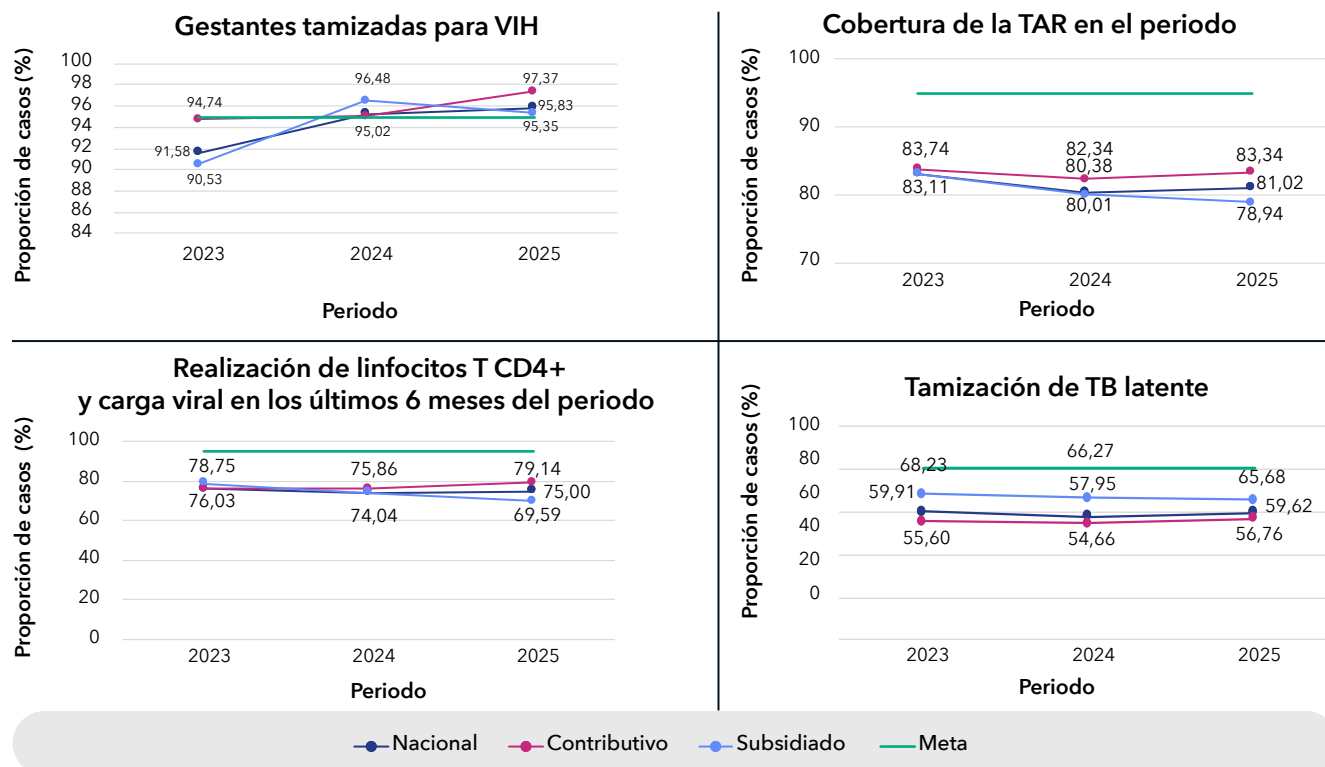
El estancamiento de la cobertura puede estar relacionado con algunos aspectos como las disparidades en la oportunidad de acceso al tratamiento, que se relacionan con la edad, las normas de masculinidad que asocian la búsqueda de servicios de salud con debilidad y vulnerabilidad o la pertenencia a poblaciones clave (2), así como con las dificultades en la adherencia al tratamiento, que a su vez se vincula con barreras sociales y estructurales, efectos secundarios o estigma (4).

- La realización de conteo de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos seis meses del periodo se mantiene en bajo cumplimiento en el país y en los diferentes regímenes del aseguramiento. El resultado más alto fue el alcanzado por el contributivo con 79,14 %, que aun debe aumentar más de diez puntos porcentuales para alcanzar un cumplimiento medio ($\geq 90 - < 95$ %). Los departamentos del Amazonas, Vaupés y Vichada presentaron las menores proporciones tanto en la realización de estas pruebas como en la indetectabilidad alcanzada. Esta situación puede explicarse, en parte, por la extensa ruralidad, la limitada infraestructura sanitaria y el bajo acceso a los servicios de salud en estos territorios (5).

En la tamización de la tuberculosis latente (TB), el régimen subsidiado, aunque mantiene el mejor desempeño, mostró un deterioro en sus resultados desde 2023. Por su parte, el régimen contributivo y el consolidado nacional no evidencian desmejora, pero continúan ubicándose lejos de la meta establecida del 80 %.

Un factor asociado al comportamiento de este indicador es la complejidad operativa en su realización, ya que requiere una ruta escalonada y la coordinación entre varios servicios. En particular, la PPD (prueba de derivado proteico purificado) exige la aplicación y lectura a las 48 - 72 horas, lo que implica múltiples visitas y aumenta la posibilidad de no completar el proceso, especialmente cuando existen barreras de acceso o las personas se deben desplazar largas distancias para recibir esa atención en salud. Además, IGRA (Ensayo de Liberación de Interferón Gamma) puede simplificar el proceso, pero su disponibilidad es heterogénea por los requerimientos de laboratorio y logística de muestras. Esta complejidad tiene como consecuencia que algunos departamentos como Amazonas, Arauca o Vaupés sean los de menor alcance de este indicador.

Figura 6. Tendencia de los indicadores trazadores en VIH en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2023 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2023 - 2025.
TAR: terapia Antirretroviral; TB: tuberculosis.

[Descargar figura](#)

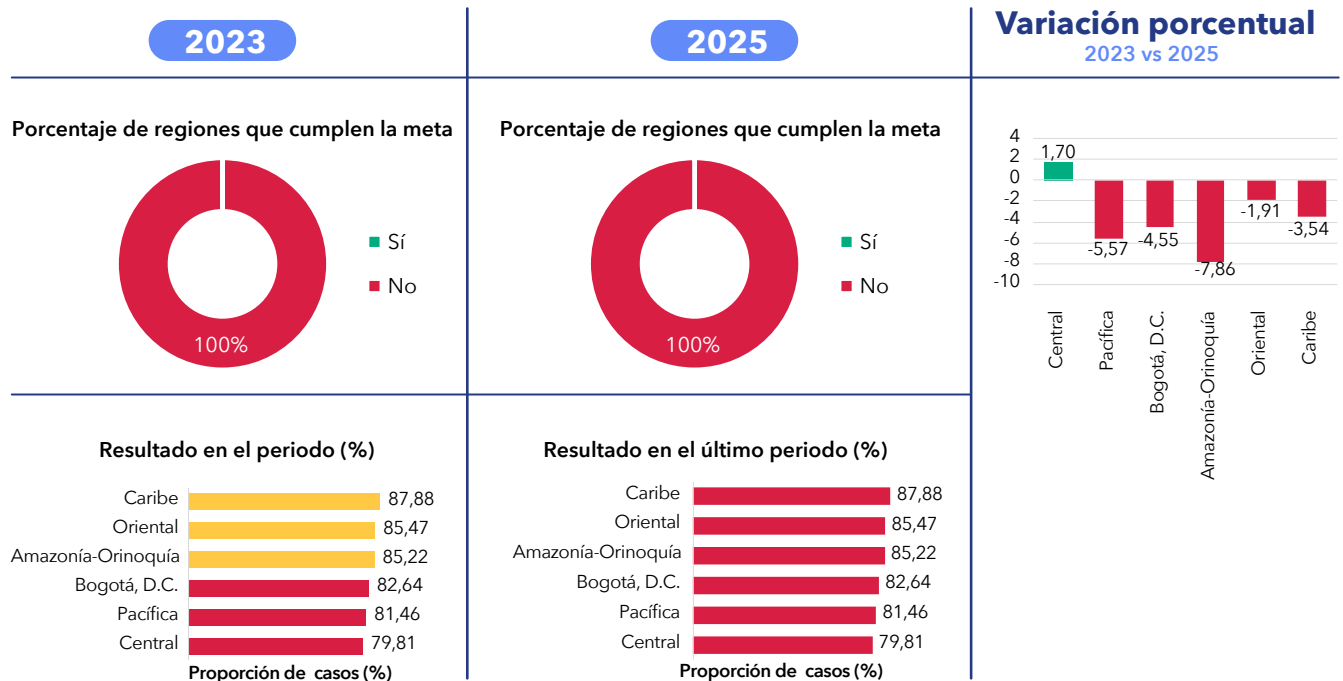
3. Variabilidad territorial

- Ninguna región alcanzó la meta de cobertura de la TAR en 2025 y, comparado con el 2023, en todas las regiones, excepto la Central, se redujo el indicador. La más afectada fue la Amazonía-Orinoquía, con una reducción de 7,86 % entre los periodos en comparación. En conjunto, todas las regiones se ubicaron en un rango de cumplimiento medio.
- La tamización en las gestantes con VIH alcanzó la meta de cumplimiento en cuatro de las seis regiones, solo en la Pacífica se redujo con respecto a 2023.
- La mirada regional de estos indicadores refleja las condiciones en las que una importante parte de la población colombiana vive, puesto que en los territorios rurales y rurales dispersos se enfrentan algunas circunstancias que resultan más adversas que en las ciudades o cabeceras municipales. Visiones regionales en torno a las enfermedades de alto costo dan cuenta de los aspectos que funcionan como barreras, tales como la geografía, el acceso a los servicios de salud, la infraestructura y calidad de los servicios disponibles, la dimensión económica en la población, falta de enfoques interculturales en los servicios de salud o la fragmentación de los servicios de salud son algunos de ellos (6).

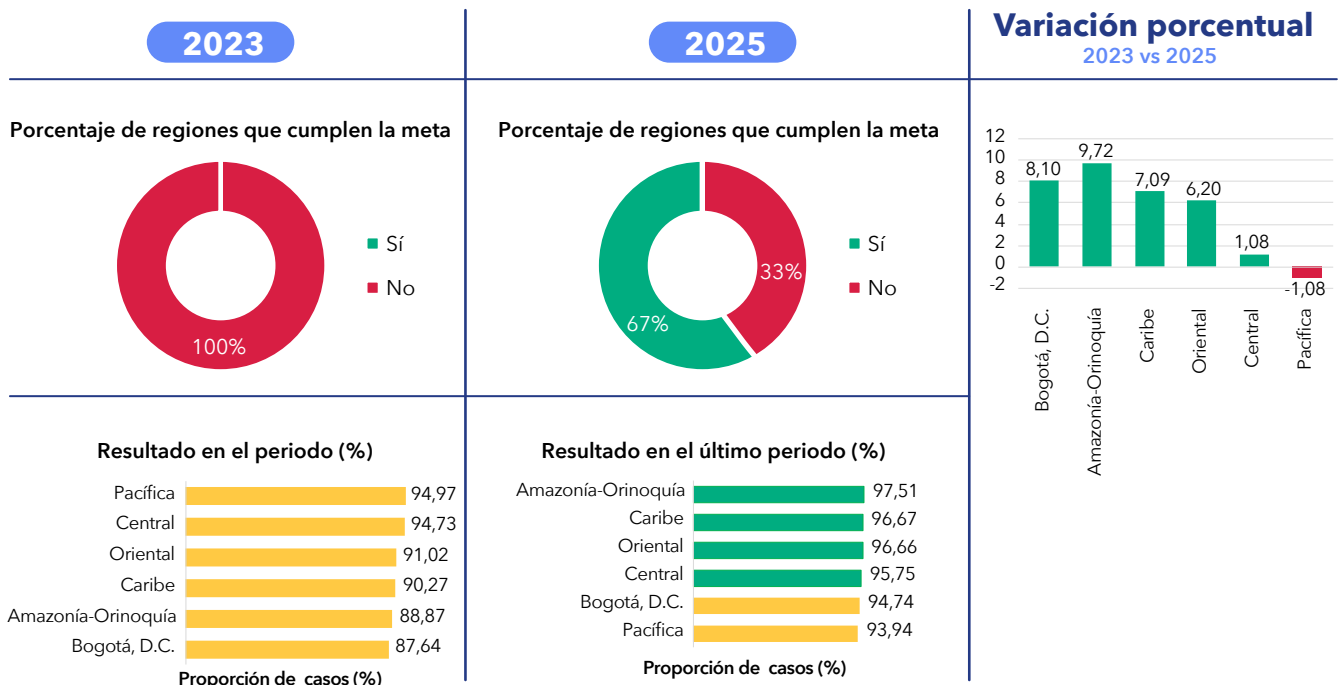


Figura 7. Variabilidad de la cobertura de la TAR y de la tamización del VIH en las gestantes en las regiones de Colombia, 2023 vs 2025

A. Cobertura de la TAR



B. Gestantes tamizadas para el VIH



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2023 y 2025.

[Descargar figura](#)

Magnitud, tendencia y acceso a los servicios de salud en las personas con enfermedades de alto costo, 2025

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

- En el ámbito departamental, solamente Vaupés y Guainía tuvieron un desempeño bajo en el indicador de la tamización de las gestantes para el VIH, departamentos con limitado acceso a los servicios de salud, la débil infraestructura sanitaria (5) y la amplia representación de poblaciones indígenas en los territorios que los conforman.
- Por otra parte, la cobertura de la TAR solamente alcanzó un cumplimiento intermedio en algunos departamentos, especialmente de la región Caribe, pero ninguno alcanzó el rango alto. La cobertura más baja, se observó en Amazonas, Vaupés y Vichada. Esto reduce la posibilidad de lograr la supresión o la indetectabilidad, lo que aumenta el riesgo de transmisión en la población (7).
- Frente a la realización de conteo de linfocitos T CD4+ y la carga viral, todos los departamentos estuvieron en bajo cumplimiento, una vez más, fueron Amazonas, Vaupés y Vichada los de menor cumplimiento. La falta de realización de estos paraclínicos limita la comprensión del estado de la enfermedad en las personas que viven con el VIH y, en consecuencia, las posibles intervenciones encaminadas a mejorar su salud.
- Por último, los departamentos que lograron un alto cumplimiento en la tamización de la TB latente fueron Huila, Quindío y Nariño. Otras entidades territoriales con grandes poblaciones, como Bogotá, D. C., o Antioquia se mantuvieron en un cumplimiento bajo de este indicador, lo que resulta alarmante, en vista de que el riesgo de desarrollar tuberculosis es mayor en la población que vive con el VIH (8), por lo que se debería impulsar el fortalecimiento de las estrategias locales para eliminar esta enfermedad, partiendo por su identificación.

Figura 8. Distribución de los rangos de cumplimiento de los IGR trazadores en VIH en los departamentos de Colombia, 2025

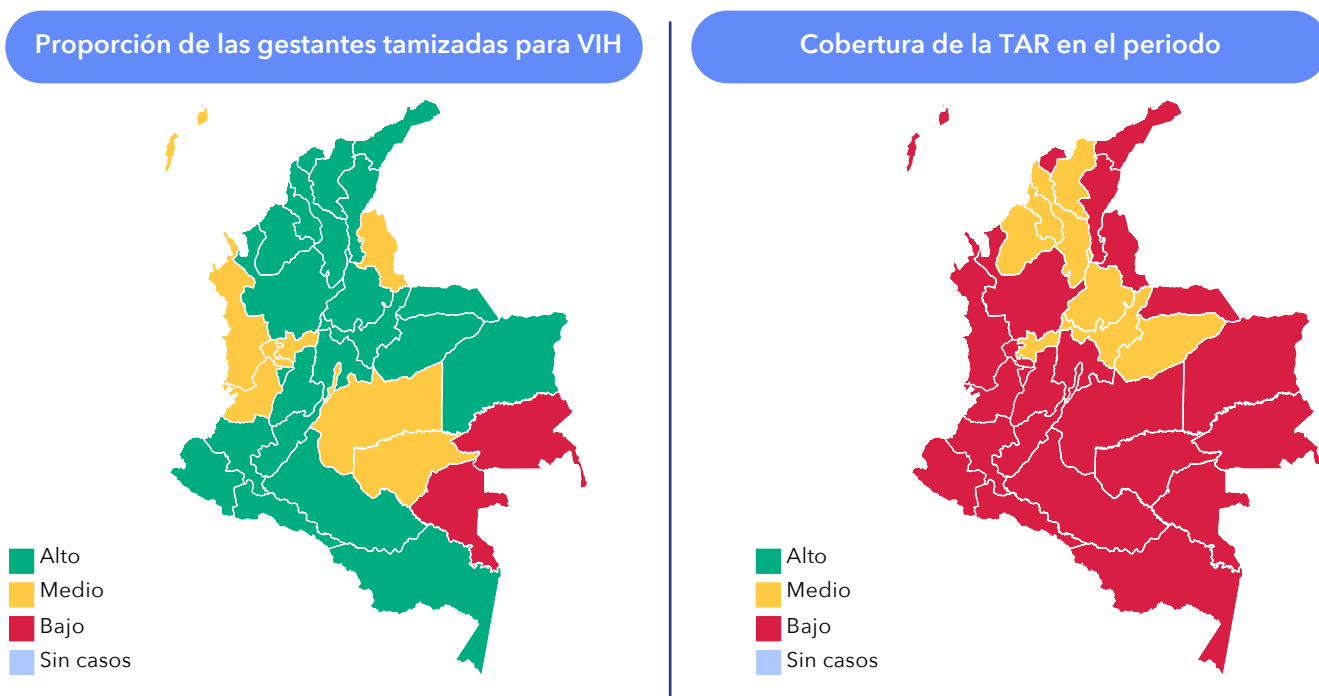
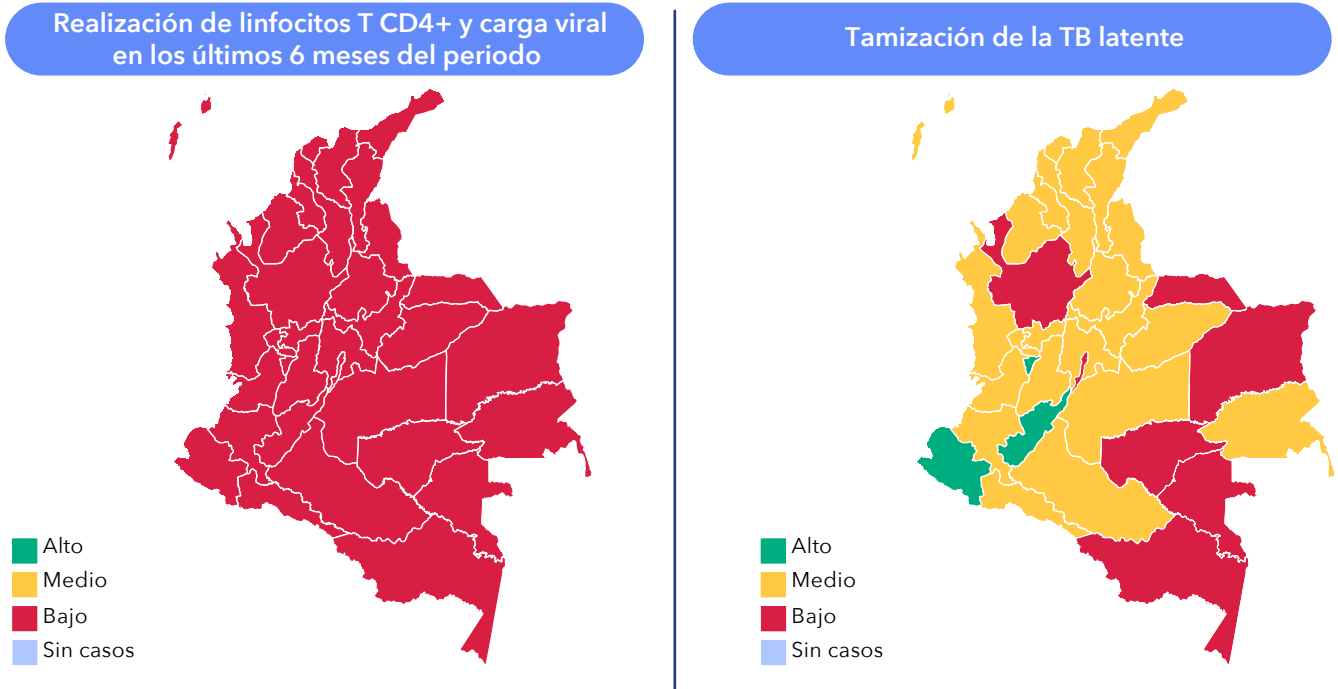




Figura 8. Distribución de los rangos de cumplimiento de los IGR trazadores en VIH en los departamentos de Colombia, 2025 (continuación)



[Descargar figura](#)

Diccionario de los indicadores trazadores en el VIH

Indicador	Rango de cumplimiento		
	Alto	Medio	Bajo
Proporción de gestantes tamizadas para VIH.	≥ 95 %	≥ 85 a < 95 %	< 85 %
Tamización TB latente.	≥ 80 %	50 a < 80 %	< 50 %
Cobertura de TAR en el periodo.	≥ 95 %	≥ 85 a < 95 %	< 85 %
Realización de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses del periodo.	≥ 95 %	≥ 90 a < 95 %	< 90 %

Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2025.

Referencias bibliográficas

- UNAIDS. UNAIDS - Colombia [en línea]. 2025 [citado el 15 de Agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regions-countries/countries/colombia>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. AIDS, crisis and the power to transform: UNAIDS Global AIDS Update 2025 [en línea]. 2025. Disponible en: <http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>
- UNAIDS Reference Group on Estimates M and projections. AIDSinfo [en línea]. 2025 [citado el 7 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://aidsinfo.unaids.org/>
- Rana AI, Zheng L, Castillo-Mancilla J, Bao Y, Sieczkarski S, Brooks KM, et al. Cabotegravir plus Rilpivirine for Persons with HIV and Adherence Challenges. New England Journal of Medicine. 2026 Feb 18. doi:10.1056/NEJMoa2508228.

Magnitud, tendencia y acceso a los servicios de salud en las personas con enfermedades de alto costo, 2025

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

5. Observatorio Nacional de Salud. Acceso a servicios de salud en Colombia. Bogotá, Colombia; 2019. Reporte.
6. León-Giraldo S, Castro J, Rincón C, Guzmán N, García J, Duarte D, et al. Hacia un modelo de Atención Primaria en Salud para el manejo de EAC [en línea]. Bogotá, D.D., Colombia; 2025 [citado el 19 de febrero de 2026]. Reporte. Disponible en: <https://gobierno.uniandes.edu.co/modelo-de-atencion-primaria-para-enfermedades-de-alto-costo-en-poblacion-rural-y-rural-dispersa-en-colombia/>
7. Clinical Info HIV.gov. Glosario del VIH/SIDA. Carga viral indetectable [en línea]. 2025 [citado 02 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://clinicalinfo.hiv.gov/es/glossary/carga-viral-indetectable#:~:text=Glosario%20del%20VIH/SIDA&text=Cuando%20la%20concentraci%C3%B3n%20del%20VIH,en%20los%20tejidos%20del%20cuerpo>
8. Duarte R, Lönnroth K, Carvalho C, Lima F, Carvalho ACC, Muñoz-Torrico M, et al. Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV). Pulmonology. 2018 Mar 30;24(2):115-9. doi:10.1016/j.rppnen.2017.11.003.

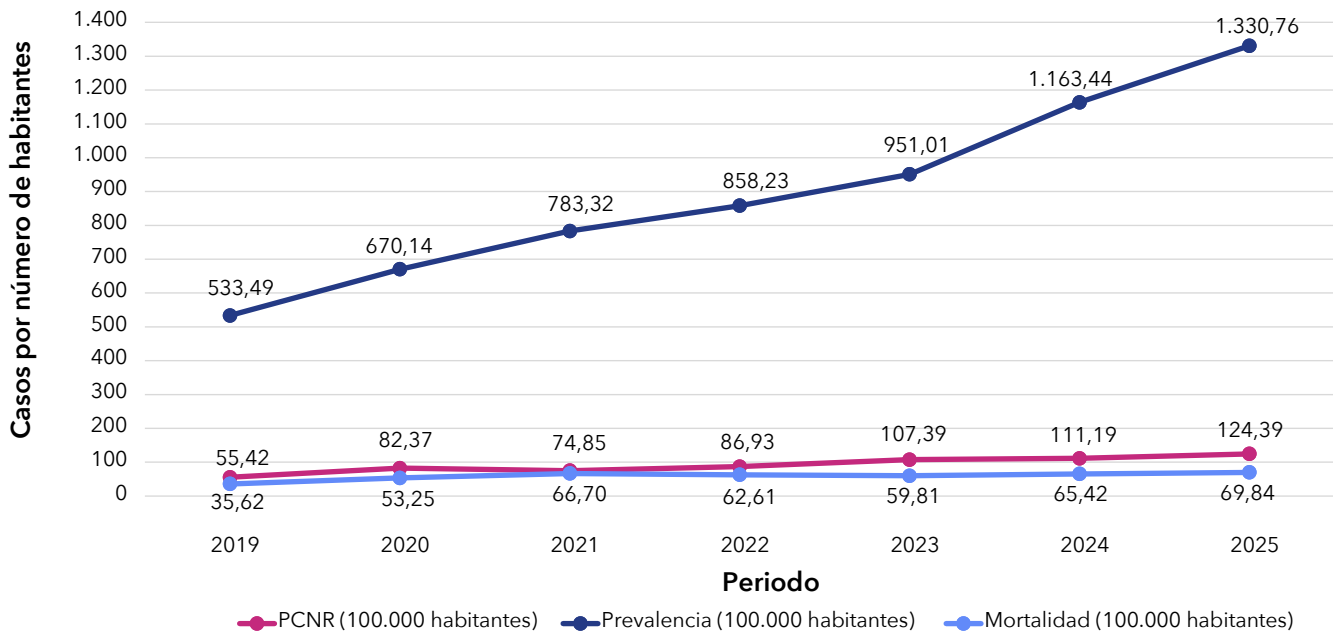
CÁNCER



CÁNCER

1. Tendencia de la morbilidad y mortalidad en el marco del aseguramiento en Colombia

Figura 9. Medidas de morbilidad y mortalidad del cáncer en Colombia, 2019 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2019 - 2025.

Las medidas presentadas son crudas. Incluye solo casos invasivos. La mortalidad incluye los fallecimientos por todas las causas.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

Descargar figura

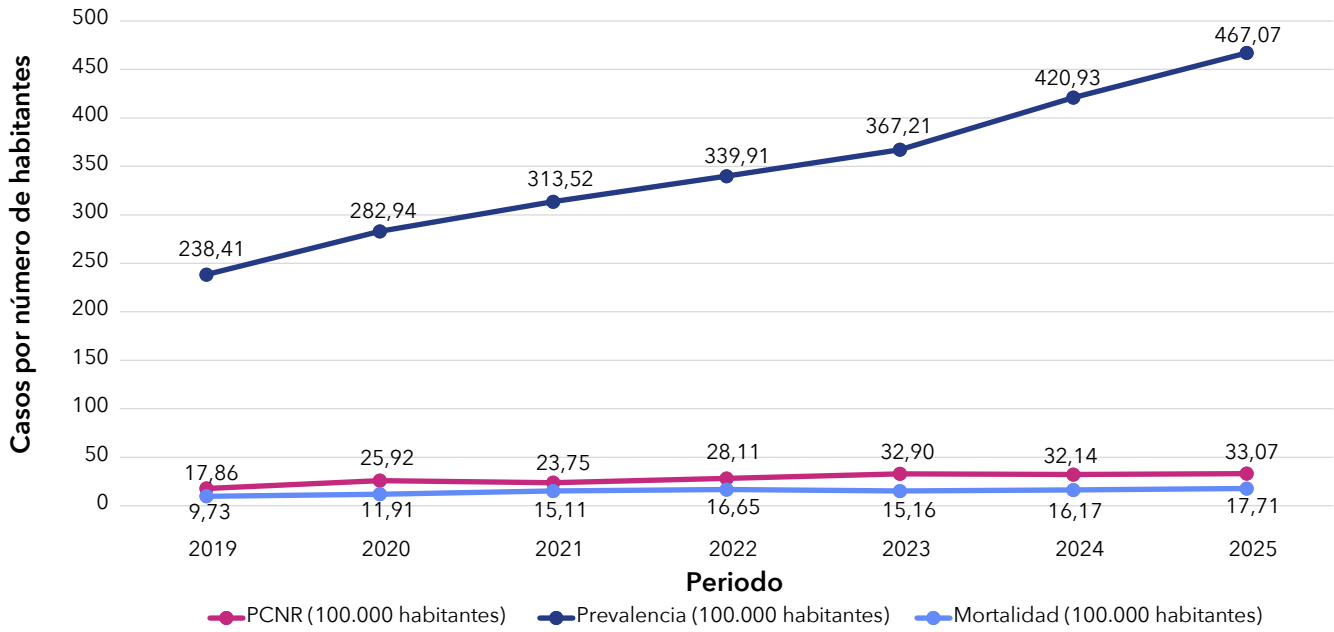
- El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. Según las últimas estimaciones del Observatorio Global de Cáncer (GLOBOCAN), en 2022 se diagnosticaron cerca de 20 millones de casos nuevos y se registraron al menos 9 millones de fallecimientos por esta causa (1).
- En Colombia, desde el periodo 2019, la prevalencia de los casos invasivos de cáncer ha mostrado una tendencia al incremento. Para el periodo 2025, comprendido entre el 2 de enero de 2024 y el 1° de enero de 2025, el aumento de la prevalencia fue del 14,38 % con respecto al periodo anterior. De manera similar, la proporción de los casos nuevos reportados (PCNR) se incrementó en un 11,87 %. Este crecimiento simultáneo de la prevalencia y de los casos nuevos reportados refleja una presión creciente sobre el sistema de salud, con implicaciones directas en demanda de diagnóstico, tratamiento y seguimiento oncológico, y subraya la urgencia de fortalecer la capacidad instalada y la planificación de los recursos para una atención oportuna y equitativa.
- La proyección del aumento en la carga global del cáncer ha llevado a que algunas organizaciones como la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC) establezcan objetivos dirigidos a apoyar a los países en la integración de estrategias para el control de esta enfermedad. Estas estrategias incluyen la reducción de la exposición a los factores de riesgo, así como el incremento en la cobertura de los servicios de prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, incorporándolos en las políticas de salud pública de cada nación (2).



2. Cáncer de mama

2.1. Tendencia de la morbimortalidad en el marco del aseguramiento en Colombia

Figura 10. Medidas de morbimortalidad del cáncer de mama en Colombia, 2019 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2019 - 2025.

Las medidas presentadas son crudas. Incluye solo los casos invasivos en mujeres. La mortalidad incluye los fallecimientos por todas las causas.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

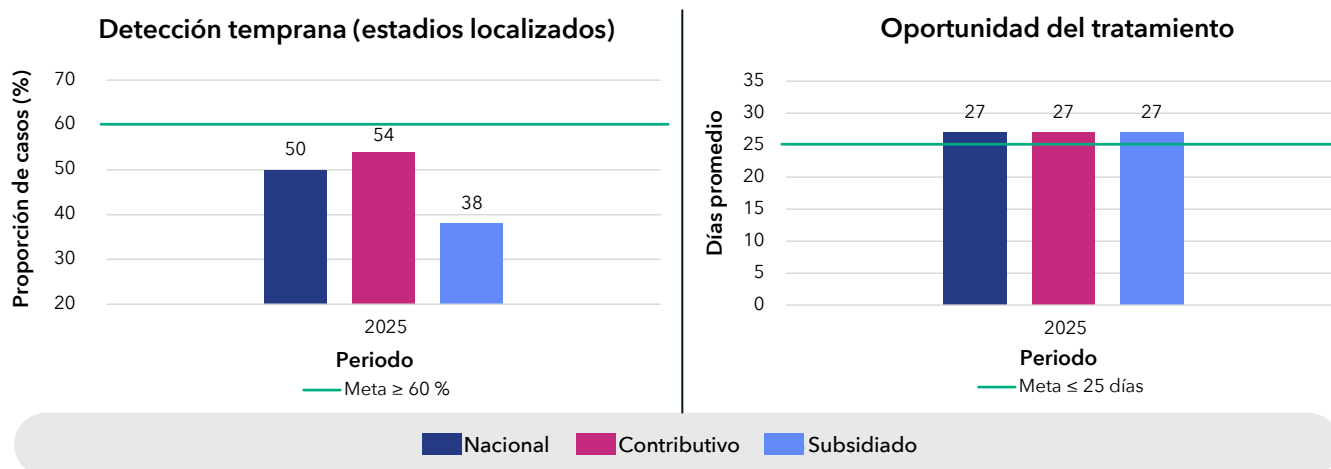
Descargar figura

- La prevalencia de los casos de mama en las mujeres aumentó en un 10,96 %, en comparación con el 2024. Así mismo, los casos nuevos invasivos incrementaron un 2,89 % y la mortalidad por todas las causas, en las mujeres con este diagnóstico registró un aumento de 1,54 fallecimientos más, con respecto al periodo anterior.

2.2. Indicadores del monitoreo de la gestión del riesgo

- Para el periodo 2025, se calcularon los resultados de los indicadores para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de mama en Colombia, conforme a la actualización del consenso de 2025. En consecuencia, debido a los cambios en la operacionalización, al ajuste en las metas y definiciones de los indicadores, en esta ocasión no se presentan las tendencias de estos resultados.
- En cuanto a la detección temprana, la actualización de la meta al 60 % según los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, establece un nuevo umbral de referencia que Colombia no alcanzó en 2025. Mientras el régimen contributivo supera el promedio nacional, en el subsidiado persisten dificultades estructurales para diagnosticar el cáncer de mama en estadios tempranos. Esta diferencia no puede ser atribuible directamente a las características biológicas del tumor sino a las barreras de acceso a la tamización con mamografía, menor disponibilidad de radiólogos especializados y a la ausencia de programas de detección activa en las redes del régimen subsidiado.
- El promedio del número de días entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento en 2025 fue similar en ambos regímenes. Esta convergencia, sumada al análisis previo, sugiere que, en el contexto de una mayor proporción de casos avanzados en el régimen subsidiado, los tiempos semejantes de inicio podrían reflejar una mayor urgencia clínica percibida y no necesariamente un mejor acceso. En ambos regímenes persiste la necesidad de acortar los tiempos para alcanzar la meta de 25 días o menos; sin embargo, la prioridad continúa siendo la detección temprana, ya que mejorar la oportunidad del tratamiento en una enfermedad ya avanzada tiene un impacto clínico limitado.

Figura 11. Resultados de los indicadores trazadores en el cáncer de mama en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2025.

Se considera como cáncer localizado a los estadios IA, IB y IIA.

La oportunidad de tratamiento mide el tiempo entre la consulta de atención por el médico tratante y el inicio del primer tratamiento.

[Descargar figura](#)

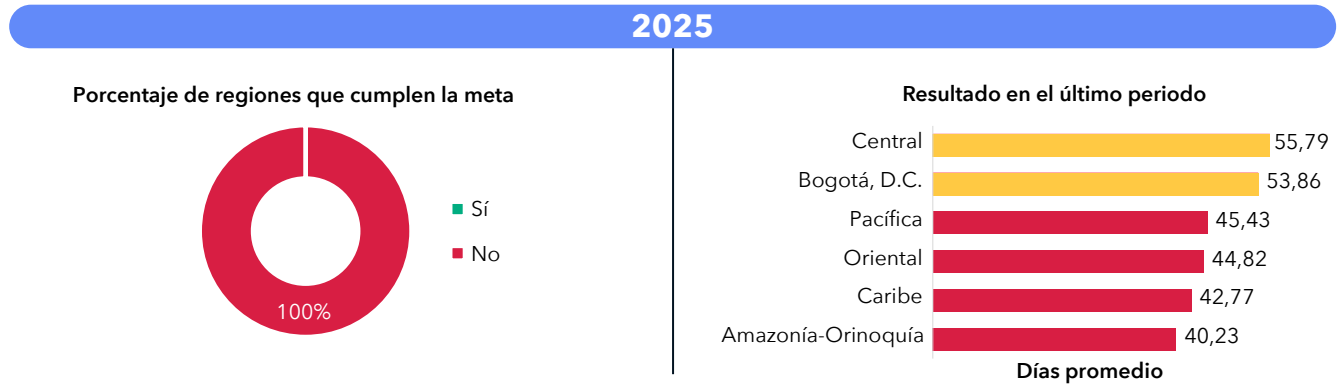
2.3. Variabilidad territorial

- Ninguna región alcanzó la meta del 60 %. Las de peor desempeño fueron, la Amazonía-Orinoquía con 40,23 %, la Caribe con 42,77 %, la Oriental con 44,82 % y la Pacífica con 45,43 %, son precisamente aquellas con la menor densidad de equipos de mamografía, la mayor dispersión geográfica de la población y las mayores barreras culturales y logísticas para el acceso a la tamización.
- Las regiones con la peor detección temprana, en la que más mujeres llegan con enfermedad avanzada, no son necesariamente las que inician el tratamiento más rápido, lo que sugiere que en estas regiones se acumulan simultáneamente las dos fallas, diagnóstico tardío y demora en el inicio del tratamiento, configurando el escenario de mayor vulnerabilidad oncológica del país. En contraste, las regiones con la mejor oportunidad de tratamiento como la Central y Bogotá, D. C., son también las que tienen las mejores tasas de detección temprana, confirmando que la calidad de la atención oncológica tiende a ser consistente a lo largo de toda la ruta y no compensatoria entre los indicadores. En la región Caribe, la mayor proporción de las mujeres que llegan con enfermedad avanzada podría explicar los tiempos de acceso al tratamiento, ya que una mayor urgencia terapéutica percibida puede acelerar la decisión de iniciar manejo.
- En el país, la proporción de los diagnósticos en estadios tempranos se ha mantenido por debajo del 60 % a lo largo del tiempo. La participación en los programas de tamización sigue siendo baja, con solo un 48,1 % en las mujeres de 40 a 69 años (3), y los tiempos de inicio del tratamiento continúan siendo prolongados. Entre las principales barreras de acceso se destacan el estrato socioeconómico, el tipo de aseguramiento, la centralización de la infraestructura y la falta de personal capacitado para la atención y detección del cáncer de mama.
- Priorizar la prevención y la detección temprana es una de las estrategias fundamentales en los planes de control del cáncer, junto con garantizar el acceso oportuno a terapias, tratamientos y atención; aspectos esenciales para optimizar los resultados. El principal desafío es mejorar la efectividad de la tamización, asegurando un acceso equitativo y oportuno, especialmente en aquellas zonas descentralizadas, así como garantizar el inicio oportuno de los tratamientos, en particular de las terapias dirigidas que han demostrado los mejores desenlaces.



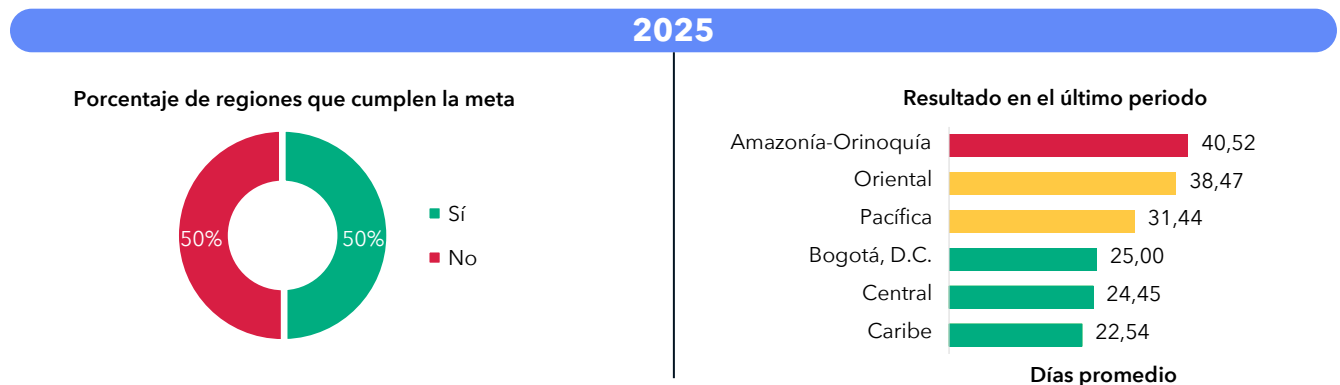
Figura 12. Variabilidad de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer de mama en las regiones de Colombia, 2025

A. Detección temprana (estadios localizados)*



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2025.
* Se considera como cáncer localizado a los estadios IA, IB y IIA.

B. Oportunidad de inicio del tratamiento*



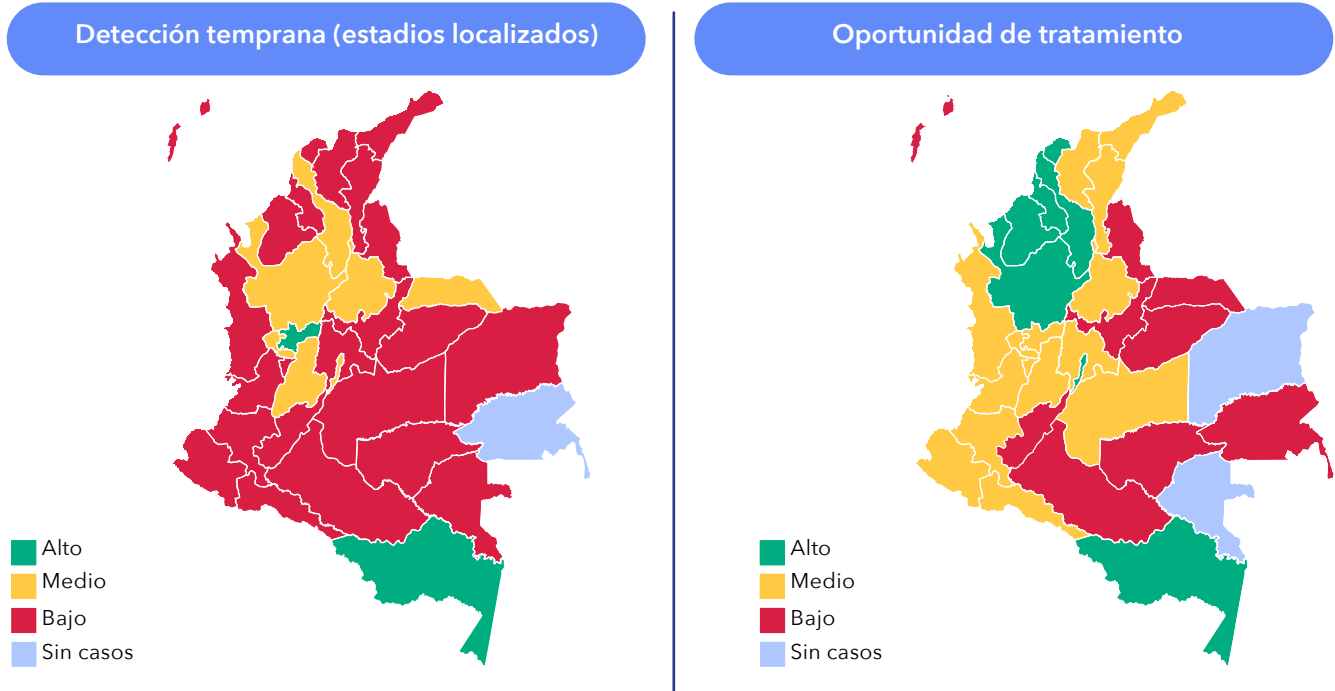
Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2025.
* Este indicador mide el tiempo entre la consulta de atención por el médico tratante y el inicio del primer tratamiento.

[Descargar figura](#)

Las estrategias de control del cáncer de mama entre los departamentos del país presentan resultados heterogéneos. Mientras más del 60 % de los casos reportados de esta neoplasia en las mujeres residentes en el departamento del Amazonas son detectados en estadios localizados y acceden al tratamiento en menos de los 25 días, en Caquetá y Guaviare, ubicados en la misma región, los resultados difieren y muestran un cumplimiento bajo.

La capacidad de integrar redes de atención combinada con la mejor disposición en los traslados para los pacientes facilita la oportunidad a los tratamientos, esto podría estar contribuyendo para que los departamentos cercanos de Antioquia, Magdalena, Atlántico, Sucre y Córdoba presenten un promedio del número de días menor en comparación a otras entidades territoriales.

Figura 13. Cumplimiento de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer de mama según la entidad territorial, Colombia 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2025.

Se considera como cáncer localizado a los estadios IA, IB y IIA.

La oportunidad de tratamiento mide el tiempo entre la consulta de atención por el médico tratante y el inicio del primer tratamiento.

[Descargar figura](#)

Diccionario de los indicadores trazadores en el cáncer de mama

Indicador	Rango de cumplimiento		
	Alto	Medio	Bajo
Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como localizado al momento del diagnóstico.	≥ 60 %	≥ 52 y < 60 %	< 52 %
Oportunidad de inicio del tratamiento: tiempo entre la atención por el médico tratante hasta el primer tratamiento.	≤ 25 días	≤ 40 y > 25 días	> 40 días

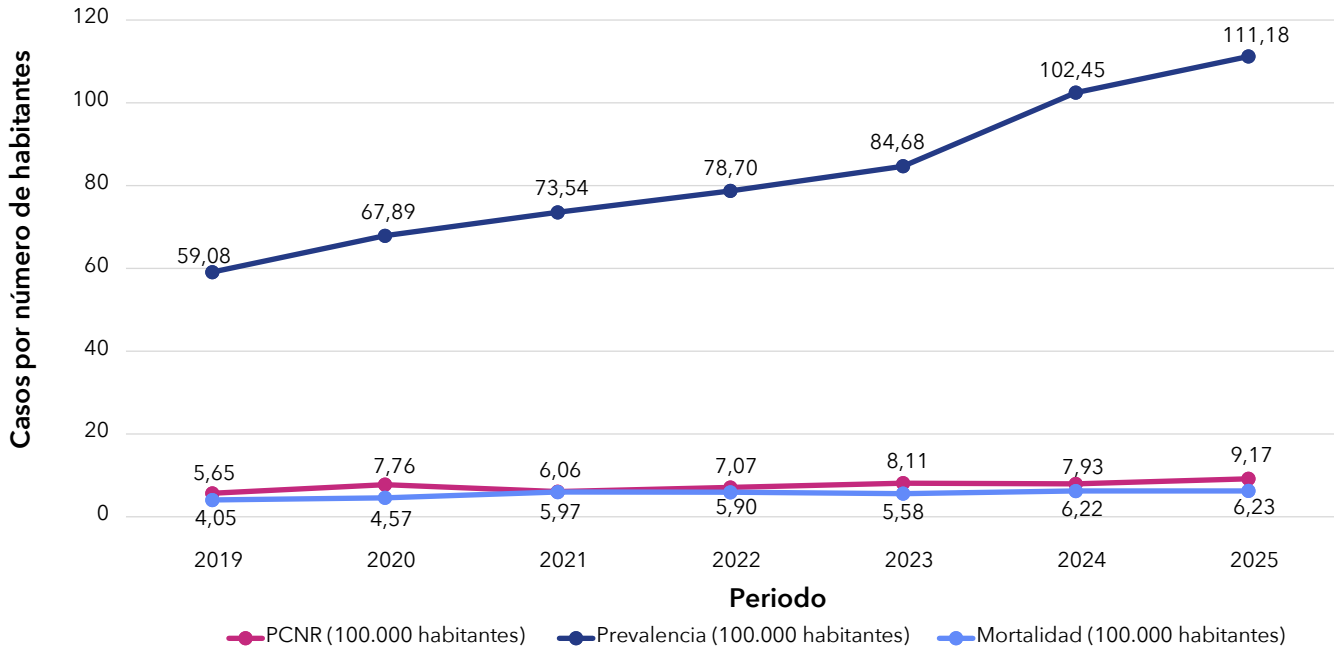
Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2025.



3. Cáncer de cuello uterino

3.1. Tendencia de la morbimortalidad en el marco del aseguramiento en Colombia

Figura 14. Medidas de morbimortalidad del cáncer de cuello uterino en Colombia, 2019 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2019 - 2025.

Las medidas presentadas son crudas. Incluye solo casos invasivos. La mortalidad incluye los fallecimientos por todas las causas.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)

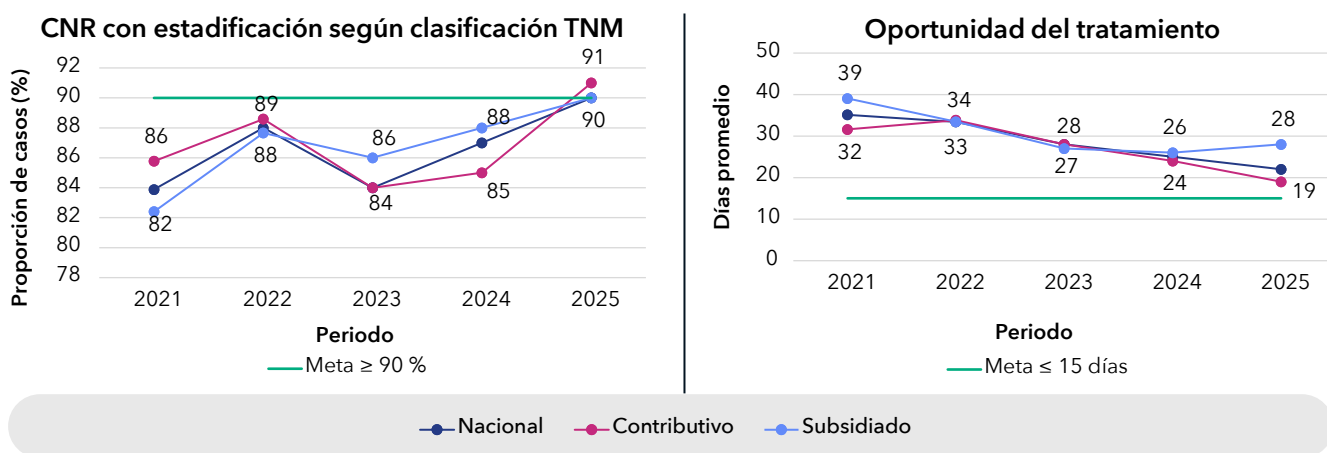
- En el periodo 2025, las tres medidas de morbimortalidad presentaron incrementos frente al periodo anterior, aunque fue más evidente este crecimiento en la prevalencia y la PCNR con aumentos porcentuales de 15,63 %, 8,52 % respectivamente y en menor medida en la mortalidad con un 0,16 %, lo que podría traducirse en un fortalecimiento del sistema en cuanto a la detección de los casos invasivos y seguimiento, con una estabilización en la mortalidad por todas las causas.
- No obstante, es importante considerar que el cáncer de cuello uterino es una neoplasia prevenible mediante la vacunación contra el VPH y que cuenta con estrategias efectivas de tamización, como la citología y la prueba del VPH. En este sentido, se hace necesario continuar fortaleciendo estas acciones para mejorar la prevención y favorecer la detección oportuna en las etapas tempranas de la enfermedad, como el carcinoma *in situ*.

3.2. Indicadores del monitoreo de la gestión del riesgo

- La proporción de los casos nuevos con estadificación aumentó en el país, este mismo comportamiento se observa entre los regímenes del aseguramiento. El incremento fue mayor en el régimen contributivo (6,00 %), el cual alcanzó un nivel de cumplimiento alto. Se resalta que el resultado entre los regímenes fue cercano, disminuyendo la brecha que se presentó en los dos periodos anteriores.
- Se observa una disminución en el promedio del número de días entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en el país y el régimen contributivo, acercándose a la meta definida para este indicador. En contraste, en el subsidiado se presentó un aumento de 2 días en esta oportunidad.

- Colombia está mejorando su capacidad de estadificar y tratar oportunamente el cáncer de cuello uterino, pero lo está haciendo sobre una cohorte de casos invasivos que no debería estar aumentando en magnitud. Mejorar la estadificación y la oportunidad del tratamiento son condiciones necesarias pero insuficientes mientras el sistema no garantice la cobertura adecuada de la vacunación contra el VPH y la tamización regular con prueba del VPH en todas las mujeres elegibles, independientemente de su régimen de afiliación, porque cada mejora en estos indicadores trazadores sin reducción paralela en la incidencia de los casos invasivos no es un logro sobre el mejor estándar disponible.

Figura 15. Tendencia de los indicadores trazadores del cáncer de cuello uterino en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2021 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2021 - 2025.

CNR: casos nuevos reportados.

La oportunidad del tratamiento mide el tiempo entre la consulta de atención por el médico tratante y el inicio del primer tratamiento.

[Descargar figura](#)

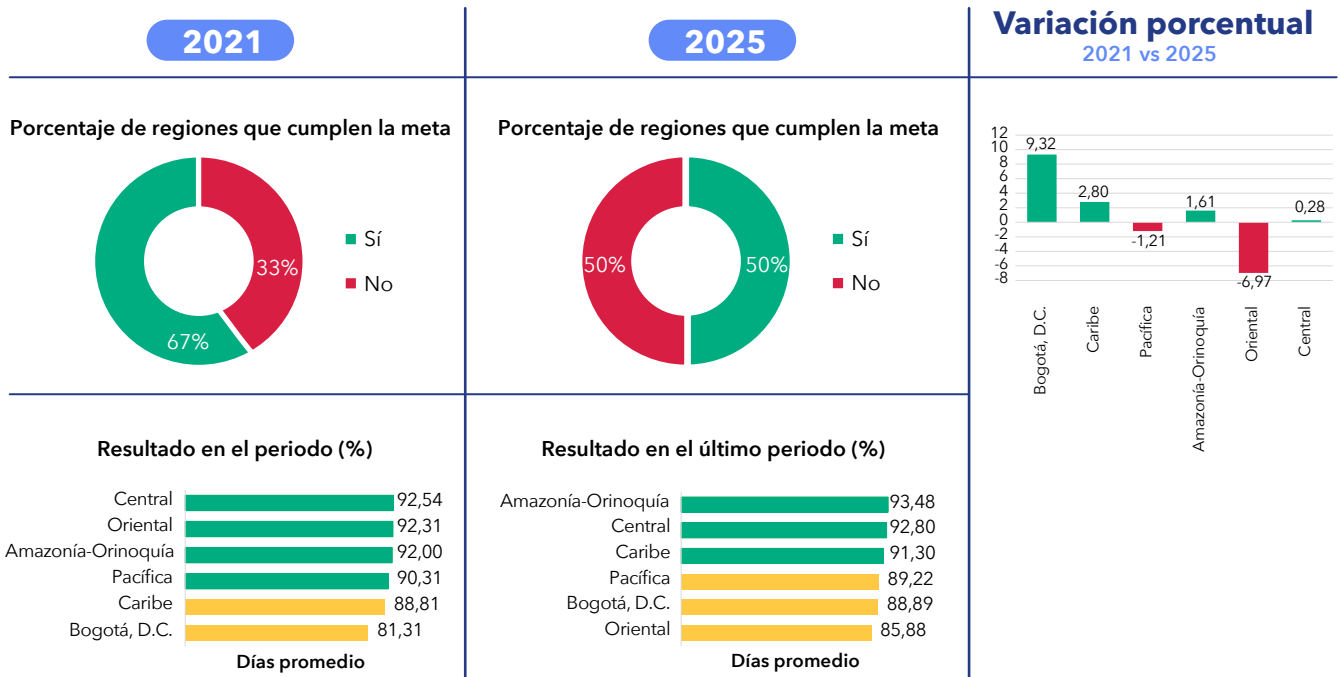
3.3. Variabilidad territorial

- La evolución regional de los indicadores de estadificación TNM en el cáncer de cuello uterino entre 2021 y 2025, revela una transformación significativa en la distribución territorial del cumplimiento. En comparación con el periodo 2021, disminuyó el porcentaje de las regiones que cumplen con la meta de estadificación de los casos nuevos (> 90 %). Esta reducción fue mayor en la región Oriental (-6,97 %), seguida de la Pacífica (-1,21 %), lo que las ubicó en un nivel de cumplimiento intermedio. Esta situación evidencia las dificultades para realizar la estadificación al momento del diagnóstico, especialmente en estas regiones, en donde aumentaron los casos diagnosticados durante el último periodo. (Oriental [109,46 %] y la región Pacífica [18,50 %]).
- Aunque ninguna de las regiones alcanzó la meta de 15 días o menos, para el inicio del tratamiento, se observa una mejora dada la disminución en el promedio de días en la mayoría de las regiones, así como mejores oportunidades en las regiones Caribe, Oriental y Central. En contraste, la región Amazonía-Oriñoquía presentó un aumento promedio de 3 días en el tiempo para el inicio del tratamiento.
- En 2025 se evidenció un aumento en los casos de cáncer de cuello uterino, junto con avances en la estadificación al momento del diagnóstico, en el país y especialmente en el régimen contributivo. El inicio del tratamiento obtuvo menores tiempos entre las regiones, en comparación con el 2021. No obstante, persisten las brechas por aseguramiento y entre las regiones, con una disminución en el número de regiones que cumplen con la estadificación al momento del diagnóstico.
- Los programas de tamización en Colombia han demostrado la capacidad para reducir el riesgo de cáncer invasivo y detectar lesiones en etapas tempranas, que deben ser implementadas (4). Sin embargo, en las comunidades más dispersas y aquellas que no están aseguradas al sistema de salud, se generan desafíos que deben ser abordados mediante estrategias digitales y que consideren las cosmovisiones territoriales (5).



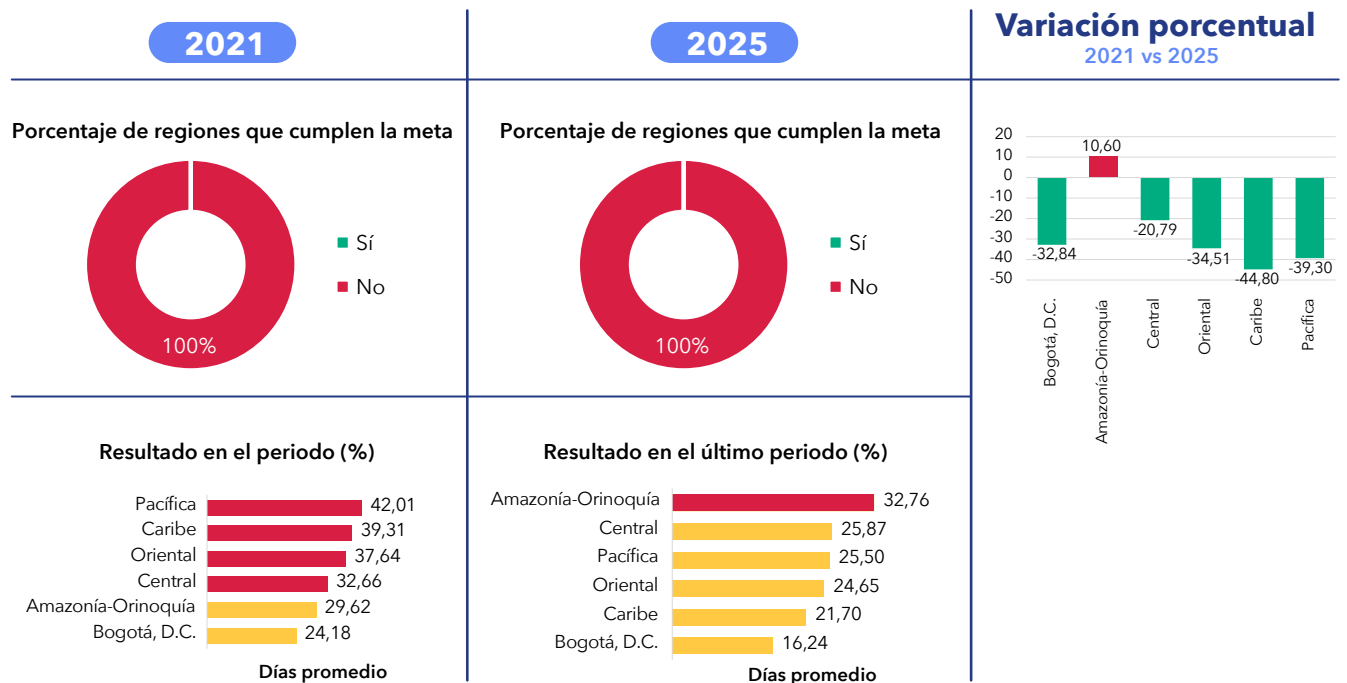
Figura 16. Variabilidad de la estadificación TNM y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer de cuello uterino en las regiones, Colombia 2021 vs 2025

A. Estadificación según la clasificación TNM



Fuente: Cuenta de Alto Costo.

B. Oportunidad de inicio del tratamiento*



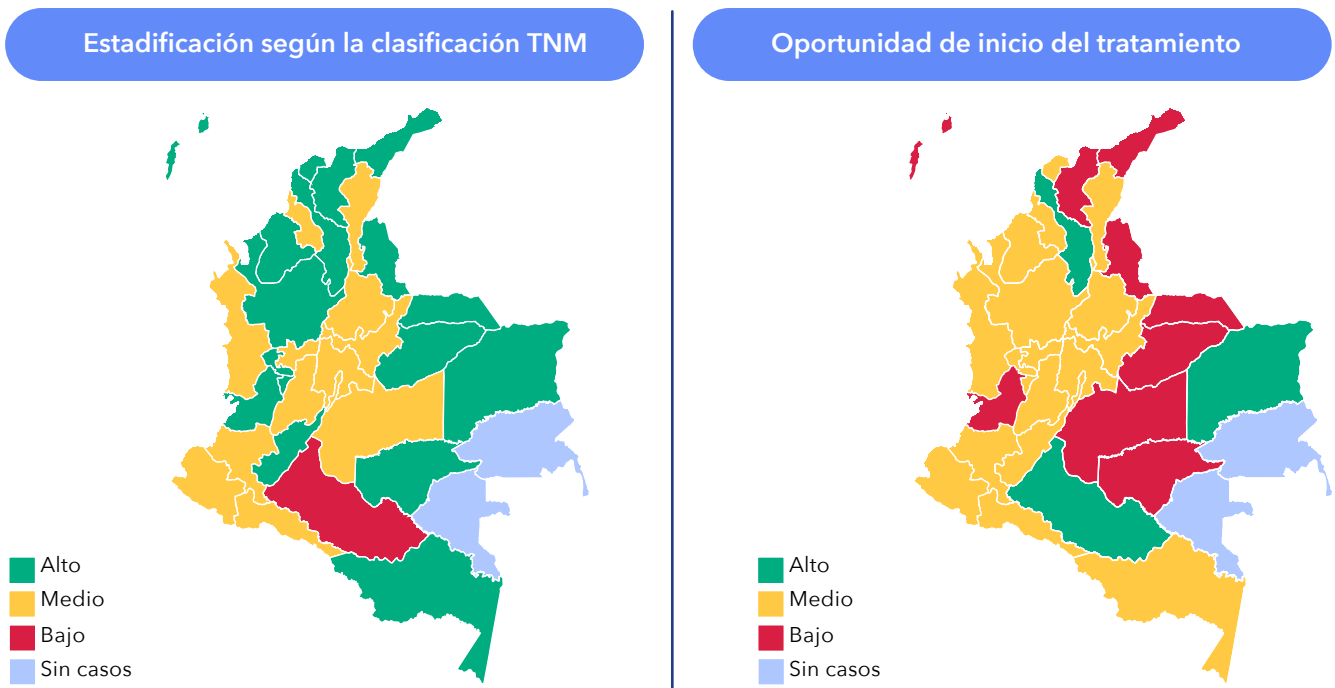
Fuente: Cuenta de Alto Costo.

* Este indicador mide el tiempo entre la consulta de atención por el médico tratante y el inicio del primer tratamiento.

[Descargar figura](#)

Los resultados de los programas de tamización en las diferentes zonas del país, especialmente en los departamentos alejados y con mayor porcentaje de población vulnerable como San Andrés, Providencia y Santa Catalina, La Guajira, Amazonas, Norte de Santander, Guainía y Arauca, cuentan con resultados favorables de estadificación. Sin embargo, estas estrategias no siempre se articulan de manera efectiva con el inicio del tratamiento, por lo que en estos mismos departamentos se presentan diversas barreras de acceso llevando a esperas prolongadas mayores a un mes.

Figura 17. Cumplimiento de la estadificación y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer de cuello uterino según la entidad territorial, Colombia 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2025.

La oportunidad de tratamiento mide el tiempo entre la consulta de atención por el médico tratante y el inicio del primer tratamiento.

[Descargar figura](#)

Diccionario de los indicadores trazadores en el cáncer de cuello uterino

Indicador	Rango de cumplimiento		
	Alto	Medio	Bajo
Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó estadificación clínica, casos nuevos reportados (CNR).	≥ 90 %	80 a < 90 %	< 80 %
Oportunidad de inicio del tratamiento: tiempo entre la atención del médico tratante al primer tratamiento, en los casos nuevos reportados.	≤ 15 días	> 15 a 30 días	> 30 días

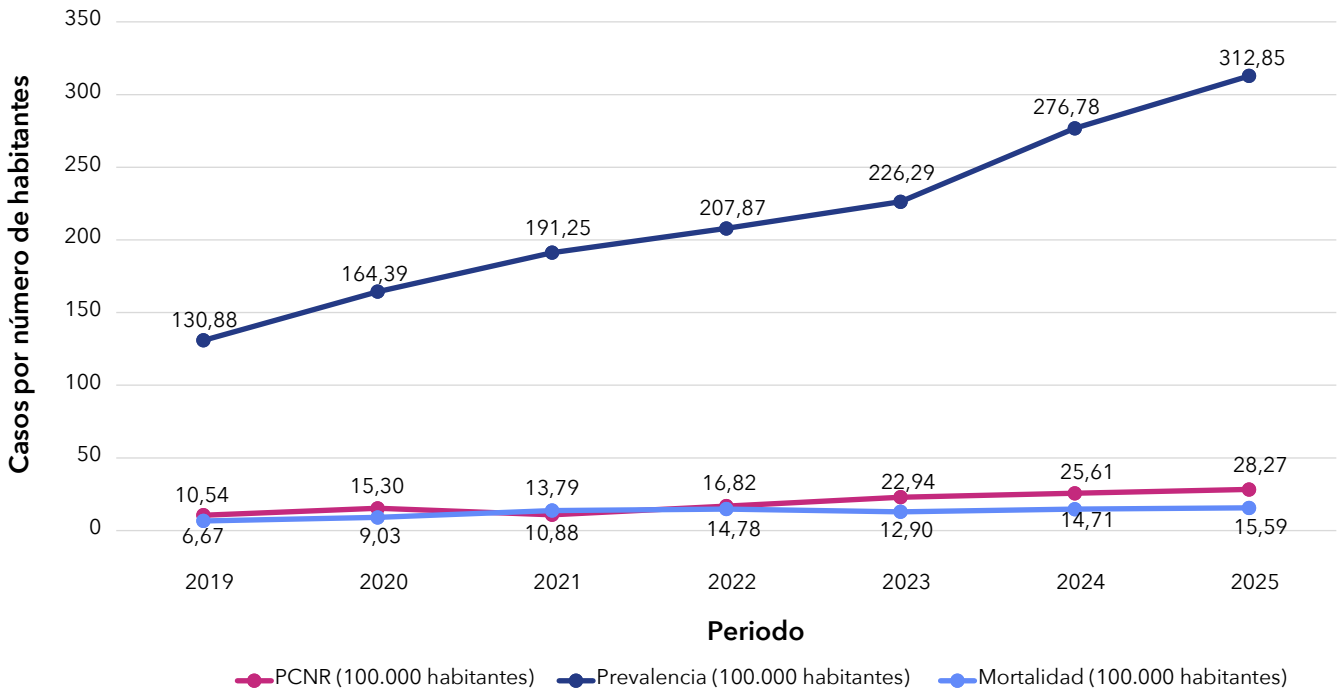
Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2025.



4. Cáncer de próstata

4.1. Tendencia de la morbimortalidad en el marco del aseguramiento en Colombia

Figura 18. Medidas de morbimortalidad del cáncer de próstata en Colombia, 2019 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2019 - 2025.

Las medidas presentadas son crudas. Incluye solo casos invasivos. La mortalidad incluye los fallecimientos por todas las causas.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

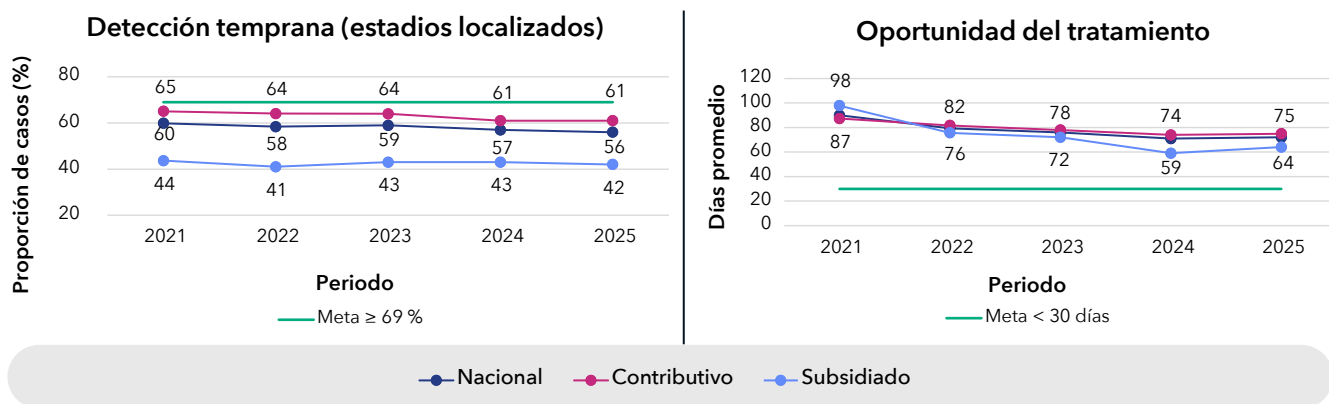
[Descargar figura](#)

- Entre los periodos 2019 a 2025, el cáncer de próstata presentó una tendencia ascendente en las tres medidas de morbimortalidad analizadas. Para el 2025, y en comparación con 2024, la prevalencia y la mortalidad aumentaron en 13,03 % y 5,98 %, respectivamente, mientras que la proporción de casos nuevos reportados (PCNR) se incrementó en 2,66 casos por cada 100.000 hombres.
- Este crecimiento no refleja únicamente un mayor número de casos nuevos sino la acumulación de supervivientes de un tumor que en los estadios localizados tiene alta probabilidad de curación y larga supervivencia, lo que genera una cohorte creciente de hombres que viven con el diagnóstico.

4.2. Indicadores del monitoreo de la gestión del riesgo

- En 2025, poco más de la mitad de los hombres con cáncer de próstata fueron diagnosticados en estadios localizados (estadios 0, I y II), persiste un bajo resultado del indicador en el país. Tras varios periodos sin avances en la detección temprana de esta neoplasia, el país continúa distante de la meta definida. El régimen contributivo lidera un mejor resultado, mientras que el subsidiado 6 de cada 10 casos son detectados en estadios más avanzados.
- En el último periodo, el promedio de días para el inicio del tratamiento en este tipo de tumor ha disminuido en comparación con el resultado del 2021; no obstante, el indicador permanece muy por encima del estándar de 30 días, lo que evidencia la necesidad de implementar nuevas estrategias enfocadas en las barreras que no han permitido garantizar una atención oportuna.

Figura 19. Tendencia de los indicadores trazadores en cáncer de próstata en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2021 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2021 - 2025.

Se considera como cáncer localizado a los estadios 0, I y II.

La oportunidad del tratamiento mide el tiempo entre el reporte histopatológico y el inicio del primer tratamiento.

[Descargar figura](#)

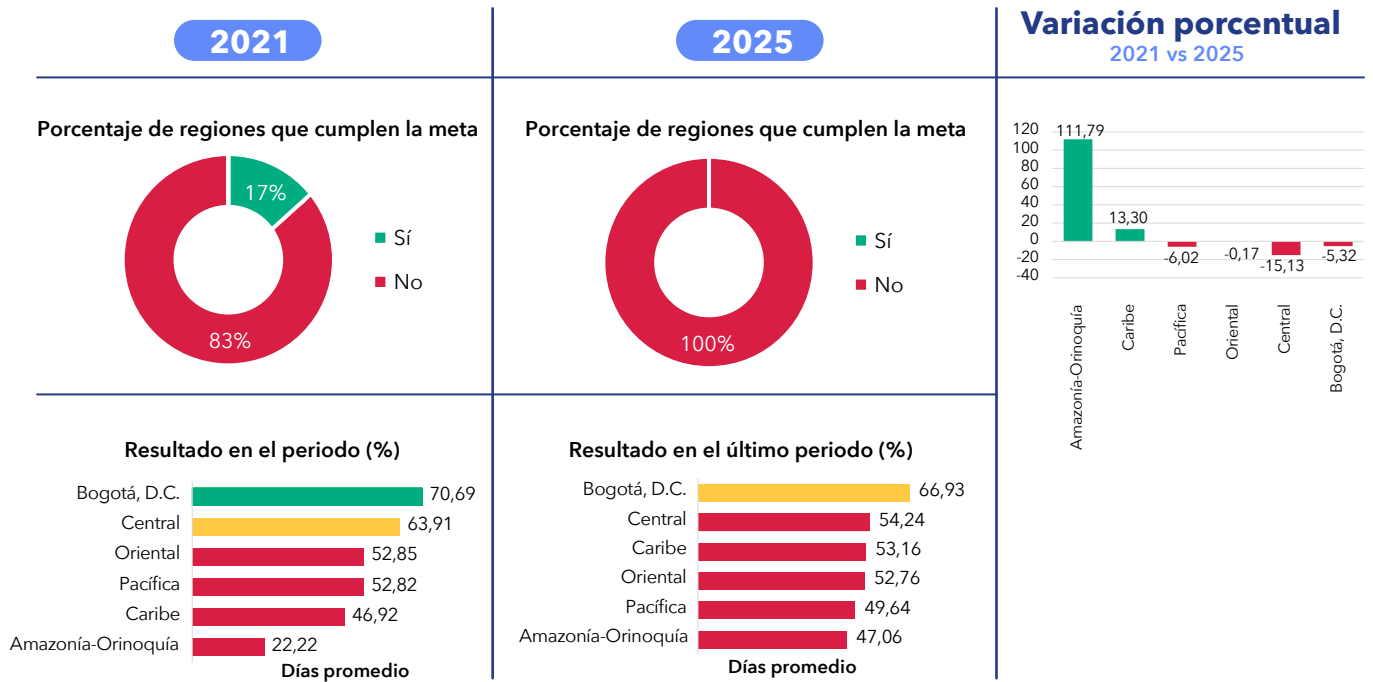
4.3. Variabilidad territorial

- En 2025 ninguna región de Colombia detectó el cáncer de próstata en estadio localizado en la proporción mínima recomendada, que contrasta con el cumplimiento que había alcanzado Bogotá, D. C., durante el 2021. Los cinco años de resultados deficientes en todas las regiones demuestran que las estrategias actuales de detección son insuficientes para revertir una tendencia que se traducirá en mortalidad creciente y costo oncológico evitable.
- En cuanto a la oportunidad de inicio del tratamiento, en todas las regiones se presentaron mejores tiempos promedio en acceso, destacándose el resultado de la región Caribe, en donde se alcanzó un resultado intermedio para este indicador. Sin embargo, en regiones como la Pacífica y la Oriental, un hombre con diagnóstico confirmado de cáncer de próstata, tarda casi 3 meses en iniciar el tratamiento, y en la Amazonía-Orinoquía esta espera es mayor. Es preciso señalar que, a diferencia de otros tumores, en cáncer de próstata, el impacto clínico del tiempo de inicio depende del estadio y del riesgo tumoral.
- Aunque se evidencian avances en la oportunidad de acceso al tratamiento, el diagnóstico temprano de este tipo de tumor sigue siendo un desafío. Esto genera un efecto negativo en los planes curativos de los pacientes y resalta la necesidad de sensibilizar a la población en riesgo, como aquellos hombres con antecedentes familiares o alteraciones genéticas, para convocarlos en los programas de tamización y realizar un seguimiento oportuno. En cuanto a la realización de las pruebas PSA en pacientes asintomáticos, los resultados han sido positivos en la detección de casos en etapas tempranas (6). Sin embargo, es fundamental considerar los riesgos de falsos positivos, ya que estos pueden derivar en biopsias evitables y en costos adicionales por tratamientos no requeridos.



Figura 20. Variabilidad de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer de próstata en las regiones, Colombia 2021 vs 2025

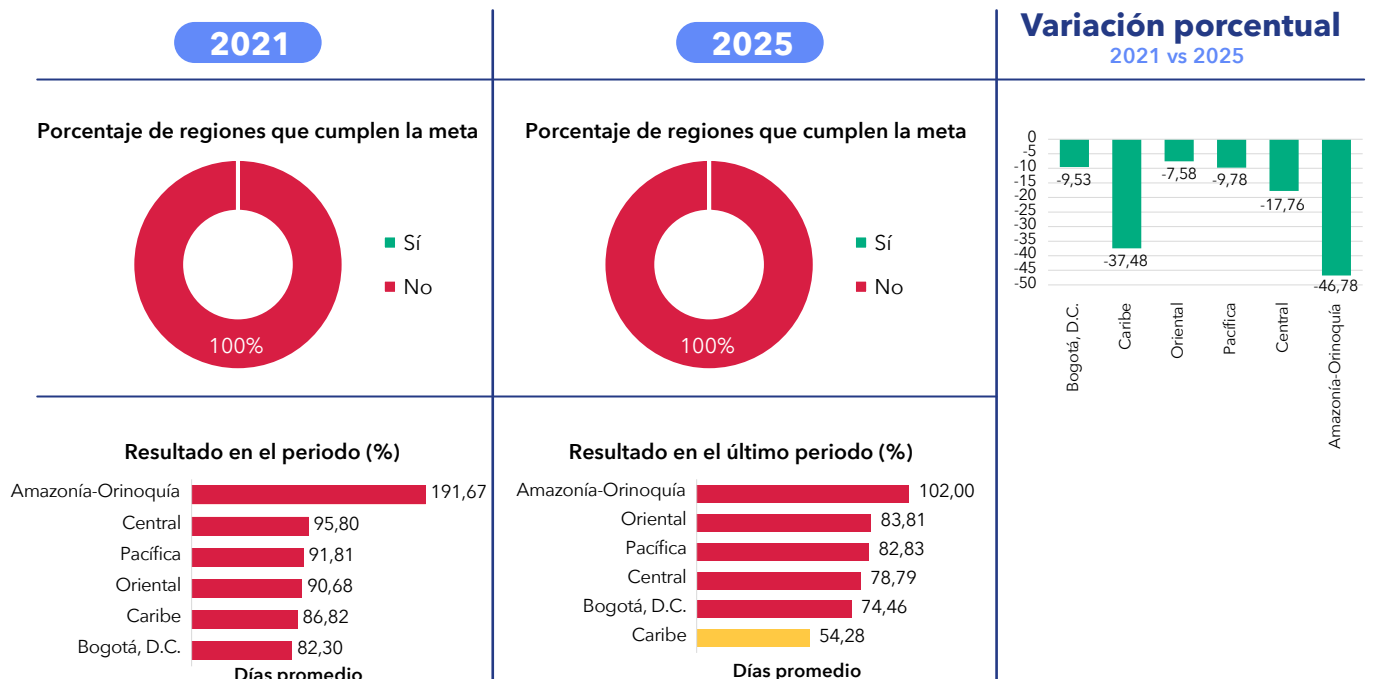
A. Detección temprana (localizado)*



Fuente: Cuenta de Alto Costo.

* Se considera como cáncer localizado a los estadios 0, I y II.

B. Oportunidad de inicio del tratamiento*



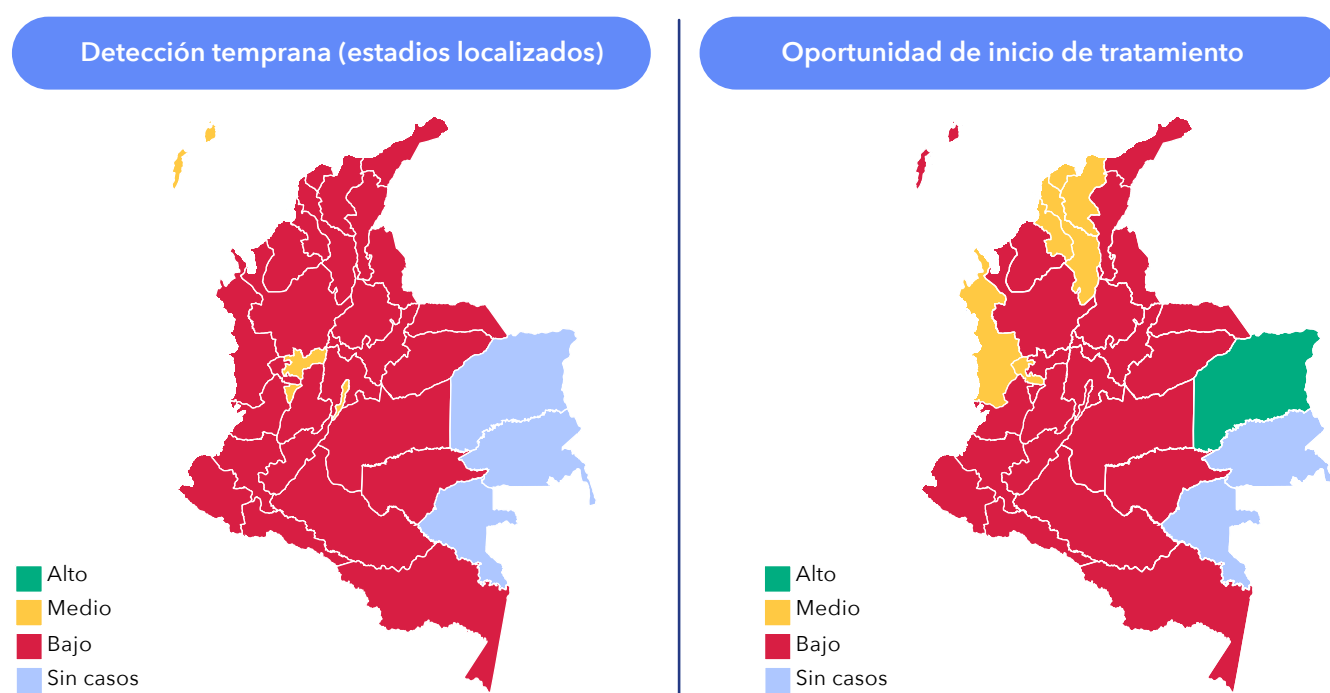
Fuente: Cuenta de Alto Costo.

* Este indicador mide el tiempo entre el reporte histopatológico y el inicio del primer tratamiento.

[Descargar figura](#)

El diagnóstico en las etapas localizadas de este tipo de cáncer en los hombres es un desafío para el país. La participación de la población masculina en los programas de detección en las etapas tempranas es insuficiente y solo en algunas regiones como Caldas, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Quindío y Bogotá, D. C., se ha logrado que más del 62 % de los diagnósticos en el periodo 2025 fueran en los casos localizados del tumor. Considerando a los departamentos como Chocó, Sucre, Bolívar, Atlántico, Risaralda y Magdalena, donde la población afrodescendiente tiene una mayor concentración, se observó una mejor oportunidad en el acceso a los tratamientos en comparación con el resto del país, es probable que esta condición motive a las entidades a fortalecer sus esfuerzos para alcanzar mejores resultados.

Figura 21. Cumplimiento de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer de próstata según la entidad territorial, Colombia 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2025.

Se considera como cáncer localizado a los estadios 0, I y II.

La oportunidad de tratamiento mide el tiempo entre la consulta de atención por el médico tratante y el inicio del primer tratamiento.

[Descargar figura](#)

Diccionario de los indicadores trazadores en el cáncer de próstata

Indicador	Rango de cumplimiento		
	Alto	Medio	Bajo
Proporción de pacientes con cáncer de próstata localizado (pacientes en estadio 0, I y II).	≥ 69 %	≥ 62 a < 69 %	< 62 %
Oportunidad de inicio del tratamiento: tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento.	< 30 días	≥ 30 a < 60 días	≥ 60 días

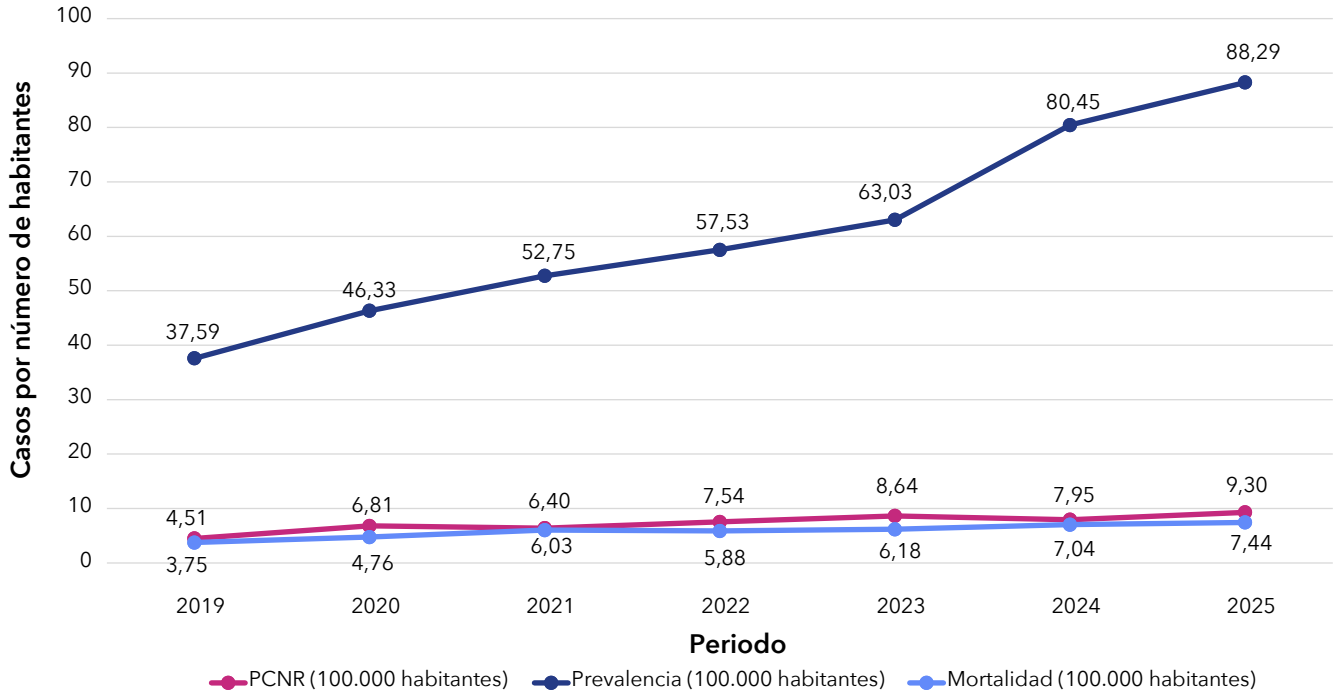
Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2025.



5. Cáncer de colon y recto

5.1. Tendencia de la morbimortalidad en el marco del aseguramiento en Colombia

Figura 22. Medidas de morbimortalidad del cáncer de colon y recto en Colombia, 2019 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2019 - 2025.

Las medidas presentadas son crudas. Incluye solo casos invasivos. La mortalidad incluye los fallecimientos por todas las causas.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

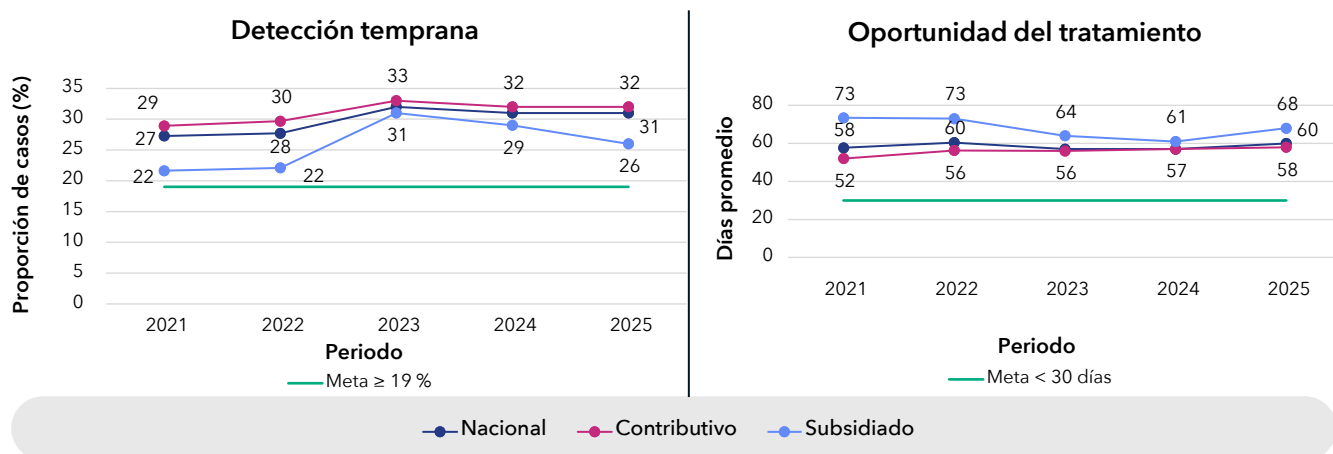
[Descargar figura](#)

- En el cáncer de colon y recto, la prevalencia muestra un crecimiento sostenido a lo largo del tiempo, con un aumento del 9,75 % respecto al periodo 2024. En contraste, la PCNR presenta un comportamiento fluctuante, a lo largo del tiempo, con un incremento porcentual para el último periodo de 16,98 %. Por su parte, la mortalidad aumentó un 5,68 % en comparación con 2024. El incremento en el diagnóstico de nuevos casos de este tipo de cáncer, incluso por encima de las neoplasias gástricas, ha sido una tendencia en el país en los últimos seis periodos.

5.2. Indicadores del monitoreo de la gestión del riesgo

- En el periodo 2025, la proporción de los casos de cáncer de colon y recto detectados en estadios I y II se mantuvo por encima del 30 %. Sin embargo, para los casos del régimen subsidiado se evidenció una disminución en los últimos dos periodos, aumentando la brecha en el diagnóstico temprano de la enfermedad entre los regímenes del aseguramiento.
- Desde 2022 no se han observado cambios relevantes en los tiempos de espera para el inicio del tratamiento; el promedio se ha mantenido por encima de los 30 días, con mayores demoras en el régimen subsidiado. Esto complejiza el panorama en este régimen, donde, además de concentrarse una mayor proporción de personas diagnosticadas en estadios avanzados, también se registran tiempos de espera más prolongados para iniciar el tratamiento una vez confirmada la enfermedad.

Figura 23. Tendencia de los indicadores trazadores en el cáncer de colon y recto en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2021 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2021 - 2025.

Se considera estadios tempranos I a II.

La oportunidad del tratamiento mide el tiempo entre el reporte histopatológico y el inicio del primer tratamiento.

[Descargar figura](#)

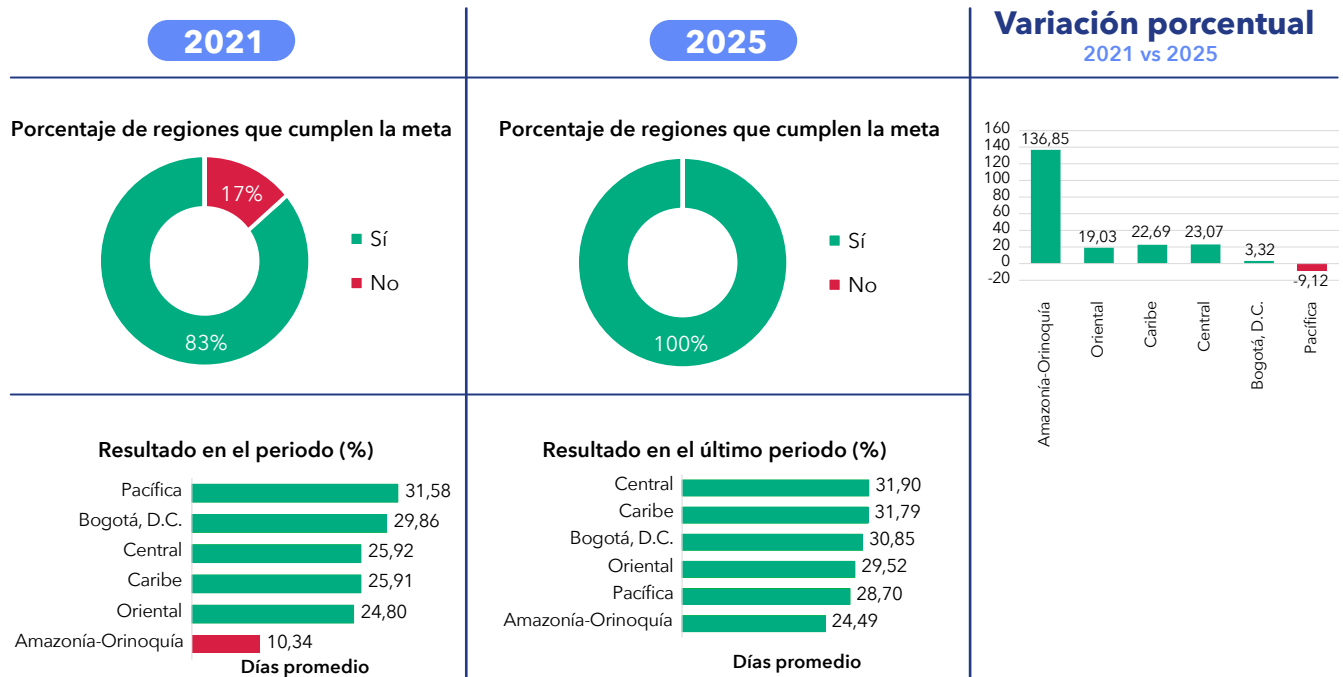
5.3. Variabilidad territorial

- En el 2025, todas las regiones cumplieron con el porcentaje de casos de cáncer de colon y recto diagnosticados en estadios I y II, con una cifra superior al 19 %, que es la meta establecida. La región de la Amazonía-Orinoquía presentó el mayor crecimiento (136,85 %) con una mejora en el desempeño de este indicador, en comparación con el 2021.
- En cuanto a la oportunidad del tratamiento, las regiones Amazonía-Orinoquía, Caribe y Central presentaron una disminución en el promedio de días, contrario a Bogotá, D. C., la región Oriental, la Pacífica en donde se incrementaron los tiempos de espera, respectivamente.
- Los resultados de la detección temprana superan la meta establecida, a pesar de las diferencias en el desempeño de la gestión entre los regímenes. En cuanto a la oportunidad de inicio del tratamiento posterior al diagnóstico, se evidencia que durante cinco periodos consecutivos no se presenta una tendencia sostenida de mejora en ningún régimen ni región. Esto sugiere que las intervenciones actuales han sido insuficientes para impactar positivamente este resultado y que, sin un rediseño estructural de la ruta oncológica para el cáncer colorrectal, que incorpore sistemas de alerta temprana y mecanismos efectivos de navegación del paciente, el sistema continuará registrando demoras con consecuencias en la supervivencia y la calidad de vida.
- En el país el plan decenal de salud pública 2022 - 2031 (7), plantea incrementar por encima del 35 % la proporción de los casos de cáncer de colon y recto diagnosticados en estadios tempranos, para ello, es necesario fortalecer los programas de tamización mediante el uso de pruebas de inmunoquímica y la realización de colonoscopias en la población con riesgo, prácticas en las que, hasta el momento se desconocen experiencias exitosas en el territorio nacional.



Figura 24. Variabilidad de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer de colon y recto en las regiones de Colombia, 2021 vs 2025

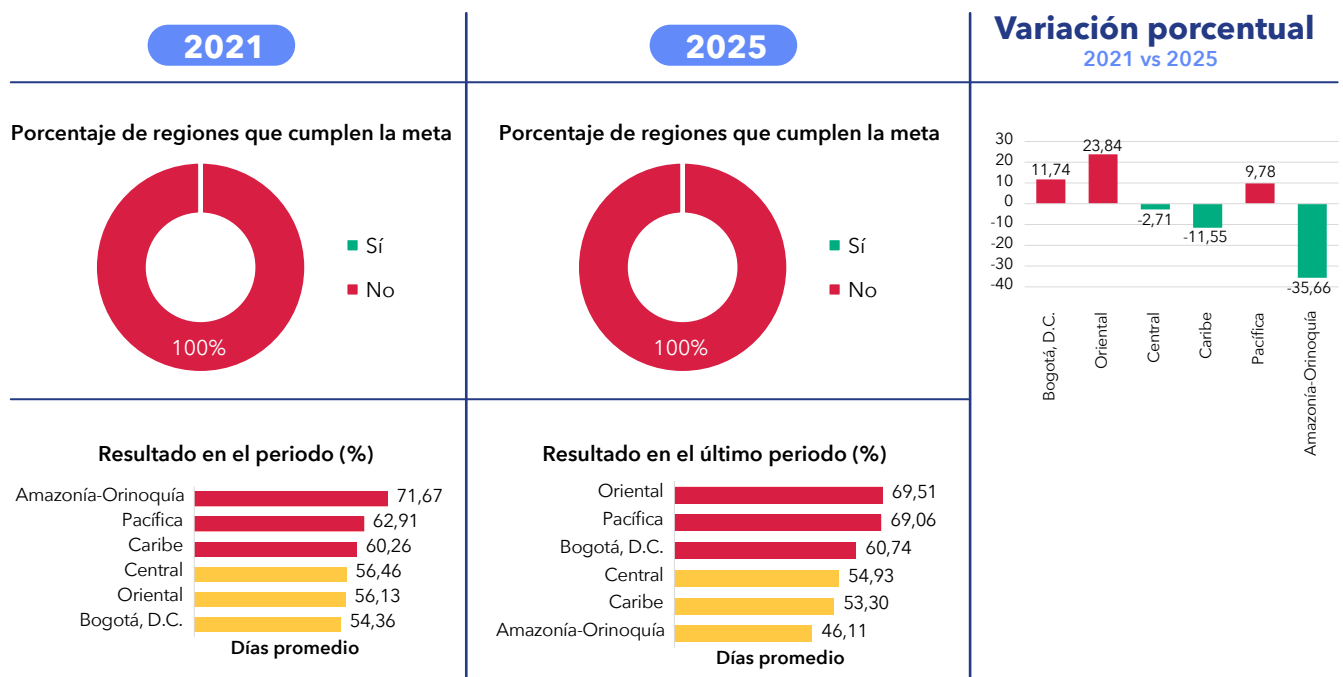
A. Detección temprana*



Fuente: Cuenta de Alto Costo.

* Se consideran estadios tempranos I a II.

B. Oportunidad de inicio del tratamiento*



Fuente: Cuenta de Alto Costo.

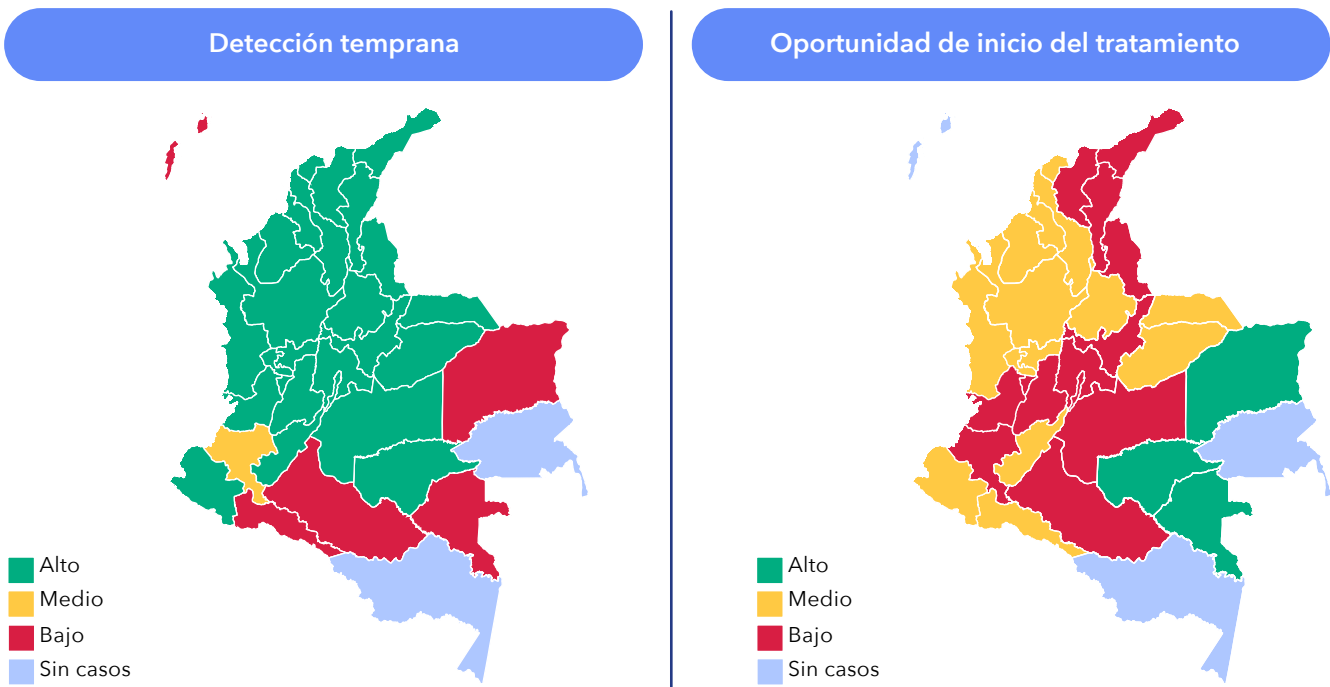
* Este indicador mide el tiempo entre el reporte histopatológico y el inicio del primer tratamiento.

[Descargar figura](#)

Durante el periodo 2025 se informaron menos de 5 casos diagnosticados al año en los departamentos del Amazonas y Guainía, en los cuales no fue posible hacer el seguimiento a la gestión de su atención por la ausencia de información. Los resultados de la detección temprana y la oportunidad del inicio del tratamiento en el Cauca evidencian la necesidad de focalizar los esfuerzos y fortalecer las acciones dirigidas a mejorar los programas de tamización y el acceso oportuno a los tratamientos para las personas con cáncer colorrectal residentes en este territorio.

Al comparar los resultados en estos indicadores entre las entidades territoriales, se evidencia que, para este tipo de tumor, es necesario establecer las rutas de atención que faciliten el acceso al inicio del tratamiento posterior a su diagnóstico.

Figura 25. Cumplimiento de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer de colon y recto según la entidad territorial, Colombia 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2025.
Se consideran estadios tempranos I a II.
La oportunidad de tratamiento mide el tiempo entre el reporte histopatológico y el inicio del primer tratamiento.

[Descargar figura](#)

Diccionario de los indicadores trazadores en el cáncer de colon y recto

Indicador	Rango de cumplimiento		
	Alto	Medio	Bajo
Proporción de casos nuevos reportados identificados en estadios tempranos.	≥ 19 %	≥ 15 a < 19 %	< 15 %
Oportunidad de inicio del tratamiento: tiempo entre el reporte histopatológico hasta el primer tratamiento reportado.	< 30 días	30 a < 60 días	≥ 60 días

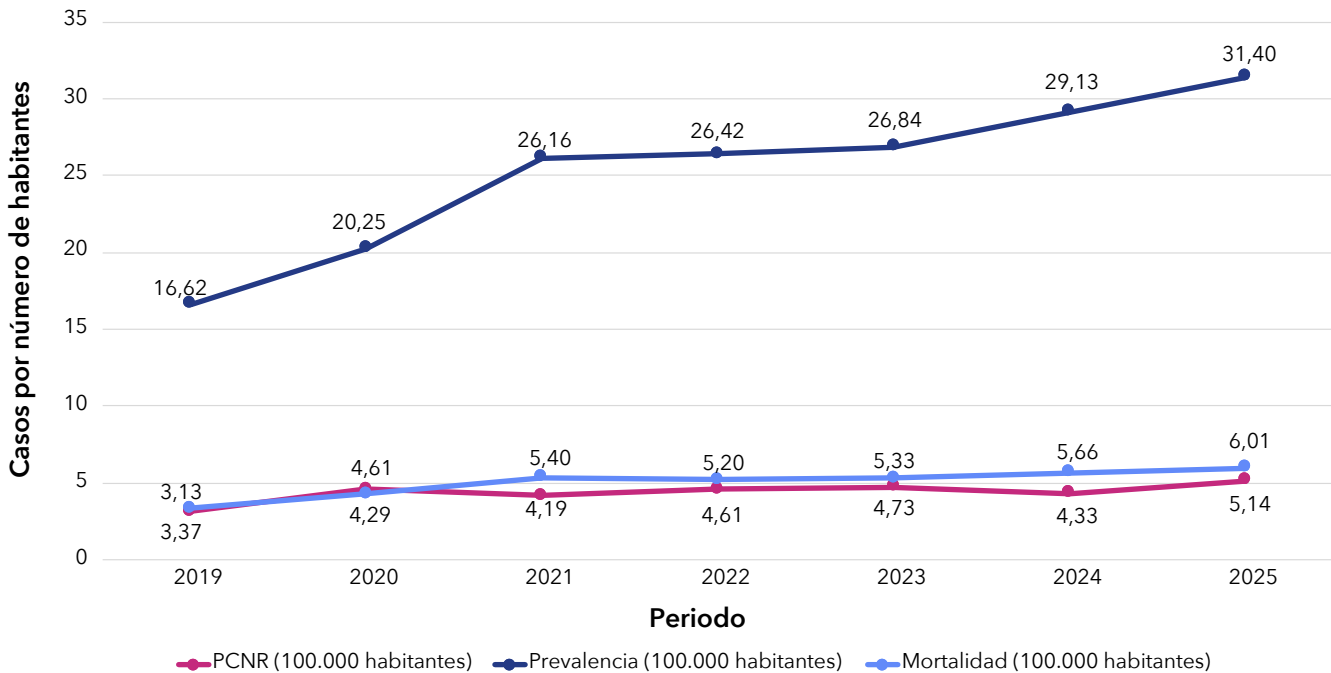
Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2025.



6. Cáncer gástrico

6.1. Tendencia de la morbimortalidad en el marco del aseguramiento en Colombia

Figura 26. Medidas de morbimortalidad del cáncer gástrico en Colombia, 2019 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2019 - 2025.

Las medidas presentadas son crudas. Incluye solo casos invasivos. La mortalidad incluye los fallecimientos por todas las causas.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

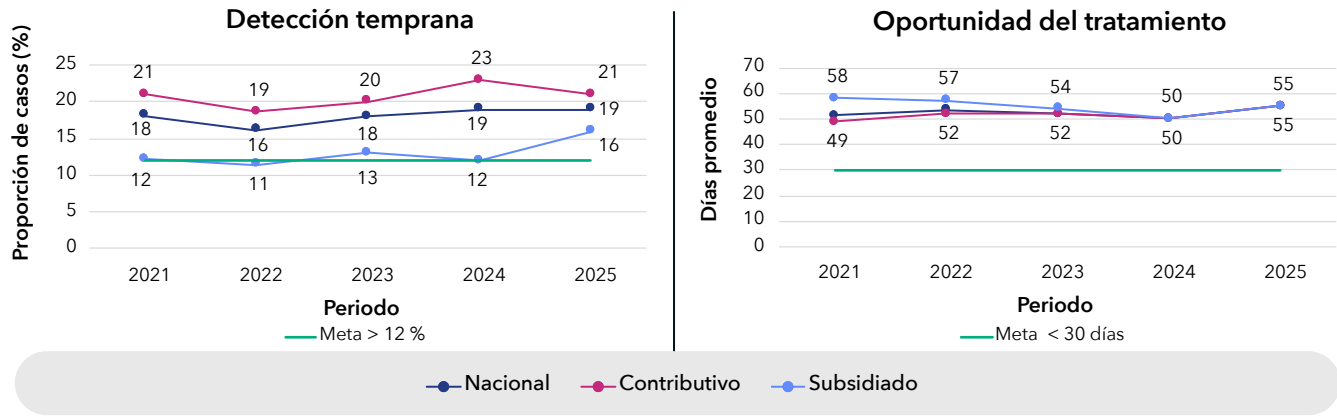
Descargar figura

- La morbimortalidad por cáncer gástrico mostró un aumento en las tres medidas en comparación con el periodo anterior. La PCNR del 2025 registró un incremento de 1,77 casos en relación con el 2019, lo que resultó en una prevalencia que llegó a duplicar lo observado seis periodos atrás. El aumento de la prevalencia, acompañado de una mayor proporción de los casos nuevos reportados, es consistente con una mejor identificación de la enfermedad.

6.2. Indicadores del monitoreo de la gestión del riesgo

- Por quinto periodo consecutivo la detección temprana del cáncer gástrico se ha mantenido por encima del 12 %. Sin embargo, según los resultados por el régimen, se evidencian discrepancias al momento de diagnosticar los casos en estadios I y II, con mayores dificultades para los del subsidiado.
- Por su parte, el inicio del tratamiento no evidencia una reducción en los tiempos de espera, lo que facilitaría alcanzar la meta definida de los 30 días. A diferencia del cáncer de colon y recto, no se presentó una atención diferenciada entre los regímenes, para los dos últimos periodos.

Figura 27. Tendencia de los indicadores trazadores en cáncer gástrico en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2021 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2021 - 2025.

Se consideran estadios tempranos I a II.

La oportunidad del tratamiento mide el tiempo entre el reporte histopatológico y el inicio del primer tratamiento.

[Descargar figura](#)

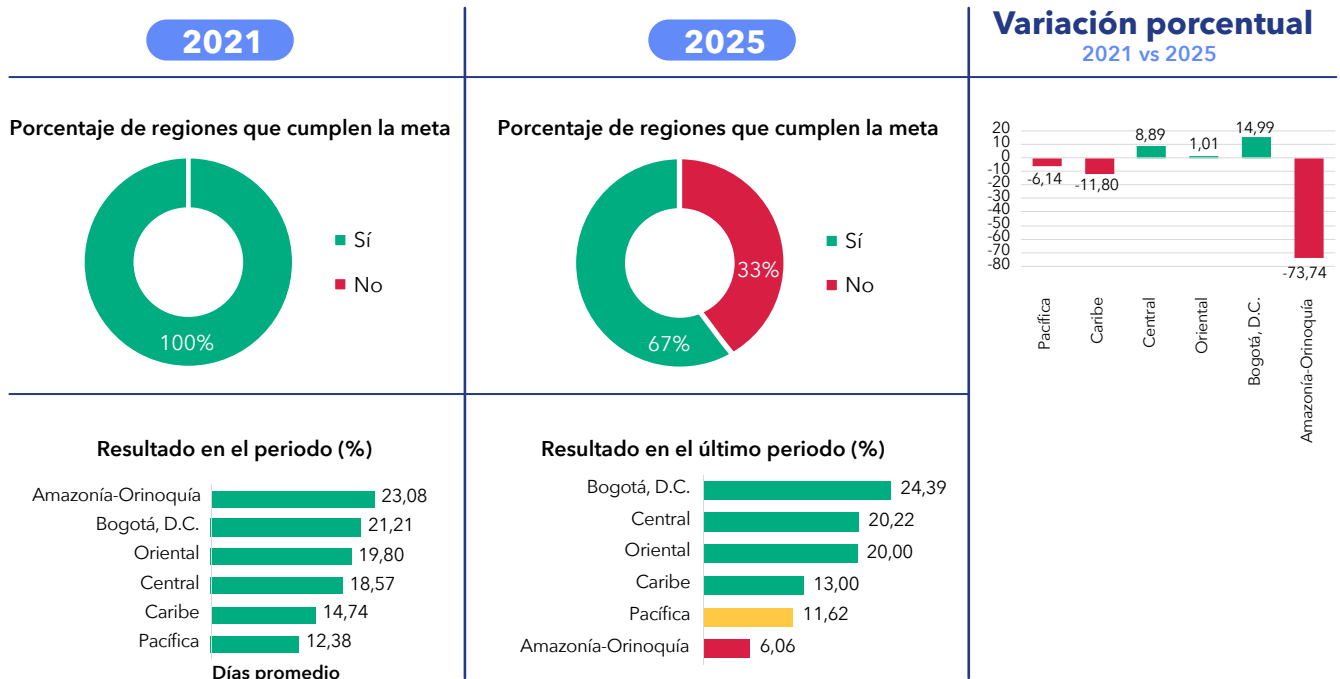
6.3. Variabilidad territorial

- En el periodo 2021, la detección temprana del cáncer de estómago alcanzó el cumplimiento en el total de las regiones del país, sin embargo, para el 2025, el panorama cambió con la disminución del desempeño en la Amazonía-Orinoquía y la región Pacífica, con una reducción importante en la proporción de los pacientes diagnosticados en estadios I y II, este resultado es de gran interés al tratarse de zonas apartadas, las cuales requieren del fortalecimiento de los programas de atención en esta neoplasia.
- En cuanto a la oportunidad en el inicio del tratamiento, el promedio del número de días en todas las regiones está muy por encima de los 30 días, posterior a la confirmación del diagnóstico. En la Pacífica y la Amazonía-Orinoquía, aumentaron los tiempos de espera, alejándose aún más de la meta definida para este indicador.
- De manera paralela, se evidencia una brecha relevante entre la detección temprana y el inicio oportuno del tratamiento en cáncer de estómago, con diferencias marcadas entre las regiones más apartadas y el centro del país. Las atenciones para este tipo de cáncer requieren del manejo de equipos multidisciplinares, preferiblemente en instituciones de referencia que cuenten con servicios como cirugía, nutrición, gastroenterología, radiología, oncología, quimioterapia, entre otros, por tal motivo para los pacientes que residen en las regiones alejadas con poca oferta de instituciones de alta complejidad, se ve reducida la posibilidad de acceder a los tratamientos con intención curativa.
- Debido a la alta letalidad de este tipo de neoplasia y al hecho de que cerca del 80 % de los casos se diagnostican en estadios avanzados, resulta fundamental reconocer la importancia de los programas de tamización para la identificación temprana del cáncer gástrico. Estas estrategias han demostrado una mayor efectividad y una reducción significativa de la mortalidad, especialmente en aquellos países con alta incidencia como Japón, donde la realización de endoscopias de vías digestivas altas cada 2 - 3 años en la población entre 40 y 50 años ha logrado disminuir de manera notable la mortalidad (8). No obstante, estos programas representan modelos de referencia que deben ser adaptados a las condiciones socioeconómicas, culturales y epidemiológicas propias de cada país para asegurar su viabilidad y efectividad.



Figura 28. Variabilidad de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer gástrico en las regiones de Colombia, 2021 vs 2025

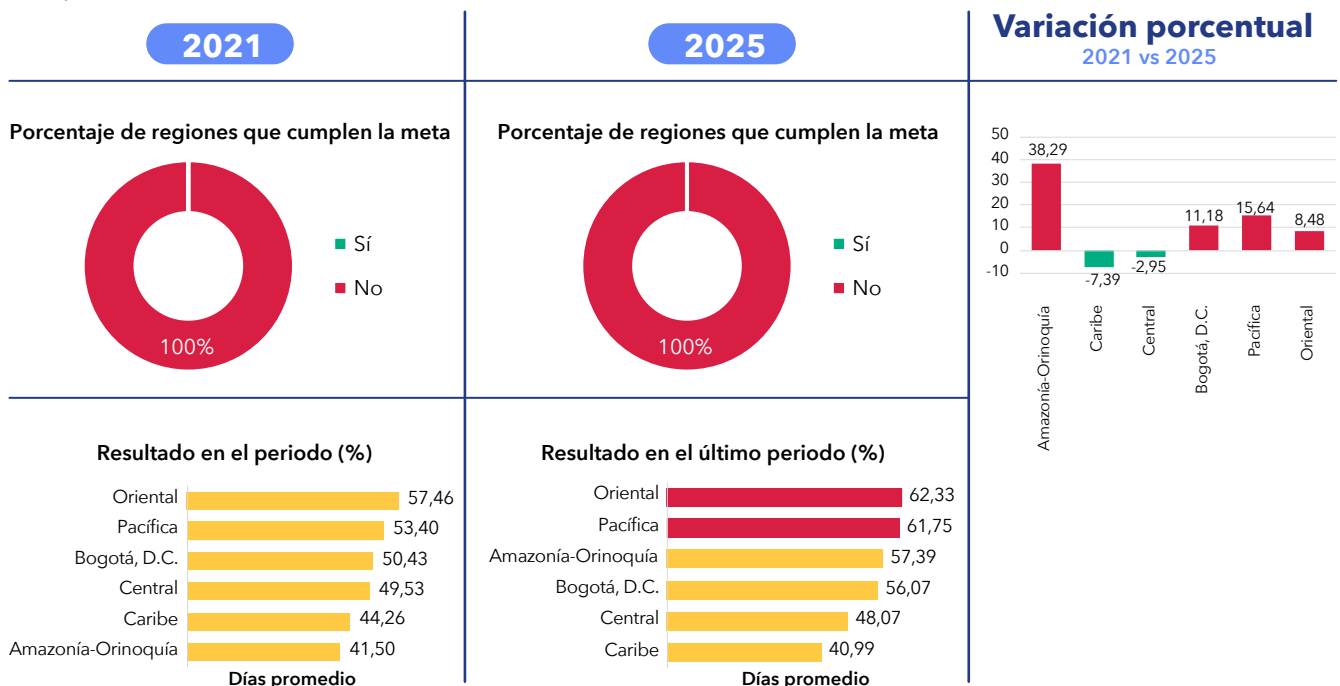
A. Detección temprana*



Fuente: Cuenta de Alto Costo.

* Se consideran estadios tempranos I a II.

B. Oportunidad de inicio del tratamiento*



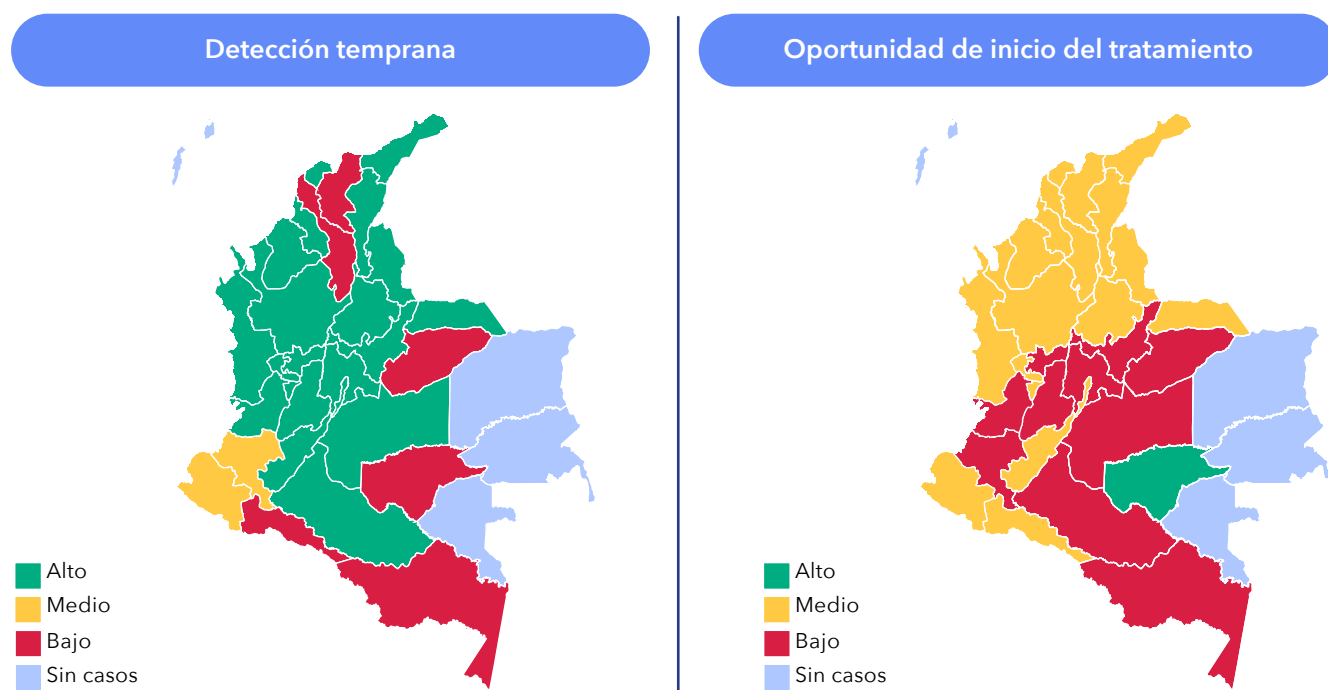
Fuente: Cuenta de Alto Costo.

* Este indicador mide el tiempo entre el reporte histopatológico y el inicio del primer tratamiento.

[Descargar figura](#)

El panorama de la atención del cáncer gástrico muestra un comportamiento heterogéneo en el país. En departamentos como Nariño, que registra la mayor proporción de los casos nuevos, solo el 8,06 % corresponde a los diagnósticos en las etapas tempranas y el tiempo promedio para acceder al tratamiento supera los 30 días. Por el contrario, en departamentos como Bolívar, Magdalena, Putumayo y Guaviare, donde la PCNR es inferior a 5 casos nuevos por cada 100.000 habitantes, se observa una mayor proporción de diagnósticos en estadios avanzados, lo que podría explicar que estos pacientes accedan con más rapidez a los tratamientos debido a la gravedad de su condición. No obstante, si bien los tiempos de acceso a los procedimientos y tratamientos deben considerar las particularidades de cada región, también es fundamental fortalecer las acciones de prevención y tamización con el fin de garantizar un acceso oportuno en todos los estadios de la enfermedad, independientemente de su severidad.

Figura 29. Cumplimiento de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer gástrico según la entidad territorial, Colombia 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2025.

Se consideran estadios tempranos I a II.

La oportunidad de inicio del tratamiento mide el tiempo entre el reporte histopatológico y el inicio del primer tratamiento.

[Descargar figura](#)

Diccionario de los indicadores trazadores en el cáncer gástrico

Indicador	Rango de cumplimiento		
	Alto	Medio	Bajo
Proporción de casos nuevos reportados identificados en estadios tempranos.	> 12 %	> 8 a 12 %	≤ 8 %
Oportunidad de inicio del tratamiento: tiempo entre el reporte histopatológico hasta el primer tratamiento reportado.	< 30 días	30 a < 60 días	≥ 60 días

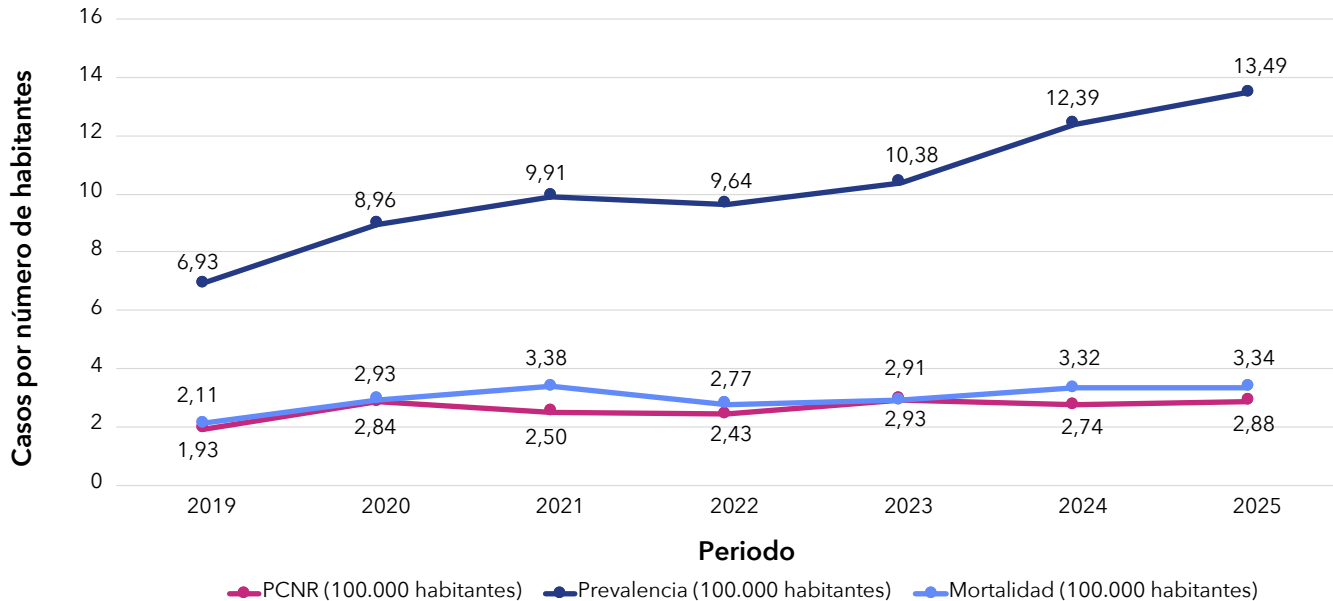
Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2025.



7. Cáncer de pulmón

7.1. Tendencia de la morbimortalidad en el marco del aseguramiento en Colombia

Figura 30. Medidas de morbimortalidad del cáncer de pulmón en Colombia, 2019 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2019 - 2025.

Las medidas presentadas son crudas. Incluye solo casos invasivos. La mortalidad incluye los fallecimientos por todas las causas.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

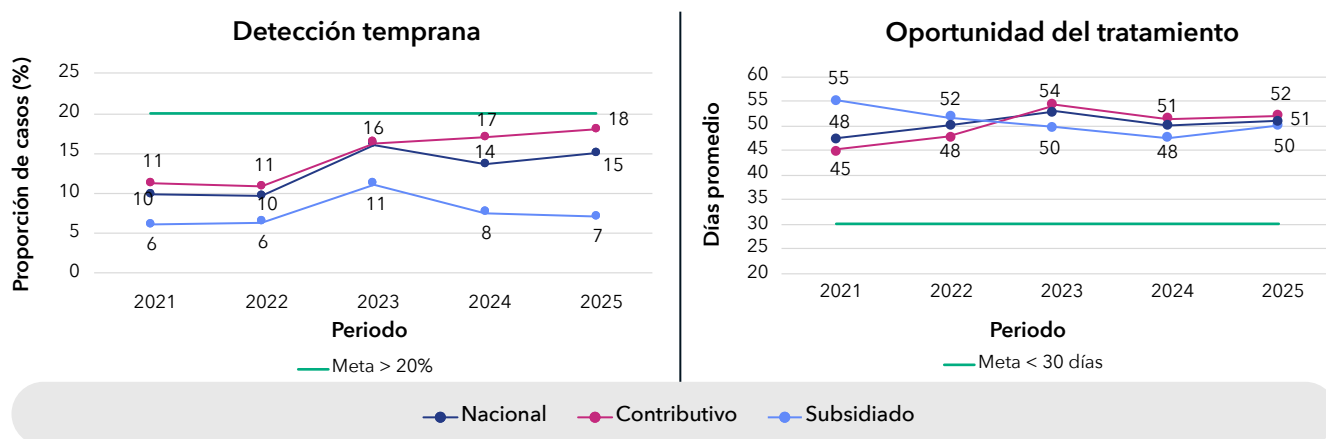
Descargar figura

- Para 2025, en el cáncer de pulmón se registró un aumento en la prevalencia y en la PCNR, del 8,88 % y 5,11 %, respectivamente. En este caso, la prevalencia creció aproximadamente un 95 % entre 2019 y 2025, mientras que la mortalidad aumentó un 73 %, lo que sugiere que la proporción de los pacientes prevalentes que fallece dentro de la cohorte se ha mantenido relativamente estable o ha mejorado levemente, reflejando posiblemente el impacto de las terapias de precisión e inmunoterapia que han extendido la supervivencia en los pacientes con enfermedad avanzada, sin ofrecer necesariamente opciones curativas.

7.2. Indicadores del monitoreo de la gestión del riesgo

- La detección temprana del cáncer de pulmón en el contributivo alcanzó un 18 % en 2025 aproximándose a la meta, mientras el subsidiado se ubica en apenas 7 %, menos de la mitad del contributivo y menos de un tercio de la meta, lo que significa que nueve de cada diez pacientes del régimen subsidiado con cáncer de pulmón están siendo diagnosticados en estadios avanzados, en los cuales, las posibilidades de curación son mínimas. Esta brecha de 11 puntos porcentuales entre los regímenes se ha mantenido consistente a lo largo de todo el periodo, por lo que constituye una inequidad que no se ha logrado modificar.
- Una persona con cáncer de pulmón tarda aproximadamente 50 días en iniciar su tratamiento, sin diferencias relevantes entre los regímenes. Este intervalo ocurre en un contexto en el que la mayoría de los casos se diagnostican en estadios avanzados, por lo que este tiempo de espera se suma a una ventana terapéutica ya limitada, reduciendo aún más las posibilidades de intervención con intención curativa y profundizando el impacto en términos de supervivencia y carga de la enfermedad.

Figura 31. Tendencia de los indicadores trazadores en cáncer de pulmón en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2021 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2021 - 2025.

Se consideran estadios tempranos IA - IB, IIA - IIB.

La oportunidad del tratamiento mide el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento.

[Descargar figura](#)

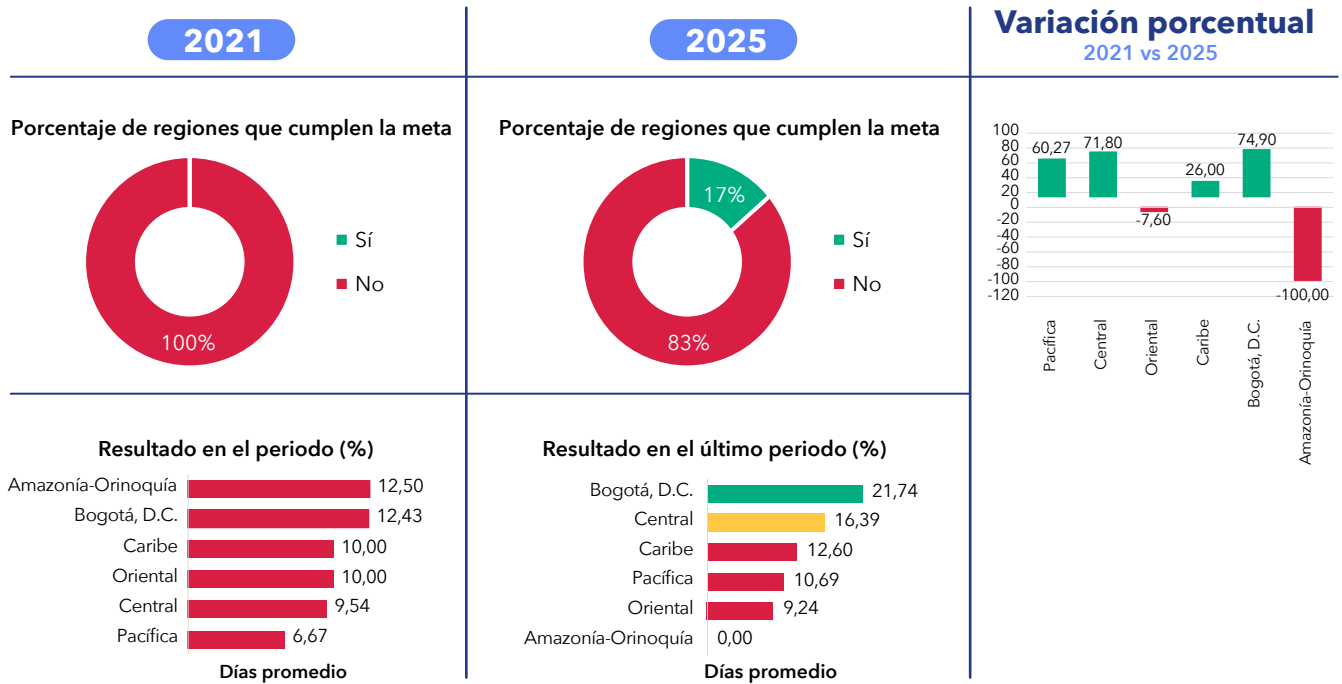
7.3. Variabilidad territorial

- En 2025, el cáncer de pulmón en Colombia presentó un aumento en la prevalencia y en la proporción de los casos nuevos. Si bien se observaron avances en la detección temprana en el país y en el régimen contributivo, persisten algunas brechas por el régimen y la región, con retrocesos en el subsidiado y rezagos en la oportunidad de inicio del tratamiento, especialmente en la Amazonía-Orinoquía. Lo anterior evidencia la necesidad de fortalecer estrategias territoriales diferenciadas.
- Para el periodo 2025 la única región que cumplió con la meta definida fue Bogotá, D. C., por su parte las regiones Caribe, Pacífica y Central, mostraron un aumento en el porcentaje de casos nuevos en estadios tempranos, aunque sin alcanzar el cumplimiento esperado. Mientras que la Oriental disminuyó su desempeño en un 7,60 %. En la Amazonía-Orinoquía no se informaron casos nuevos en el periodo 2025.
- En cuanto al régimen de afiliación para este tipo de neoplasia, se evidenciaron avances en la detección temprana en el país y en el contributivo. Esto se puede explicar por el uso de pruebas de tamización, limitado a las personas con mayor riesgo (mayor edad y el tabaquismo) (9).
- No obstante, el cumplimiento para algunas regiones fue bajo. Cabe mencionar que en el país coexisten otros factores de riesgo como la tuberculosis, la exposición a la combustión de biomasa, la exposición asociada a la actividad minera, y la presencia de arsénico y radón en aguas y suelos. Por lo tanto, estos factores pueden dificultar la detección en estadios tempranos y disminuir la supervivencia de los pacientes con este tipo de neoplasia (10).
- En comparación con el periodo 2025, no se evidenció una mejora en el tiempo transcurrido para iniciar el tratamiento en menos de 30 días. Tan solo en la región Caribe se redujo el tiempo de espera en un 22,33 %. No obstante, este resultado no logró una espera inferior a los 40 días. La mayoría de las regiones tuvieron un desempeño medio para este indicador, excepto en la Amazonía-Orinoquía que presentó un aumento del 64,18 %, situándola en un cumplimiento bajo para este periodo.
- Por otro lado, se hace necesario poner en marcha las acciones encaminadas a reducir, y eventualmente, eliminar las brechas por regiones, especialmente en la Amazonía-Orinoquía, y entre los distintos regímenes (11).



Figura 32. Variabilidad de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer de pulmón en las regiones de Colombia, 2021 vs 2025

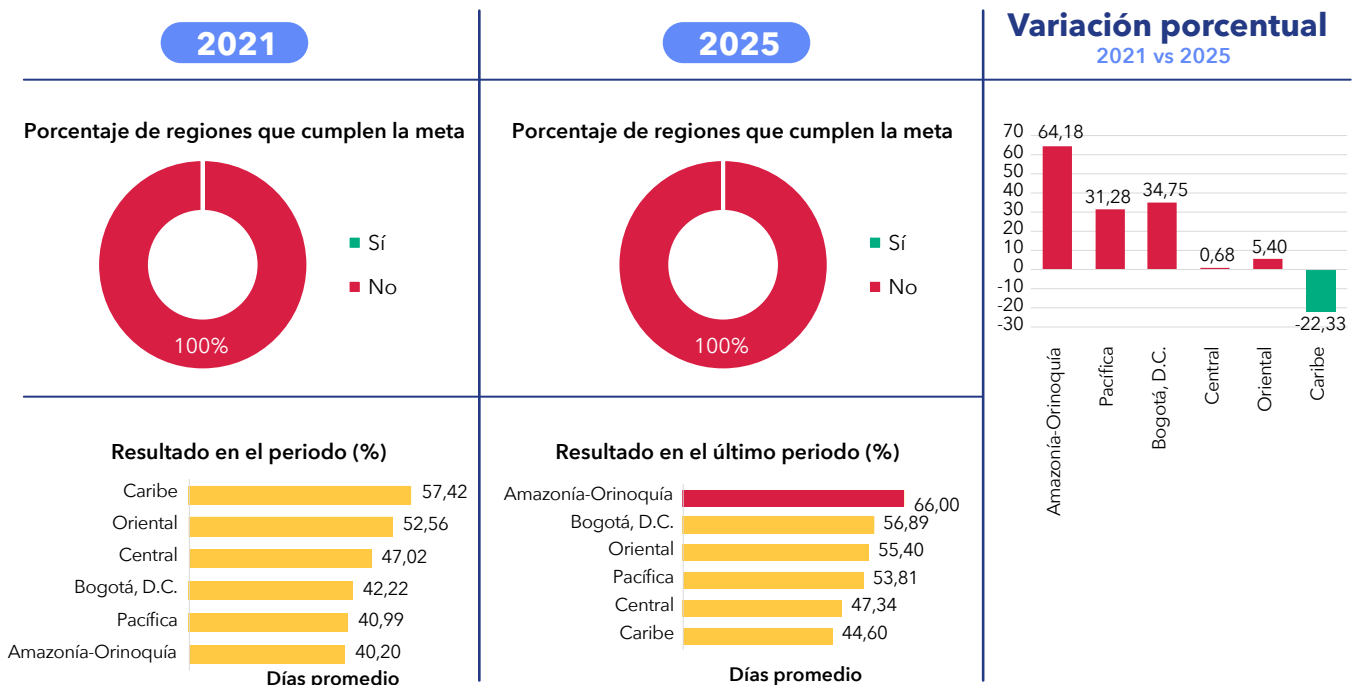
A. Detección temprana*



Fuente: Cuenta de Alto Costo.

* Se consideran estadios tempranos IA - IB, IIA - IIB.

B. Oportunidad de inicio del tratamiento*



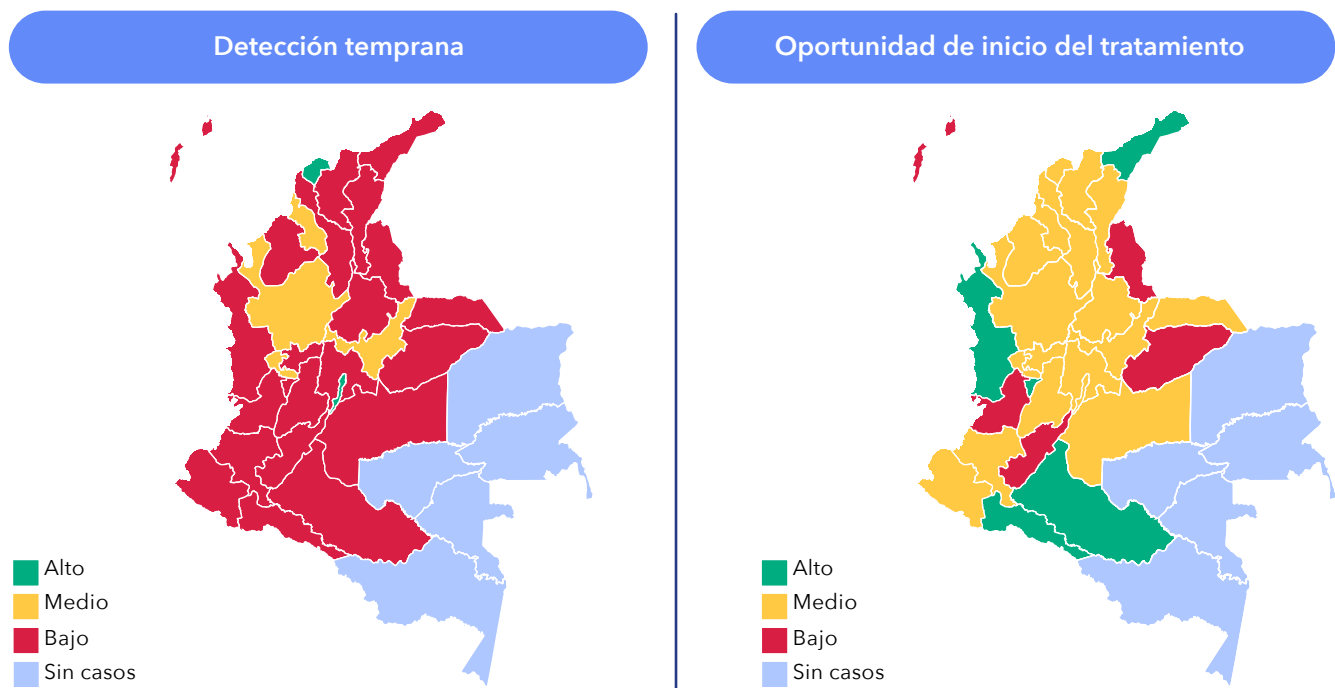
Fuente: Cuenta de Alto Costo.

* Este indicador mide el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento.

[Descargar figura](#)

Considerando que la prevalencia de este tipo de cáncer en el país es menor a la reportada en regiones como Europa, Norteamérica y Asia Oriental (1), y que los patrones de exposición a los factores de riesgo difieren entre las poblaciones. La identificación de nuevos casos en etapas tempranas depende de las estrategias de detección en las poblaciones de riesgo y del reconocimiento de dichos factores asociados a esta neoplasia. Este aspecto es especialmente relevante, ya que cuando la enfermedad se diagnostica en estadios avanzados el tratamiento suele implicar mayores costos, debido al uso de terapias dirigidas e inmunoterapia. En este contexto, el fortalecimiento de las acciones de prevención, educación y control en salud pública podría contribuir a reducir el diagnóstico tardío y, en consecuencia, disminuir la necesidad de tratamientos de alto costo y mejorar los desenlaces clínicos de los pacientes.

Figura 33. Cumplimiento de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en el cáncer de pulmón según la entidad territorial, Colombia 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2025.

Se consideran estadios tempranos IA - IB, IIA - IIB.

La oportunidad de inicio del tratamiento mide el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento.

[Descargar figura](#)

Diccionario de los indicadores trazadores en el cáncer de pulmón

Indicador	Rango de cumplimiento		
	Alto	Medio	Bajo
Proporción de pacientes con cáncer de pulmón diagnosticados en estadios tempranos (IA-IB, IIA-IIB).	> 20 %	> 14 a ≤ 20 %	≤ 14 %
Oportunidad de inicio del tratamiento: tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento.	< 30 días	≥ 30 a < 60 días	≥ 60 días

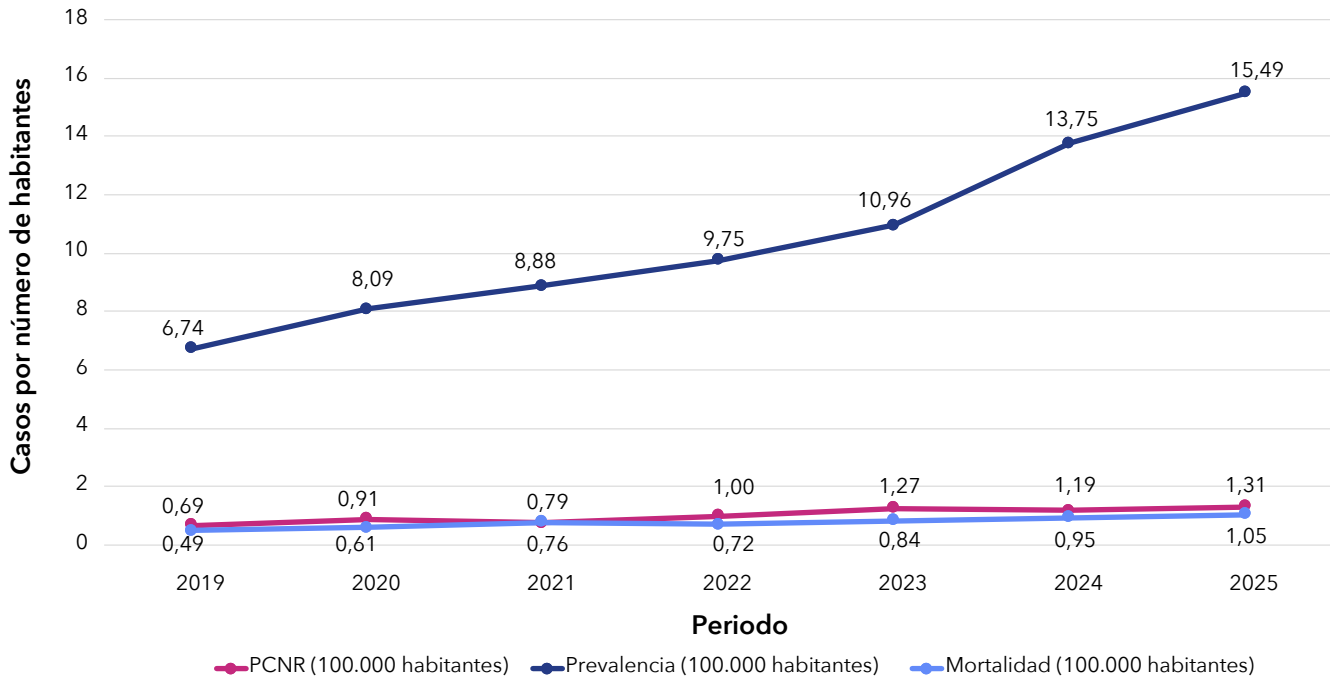
Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2025.



8. Melanoma

8.1. Tendencia de la morbimortalidad en el marco del aseguramiento en Colombia

Figura 34. Medidas de morbimortalidad en el melanoma en Colombia, 2019 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2019 - 2025.

Las medidas presentadas son crudas. Incluye solo casos invasivos. La mortalidad incluye los fallecimientos por todas las causas.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

Descargar figura

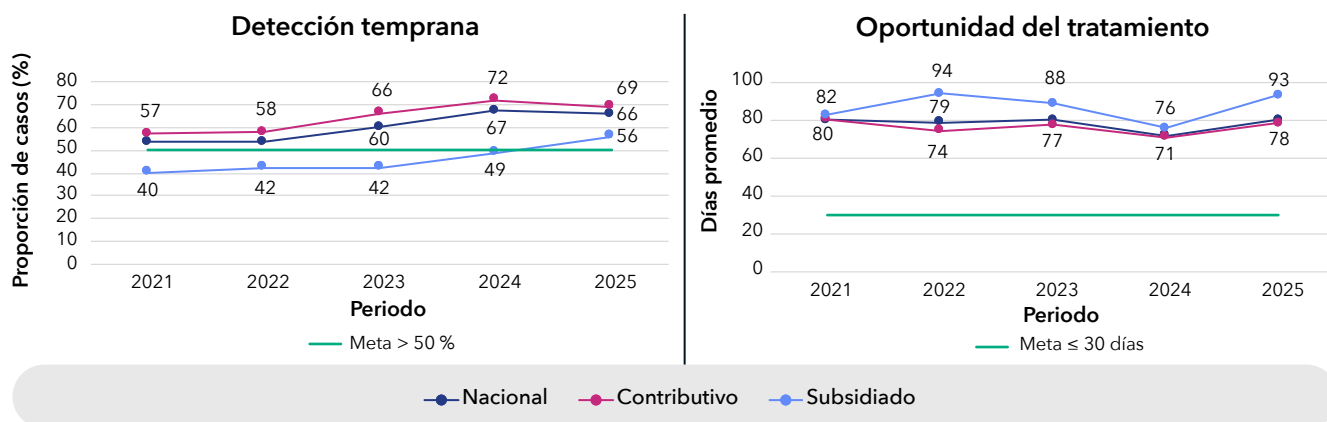
- En el 2025, se presentó un incremento en la carga de la enfermedad para melanoma en el país, con un crecimiento en la prevalencia del 12,65 % entre el 2024 y 2025. El aumento de la PCNR (10,08 %) sugieren una mejora en la captación de los casos nuevos, mientras que el incremento relativamente menor en la mortalidad (10,53 %) en comparación con la prevalencia podría interpretarse como un avance en la atención a lo largo del curso de la enfermedad.
- La prevalencia muestra el crecimiento más acelerado en términos proporcionales de todo el periodo, pasando de 6,74 por 100.000 habitantes en 2019 a 15,49 en 2025 y que refleja simultáneamente una mejora en la detección y registro de casos y el impacto de las terapias modernas en la supervivencia. El melanoma es precisamente uno de los tumores en los que la evolución terapéutica de la última década ha sido más considerable: la inmunoterapia con inhibidores de CTLA-4 y PD-1 como ipilimumab, nivolumab y pembrolizumab, y las terapias dirigidas con inhibidores de BRAF y MEK en tumores metastásicos con mutación V600E, han transformado un tumor con supervivencia media de meses en estadio IV a una enfermedad donde una proporción significativa de los pacientes alcanza respuestas duraderas, lo que explica en parte el crecimiento acelerado de la prevalencia sin un crecimiento proporcional en la mortalidad.

8.2. Indicadores del monitoreo de la gestión del riesgo

- La detección de los casos de melanoma en estadios I y II disminuyó en el periodo 2025 con respecto a 2024. A pesar de ello, el país mantiene un alto nivel de cumplimiento. Por primera vez y luego de seis periodos consecutivos, el subsidiado alcanzó un resultado superior a la meta definida para este indicador, logrando cerrar la brecha que históricamente se presenta entre los regímenes de afiliación.

- El acceso al tratamiento aún está muy alejado de la meta establecida (≤ 30 días), los datos nacionales muestran un tiempo promedio de 80 días, con una espera un poco mayor en el subsidiado. En los últimos cinco periodos, en el país, no se ha observado ningún cambio en esta oportunidad.

Figura 35. Tendencia de los indicadores trazadores en el melanoma en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2021 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2021 - 2025.

Se consideran estadios temprano I y II.

La oportunidad del tratamiento mide el tiempo entre el reporte histopatológico y el inicio del primer tratamiento.

[Descargar figura](#)

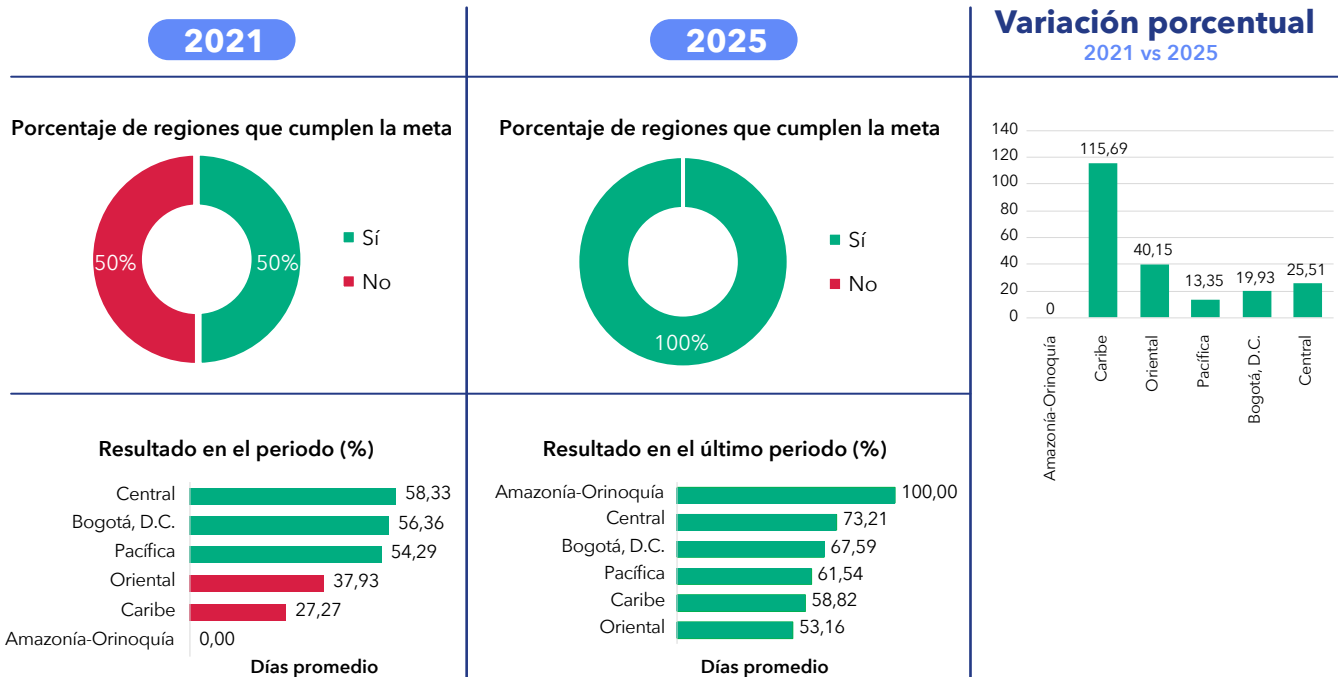
8.3. Variabilidad territorial

- En el 2025, se registró un desempeño alto en la detección temprana en todas las regiones. El porcentaje de los casos nuevos en estadios tempranos aumentó en comparación con el 2021. Cabe destacar que la región Caribe presentó un incremento significativo con respecto a lo reportado en el 2021. Por su parte, todos los casos nuevos informados de la región Amazonía-Orinoquía fueron detectados en las etapas tempranas de la enfermedad.
- Para el 2025 persisten las dificultades para el cumplimiento de la meta (< 30 días) y el desempeño en este indicador sigue siendo bajo, a pesar de que en la región Caribe y en Bogotá, D. C., se observa una disminución de los tiempos.
- En esta neoplasia la captación de casos nuevos podría alcanzar una detección temprana mayor, si al momento de su sospecha se realiza una adecuada orientación, de los pacientes, a la ruta de atención oncológica. Adicionalmente, es fundamental identificar las barreras de acceso al inicio de los tratamientos, las cuales afectan a todas las regiones del país y han ocasionado un aumento o prolongación en los tiempos de espera.



Figura 36. Variabilidad de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en el melanoma en las regiones de Colombia, 2021 vs 2025

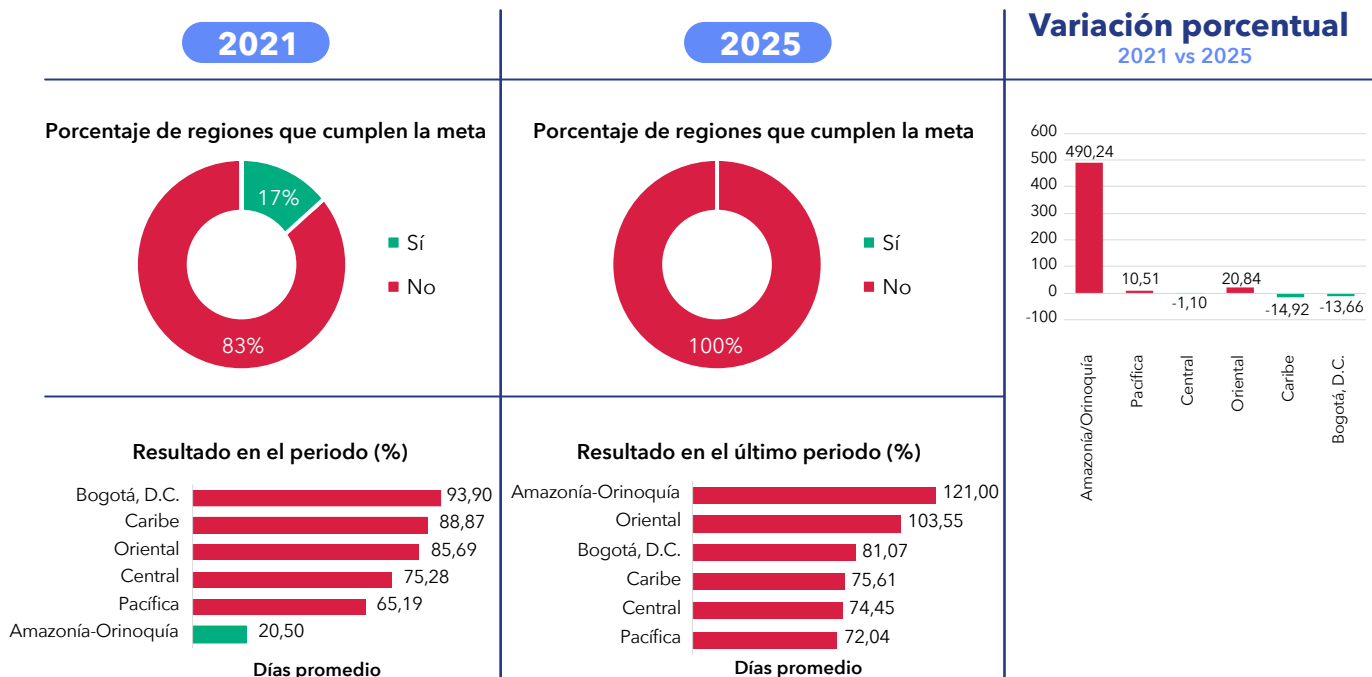
A. Detección temprana*



Fuente: Cuenta de Alto Costo.

* Se consideran estadios tempranos I y II.

B. Oportunidad de inicio del tratamiento*



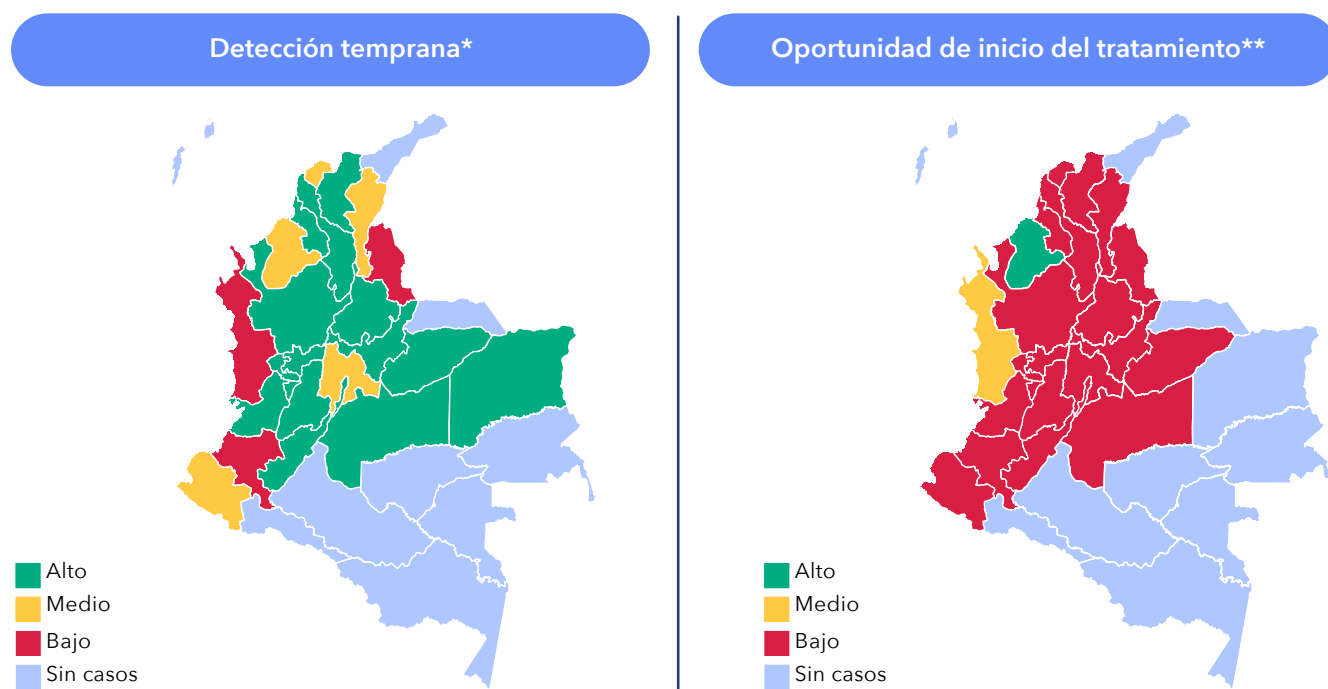
Fuente: Cuenta de Alto Costo.

* Este indicador mide el tiempo entre el reporte histopatológico y el inicio del primer tratamiento.

[Descargar figura](#)

Los resultados en detección temprana evidencian la necesidad de formular una política orientada a fortalecer la concientización respecto a la identificación precoz de la enfermedad, con un diseño sostenible que contemple las particularidades de las poblaciones más alejadas, como las de los departamentos del Chocó, Cauca y Norte de Santander. A su vez, los bajos resultados en la oportunidad del inicio del tratamiento refuerzan la necesidad de facilitar la adquisición y dispensación de las inmunoterapias y de las terapias dirigidas, los medicamentos que actualmente están incluidos en los esquemas de tratamiento para melanoma.

Figura 37. Cumplimiento de la detección temprana y la oportunidad de inicio del tratamiento en melanoma según la entidad territorial, Colombia 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2025.

Se consideran estadios tempranos I y II.

La oportunidad de inicio del tratamiento comprende el tiempo entre el reporte histopatológico y el inicio del primer tratamiento.

[Descargar figura](#)

Diccionario de los indicadores trazadores de melanoma

Indicador	Rango de cumplimiento		
	Alto	Medio	Bajo
Proporción de pacientes con melanoma cutáneo en estadios tempranos (I y II).	> 50 %	> 40 a 50 %	≤ 40 %
Oportunidad de inicio del tratamiento: tiempo entre el diagnóstico histológico y el primer tratamiento.	≤ 30 días	31 a 44 días	≥ 45 días

Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2025.

Referencias bibliográficas

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I BF. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2024.



2. Union for International Cancer Control (UICC). World Cancer Declaration 2025-2035 [en línea]. noviembre de 2025 [citado el 18 de febrero de 2026]. Report. Disponible en: <https://www.uicc.org/resources/world-cancer-declaration-2025-2035>
3. Duarte C, Salazar A, Strasser-Weippl K, de Vries E, Wiesner C, Arango-Gutiérrez A, et al. Breast cancer in Colombia: a growing challenge for the healthcare system. *Breast Cancer Research and Treatment*. Springer; 2021. p. 15-24. doi:10.1007/s10549-020-06091-6 PubMed PMID: 33611666.
4. González A, Sánchez R, Camargo M, Soto-De León SC, Del Río-Ospina L, Mora LH, et al. Cervical cancer screening programme attendance and compliance predictors regarding Colombia's Amazon region. *PLoS One*. 25 de enero de 2022;17(1):e0262069. doi:10.1371/journal.pone.0262069.
5. Murillo R, Gamboa O, Hernández G, González M, Olejua P, Molano M, et al. Accuracy of combined molecular and morphology-based triage for HPV-positive women in routine cervical cancer screening services from Colombia. *Prev Med (Baltim)*. diciembre de 2021;153:106801. doi:10.1016/j.ypmed.2021.106801.
6. Jiménez Ríos MA, Scavuzzo A, Noverón NR, García Arango C, Calvo Vazquez I, Hurtado Vázquez A, et al. Lethal Prostate Cancer in Mexico: Data from the Can.Prost Mexican Registry and a Project for Early Detection. *Cancers (Basel)*. 30 de octubre de 2024;16(21):3675. doi:10.3390/cancers16213675.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2367 de 2023. Resolución 2367. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 23 de diciembre de 2023. p. 1-381.
8. Narii N, Sobue T, Zha L, Kitamura T, Iwasaki M, Inoue M, et al. Effectiveness of endoscopic screening for gastric cancer: The Japan Public Health Center-based Prospective Study. *Cancer Sci*. 1 de noviembre de 2022;113(11):3922-31. doi:10.1111/cas.15545 PubMed PMID: 36002149.
9. Lung Cancer Policy Network. The Lung Cancer Policy Network . 2026.
10. Botero Bahamón JD, Cañas Arboleda A, Oliveros Metrio P. Tamización de cáncer de pulmón. *Revista Colombiana de Cancerología*. 30 de marzo de 2023;27(1):126-39. doi:10.35509/01239015.872.
11. Galvis-Aponte LA, Rico JN. Desigualdades regionales en la salud en Colombia. Bogotá, Colombia; junio de 2023. Report. doi:10.32468/dtseru.316.

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

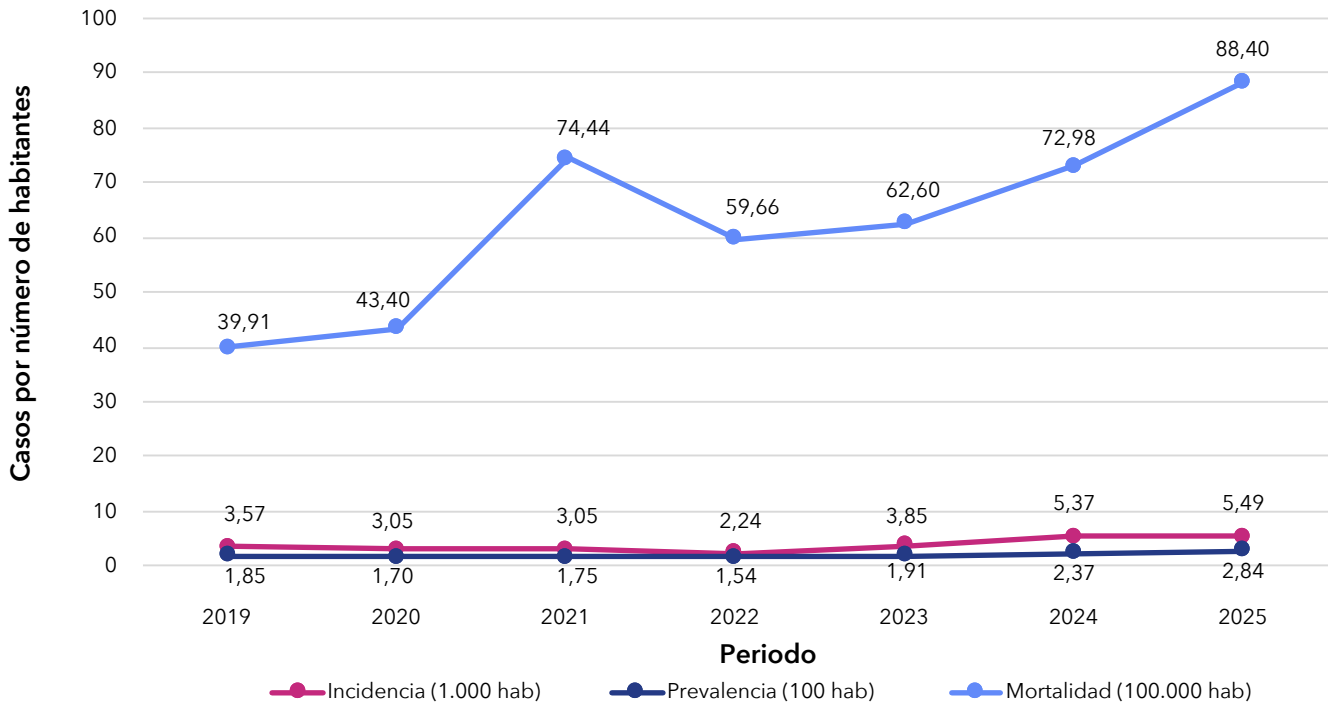




ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y SUS PRECURSORAS

1. Tendencia de la morbilidad en el marco del aseguramiento en Colombia

Figura 38. Medidas de morbilidad de la enfermedad renal crónica en Colombia, 2019 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2019 - 2025.

Las medidas presentadas son crudas. La mortalidad incluye los fallecimientos por todas las causas.

[Descargar figura](#)

- La prevalencia de la enfermedad renal crónica (ERC) aumentó en 19,83 % con respecto a 2024, mientras que la incidencia registró un incremento del 2,23 %.
- Según el Atlas Global de Salud Renal de la ISN (*International Society of Nephrology*), en 2023 se estimó para Latinoamérica una prevalencia de la ERC de 10,20 por cada 100 habitantes, mientras que, para Colombia de 11,50 por cada 100 habitantes (IC 95 %: 10,00 - 11,70) (1), lo que ubica al país por encima del promedio regional con una carga de la enfermedad mayor frente al contexto latinoamericano.
- Es importante resaltar que las estimaciones de la ISN incluyen los casos no diagnosticados, lo que contribuye a explicar la diferencia frente a la prevalencia nacional de 2,84 por cada 100 habitantes. Esta brecha pone en evidencia los desafíos persistentes en el estudio adecuado de la población en riesgo. De igual manera, la detección oportuna y el diagnóstico de la ERC, especialmente en sus estadios iniciales, continúan siendo un reto documentado en el mundo. En este sentido, un análisis realizado en cinco países de altos ingresos estableció que entre el 64 % y el 96 % de los casos de ERC en estadio 3 no están diagnosticados (2).

2. Indicadores de monitoreo de la gestión del riesgo

En marzo de 2025 se publicó la actualización del consenso basado en la evidencia: [Indicadores mínimos para evaluar la gestión de la atención de las personas con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica en estadios 1-4 y 5 sin diálisis ni trasplante.](#)

La primera medición de estos indicadores se realizó en el periodo de reporte 2025 (1° de julio de 2024 al 30 de junio de 2025). Debido a los ajustes realizados en su operatividad, los resultados obtenidos a partir de este periodo no son comparables con los reportes previos; por tanto, no se presenta el análisis de la tendencia histórica en este documento.

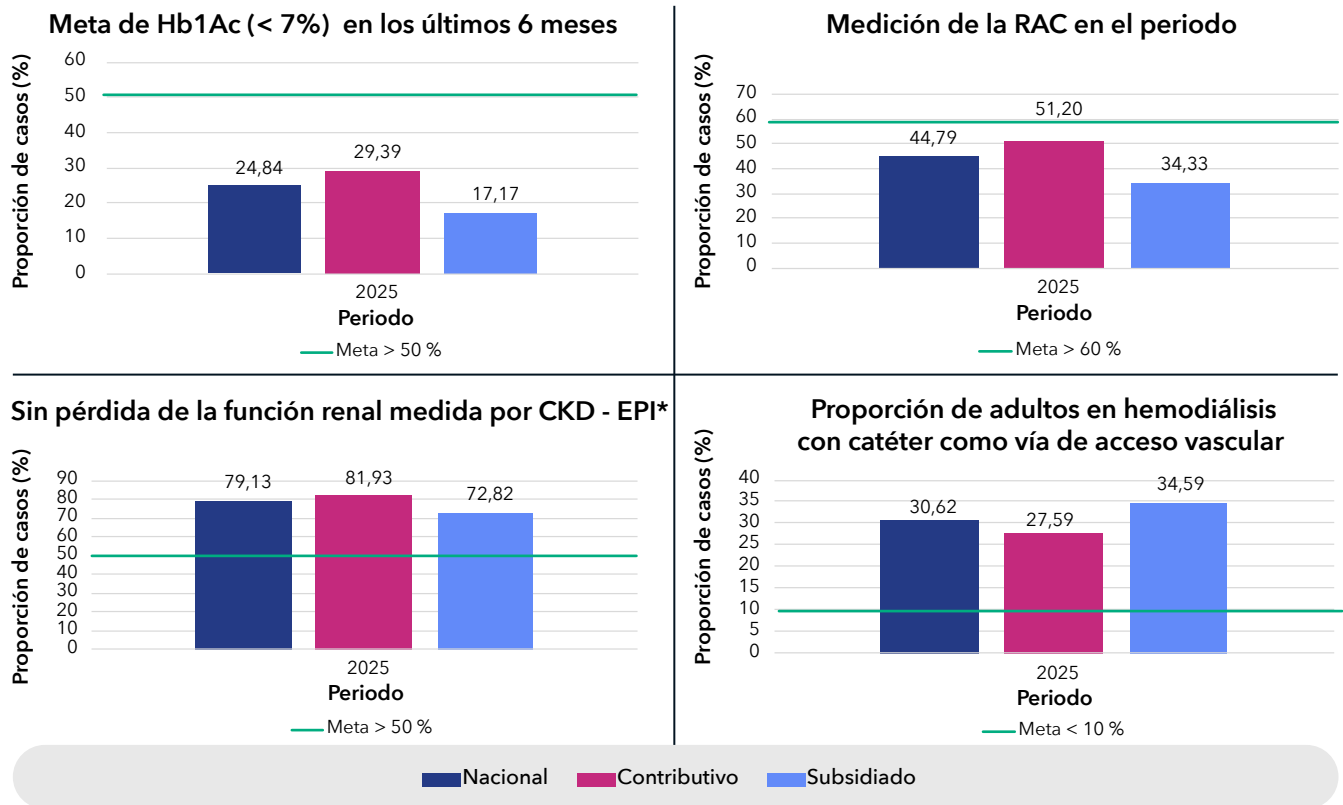
- El control de hemoglobina glicosilada en los últimos 6 meses para el régimen contributivo fue de 29,39 %. Aunque este valor supera el promedio nacional (24,84 %), está muy por debajo de la meta establecida. En contraste, para Latinoamérica y el Caribe se estima que el 68,20 % de la población diagnosticada con DM alcanza el control glicémico ($HbA1c < 8\%$). Es importante destacar que se trata de un biomarcador altamente modificable mediante intervenciones del estilo de vida y farmacológicas costo - efectivas disponibles en el primer nivel de atención (3).
- La medición de la relación albuminuria/creatinuria (RAC) en el periodo fue mayor en el régimen contributivo, acercándose a la meta y superando el promedio nacional. Se destaca la importancia de esta medición para el diagnóstico temprano, el monitoreo de la progresión y la evaluación del riesgo cardiovascular en las personas con ERC.
- En el ámbito nacional, la proporción de las personas sin pérdida de la función renal fue de 79,13 %. No obstante, este resultado debe interpretarse con cautela, ya que únicamente el 32,13 % de la población ($n= 2.249.926$) cuenta con el registro de la tasa de filtración glomerular (TFG) estimada por CKD - EPI, mientras que el 67,87 % ($n= 4.753.020$) no dispone de esta información, lo que impide establecer con certeza la presencia o ausencia de progresión.

Esta brecha de información impide identificar oportunamente a las personas con ERC en estadios iniciales o en riesgo de progresión. En consecuencia, se limita de manera sustancial la capacidad del sistema de salud para implementar las intervenciones costo - efectivas con impacto demostrado en la desaceleración del deterioro renal, tales como el control intensivo de la presión arterial, el uso oportuno de inhibidores del sistema renina - angiotensina (IECA/ARA II) y la referencia temprana a nefrología, estrategias que han mostrado retrasar la progresión de la enfermedad y la necesidad de terapia de reemplazo renal (4).

- La proporción de los adultos en hemodiálisis con catéter como vía de acceso vascular fue mayor en el régimen subsidiado, con una brecha importante respecto a la meta establecida ($< 10\%$). Este resultado resalta la necesidad de fortalecer estrategias orientadas a mejorar la planificación, oportunidad y preparación del acceso vascular, garantizando que las personas con indicación clínica se beneficien de manera oportuna de la creación de una fístula arteriovenosa (FAV) (5).



Figura 39. Indicadores trazadores en la ERC y sus precursoras en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2025.

* Se considera sin pérdida de la función renal una TFG ≤ 5 ml/min/1,73 m² en un año.

HbA1c: hemoglobina glicada; DM: diabetes mellitus; TFG: tasa de filtración glomerular; CKD-EPI: *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*; RAC: relación albuminuria/creatinuria.

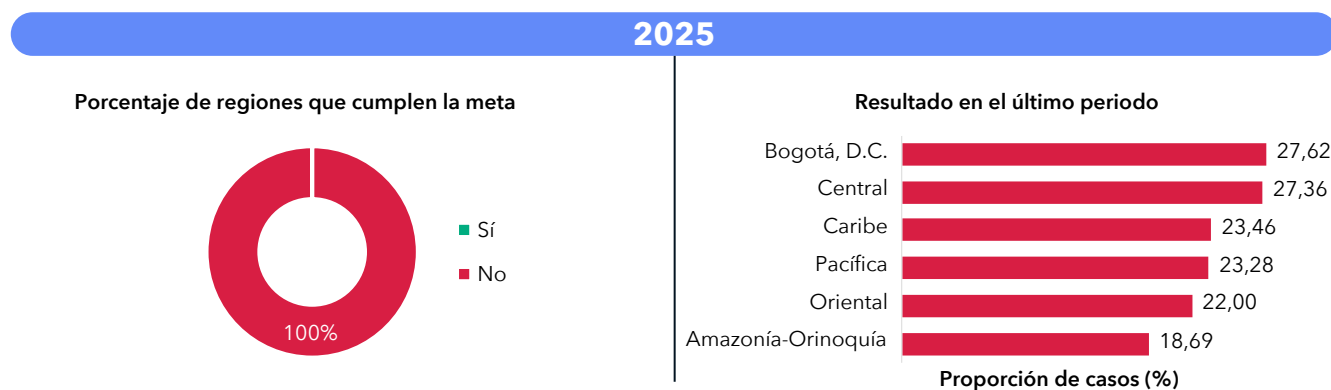
[Descargar figura](#)

3. Variabilidad regional

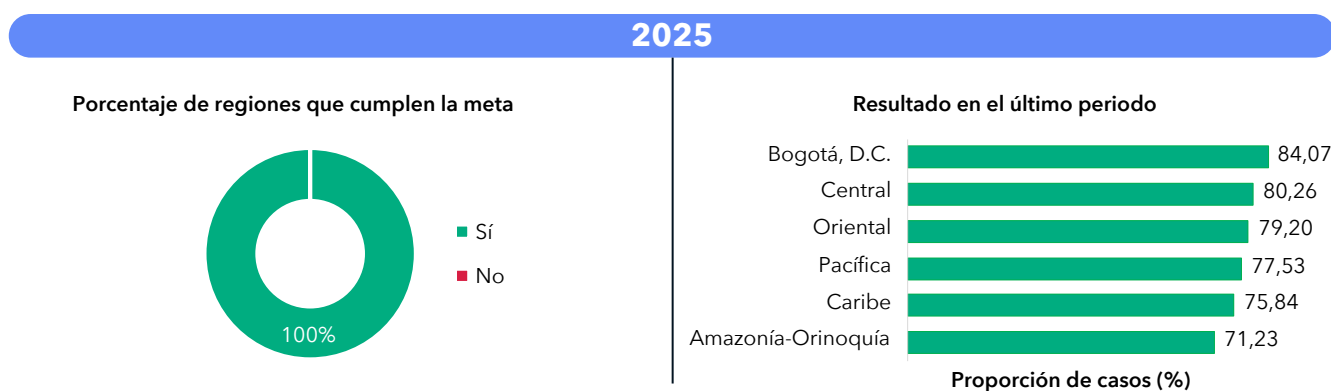
- Todas las regiones del país tuvieron un cumplimiento bajo en el control de la hemoglobina glicosilada durante los últimos seis meses. Bogotá, D. C., y la región Central presentaron un mejor desempeño, ubicándose cercanas al nivel de cumplimiento medio del indicador. En contraste, la región Amazonía-Orinoquía registra el resultado más bajo, con un cumplimiento de apenas 18,69 %, lo que pone de manifiesto importantes brechas territoriales en el seguimiento metabólico.
- La proporción de las personas sin pérdida de la función renal evidenció un alto nivel de cumplimiento en todas las regiones del país entre quienes contaban con el registro de la TFG estimada por CKD - EPI. En todos los casos, la meta establecida fue superada en más del 20 %, lo que indica un desempeño favorable del indicador a nivel territorial. No obstante, se resalta la importancia de fortalecer la completitud y la calidad del registro de la información, dado que la interpretación de estos resultados depende de la disponibilidad adecuada de la TFG estimada.

Figura 40. Variabilidad de la meta de HbA1c en las personas con DM y el indicador relacionado con el mantenimiento de la función renal en las regiones de Colombia, 2025

A. Meta de HbA1c < 7 %



B. Sin pérdida de la función renal medida con CKD - EPI*



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2025.

* Se considera sin pérdida de la función renal una TFG ≤ 5 ml/min/1,73 m² en un año.

HbA1c: hemoglobina glicada; CKD-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration.

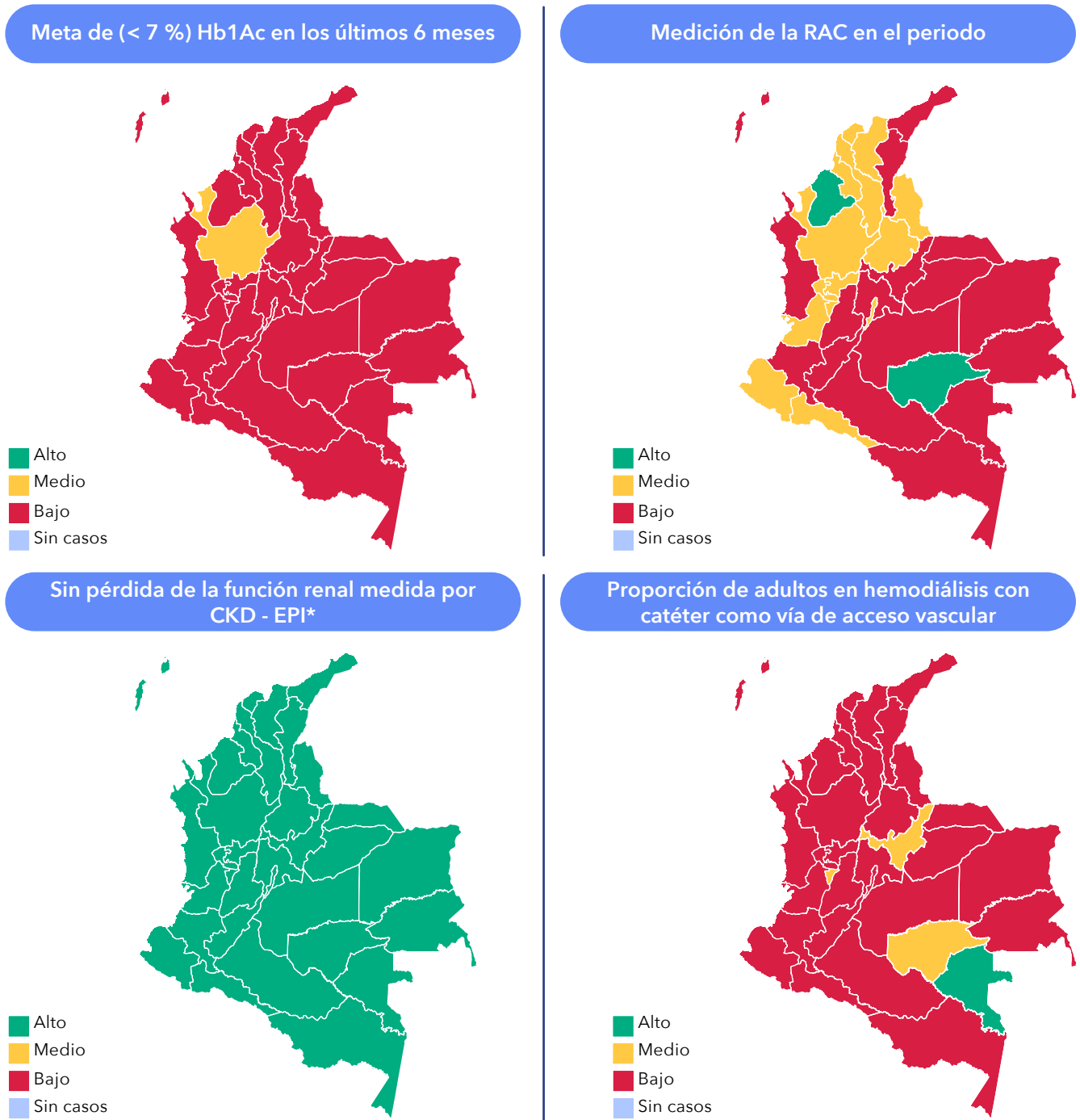
[Descargar figura](#)

4. Cumplimiento de los IGR trazadores de ERC y sus precursoras según la entidad territorial

- Antioquia fue el único departamento que alcanzó un nivel de cumplimiento medio en el control de la hemoglobina glicosilada en los últimos seis meses. Bogotá, D. C., Caldas y Santander presentan valores cercanos a este umbral, con porcentajes de cumplimiento del 27,6 %, 26,7 % y 26,2 %, respectivamente.
- La medición de la RAC en el periodo mostró un alto desempeño en los departamentos de Córdoba y Guaviare. Sucre y Bolívar registran valores cercanos a este nivel de cumplimiento, con 59,2 % y 50,9 %, respectivamente.
- Debido a la baja completitud en la medición de la TFG estimada mediante la ecuación CKD - EPI, el análisis se realizó únicamente en las personas con este resultado disponible. En este grupo, todos los departamentos alcanzaron un alto nivel de cumplimiento.
- La proporción de los adultos en hemodiálisis con catéter como vía de acceso vascular alcanzó alto cumplimiento en el departamento del Vaupés. Guaviare, Quindío y Boyacá presentaron un cumplimiento medio, con valores de 15,4 %, 17,2 % y 18,0 %, respectivamente.



Figura 41. Cumplimiento de los IGR trazadores de ERC y sus precursoras, según la entidad territorial, Colombia 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2025.

* Se considera sin pérdida de la función renal una TFG ≤ 5 ml/min/1,73 m² en un año.

HbA1c: hemoglobina glicosilada; **TFG:** tasa de filtración glomerular; **CKD - EPI:** *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*; **RAC:** relación albuminuria/creatinuria.

[Descargar figura](#)

Diccionario de los indicadores trazadores en ERC y sus precursoras

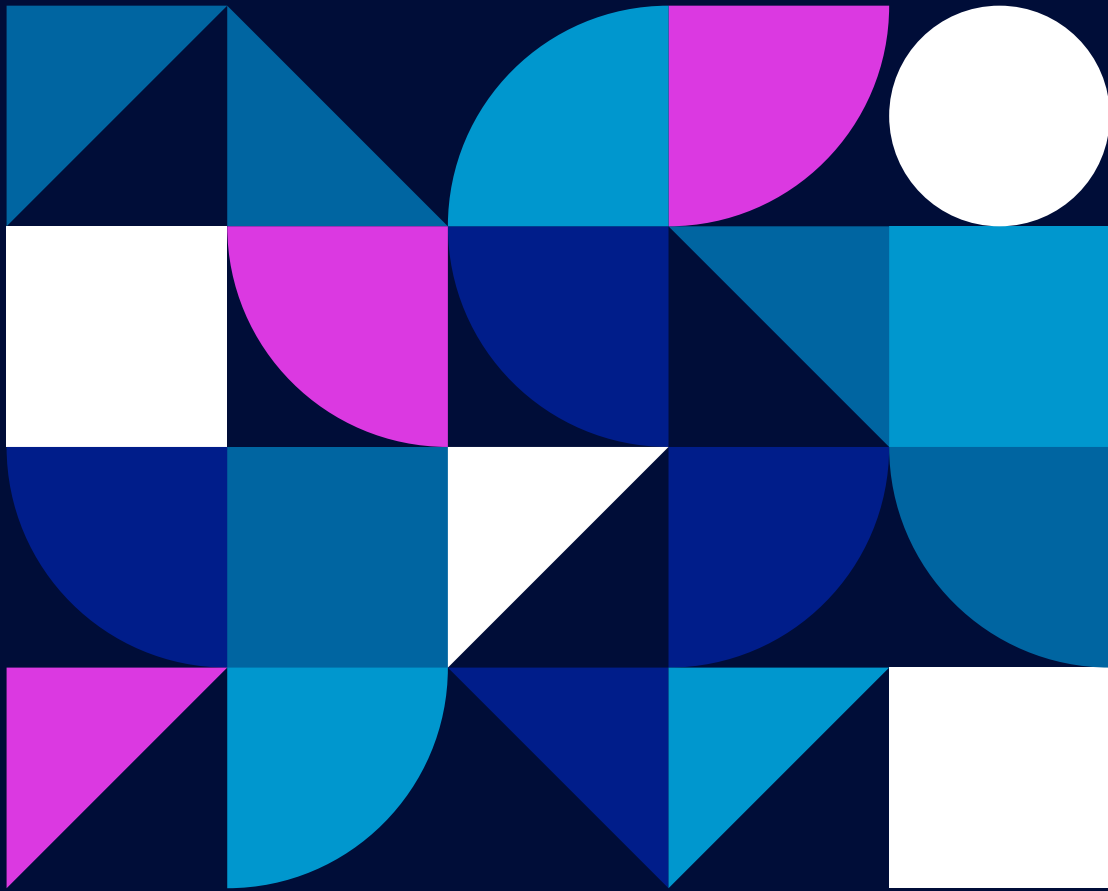
Indicador	Rango de cumplimiento		
	Alto	Medio	Bajo
Meta de (< 7 %) Hb1Ac en los últimos 6 meses.	> 50 %	30 a 50 %	< 30 %
Sin pérdida de la función renal medida por CKD - EPI.	> 50 %	40 a 50 %	< 40 %
Medición de albuminuria/creatinuria en el periodo.	> 60 %	40 a 60 %	< 40 %
Proporción de adultos en hemodiálisis con catéter como vía de acceso vascular.	< 10 %	10 a 20 %	> 20 %

Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2025.

Referencias bibliográficas

1. International Society of Nephrology Belgium. SN-Global Kidney Health Atlas Map. 2025 [citado el 16 de febrero de 2026]; Disponible en: <https://gkha.theisn.org>
2. Tangri N, Moriyama T, Schneider MP, Virgitti JB, De Nicola L, Arnold M, et al. Prevalence of undiagnosed stage 3 chronic kidney disease in France, Germany, Italy, Japan and the USA: results from the multinational observational REVEAL-CKD study. *BMJ Open* [en línea]. el 22 de mayo de 2023 [citado el 17 de febrero de 2026];13(5):e067386. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37217263/>
3. Gregg EW, Buckley J, Ali MK, Davies J, Flood D, Mehta R, et al. Improving health outcomes of people with diabetes: target setting for the WHO Global Diabetes Compact. *The Lancet* [en línea]. Abril de 2023 [citado el 16 de febrero de 2026];401(10384):1302-12. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)00001-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)00001-6/abstract).
4. Luyckx VA, Tuttle KR, Abdellatif D, Correa-Rotter R, Fung WWS, Haris A, et al. Mind the gap in kidney care: translating what we know into what we do. *Kidney Res Clin Pract* [en línea]. El 31 de enero de 2025 [citado el 17 de febrero de 2026];44(1):6-19. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38375622/>
5. Lok CE, Huber TS, Lee T, Shenoy S, Yevzlin AS, Abreo K, et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. *American Journal of Kidney Diseases* [en línea]. Abril de 2020 [citado el 10 de diciembre de 2025];75(4):S1-164. Disponible en: [https://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(19\)31137-0/fulltext](https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(19)31137-0/fulltext)

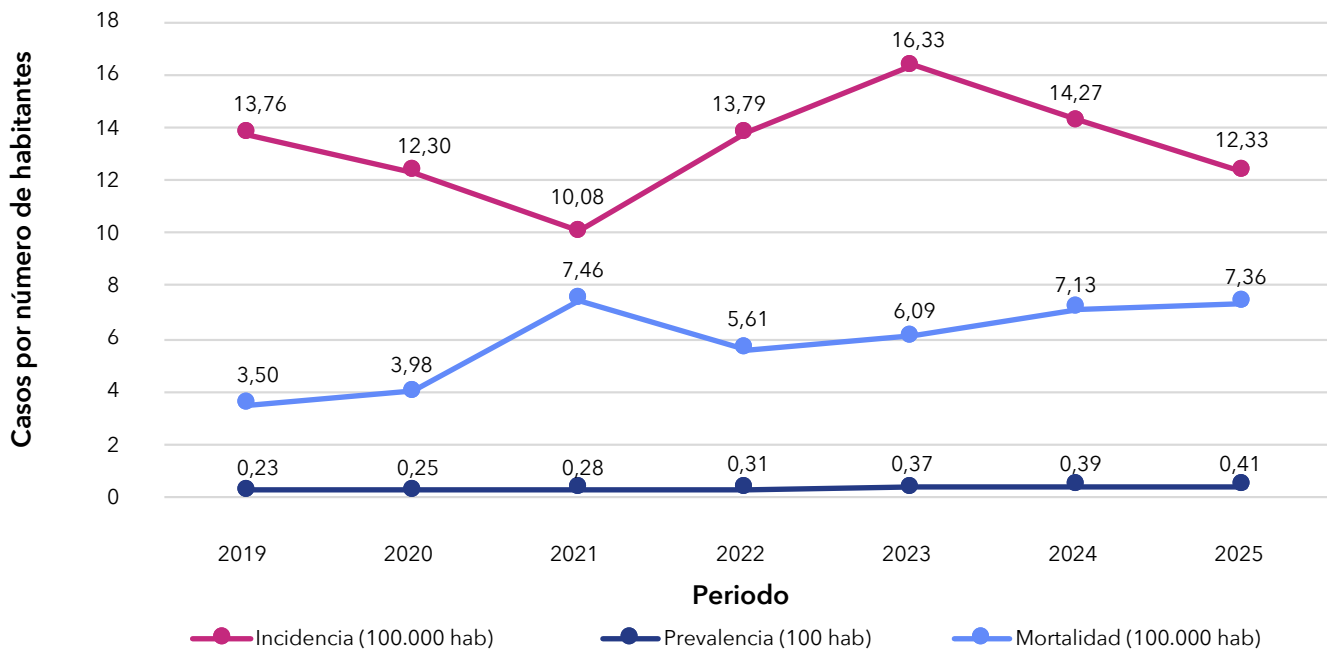
ARTRITIS REUMATOIDE



ARTRITIS REUMATOIDE

1. Tendencia de la morbilidad y mortalidad en el aseguramiento en Colombia

Figura 42. Medidas de morbilidad y mortalidad de la artritis reumatoide en Colombia, 2019 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2025.
Las medidas presentadas son crudas.

Descargar figura

- En el mundo, la incidencia de la artritis reumatoide en 2023 fue de 12,69 casos por cada 100.000 habitantes, mientras que para América Latina correspondió a 15,56 casos por cada 100.000 habitantes (1). En Colombia, en el periodo de 2025 se registró una tasa de 12,33 casos, levemente inferior al referente global (12,69 en 2023) y al de América Latina (15,52 en 2023), con una disminución progresiva por segundo periodo consecutivo; diferente a lo observado en los ámbitos global y regional, en los cuales las tasas de incidencia se mantuvieron estables en los anteriores periodos. Estas diferencias, más que reflejar una menor ocurrencia real de la enfermedad, puede estar relacionada con los cambios en los patrones de diagnóstico y reporte, y las variaciones en el acceso a la atención reumatológica.
- En el ámbito global, la mortalidad presenta una tasa de 0,57 por 100.000 habitantes, mientras que en Colombia ha mostrado un incremento progresivo a lo largo de los años pasando de 3,50 muertes por cualquier causa en las personas con AR por cada 100.000 habitantes en 2019 a 7,36 en 2025, mucho mayor al valor mundial. El incremento de la mortalidad en la población con AR se asocia principalmente a la duración de la enfermedad, el seguimiento y el control de la severidad a lo largo de los años (2). En conjunto, la tendencia indica un aumento de la carga por desenlaces fatales asociados a la AR y refuerza la importancia del diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y el seguimiento estricto del riesgo.
- La prevalencia de la población con artritis mantuvo una tendencia ascendente y sostenida, pasando de 0,23 a 0,41 por 100 habitantes entre 2021 y 2025, lo que refleja una mayor acumulación de los casos en el sistema y una presión creciente en la atención oportuna, el control de actividad y la prevención de las complicaciones. Esta es una señal inequívoca de que la planificación de los recursos humanos, tecnológicos y financieros para la atención de la AR debe proyectarse con una demanda significativamente mayor en los próximos años.



2. Indicadores del monitoreo de la gestión

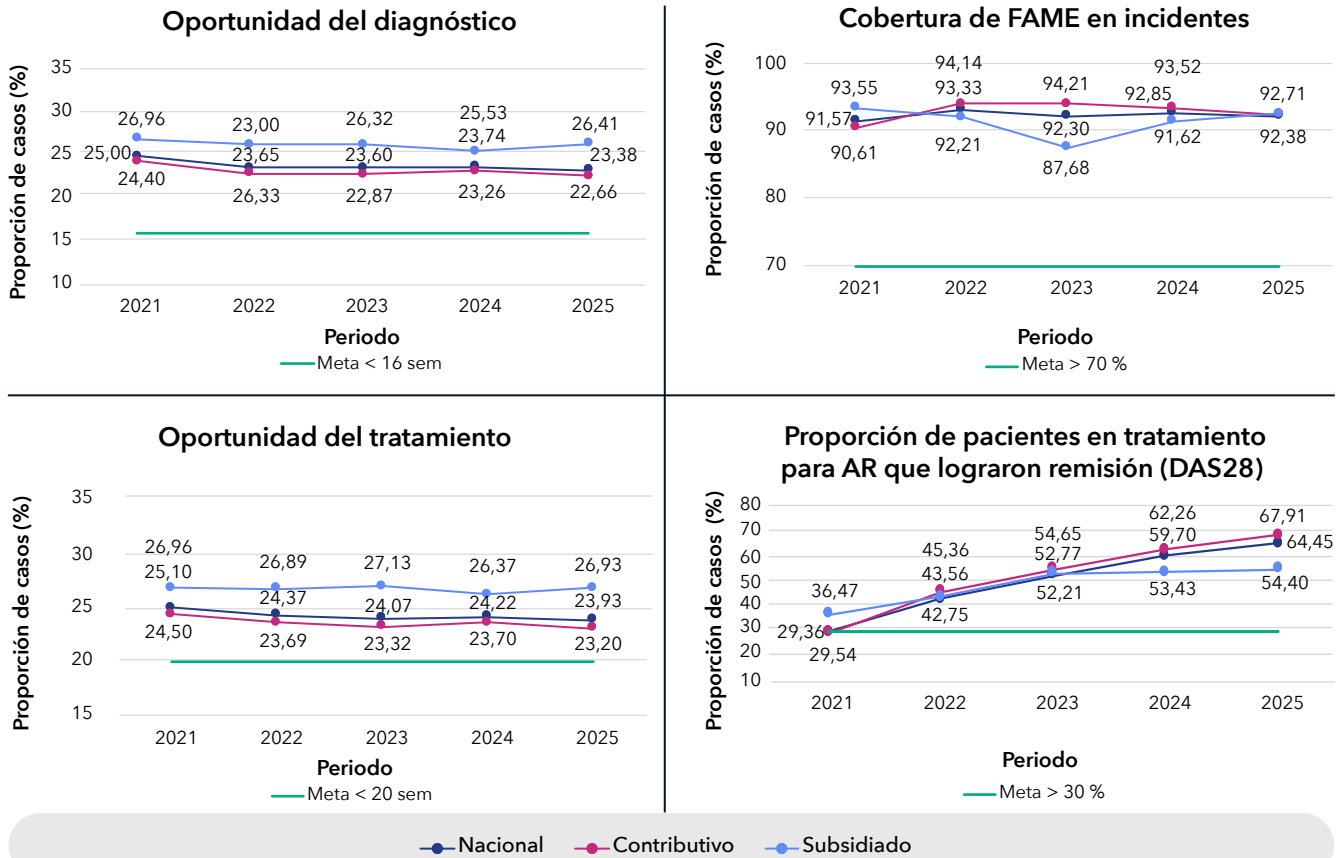
- La oportunidad del diagnóstico en el ámbito nacional y en el régimen contributivo han presentado una ligera disminución en la serie observada. En contraste, en el régimen subsidiado se identificó un aumento discreto del 0,88 % con respecto a 2024. En ningún régimen se ha alcanzado la meta establecida (< 16 semanas), por lo que es necesario fortalecer las estrategias para el diagnóstico oportuno en la población, teniendo en cuenta que esto contribuye a mejorar el inicio del tratamiento y a disminuir las complicaciones asociadas (3). No obstante, la atención especializada en el país se ven condicionadas por las barreras logísticas y económicas, especialmente en las zonas rurales, que confieren una mayor dificultad para el seguimiento y tratamiento de enfermedades crónicas como la artritis. Uno de los principales factores identificados corresponde a la dificultad para el traslado y la disposición de reumatólogos o profesionales especializados en las zonas apartadas del país, lo cual limita el seguimiento y la atención oportuna de los casos (4).
- La oportunidad del tratamiento presenta una disminución en el ámbito nacional y en el régimen contributivo. Por el contrario, en el subsidiado hubo un ligero incremento del 0,56 %, respecto al periodo anterior, en Colombia persisten algunas barreras de acceso al tratamiento posterior al diagnóstico, impactando en la percepción y continuidad para la consecución del objetivo clínico (5). El inicio oportuno del tratamiento disminuye de forma significativa el daño articular asociado a la progresión de la enfermedad, impactando en la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes (6). Lo que contribuye a fomentar estrategias para las poblaciones rurales o apartadas del país para garantizar su acceso oportuno al tratamiento.
- La cobertura FAME en los casos incidentes mantiene un nivel estable en los últimos periodos, situándose en alto cumplimiento para ambos regímenes y en la cifra nacional.
- La proporción de los pacientes en tratamiento que lograron la remisión se ha incrementado en los últimos periodos en el ámbito nacional y en el régimen contributivo, mientras que en el subsidiado se presentó una ligera disminución, pero se mantiene el alto desempeño.

Pese a que la cobertura del tratamiento no ha tenido cambios significativos, en 2025, de los 157.830 casos prevalentes, 108.289 (68,61 %) tenían manejo con FAME, 14.079 casos (8,92 %) no presentaban ninguna medición de la actividad de la enfermedad con DAS28, 37.344 (23,66 %) no contaban con una medición en los últimos 6 meses y solo 56.866 (36,03 %) tenían tratamiento y medición del DAS28 en los últimos 6 meses del periodo, de ellos, 36.648 estaban en remisión. Si el indicador solo considerara la última medición del DAS28 y el uso actual de los FAMES, el resultado nacional sería de 33,68 %, similar a los resultados internacionales.

Así que el alto cumplimiento en este indicador se relaciona con la metodología, la forma de su medición y la meta establecida en el consenso de 2018 que la definió (actualmente en proceso de actualización). Además, es posible que el incremento del indicador también se deba al seguimiento y monitoreo continuo de la población prevalente, lo que permite que se ajuste el tratamiento conforme a las necesidades y conduzca a un mejor control de la enfermedad.

- Las condiciones que presentan los indicadores hablan de los desafíos existentes para el diagnóstico e inicio de tratamiento oportuno con FAME. No obstante, también se evidencian los logros obtenidos gracias a la gestión en aspectos como la cobertura de los FAME en la población incidente y la remisión de la enfermedad. Esto resalta el trabajo y las estrategias implementadas para el control de la enfermedad permitiendo disminuir las complicaciones asociadas a la progresión de la AR.

Figura 43. Tendencia de los indicadores trazadores en AR en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2021 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2021 - 2025.

FAME: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad, DAS28: Disease activity score de 28 items.

[Descargar figura](#)

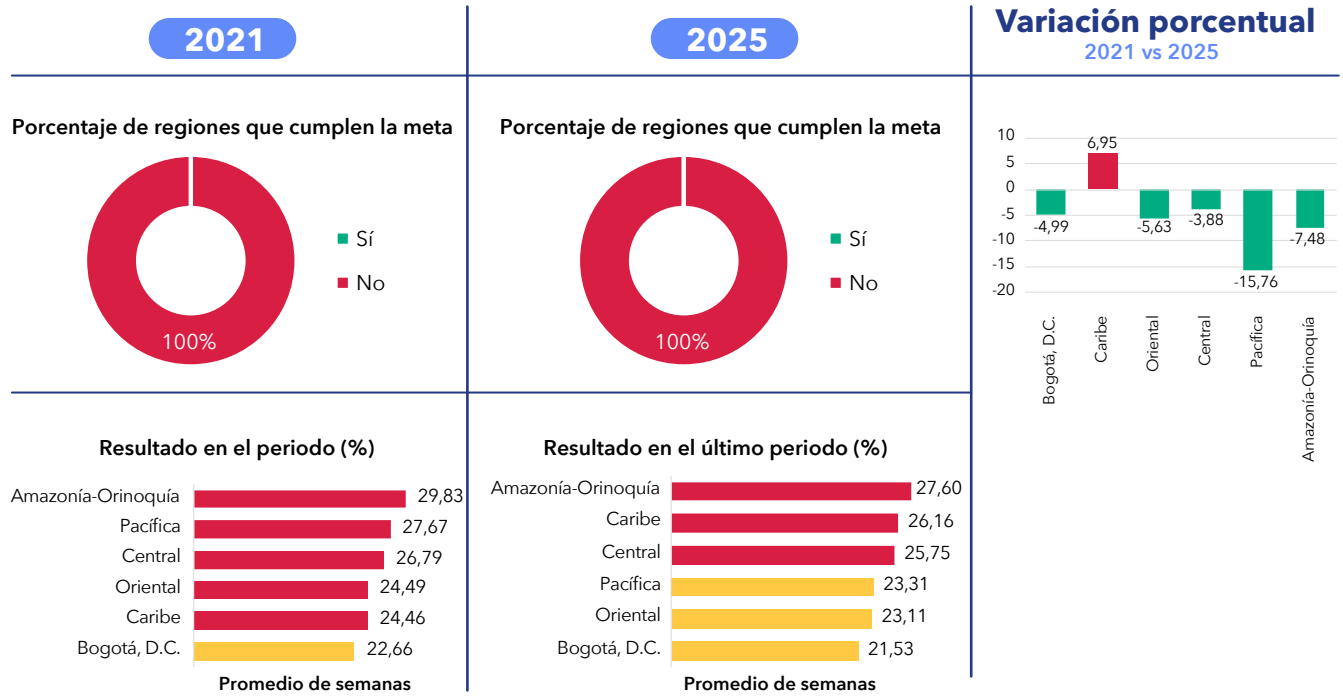
3. Variabilidad territorial

- Respecto a la oportunidad del tratamiento, ninguna región cumplió con la meta propuesta (menos de 20 semanas) y, comparado con 2021, se observa una mejoría en el acceso en 5 de las 6 regiones, no obstante, la Caribe presentó un retroceso con una variabilidad porcentual que incrementó en 6,95 en el último periodo.



Figura 44. Variabilidad de la oportunidad de inicio del tratamiento, proporción de los pacientes con DAS28 y remisión de la enfermedad en las regiones de Colombia, 2021 vs 2025

A. Oportunidad del tratamiento en semanas en los casos incidentes

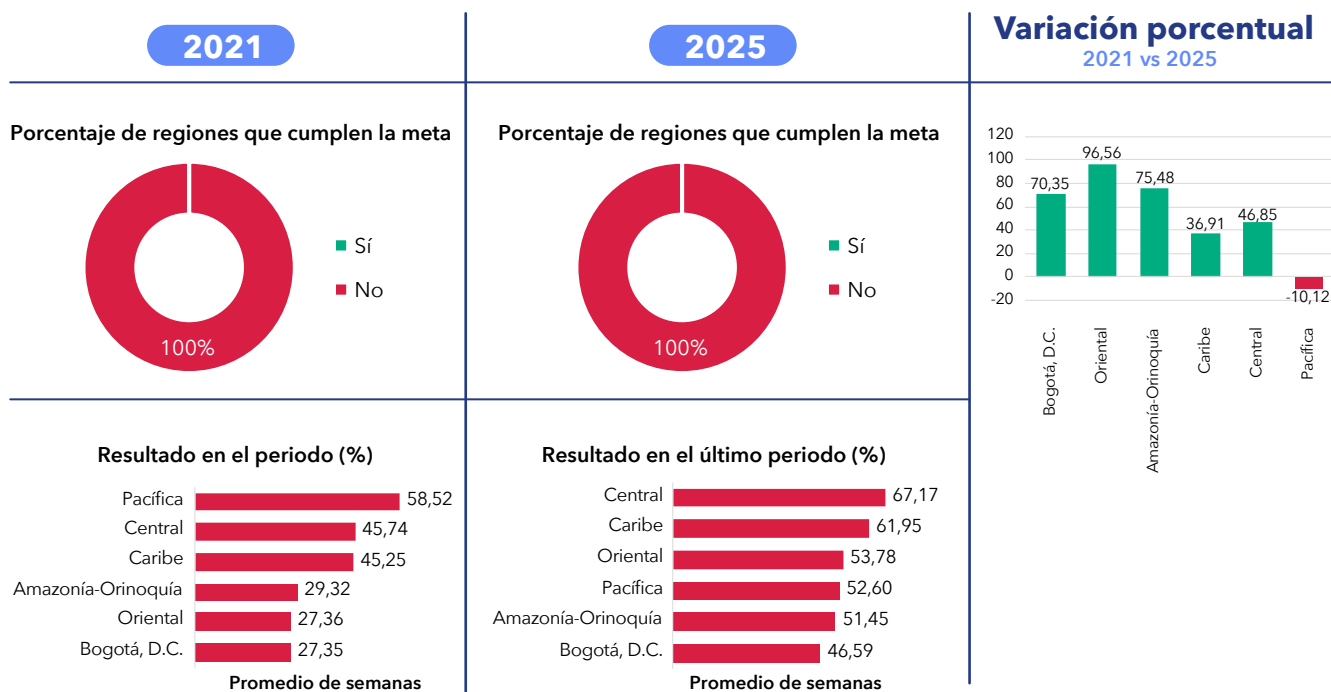


Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2025.

* Este indicador mide el tiempo entre el inicio de los síntomas hasta el primer tratamiento con FAME.

- La proporción de los pacientes en quienes se realiza el DAS28 en los últimos 6 meses ha presentado una variabilidad porcentual positiva en 5 de 6 regiones del país, destacando una disminución de 10,12 en la variabilidad en la región Pacífica. No obstante, comparado con los datos de 2021 se observó un incremento de la realización del DAS28 en todo el país.

B. Proporción de pacientes en quienes se realiza DAS28 al menos una vez en los últimos 6 meses (prevalentes)

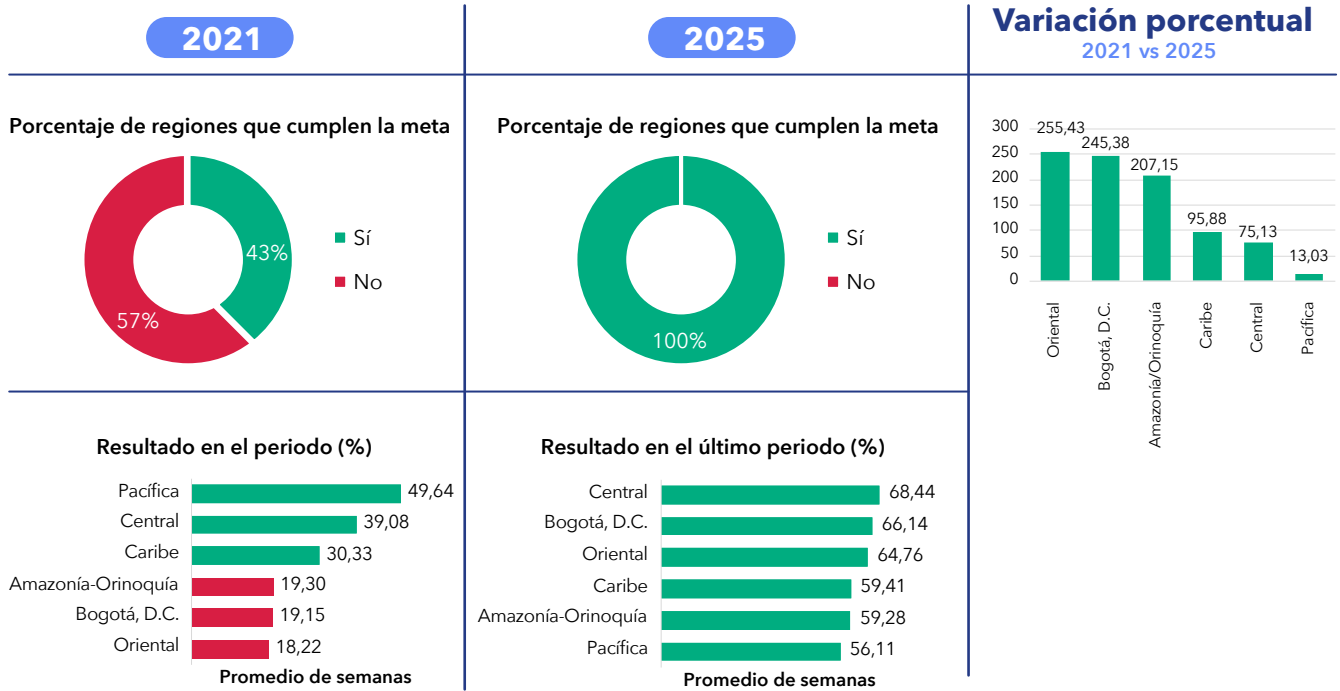


Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2025.

- En 2025 se observó un alto cumplimiento en todas las regiones del país, en la proporción de los pacientes con tratamiento para la AR que consiguieron remisión de la enfermedad. El cambio del indicador desde 2021 es evidente, permitiendo observar el impacto nacional de las estrategias implementadas para el control de la enfermedad. Este comportamiento es diferente a lo evidenciado internacionalmente, en donde los niveles de remisión han mantenido cifras estables en los últimos periodos como ocurre en Inglaterra, donde los casos incidentes con remisión (en menos de 3 meses del tratamiento) está en 34,20 %. Pese a que el indicador es sustancialmente distinto al planteado en Colombia, permite tener una perspectiva más amplia del comportamiento de la enfermedad alrededor del mundo (7).



C. Proporción de pacientes prevalentes en tratamiento para la AR que lograron la remisión de la enfermedad (medida por DAS28 de los últimos 6 meses)

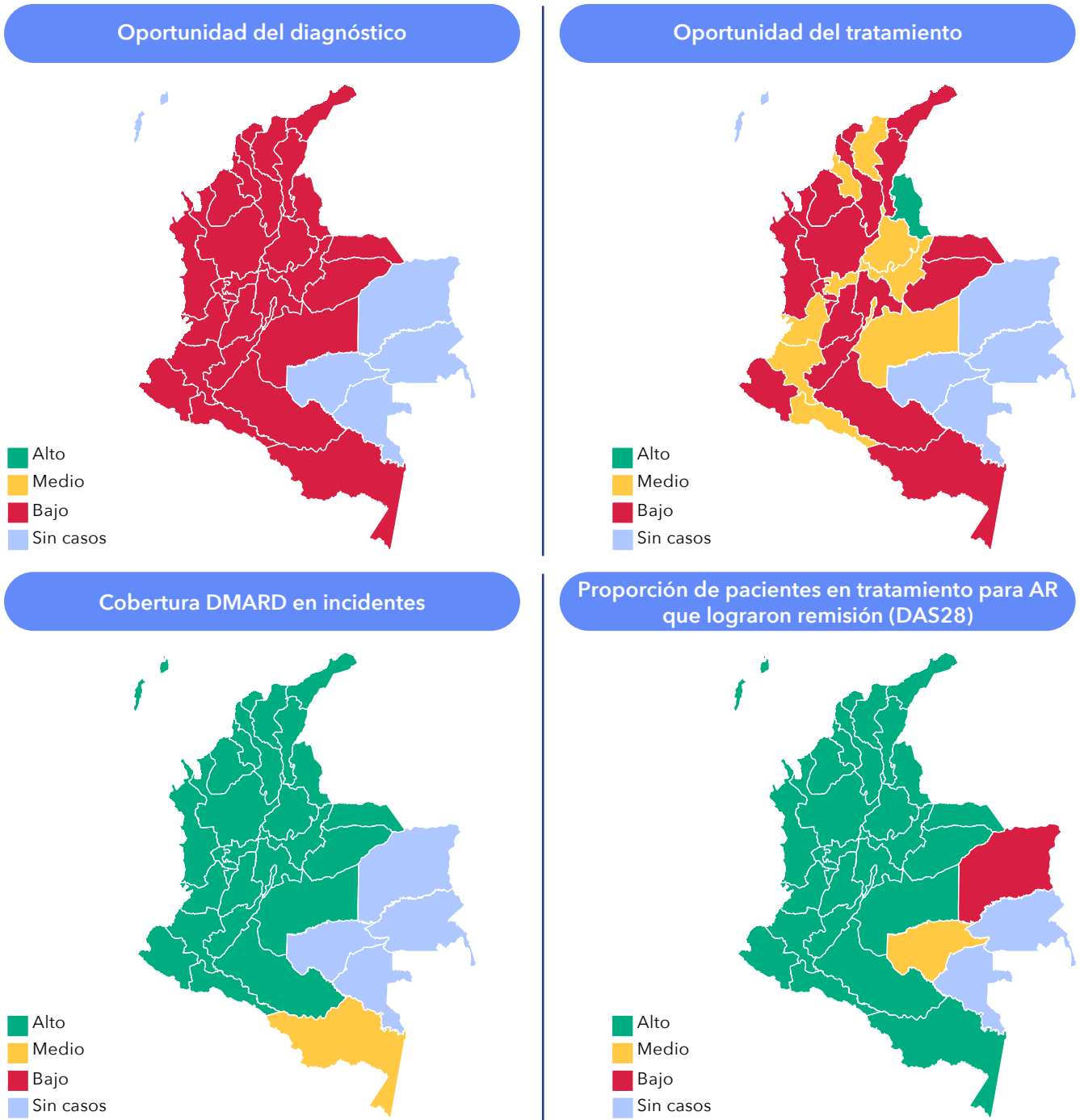


Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2025.

[Descargar figura](#)

- En el ámbito departamental, el bajo desempeño en el indicador de la oportunidad del diagnóstico hace visible que, en todas las entidades territoriales, menos en algunos de los departamentos amazónicos donde no hubo casos para calcular el indicador, se están teniendo dificultades para diagnosticar tempranamente la enfermedad y, por tanto, un mayor riesgo de iniciar el manejo en fases más avanzadas.
- En la oportunidad del tratamiento, se observa un patrón heterogéneo, aunque persiste el predominio de bajo cumplimiento en buena parte del país. Algunos departamentos alcanzan un cumplimiento intermedio y solo Norte de Santander alcanzó alto desempeño, lo que sugiere que, aun cuando se logra confirmar el diagnóstico, existen barreras para iniciar el tratamiento de forma oportuna. Esta brecha es especialmente relevante porque el retraso terapéutico reduce la probabilidad de controlar actividad inflamatoria y prevenir el daño articular.
- **Cobertura DMARD en incidentes:** en contraste con los indicadores de oportunidad, se aprecia un cumplimiento alto en la mayoría de los departamentos con casos, lo que sugiere la capacidad del sistema para iniciar FAME una vez el paciente ingresa a la ruta de atención. Sin embargo, la presencia de al menos un departamento en cumplimiento intermedio y otros sin casos indica que la cobertura no es completamente homogénea y que el desempeño podría estar condicionado por la concentración de la oferta, la gestión local de acceso y la oportunidad en la vinculación inicial.
- Por último, en el indicador de la proporción de los pacientes en tratamiento que lograron remisión, se evidencia un cumplimiento alto en casi todos los departamentos con casos, con presencia puntual de cumplimiento intermedio y bajo en Guaviare y Vichada, respectivamente. Este resultado es consistente con que, cuando el paciente logra acceder y mantenerse en su tratamiento, existe una capacidad clínica para alcanzar los desenlaces favorables. No obstante, la coexistencia de alta remisión con una baja oportunidad diagnóstica y terapéutica sugiere un sistema que puede funcionar bien "dentro de la ruta", pero que aún tiene brechas relevantes en el ingreso temprano y el inicio oportuno del manejo.

Figura 45. Distribución de los rangos de cumplimiento de los IGR trazadores en artritis reumatoide según la entidad territorial, Colombia 2025



[Descargar figura](#)



Diccionario de los indicadores trazadores en AR

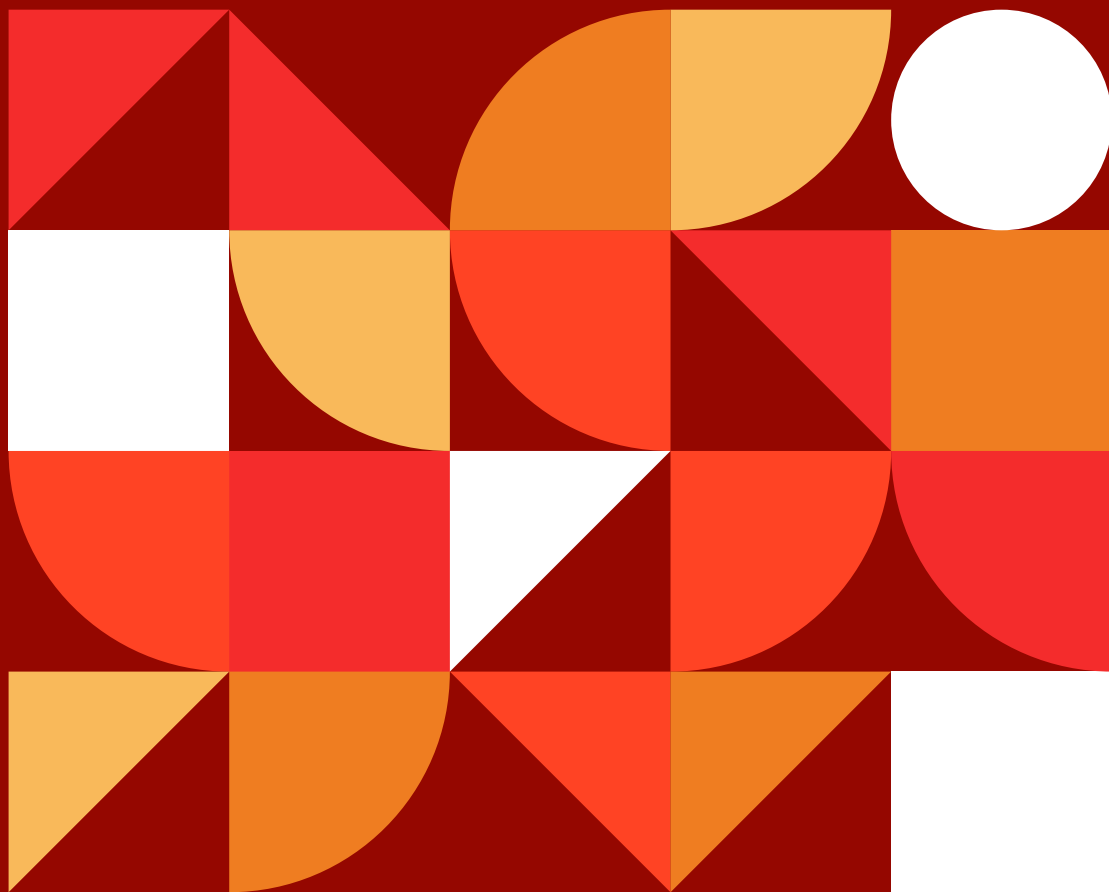
Indicador	Rango de cumplimiento		
	Alto	Medio	Bajo
Oportunidad del diagnóstico.	< 16 semanas	≥ 16 semanas a < 20 semanas	≥ 20 semanas
Oportunidad del tratamiento.	< 20 semanas	≥ 20 semanas a < 24 semanas	> 24 semanas
Cobertura DMARD en incidentes.	> 70 %	> 60 % a ≤ 70 %	≤ 60 %
Proporción de pacientes en tratamiento para AR que lograron remisión (DAS28).	> 30 %	> 20 % a ≤ 30 %	≤ 20 %

Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2025.

Referencias bibliográficas

1. Ma Y, Chen H, Lv W, Wei S, Zou Y, Li R, et al. Global, regional and national burden of rheumatoid arthritis from 1990 to 2021, with projections of incidence to 2050: a systematic and comprehensive analysis of the Global Burden of Disease study 2021. *Biomarker Research* 2025 13:1. 2025 Mar 24;13(1):47-. doi:10.1186/s40364-025-00760-8 PubMed PMID: 40128880.
2. Black RJ, Lester S, Tieu J, Sinnathurai P, Barrett C, Buchbinder R, et al. Mortality estimates and excess mortality in rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2023 Nov 2;62(11):3576-83. doi:10.1093/rheumatology/kead106 PubMed PMID: 36919770.
3. Pedersen SD, Nielsen BD, Assmann ML, Hauge EM, de Thurah A. Early diagnosis of rheumatoid arthritis: associations between patients' perceptions of initial symptoms and the timing of seeking help from the general practitioner. *Scand J Rheumatol*. 2025 Jul 4;54(4):242-51. doi:10.1080/03009742.2025.2464457 PubMed PMID: 40013732.
4. Maldonado N, Camacho S, Prada SI, Hormaza-Jaramillo A, Soto V, García W, et al. Scarcity in abundance? Spatial inequalities in Rheumatoid Arthritis in a health system with financial equity. *BMC Rheumatology* 2023 7:1. 2023 Jul 11;7(1):19-. doi:10.1186/s41927-023-00332-z.
5. Reyes JM, Gutiérrez-Ardila MV, Madariaga | Hugo, Otero W, Guzmán R, Izquierdo J, et al. Impact of access to treatment on patient-reported outcomes among rheumatoid arthritis patients with tDMARDs and bDMARDs in two Latin-American countries: A prospective observational study. *Health Sci Rep*. 2023;6. doi:10.1002/hsr2.1034.
6. Kyburz D, Finckh A. The importance of early treatment for the prognosis of rheumatoid arthritis. *Swiss Med Wkly*. 2013 Sep 19;143. doi:10.4414/smw.2013.13865 PubMed PMID: 24089023.
7. Alveyn E, Coalwood C, Farrell G, Jackson E, Adas MA, Norton S, et al. Trends in remission rates for rheumatoid arthritis in England and Wales: a population-level cohort study. *Rheumatology (Oxford)*. 2025 Sep 1;64(9):4957-67. doi:10.1093/rheumatology/keaf233 PubMed PMID: 40323317.

HEPATITIS C CRÓNICA

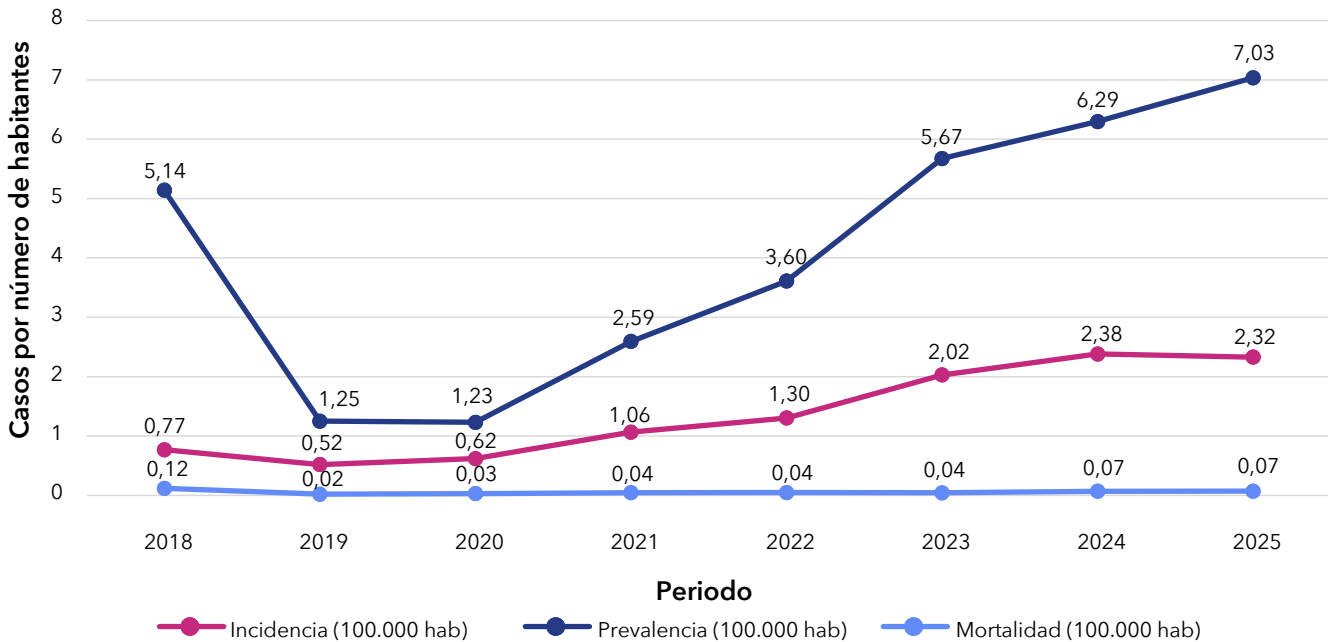




HEPATITIS C CRÓNICA

1. Tendencia de la morbilidad en el aseguramiento en Colombia

Figura 46. Medidas de morbilidad de la hepatitis C crónica en Colombia, 2019 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2025.

Las medidas presentadas son crudas. La mortalidad incluye los fallecimientos por todas las causas.

[Descargar figura](#)

- En 2022, se estimó que aproximadamente 50 millones de personas vivían con infección por el virus de la hepatitis C (VHC) a en el mundo, de las cuales cerca del 36,4 % fueron diagnosticadas con hepatitis C crónica, según el Observatorio Mundial de la Salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Colombia se estimó que 309.159 personas vivían con VHC en ese mismo año (1). Esta cifra incluye tanto a las personas con anticuerpos positivos como con ARN detectable, por lo que abarca las infecciones agudas y crónicas. En consecuencia, como parte de esta estimación pueden incluirse aquellos casos que eventualmente se resuelven de forma espontánea sin requerir tratamiento antiviral. Considerando la tasa esperada de depuración viral espontánea, se ha estimado que el número de personas con hepatitis C crónica en Colombia en 2022 podría corresponder aproximadamente a 31.236 casos (2).
- En el país se observa un incremento de la incidencia en los últimos tres periodos, lo cual refleja mayores esfuerzos de identificación, tamización y seguimiento de la población en riesgo. No obstante, aunque el diagnóstico ha aumentado, la brecha frente a lo estimado por la OMS sugiere que persisten algunas limitaciones en la tamización y posibles barreras de acceso al diagnóstico, lo que restringe el acceso oportuno al tratamiento y favorece la progresión de la enfermedad.
- Para 2025 se reportó una prevalencia de 7,03 por 100.000 habitantes, lo que representa un incremento de 1,27 respecto al periodo anterior. En el mundo, para 2022 se estimaba una prevalencia de 13 casos por 100.000 habitantes (3).

- Globalmente se estima que la hepatitis C ocasiona alrededor de 240.000 muertes anuales, lo que equivale a cerca de 3 fallecimientos por cada 100.000 habitantes por causas asociadas a esta infección (4). En Colombia, la mortalidad relacionada con la hepatitis C ha mostrado una tendencia estable en los últimos periodos y se mantiene por debajo de las estimaciones internacionales. Las estrategias implementadas para ampliar y facilitar el acceso al tratamiento antiviral podrían estar contribuyendo a que, pese al aumento en la identificación de los casos, la mortalidad se mantenga controlada.

2. Indicadores del monitoreo de la gestión

- Por segundo año consecutivo el país, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, superó la meta establecida para la proporción de las personas que iniciaron su tratamiento con antivirales de acción directa. Este nivel de cobertura terapéutica es el resultado de la implementación de la estrategia de compra centralizada promovida por el estado colombiano, la cual ha facilitado el acceso al tratamiento y contribuido al cierre de la brecha histórica entre los regímenes, evidenciada desde 2021.

Así mismo, la cobertura alcanzada en Colombia supera ampliamente la estimación global reportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que sitúa alrededor del 20 % la proporción de las personas diagnosticadas que reciben tratamiento para la hepatitis C (5). No obstante, la OMS no especifica si dicha estimación incluye exclusivamente las infecciones crónicas o también los casos agudos, por lo que esta comparación debe interpretarse con cautela.

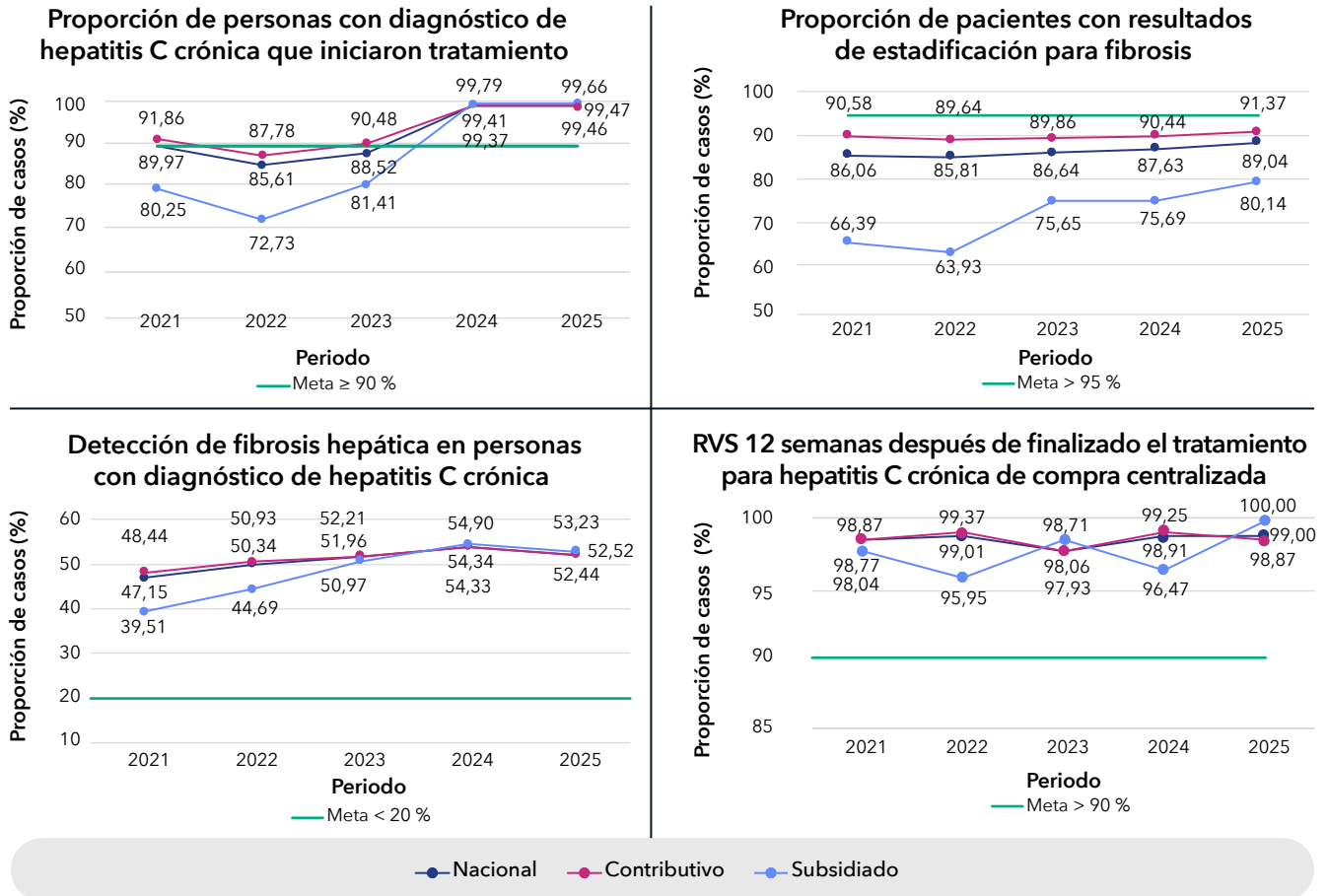
- Frente al indicador de la proporción de pacientes con resultados de estadificación para fibrosis, el régimen contributivo alcanzó un 91,37 %, su mejor resultado en los últimos cinco periodos, aunque nunca ha llegado a la meta del 95 %. En contraparte, el subsidiado llega al 80,14 % y, aunque mejora frente a sus resultados de periodos anteriores, se mantiene una brecha entre regímenes.

A pesar de los avances observados, una proporción significativa de personas con hepatitis C aún no cuenta con una adecuada estadificación de la fibrosis hepática, evaluación fundamental para establecer el pronóstico y orientar las decisiones terapéuticas. Los estadios avanzados de fibrosis se asocian con un mayor riesgo de progresión a cirrosis y carcinoma hepatocelular (6). La ausencia de esta información implica abordar la infección sin una caracterización precisa del grado de daño hepático existente, lo cual limita la adecuada estratificación del riesgo individual y dificulta la planificación del seguimiento clínico posterior al tratamiento, en términos de intensidad y oportunidad.

- La detección de los casos de fibrosis hepática se mantiene lejos de la meta de alto cumplimiento ($\leq 20\%$) y, de hecho, viene al alza desde 2021. El hecho de que más de la mitad de los pacientes diagnosticados en Colombia presenten fibrosis hepática detectable se traduce en que se están encontrando pacientes que llevan años infectados sin saberlo, en estadios en los que el daño hepático ya está establecido y el riesgo de progresión hacia la cirrosis descompensada y el carcinoma hepatocelular es mayor.
- El país, así como los regímenes contributivo y subsidiado, vienen superando consistentemente la meta del 90 % en respuesta viral sostenida (RVS) tras 12 semanas de finalizado el tratamiento. Esto da cuenta de la efectividad del tratamiento con los antivirales de acción directa, que tienen altas tasas de curación, escasos efectos adversos y esquemas de tratamiento más cortos, así como del avance y sostenimiento del control de la enfermedad en los casos tratados del país. El reto continúa siendo la identificación de los casos para ofrecerles aquellas alternativas terapéuticas que limiten el impacto que pueda tener una detección tardía y la progresión de las infecciones no tratadas. De hecho, desde hace unos años se promueve la estrategia de diagnosticar y tratar de inmediato (*test and treat*) en el punto de atención (7).



Figura 47. Tendencia de los indicadores trazadores en hepatitis C crónica en el ámbito nacional y en los regímenes del aseguramiento, 2020 - 2025



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2021 - 2025.
RVS: respuesta viral sostenida.

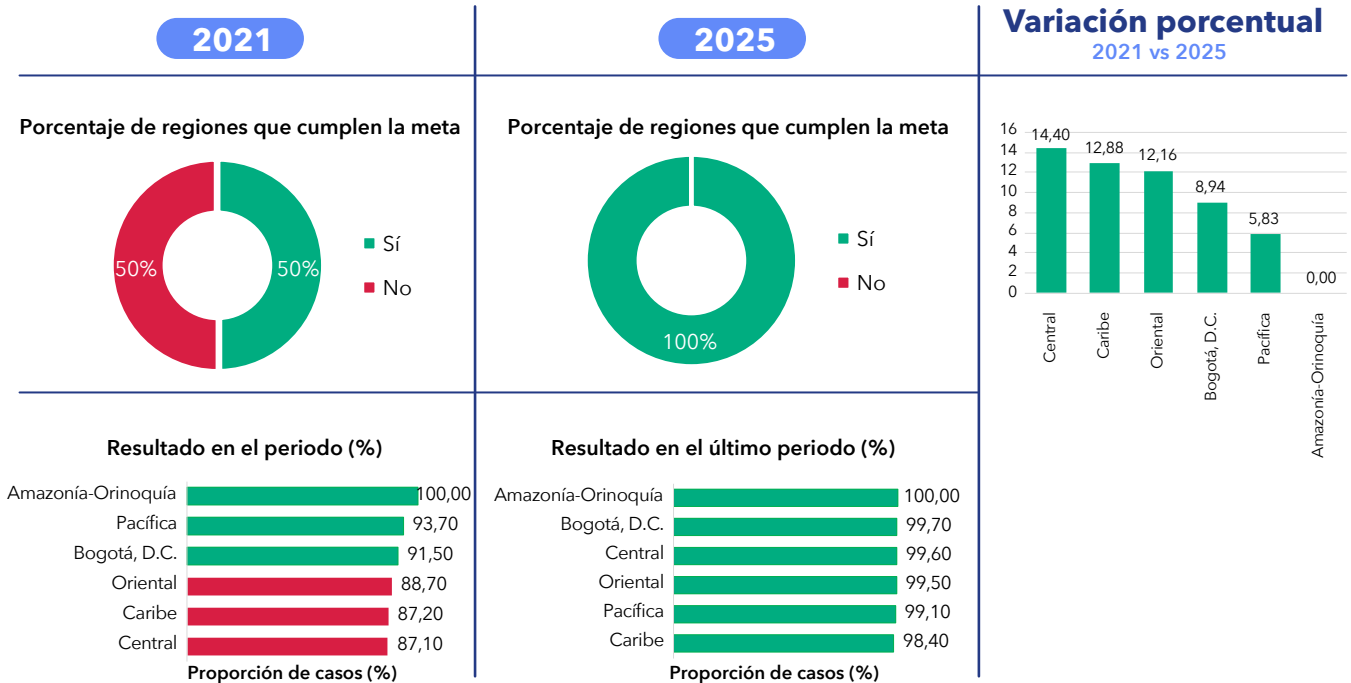
[Descargar figura](#)

3. Variabilidad territorial

- Así como se presentó en el nivel nacional, todas las regiones superaron la meta en la proporción de las personas que iniciaron tratamiento para la hepatitis C crónica. Hay una mejora importante en el tiempo, ya que en 2021 las regiones Oriental, Caribe y Central aún no lograban alcanzar la meta, pero en 2025 todas superaron el 98 %.

Figura 48. Variabilidad de la cobertura del tratamiento y la detección de fibrosis hepática en las personas con hepatitis C crónica según la región de residencia, Colombia 2021 vs 2025

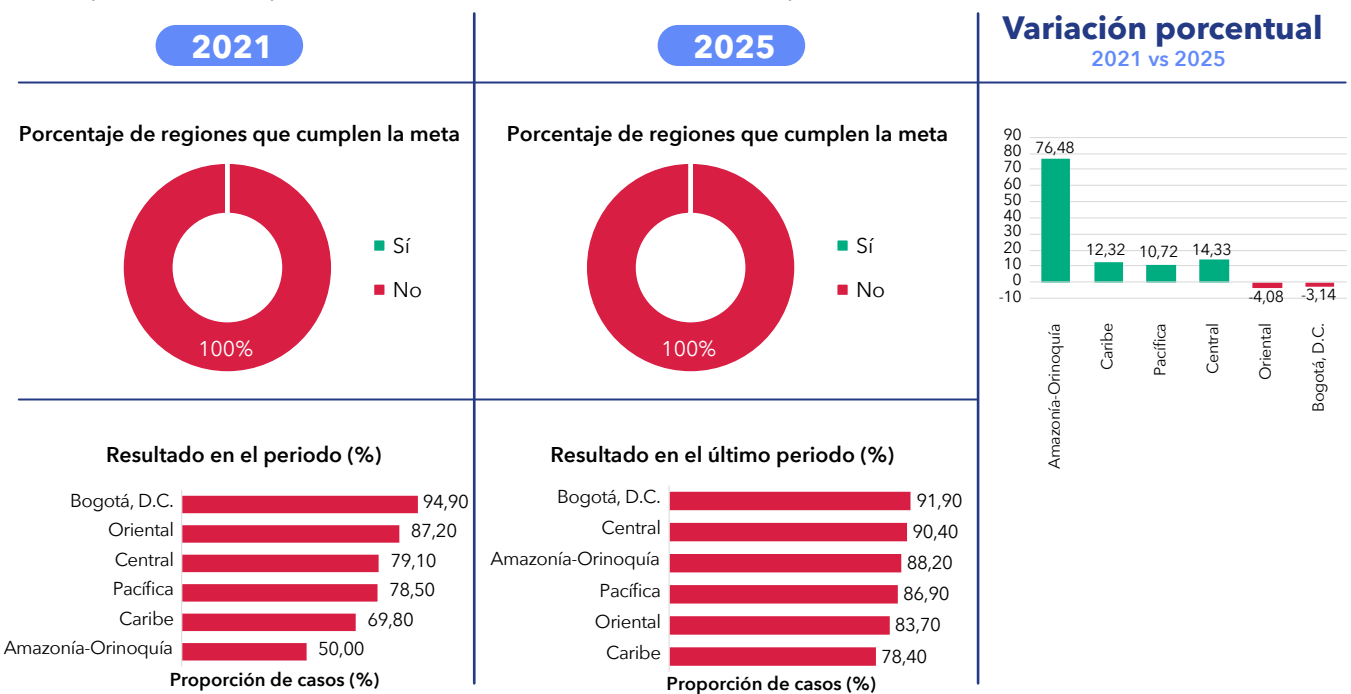
A. Proporción de las personas que iniciaron tratamiento para la hepatitis C crónica



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2021 vs 2025.

- La estadificación de la fibrosis desmejoró en las regiones que desde 2021 tenían la proporción más alta de cumplimiento, estas son Bogotá, D. C., y la Central. En las otras regiones hubo mejora, especialmente en la Amazonía-Orinoquía con 76,48 puntos porcentuales.

B. Proporción de las personas con resultados de estadificación para fibrosis

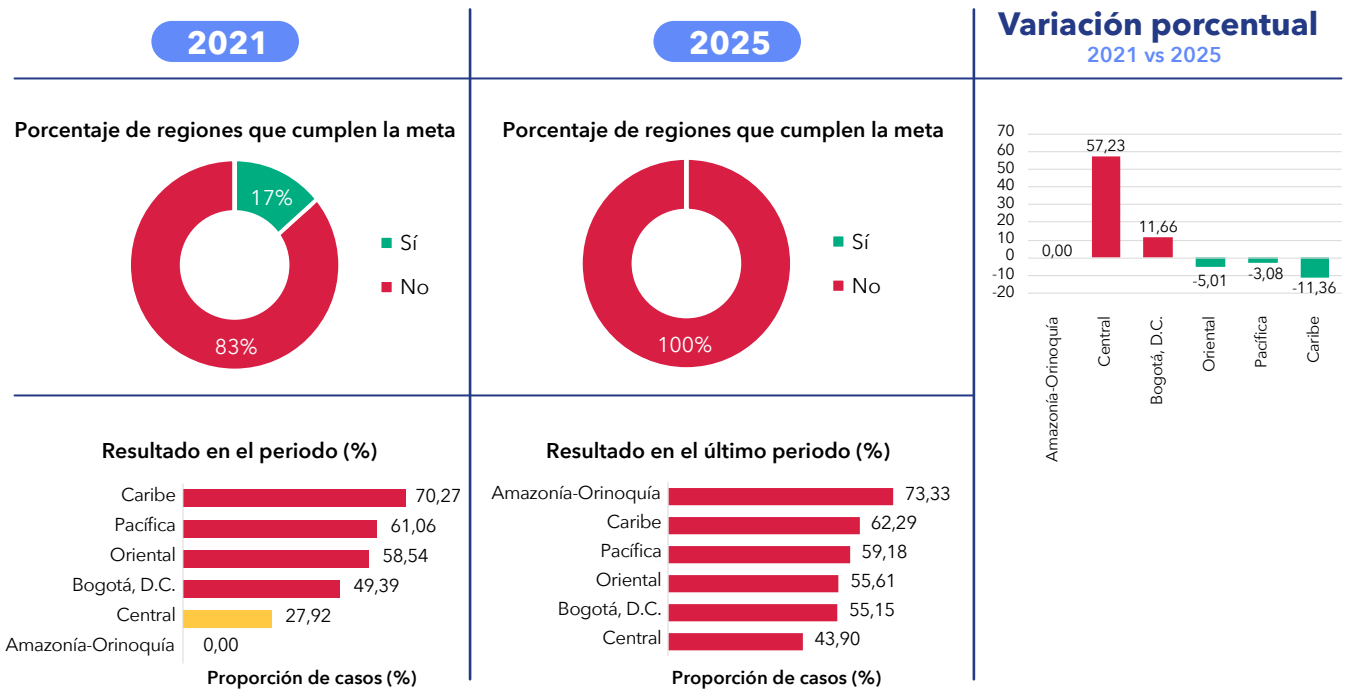


Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2021 vs 2025.



- En comparación con el periodo 2021, se observa un incremento de los casos con fibrosis hepática en los ámbitos nacional y regional. Evidenciando una detección tardía de la enfermedad, que ha incrementado considerablemente en la región Central y Bogotá, D. C., con una ligera reducción en la Oriental, la Pacífica y la Caribe.

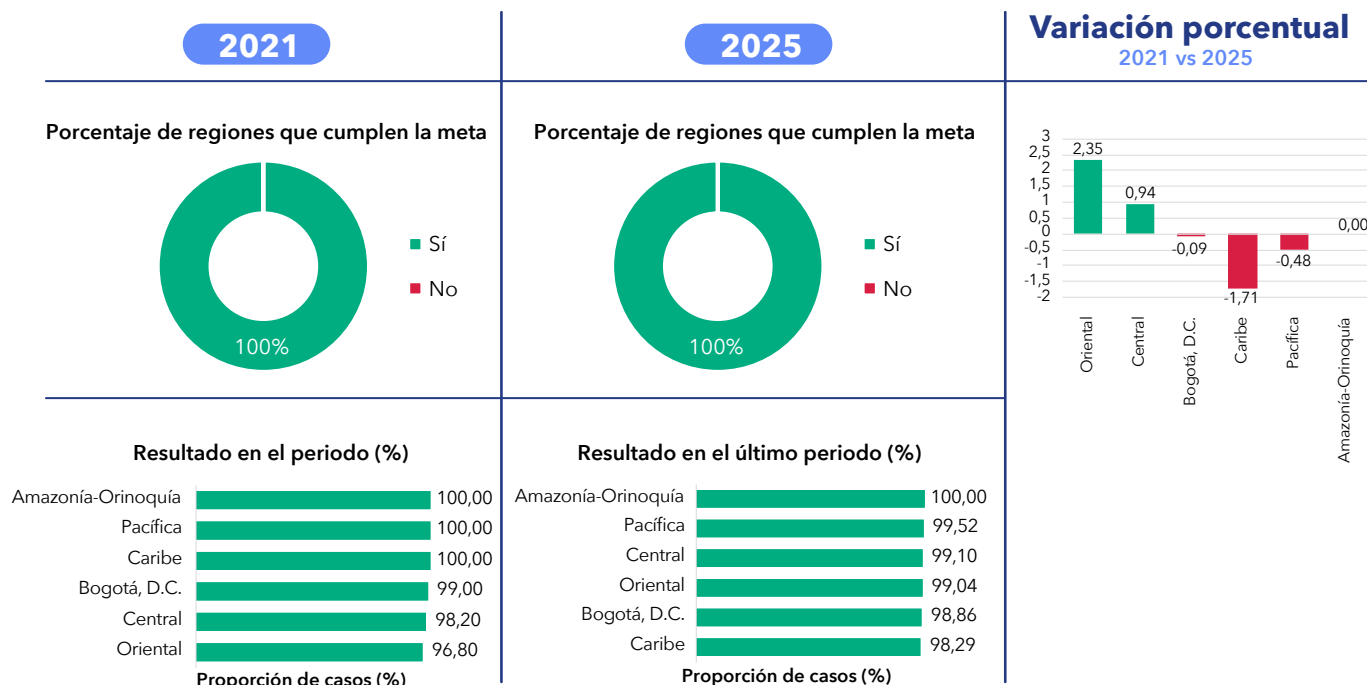
C. Detección de la fibrosis hepática en la población con diagnóstico de hepatitis C crónica



Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2021 vs 2025.

- La proporción de las personas con respuesta viral sostenida posterior a 12 semanas después de finalizar el tratamiento se mantuvo en un cumplimiento alto durante el periodo 2025. Sin embargo, con respecto al cumplimiento de 2021 se observa una variación porcentual negativa en las regiones Caribe, Pacífica y en Bogotá, D. C., con una disminución del 1,71 %, 0,48 % y 0,09 % respectivamente.

D. Respuesta viral sostenida 12 semanas después de finalizado el tratamiento



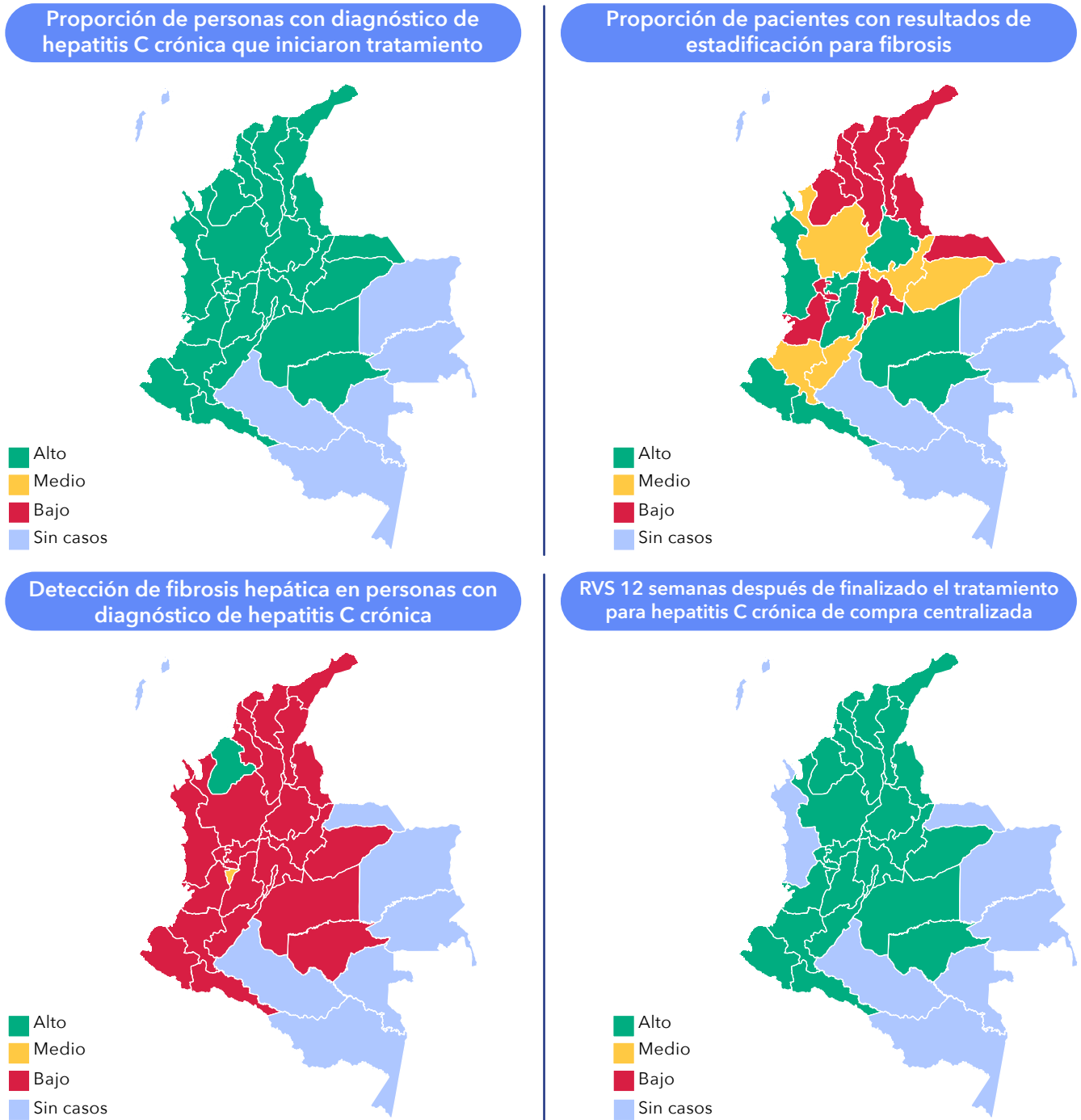
Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo de reporte 2021 vs 2025.

[Descargar figura](#)

- En el análisis por departamentos y frente al indicador de inicio del tratamiento en hepatitis C, se observa un alto cumplimiento en la mayoría de los territorios que reportaron casos, lo que sugiere una buena capacidad para vincular a tratamiento a las personas diagnosticadas. En contraste, varios departamentos aparecen sin casos (principalmente el de la Amazonía-Orinoquía), patrón que es coherente con las poblaciones dispersas y con las posibles brechas históricas de diagnóstico y captación. Por tanto, la lectura del desempeño en estos territorios debe considerar que el reto inicial está en identificar a las personas y posteriormente vincularlas a la fase terapéutica.
- A diferencia del inicio del tratamiento, el indicador de los pacientes con resultados de estadificación para la fibrosis muestra cierta heterogeneidad de resultados entre departamentos, con presencia de cumplimiento bajo e intermedio en varios territorios (particularmente en el norte del país) y otros con desempeño alto, concentrados en el centro y occidente. El hallazgo cobra relevancia porque la estadificación es el insumo para estratificar riesgo, priorizar rutas y definir cuáles son las necesidades de seguimiento, un desempeño bajo puede traducirse en decisiones clínicas menos oportunas y mayor variabilidad en la atención.
- El indicador de detección de la fibrosis hepática presenta el desempeño más crítico: predomina el cumplimiento bajo en la mayoría de los departamentos que reportaron casos. Solo Antioquia alcanza un desempeño alto, y se observa un cumplimiento intermedio únicamente en Quindío, sin evidencia de otros territorios en alto cumplimiento. Esto sugiere una brecha en la evaluación integral inicial (acceso a pruebas, disponibilidad/contratación de tecnología, referencias), lo que limita la identificación temprana de la enfermedad avanzada y puede impactar la priorización clínica, el seguimiento y la prevención de las complicaciones.
- Finalmente, frente a la RVS a las 12 semanas posteriores al tratamiento, se evidencia un cumplimiento alto en todos los departamentos con casos, lo que es consistente con una verificación adecuada de respuesta al tratamiento y seguimiento pos-terapia cuando existe una ruta más estandarizada. Los departamentos sin casos se concentran nuevamente en zonas de la Amazonía-Orinoquía, por lo que el principal reto allí probablemente sigue siendo fortalecer la detección y la vinculación para que el beneficio del tratamiento y su confirmación sean medibles en el territorio.



Figura 49. Distribución de los rangos de cumplimiento de los IGR trazadores en hepatitis C según la entidad territorial, Colombia 2025



[Descargar figura](#)

Diccionario de los indicadores trazadores en la hepatitis C

Indicador	Rango de cumplimiento		
	Alto	Medio	Bajo
Proporción de pacientes que iniciaron tratamiento para hepatitis C crónica*.	≥ 90 %	80 a 89 %	< 80 %
Proporción de pacientes con resultados de estadificación para fibrosis.	≥ 95 %	90 a 95 %	< 90 %
Detección de fibrosis hepática en población con diagnóstico de hepatitis C crónica.	≤ 20 %	20 a 40 %	> 40 %
Respuesta viral sostenida 12 semanas después de finalizado el tratamiento.	≥ 90 %	85 - 90 %	< 85 %

Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodos de reporte 2025.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Global Hepatitis Report 2024: Action for Access in Low- and Middle-Income Countries. World Health Organization; 2024.
2. Hepatitis - number of persons living with chronic hepatitis [en línea]. [Citado el 25 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hepatitis---number-of-persons-living-with-chronic-hepatitis>
3. World Health Organization. Implementing the global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2022-2030 [en línea]. 2024 [citado el 26 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/>
4. World Health Organization. [En línea]. 2022 [citado el 26 de febrero de 2026]. Hepatitis C highlights 2022. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/chronic-viral-hepatitis>
5. World Health Organization (WHO). Hepatitis C [en línea]. 2025 [citado el 25 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
6. Kim NJ, Vutien P, Cleveland E, Cravero A, Ioannou GN. Fibrosis Stage-specific Incidence of Hepatocellular Cancer After Hepatitis C Cure With Direct-acting Antivirals: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. Julio de 2023;21(7):1723-1738.e5. doi:10.1016/j.cgh.2022.04.013.
7. Forns X, Colom J, Montse García-Retortillo J, Carles Quer J, Lens S, Martró E, et al. Point-of-care hepatitis C testing and treatment strategy for people attending harm reduction and addiction centres for hepatitis C elimination. *J Viral Hepat*. 2022;29:227-30. doi:10.1111/jvh.13634.

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



ELEVATE'S
Media, talent and impact

Revisión y corrección de estilo

Alejandro Niño Bogoya

Gerente general y de proyectos
Elevate's | Media, Talent and Impact

Diseño y diagramación

Angie Tatiana Silva Salamanca

Líder de diseño editorial
Elevate's | Media, Talent and Impact

Mayo, 2026



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

@cuentadealtocosto



www.cuentadealtocosto.org



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO