

Situación de la
**enfermedad
renal crónica,**
la hipertensión arterial
y la diabetes mellitus
en Colombia

2025



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo



EVIDENCIA ACTIVA



Datos confiables.



Innovación aplicada.



Impacto en el sistema.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025



Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

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

ISSN: 2322 - 6323

Periodicidad: una edición anual

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

© Todos los derechos reservados

Citación sugerida: Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 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

Presidente

Galo de Jesús Viana Muñoz
Mutual Ser EPS

Carlos Fernando Sefair Cristancho
Compensar EPS

Almanury Pérez Contreras
ComfaOriente

Jorge Alberto Tamayo Saldarriaga
Salud Total EPS

Roberto José Tercero Solano
Proteger EPS

Luis Fernando Cuastumal Cuatin
Mallamas EPSI

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

Jorge Iván Ospina
Nueva EPS

Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

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

María Teresa Daza Fonseca
Subdirectora de Gestión de la Información

Ana María Valbuena García
Subdirectora de Gestión del Conocimiento e
Investigación

Luis Alberto Soler Vanoy
Subdirector de Gestión del Riesgo y Apropiación

Miguel Ángel García Gómez
Subdirector de Tecnología e Innovación

Sandra Liliana Sabogal Rincón
Coordinadora de Auditoría

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Orlando Andrés Fajardo Tejada
Coordinador de Innovación, Investigación y
Desarrollo

Martha Lucía Salas Antolines
Coordinadora de Gestión del Riesgo

Grupo desarrollador

Ana María Valbuena García

Subdirectora de Gestión del Conocimiento e Investigación

Luis Alejandro Moreno Ramírez

Coordinador de Gestión del Conocimiento

Adriana Esperanza Peñuela Sánchez

Epidemióloga

Paula Andrea Daza Criollo

Especialista en Analítica

Diana Carolina Páez Cadena

Líder de Auditoría

Comité editorial

Lizbeth Acuña Merchán

Presidenta

Ana María Valbuena García

Secretaria

María Teresa Daza Fonseca

Vocal

Luis Alberto Soler Vanoy

Vocal

Miguel Ángel García Gómez

Vocal

Liliana Barbosa Vaca

Vocal

Luisa Giraldo Marín

Vocal

Revisores clínicos

Delegados de la Asociación Colombiana de Nefrología e Hipertensión Arterial (ASOCOLNEF)

Juan Diego Montejo Hernández
Presidente ASOCOLNEF

Carlos Hernán Mejía García
Vicepresidente ASOCOLNEF

José Javier Arango Álvarez
Vocal ASOCOLNEF

Delegados de la Asociación Colombiana de Trasplante de Órganos (ACTO)

Paola Karina García
Vocal principal ACTO

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
Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025	1.0	19 de agosto de 2026.	
	1.1	20 de agosto de 2026.	Página 31: ajuste en la introducción, segundo párrafo, cambio en la cifra 512 millones, pasa a 152 millones.
	1.2	31 de agosto de 2026.	Páginas 89, 93, 94 y 95: se actualizaron los resultados de la sección de mortalidad por todas las causas en personas con ERC estadio 5, debido a que la identificación de los casos fallecidos se realizó utilizando la clasificación de la ERC basada en Cockcroft-Gault, en lugar de CKD-EPI 2021, metodología definida para el periodo 2025. Por lo anterior, se reconstruyó la variable y se recalcularon los resultados asociados, garantizando la coherencia metodológica de la información publicada.



EVIDENCIA
ACTIVA



2025

Conozca lo que encontrará EN ESTE INFORME

Situación de la enfermedad renal crónica y precursoras en Colombia 2025

Este informe presenta una mirada integral sobre la situación de las personas con **enfermedad renal crónica y sus precursoras (hipertensión arterial y diabetes mellitus)** en **Colombia**, a partir del análisis de la información reportada a la Cuenta de Alto Costo.



1 Caracterización de la población

Conozca las principales **características demográficas y clínicas** de las personas con **enfermedad renal crónica** en **Colombia**, incluyendo variables como edad, sexo, estadio de la enfermedad y principales causas asociadas.



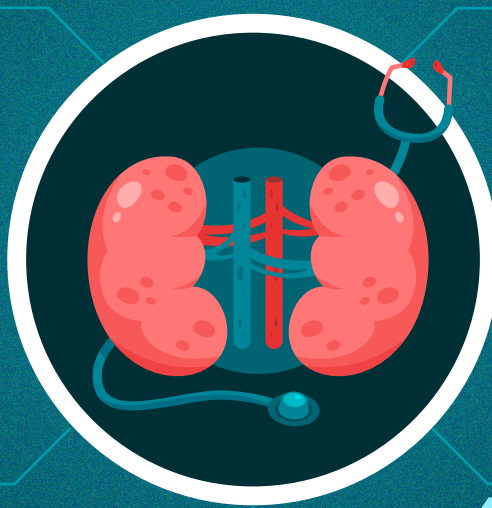
2 Comportamiento epidemiológico

Explore el comportamiento de la enfermedad renal crónica **mediante indicadores de incidencia, prevalencia y mortalidad**, según su distribución territorial y del aseguramiento.



3 Terapias de reemplazo renal

Encuentre información sobre las personas con enfermedad renal crónica **en terapia médica no dialítica, diálisis y trasplante renal**, así como las principales características de estas modalidades de atención.



4 Gestión del riesgo y oportunidades de mejora

Descubra los principales **retos y oportunidades** para fortalecer la **detección temprana** de la enfermedad renal crónica, la **gestión del riesgo**, la **calidad de la atención** y la **toma de decisiones** basadas en evidencia para mejorar los resultados en salud.



5 Caracterización de las personas con hipertensión arterial y diabetes mellitus

Conozca las principales características de las personas con hipertensión arterial y diabetes mellitus en Colombia, **incluyendo aspectos demográficos y epidemiológicos** de estas condiciones precursoras.



Cuenta de Alto Costo

Información que orienta decisiones y fortalece la gestión de la salud en Colombia



Basado en
datos confiables



Para una mejor
atención



Con enfoque en
las personas



Para todo
Colombia

Tabla de contenido

Abreviaturas	21
Lista de las entidades que reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis	23
Glosario	27
Introducción	31
Aspectos éticos y legales.....	32
Aspectos metodológicos.....	33
Auditoría	33
Generalidades del reporte	33
Calidad de la información.....	33
i) Malla de validación en los sistemas de información.....	34
ii) Verificación de la información con fuentes externas.....	34
iii) Auditoría de campo	34
Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría	35
Ajuste de datos posterior a la auditoría	36
Análisis epidemiológico	37
1. Población con hipertensión arterial	42
Contenido infográfico capítulo 1	43
1.1. Incidencia de la hipertensión arterial.....	44
1.2. Prevalencia de la hipertensión arterial	47
1.3. Mortalidad por todas las causas en la población con hipertensión arterial	49
2. Población con diabetes mellitus	52
Contenido infográfico capítulo 2	53
2.1. Incidencia de la diabetes mellitus	54
2.2. Prevalencia de la diabetes mellitus.....	57
2.3. Mortalidad por todas las causas en la población con diabetes mellitus.....	59
3. Población con enfermedad renal crónica	62
Contenido infográfico capítulo 3	63
3.1. Incidencia de la enfermedad renal crónica.....	64
3.2. Prevalencia de la enfermedad renal crónica.....	68
3.3. Mortalidad por todas las causas en la población con enfermedad renal crónica	72

4. Población con enfermedad renal crónica por grupos de riesgo	77
Contenido infográfico capítulo 4	78
4.1. Incidencia específica de la enfermedad renal crónica en los subgrupos de precursoras.....	81
4.1.1. Población con hipertensión arterial	81
4.1.2. Población con diabetes mellitus.....	81
4.1.3. Población con hipertensión arterial o diabetes mellitus	82
4.2. Prevalencia específica de la enfermedad renal crónica en los subgrupos de precursoras	82
4.2.1. Población con hipertensión arterial	83
4.2.2. Población con diabetes mellitus	84
4.2.3. Población con hipertensión arterial o diabetes mellitus.....	84
4.3. Mortalidad por todas las causas de la enfermedad renal crónica en los subgrupos de precursoras	85
4.3.1. Población con hipertensión arterial	85
4.3.2. Población con diabetes mellitus	86
4.3.3. Población con hipertensión arterial o diabetes mellitus.....	87
5. Población con enfermedad renal crónica estadio 5 según la ecuación CKD-EPI 2021	88
Contenido infográfico capítulo 5	89
5.1. Incidencia de la población con enfermedad renal crónica estadio 5 según la ecuación CKD-EPI 2021	90
5.2. Prevalencia de la enfermedad renal crónica estadio 5 según la ecuación CKD-EPI 2021	91
5.3. Mortalidad por todas las causas en la población con enfermedad renal crónica estadio 5 según la ecuación CKD-EPI 2021.....	93
6. Indicadores de nefroprotección.....	96
Contenido infográfico capítulo 6	97
6.1. Subgrupos de la población general	98
6.2. Indicadores de la gestión del riesgo para la población general	99
6.3. Indicadores de nefroprotección en las subpoblaciones de riesgo.....	102
6.3.1. Indicadores de nefroprotección en la población con hipertensión arterial o diabetes mellitus	103
6.3.1.1. Población con hipertensión arterial	103
6.3.1.2. Población con diabetes mellitus	104
6.3.1.3. Población con solo hipertensión arterial en riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica	104
6.3.1.4. Población con solo diabetes mellitus en riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica	104

6.3.1.5. Población con hipertensión arterial y diabetes mellitus en riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica.....	104
6.3.2. Indicadores de nefroprotección en la población con enfermedad renal crónica sin terapia de reemplazo renal.....	104
6.3.2.1. Población con ERC en estadios 1 y 2 sin terapia de reemplazo renal.....	108
6.3.2.2. Población con ERC en estadio 3a sin terapia de reemplazo renal.....	108
6.3.2.3. Población con ERC en estadio 3b sin terapia de reemplazo renal.....	108
6.3.2.4. Población con ERC en estadio 4 sin terapia de reemplazo renal.....	108
6.3.2.5. Población con ERC en estadio 5 sin terapia de reemplazo renal.....	108
6.3.2.6. Población con ERC estadio 5 con tratamiento médico no dialítico.....	108
7. Población con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal	109
Contenido infográfico capítulo 7	110
7.1. Morbimortalidad en la población con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal.....	111
7.1.1. Incidencia de la terapia de reemplazo renal	111
7.1.2. Prevalencia de la terapia de reemplazo renal.....	113
7.1.3. Mortalidad por todas las causas de la población con terapia de reemplazo renal.....	117
7.2. Población prevalente con tratamiento médico no dialítico	119
8. Población con enfermedad renal crónica en diálisis.....	122
Contenido infográfico capítulo 8	123
8.1. Población prevalente en diálisis peritoneal	124
8.2. Población prevalente en hemodiálisis.....	127
8.3. Indicadores de diálisis	130
8.3.1. Indicadores de diálisis en la población adulta	131
8.3.2. Indicadores de diálisis en la población pediátrica.....	133
8.4. Mortalidad por todas las causas en las personas en diálisis	135
9. Población con enfermedad renal crónica y trasplante renal	137
Contenido infográfico capítulo 9	138
9.1. Morbimortalidad en la población con enfermedad renal crónica y trasplante renal.....	139
9.1.1. Incidencia de la población con trasplante renal	139
9.1.2. Prevalencia del trasplante renal	141
9.1.3. Mortalidad por todas las causas en la población con trasplante renal	142
9.2. Tratamiento inmunosupresor en trasplante renal	144
9.3. Indicadores de seguimiento al trasplante renal.....	147

9.3.1. Indicadores de seguimiento del trasplante renal en los mayores de 18 años	148
9.3.1.1. Complicaciones quirúrgicas	148
9.3.1.2. Incidencia acumulada del cáncer y rechazo celular agudo confirmado por biopsia.....	149
9.3.1.3. Infecciones oportunistas.....	150
9.3.1.4. Medición de la creatinina en los casos trasplantados en el periodo anterior.....	151
9.3.1.5. Medición de la tasa de filtración glomerular en los casos trasplantados en el periodo anterior	152
9.3.2. Indicadores de seguimiento del trasplante renal en los menores de 18 años	152
Discusión y conclusiones	153
Referencias bibliográficas	156

Lista de tablas

Tabla 1. Distribución de las entidades según la radicación de los casos de ERC, HTA y DM a la Cuenta de Alto Costo, Colombia 2025	33
Tabla 2. Distribución de los casos auditados, inconsistencias y calidad de la información según el tipo de entidad, Colombia 2025	35
Tabla 3. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la cohorte de las personas con HTA, DM o ERC, Colombia 2025.....	35
Tabla 4. Distribución de los casos incluidos para los análisis epidemiológicos, Colombia 2024 - 2025	37
Tabla 5. Tasa de incidencia de la HTA por 1.000 habitantes según la región, Colombia 2025	46
Tabla 6. Prevalencia de la HTA por 100 habitantes según la región, Colombia 2025	48
Tabla 7. Mortalidad por todas las causas en las personas con HTA por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2025	50
Tabla 8. Tasa de incidencia de la DM por 1.000 habitantes según la región, Colombia 2025	56
Tabla 9. Prevalencia de la DM por 100 habitantes según la región, Colombia 2025	58
Tabla 10. Mortalidad por todas las causas en las personas con DM por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2025	60
Tabla 11. Tasa de incidencia de la ERC por 1.000 habitantes según la región, Colombia 2025.....	67
Tabla 12. Prevalencia de la ERC por 100 habitantes según la región, Colombia 2025	71
Tabla 13. Tasa de mortalidad por todas las causas en las personas con ERC por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2025	75
Tabla 14. Distribución de los casos con HTA y DM según el diagnóstico de ERC, Colombia 2025	80
Tabla 15. Incidencia de la ERC por cada 100 casos de HTA según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025.....	81
Tabla 16. Incidencia de la ERC por cada 100 casos de HTA según la región, Colombia 2025	81
Tabla 17. Incidencia de la ERC por cada 100 casos de DM según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025.....	81
Tabla 18. Incidencia de la ERC por cada 100 casos de DM según la región, Colombia 2025	82
Tabla 19. Incidencia de la ERC por cada 100 casos de HTA o DM según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025.....	82
Tabla 20. Incidencia de la ERC por cada 100 casos de HTA o DM según la región, Colombia 2025	82
Tabla 21. Distribución de los casos prevalentes de ERC según el estadio (CKD-EPI 2021) y la presencia de HTA y DM, Colombia 2025.....	83
Tabla 22. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos de HTA según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025.....	83
Tabla 23. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos de HTA según la región, Colombia 2025.....	83
Tabla 24. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos de DM según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025.....	84
Tabla 25. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos de DM según la región, Colombia 2025.....	84

Tabla 26. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos de HTA o DM según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025.....	84
Tabla 27. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos de HTA o DM según la región, Colombia 2025	85
Tabla 28. Distribución de la población fallecida con diagnóstico de ERC según el estadio (CKD-EPI 2021) y la presencia de HTA y DM, Colombia 2025	85
Tabla 29. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos de HTA según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025	86
Tabla 30. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos de HTA según la región, Colombia 2025.....	86
Tabla 31. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos de DM según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025	86
Tabla 32. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos de DM según la región, Colombia 2025.....	87
Tabla 33. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos de HTA o DM según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025	87
Tabla 34. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos de HTA o DM según la región, Colombia 2025.....	87
Tabla 35. Tasa de incidencia cruda de la ERC5 por 100.000 habitantes según la edad y el sexo, Colombia 2025	90
Tabla 36. Tasa de incidencia de la ERC5 por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2025	91
Tabla 37. Tasa de incidencia de la ERC5 por 100.000 afiliados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025.....	91
Tabla 38. Prevalencia cruda de la ERC5 por 100.000 habitantes según la edad y el sexo, Colombia 2025	92
Tabla 39. Prevalencia de la ERC5 por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2025.....	92
Tabla 40. Prevalencia estandarizada de la ERC5 por 100.000 afiliados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025	93
Tabla 41. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en la población con ERC5 por 100.000 habitantes según la edad y el sexo, Colombia 2025.....	93
Tabla 42. Tasa de mortalidad por todas las causas en la población con ERC5 por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2025	94
Tabla 43. Tasa de mortalidad por todas las causas en las personas con ERC5 por 100.000 afiliados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025.....	95
Tabla 44. Descripción de los indicadores de la gestión del riesgo en nefroprotección en la población general, Colombia 2025	99
Tabla 45. Indicadores relacionados con la presión arterial y el colesterol LDL y no-HDL a nivel nacional y en los regímenes del aseguramiento, Colombia 2025.....	100
Tabla 46. Indicadores relacionados con la creatinina, la relación albuminuria/creatinuria y la tasa de filtración glomerular a nivel nacional y en los regímenes del aseguramiento, Colombia 2025	101

Tabla 47. Proporción de personas sin pérdida de la función renal (% de pérdida de la TFG < 5ml/min/1,73 m ² en un año) y casos sobre los que se midió el indicador a nivel nacional y en los regímenes del aseguramiento, Colombia 2025	101
Tabla 48. Indicadores relacionados con el control del índice de masa corporal y la valoración por nefrología a nivel nacional y en los regímenes del aseguramiento, Colombia 2025	102
Tabla 49. Indicadores de nefroprotección en la población con HTA o DM, Colombia 2025	103
Tabla 50. Medición y control de la HbA1c en las personas con DM a nivel nacional y en los regímenes del aseguramiento, Colombia 2025	104
Tabla 51. Indicadores de nefroprotección en la población con ERC por estadios según la ecuación CKD-EPI 2021, Colombia 2025.....	106
Tabla 52. Tasa de incidencia de la TRR por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2025	112
Tabla 53. Prevalencia de la TRR por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2025	116
Tabla 54. Tasa de mortalidad por todas las causas en la población con TRR por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2025	118
Tabla 55. Distribución de los casos en TMND según la región y la entidad territorial, Colombia 2025	120
Tabla 56. Distribución de los casos en TMND según el régimen del aseguramiento y la EAPB, Colombia 2025	121
Tabla 57. Distribución de los casos en diálisis peritoneal según la región y la entidad territorial, Colombia 2025	124
Tabla 58. Distribución de los casos en diálisis peritoneal según el régimen del aseguramiento y la EAPB, Colombia 2025.....	126
Tabla 59. Distribución de los casos en hemodiálisis a la fecha de corte según la región y la entidad territorial, Colombia 2025	127
Tabla 60. Distribución de los casos en hemodiálisis según el régimen del aseguramiento y la EAPB, Colombia 2025.....	129
Tabla 61. Descripción de los indicadores de la gestión del riesgo en las personas en diálisis, Colombia 2025	130
Tabla 62. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en la población con HD por 1.000.000 de habitantes según la edad y el sexo, Colombia 2025.....	135
Tabla 63. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en la población en DP por 1.000.000 de habitantes según la edad y el sexo, Colombia 2025.....	136
Tabla 64. Tasa de incidencia del trasplante renal por 1.000.000 de habitantes según la región, Colombia 2025	140
Tabla 65. Prevalencia del trasplante renal por 1.000.000 de habitantes según la región, Colombia 2025	42
Tabla 66. Mortalidad por todas las causas en la población con trasplante renal por 1.000.000 de habitantes según la región, Colombia 2025	143
Tabla 67. Medicamentos usados en los casos prevalentes de trasplante renal funcional, Colombia.....	144
Tabla 68. Esquemas de tratamiento en los casos de trasplante renal funcional realizado hace más de un periodo y que están vivos y activos a la fecha de corte, Colombia 2025.....	145

Tabla 69. Esquemas de tratamiento en las personas trasplantadas durante el último periodo, Colombia 2025	147
Tabla 70. Complicaciones quirúrgicas posteriores al trasplante en los adultos trasplantados durante el periodo de reporte según la región, Colombia 2025	148
Tabla 71. Incidencia acumulada del cáncer y rechazo celular agudo confirmado por biopsia en los adultos trasplantados según la región, Colombia 2025	149
Tabla 72. Infecciones oportunistas posteriores al trasplante en los adultos durante el periodo de reporte según la región, Colombia 2025	150
Tabla 73. Medición de la creatinina en el periodo de reporte actual en los adultos trasplantados en el periodo anterior según la región, Colombia 2025	151
Tabla 74. Medición de la TFG (ml/min/1,73m ²) en el periodo de reporte actual en los adultos trasplantados en el periodo anterior según la región, Colombia 2025	152

Lista de figuras

Figura 1. Casos únicos con HTA, DM o ERC informados a la CAC, Colombia 2008 - 2025	36
Figura 2. Casos con HTA, DM o ERC informados a la CAC, Colombia 2019 - 2025	37
Figura 3. Promedio de la población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2024 y 2025.....	39
Figura 4. Número de afiliados según la Entidad Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2025	40
Figura 5. Tasa de incidencia cruda de la HTA, Colombia 2019 - 2025	44
Figura 6. Tasa de incidencia cruda de la HTA según el sexo, Colombia 2019 - 2025.....	45
Figura 7. Pirámide poblacional de los casos incidentes de HTA, Colombia 2025	45
Figura 8. Tasa de incidencia estandarizada de la HTA según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025.....	46
Figura 9. Prevalencia cruda de la HTA, Colombia 2019 - 2025.....	47
Figura 10. Prevalencia cruda de la HTA según el sexo, Colombia 2019 - 2025	47
Figura 11. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de HTA, Colombia 2025	48
Figura 12. Prevalencia estandarizada de la HTA según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025	49
Figura 13. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en las personas con HTA, Colombia 2019 - 2025	49
Figura 14. Pirámide poblacional de los casos fallecidos con diagnóstico de HTA, Colombia 2025	50
Figura 15. Tasa de mortalidad estandarizada por todas las causas en las personas con HTA según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025.....	51
Figura 16. Tasa de incidencia cruda de la DM, Colombia 2019 - 2025	54
Figura 17. Tasa de incidencia cruda de la DM según el sexo, Colombia 2019 - 2025	55
Figura 18. Pirámide poblacional de los casos incidentes de DM, Colombia 2025.....	55
Figura 19. Tasa de incidencia estandarizada de la DM según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025.....	56
Figura 20. Prevalencia cruda de la DM, Colombia 2019 - 2025	57
Figura 21. Prevalencia cruda de la DM según el sexo, Colombia 2019 - 2025	57
Figura 22. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de DM, Colombia 2025	58
Figura 23. Prevalencia estandarizada de la DM según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025	59
Figura 24. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en las personas con DM, Colombia 2019 - 2025	59
Figura 25. Pirámide poblacional de los casos fallecidos con diagnóstico de DM, Colombia 2025	60
Figura 26. Tasa de mortalidad estandarizada por todas las causas en las personas con DM según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025.....	61

Figura 27. Tasa de incidencia cruda de la ERC, Colombia 2019 - 2025	64
Figura 28. Distribución de los casos incidentes de ERC según la etiología, Colombia 2025.....	64
Figura 29. Distribución de los casos incidentes de ERC según el estadio (CKD-EPI 2021), Colombia 2025	65
Figura 30. Distribución de los casos incidentes de ERC según el estadio (CKD-EPI 2021), el sexo y la edad, Colombia 2025	66
Figura 31. Tasa de incidencia cruda de la ERC según el sexo, Colombia 2019 - 2025.....	67
Figura 32. Tasa de incidencia estandarizada de la ERC según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025.....	68
Figura 33. Prevalencia cruda de la ERC, Colombia 2019 - 2025	68
Figura 34. Distribución de los casos prevalentes de ERC según la etiología, Colombia 2025	69
Figura 35. Distribución de los casos prevalentes de ERC según el estadio (CKD-EPI 2021), Colombia 2025	69
Figura 36. Distribución de los casos prevalentes de ERC según el estadio (CKD-EPI 2021), el sexo y la edad, Colombia 2025	70
Figura 37. Prevalencia cruda de la ERC según el sexo, Colombia 2019 - 2025	71
Figura 38. Prevalencia estandarizada de la ERC según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025	72
Figura 39. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en las personas con ERC, Colombia 2019 - 2025	72
Figura 40. Distribución de los casos fallecidos de ERC según el estadio (CKD-EPI 2021), Colombia 2025	73
Figura 41. Distribución de los casos fallecidos por todas las causas de ERC según el estadio CKD-EPI 2021, el sexo y la edad, Colombia 2025.....	74
Figura 42. Mortalidad cruda por todas las causas en las personas con ERC según el sexo, Colombia 2019 - 2025.....	75
Figura 43. Mortalidad estandarizada por todas las causas en las personas con ERC según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025	76
Figura 44. Casos prevalentes reportados según el diagnóstico de la ERC, Colombia 2019 - 2025.....	80
Figura 45. Flujograma descriptivo de los casos incluidos para el cálculo de los indicadores de nefroprotección, periodo 2025	98
Figura 46. Tasa de incidencia cruda de la TRR, Colombia 2019 - 2025	111
Figura 47. Pirámide poblacional de los casos incidentes de TRR, Colombia 2025.....	111
Figura 48. Tasa de incidencia estandarizada de la TRR según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025.....	112
Figura 49. Prevalencia cruda de la TRR, Colombia 2019 - 2025.....	113
Figura 50. Tendencia de los casos en TRR a la fecha de corte de acuerdo con su modalidad, Colombia 2019 - 2025.....	113
Figura 51. Modalidad de la TRR según el estadio de la ERC (CKD-EPI 2021), Colombia 2025.....	114

Figura 52. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de TRR, Colombia 2025.....	115
Figura 53. Prevalencia cruda de la TRR según el sexo, Colombia 2019 - 2025	115
Figura 54. Prevalencia estandarizada de la TRR según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025	116
Figura 55. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en las personas con TRR, Colombia 2019 - 2025	117
Figura 56. Pirámide poblacional de los casos fallecidos por todas las causas con TRR, Colombia 2025....	117
Figura 57. Mortalidad estandarizada por todas las causas en la población con TRR según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025	118
Figura 58. Pirámide poblacional de los casos con TMND, Colombia 2025.....	119
Figura 59. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de DP, Colombia 2025	124
Figura 60. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de HD, Colombia 2025	127
Figura 61. Tendencia de la proporción de adultos prevalentes de HD con catéter como acceso vascular, Colombia 2019 - 2025.....	131
Figura 62. Tendencia de los indicadores en los adultos en HD, Colombia 2019 - 2025.....	132
Figura 63. Tendencia de los indicadores en los adultos en DP, Colombia 2019 - 2025.....	133
Figura 64. Tendencia de los indicadores en la población pediátrica en HD, Colombia 2019 - 2025	134
Figura 65. Tendencia de los indicadores en la población pediátrica en DP, Colombia 2019 - 2025.....	134
Figura 66. Pirámide poblacional de los casos incidentes de trasplante renal, Colombia 2025	139
Figura 67. Tasa de incidencia estandarizada de trasplante renal según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025.....	140
Figura 68. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de trasplante renal, Colombia 2025.....	141
Figura 69. Prevalencia estandarizada del trasplante renal según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025	142
Figura 70. Mortalidad estandarizada por todas las causas en la población con trasplante renal según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025.....	143
Figura 71. Tendencia de las medidas de morbilidad de los casos con trasplante renal, Colombia 2019 - 2025.....	144
Figura 72. Complicaciones quirúrgicas posteriores al trasplante en los adultos trasplantados durante el periodo de reporte, Colombia 2019 - 2025	148
Figura 73. Tendencia de la incidencia acumulada de cáncer y el rechazo celular agudo confirmado por biopsia en los adultos trasplantados, Colombia 2019 - 2025	149
Figura 74. Infecciones oportunistas posteriores al trasplante en los adultos durante el periodo de reporte, Colombia 2019 - 2025	150
Figura 75. Medición de la creatinina en el periodo de reporte actual en los adultos trasplantados en el periodo anterior, Colombia 2019 - 2025.....	151

Abreviaturas

BDUA:	Base de Datos Única de Afiliados.
CAC:	Cuenta de Alto Costo – Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo.
CKD-EPI:	<i>Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration.</i>
CVC:	Catéter venoso central.
DANE:	Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
DE:	Desviación estándar.
dL:	Decilitro.
DM:	Diabetes mellitus.
DP:	Diálisis peritoneal.
EAPB:	Entidad Administradora de Planes de Beneficios.
EAPV:	Empresa Administradora de Planes Voluntarios de Salud.
ECV:	Enfermedad cardiovascular.
EOC:	Entidades Obligadas a Compensar.
EPS:	Entidad Promotora de Salud.
ERC:	Enfermedad renal crónica.
ERC5:	Enfermedad renal crónica estadio 5.
g:	Gramo.
GPC:	Guía de práctica clínica.
HbA1c:	Hemoglobina glicosilada.
HD:	Hemodiálisis.
HTA:	Hipertensión arterial.
IE:	Incidencia estandarizada.
IMC:	Índice de masa corporal.
IPS:	Institución Prestadora de Servicios de Salud.
kg:	Kilogramo.
Kt/v:	Índice de adecuación de la diálisis, basado en la depuración de urea.
LDL:	Lipoproteínas de baja densidad.
m:	Metro.
mg:	Miligramo.
min:	Minuto.
ml:	Mililitro.
mmHg:	Milímetros de mercurio.

Abreviaturas

NO-HDL:	Término utilizado para referirse al colesterol contenido en lipoproteínas diferentes de las de alta densidad.
PA:	Presión arterial.
PE:	Prevalencia estandarizada.
PTH:	Paratohormona (hormona paratiroidea).
S.A.S.:	Sociedad por acciones simplificada.
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud.
SISPRO:	Sistema Integral de Información de la Protección Social.
spKt/v:	Kt/V de compartimento único (<i>single - pool Kt/V</i>).
TFG:	Tasa de filtración glomerular.
TFGE:	Tasa de filtración glomerular estimada.
TME:	Tasa de mortalidad estandarizada.
TMND:	Tratamiento médico no dialítico.
TRR:	Terapia de reemplazo renal.

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

Periodo de reporte: del 1º de julio de 2024 al 30 de junio de 2025.

Código	Nombre de la Empresa Administradora de Planes de Beneficios
Régimen contributivo	
EAS016	Empresas Públicas de Medellín
EAS027	Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia
EPS001	Aliansalud EPS
EPS002	Salud Total EPS
EPS005	Sanitas EPS
EPS008	Compensar EPS
EPS010	Sura EPS
EPS012	Comfenalco Valle EPS
EPS017	Famisanar EPS
EPS018	Servicio Occidental de Salud - S.O.S. EPS
EPS037	Nueva EPS
EPS042	Coosalud EPS
EPS046	Salud Mía EPS
EPS047	Salud Bolívar EPS
EPS048	Mutual Ser EPS
Régimen subsidiado	
CCF033	EPS Familiar de Colombia
CCF050	Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano - ComfaOriente
CCF055	Proteger EPS
CCF102	ComfaChocó - Caja de Compensación Familiar del Chocó
EPS025	Caja de Previsión Social y Seguridad del Casanare - Capresoca EPS
EPSI01	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y La Guajira - Dusakawi EPSI
EPSI03	Asociación Indígena del Cauca - A.I.C. EPSI
EPSI04	Anas Wayuu EPSI
EPSI05	Mallamás EPSI
EPSI06	Pijaos Salud EPSI
EPSS34	Capital Salud EPSS
EPSS40	Savia Salud EPS
EPSS41	Nueva EPS Subsidiado
ESS024	Coosalud ESS
ESS062	Asociación Mutual La Esperanza Asmet Salud
ESS118	Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud Emssanar ESS
ESS207	Mutual Ser EPS
Régimen especial	
RES006	Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander
RES007	Universidad del Valle
RES008	Universidad Nacional

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

Periodo de reporte: del 1º de julio de 2024 al 30 de junio de 2025.

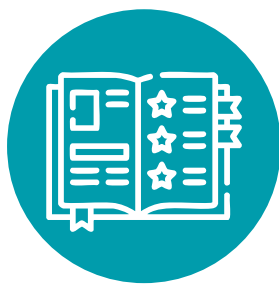
Código	Nombre de la Empresa Administradora de Planes de Beneficios
RES009	Universidad del Cauca
RES011	Unidad de Salud de la Universidad de Antioquia
REUE05	Fondo de Seguridad Social en Salud - Universidad de Nariño
REUE09	Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico
Planes voluntarios en salud	
EMP002	Medplus Medicina Prepagada S.A.
Régimen de excepción	
RES001	Policía Nacional
RES002	Ecopetrol
RES003	Fuerzas Militares
RES004	Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio
No asegurado	
05000	Secretaría Seccional de Salud de Antioquia
11001	Secretaría de Salud de Bogotá
13000	Secretaría Departamental de Salud del Bolívar
13001¹	Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena - DADIS
15000	Secretaría de Salud de Boyacá
18000	Dirección Departamental de Salud del Caquetá
19000¹	Dirección Departamental de Salud del Cauca
20000	Dirección Departamental de Salud del Cesar
23000	Dirección Departamental de Salud del Córdoba
25000	Dirección Departamental de Salud de Cundinamarca
27000	Dirección Departamental de Salud del Chocó
41000	Dirección Departamental de Salud del Huila
50000	Dirección Departamental de Salud del Meta
52000	Dirección Departamental de Salud de Nariño
54000	Dirección Departamental de Salud de Norte de Santander
66000	Dirección Departamental de Salud de Risaralda
68000	Secretaría de Salud de Santander
70000	Secretaría de Salud Departamental de Sucre
73000	Dirección Departamental de Salud del Tolima
76000	Dirección Departamental de Salud del Valle
81000	Dirección Departamental de Salud de Arauca
86000	Dirección Departamental de Salud del Putumayo
Entidades que informaron a la CAC no tener casos a reportar	
ARL1429	La Equidad Seguros
08001	Departamento Administrativo Distrital de Salud de Barranquilla
17000	Dirección Territorial de Salud de Caldas

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

Periodo de reporte: del 1º de julio de 2024 al 30 de junio de 2025.

Código	Nombre de la Empresa Administradora de Planes de Beneficios
44000	Dirección Departamental de Salud de La Guajira
47000	Dirección Departamental de Salud del Magdalena
63000	Dirección Departamental de Salud del Quindío
76109	Secretaría Distrital de Salud de Buenaventura
88000	Dirección Departamental de Salud de San Andrés
91000	Dirección Departamental de Salud del Amazonas
94000	Dirección Departamental de Salud de Guainía
95000	Dirección Departamental de Salud del Guaviare
99000	Secretaría Departamental de Salud del Vichada

¹ Entidades que informaron un caso, pero se excluyó del análisis por inconsistencia debida a la falta de soportes clínicos o por inactivación al ser reportado por más de una EAPB.



Glosario

- 1 Diabetes mellitus:** Grupo de trastornos metabólicos caracterizados por el déficit de la concentración o la acción de la insulina e hiperglucemia, que resultan en múltiples disfunciones orgánicas y en complicaciones tanto agudas como crónicas de gran severidad (1).
- 2 Donante:** Ser humano vivo o fallecido que es fuente de órganos o tejidos con fines de trasplante (2).
- 3 Donante fallecido:** Un ser humano vivo al que se le han removido tejidos u órganos con fines de trasplante. Un donante vivo tiene una de las siguientes tres relaciones posibles con el receptor:
 - A) Relacionado:**
 - A1) Genéticamente relacionado:** primer grado de relación genética: padres, hijos; segundo grado de relación genética: abuelos, nietos, hermanos; tercer grado de relación genética: bisabuelos, tíos, sobrinos; cuarto grado de relación genética: primos.
 - A2) Emocional relacionado:** cónyuge (si no está relacionado genéticamente), padres o hijos adoptivos, suegros, amigos.
 - B) No relacionado:** no relacionados genética ni emocionalmente con el receptor (3).

Glosario

- 4 Ecuación CKD-EPI 2021 basada en la creatinina:** Ecuación que permite estimar la tasa de filtración glomerular (TFG) a partir de la concentración de la creatinina sérica. Incorpora las variables demográficas de edad y sexo para explicar la variación de la creatinina que no está relacionada con la TFG, minimizando así los errores sistemáticos en los subgrupos definidos por estas variables y las diferencias sistemáticas entre grupos (4). El cálculo se realiza de la siguiente manera:
- Para las mujeres, cuando la creatinina sérica es $\leq 0,7$ mg/dL:
- $$TFGe = 142 \times \left(\frac{\text{creatinina}}{0,7} \right)^{-0,241} \times 0,9938^{\text{edad}} \times 1,012$$
- Para las mujeres, cuando la creatinina sérica es $> 0,7$ mg/dL:
- $$TFGe = 142 \times \left(\frac{\text{creatinina}}{0,7} \right)^{-1,2} \times 0,9938^{\text{edad}} \times 1,012$$
- Para los hombres, cuando la creatinina sérica es $\leq 0,9$ mg/dL:
- $$TFGe = 142 \times \left(\frac{\text{creatinina}}{0,9} \right)^{-0,302} \times 0,9938^{\text{edad}}$$
- Para los hombres, cuando la creatinina sérica es $> 0,9$ mg/dL:
- $$TFGe = 142 \times \left(\frac{\text{creatinina}}{0,9} \right)^{-1,2} \times 0,9938^{\text{edad}}$$
- 5 Enfermedad renal crónica (ERC):** Anomalías en la estructura o la función del riñón presentes por un periodo mínimo de 3 meses con implicaciones para la salud (5).
- 6 Enfermedad renal crónica estadio 5 (ERC5):** Para este documento, este término hace referencia a todas las personas con diagnóstico de ERC que tienen una tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) con la ecuación CKD-EPI 2021 menor a 15 ml/min/1,73m², independientemente de si recibió o no terapia de reemplazo renal (TRR) (5).
- 7 Enfermedad precursora:** Enfermedad que precede a otra y facilita su desarrollo. Para este documento se tienen en cuenta la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM) como principales precursoras de la ERC (6).
- 8 Factor de riesgo:** Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir un efecto (como una enfermedad) en un momento determinado (7).
- 9 Gestión del riesgo en salud:** Articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir y realizar el seguimiento y el monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población, en todas las fases de la gestión de una enfermedad (8).

Glosario

- 10 Hipertensión arterial (HTA):** La Sociedad Internacional de Hipertensión (ISH, por sus siglas en inglés) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definen como la presión arterial sistólica (PAS) igual o superior a 140 mmHg o la presión arterial diastólica (PAD) igual o superior a 90 mmHg (9,10). Por su parte, la Asociación Americana del Corazón (AHA, por sus siglas en inglés) clasifica la hipertensión en etapa I (PAS 130 - 139 o PAD 80 - 89 mmHg) y etapa II (PAS $\geq$ 140 o PAD $\geq$ 90 mmHg) (11).
- 11 Injerto:** Tejido que se implanta en una parte del cuerpo para reparar una lesión o implante (12).
- 12 Inmunosupresión:** Supresión artificial de la respuesta inmune, usualmente a través de medicamentos, para que el organismo no rechace el órgano o tejido trasplantado (12).
- 13 Lista de espera:** Un sistema (o método) para mantener un listado actualizado de candidatos a trasplante que garantiza la protección de la privacidad y la confidencialidad de las personas.
- 14 Población con ERC:** Para este documento, la población con ERC corresponde a aquella que fue reportada con la opción 1= [sí presenta ERC] en la variable 38 (el usuario tiene diagnóstico de ERC en cualquiera de sus estadios) de la estructura de variables para el reporte de información de ERC/HTA/DM a la Cuenta de Alto Costo, reglamentada por las Resoluciones 4700 de 2008 y 2463 de 2014 (13,14).
- 15 Población en riesgo de desarrollar ERC:** Personas que fueron reportadas con las opciones 0= [no presenta ERC], 2= [indeterminado] o 3= [el usuario no ha sido estudiado] en la variable 38 de la estructura de variables para el reporte de información ERC/HTA/DM a la Cuenta de Alto Costo, reglamentada por las Resoluciones 4700 de 2008 y 2463 de 2014 (14).
- 16 Rechazo inmunológico:** Respuesta del sistema inmunológico del organismo frente a un órgano trasplantado, en general mediado por linfocitos T, generando una serie de anticuerpos ante lo que reconoce como un cuerpo extraño. Puede provocar la pérdida del órgano trasplantado si no es tratado correctamente (12).
- 17 Último año o periodo de reporte:** Para efectos de este libro, el último año corresponde al periodo objeto del reporte, comprendido entre el 1º de julio de 2024 y el 30 de junio de 2025.
- 18 Tasa de mortalidad específica:** Indicador que mide la frecuencia de las defunciones ocurridas por una causa concreta en un grupo poblacional con una condición específica en el periodo de análisis, con relación a la población con esta condición específica (15).
- 19 Tasa de mortalidad general:** Indicador que mide la frecuencia de las defunciones ocurridas por todas las causas en un grupo poblacional con una condición específica en el periodo de análisis, con relación a la población total (afiliados o habitantes) (15).

Glosario

- 20 Tiempo en lista de espera:** Tiempo transcurrido entre el ingreso a la lista de espera y su exclusión por una causa definitiva (mejoría, fallecimiento o trasplante).
- 21 Terapia de reemplazo renal (TRR):** Corresponde a alguna de las siguientes terapias: diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal), tratamiento médico no dialítico o trasplante renal.
- 22 Trasplante:** Transferencia (injerto) de tejidos u órganos de un donante a un receptor con el fin de restaurar la función en el cuerpo (12).

Resumen EJECUTIVO

La enfermedad renal crónica (ERC) continúa consolidándose como uno de los principales desafíos de salud pública en Colombia y el mundo debido a su creciente prevalencia, impacto en la mortalidad y alta carga para el sistema de salud. En este contexto, la Cuenta de Alto Costo (CAC) presenta el análisis de la situación epidemiológica de la ERC, la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM) en Colombia para el periodo comprendido entre el 1° de julio de 2024 y el 30 de junio de 2025, con información reportada por las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, orientada a fortalecer la toma de decisiones, la gestión del riesgo y la formulación de políticas públicas.

Esta edición incorpora importantes actualizaciones metodológicas, entre ellas la adopción de la ecuación CKD-EPI 2021 para la clasificación de la ERC y la implementación de nuevos indicadores de gestión del riesgo, alineados con la evidencia científica más reciente. Estos cambios establecen una nueva línea de base para la evaluación epidemiológica y permiten mejorar la precisión en la caracterización de la población, así como el seguimiento de los resultados en salud.

En conjunto, los hallazgos confirman el aumento sostenido de la carga de la ERC y de sus enfermedades precursoras en Colombia, así como la importancia de consolidar sistemas de información de alta calidad, fortalecer la atención primaria, optimizar la detección temprana y garantizar el seguimiento integral de las personas en riesgo. La información presentada constituye un insumo estratégico para orientar la planificación sanitaria, la asignación eficiente de recursos y el mejoramiento continuo de la atención en salud.

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye uno de los principales desafíos de salud pública en el mundo debido a su creciente magnitud, impacto sobre la mortalidad y elevada carga económica y social (16). En 2023, se estimó que 788 millones de adultos vivían con ERC, con una prevalencia global estandarizada por la edad del 14,20 % (16). Actualmente, la ERC ocupa el noveno lugar entre las causas de muerte a nivel mundial y representa la séptima causa de mortalidad cardiovascular. Entre sus principales determinantes se encuentran la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM), consideradas los factores de riesgo modificables más importantes para el desarrollo y progresión de la enfermedad renal (16).

Durante las últimas tres décadas, la carga mundial de la ERC ha mostrado un incremento sostenido. Entre 1990 y 2023, el número de personas afectadas se duplicó, pasando de 378 millones a 788 millones (16). China e India concentran el mayor número absoluto de casos, con aproximadamente 152 millones y 138 millones, respectivamente. Así mismo, países como Estados Unidos, México y Brasil superan los 10 millones de personas con ERC, lo que refleja la expansión global de esta condición y su creciente presión sobre los sistemas de salud (16).

A su vez, la DM representa actualmente la principal causa de ERC a nivel global. En 2024, se estimó que 589 millones de personas vivían con diabetes, cifra que podría alcanzar los 853 millones para el año 2050 (17). La prevalencia de la ERC entre las personas con diabetes oscila entre el 20 % y el 40 %, y se calcula que cerca del 40 % de las personas con esta enfermedad desarrollarán ERC a lo largo de su vida (18,19). Por su parte, la HTA constituye el segundo factor de riesgo más importante para la enfermedad renal; en 2021, la prevalencia global de ERC atribuible a la HTA superó los 24 millones de casos, con una prevalencia estandarizada por la edad de 291,19 casos por cada 100.000 habitantes (20).

A pesar del significativo impacto sanitario, social y económico de la ERC (17), solo hasta el año 2025 la Asamblea Mundial de la Salud, en su 78.ª sesión, adoptó una resolución histórica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que reconoce la salud renal como una prioridad dentro de la agenda de enfermedades no transmisibles. Esta resolución promueve el fortalecimiento de las estrategias de prevención, detección temprana, tratamiento y acceso equitativo a la atención integral de la enfermedad renal (21).

Posteriormente, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) incorporaron la salud renal en la Declaración Política de 2025 sobre enfermedades no transmisibles, consolidando el reconocimiento internacional de la ERC como un problema prioritario de salud pública (22). En este marco, se establecieron tres líneas estratégicas fundamentales para orientar su implementación: i) desarrollar e integrar estrategias nacionales de salud renal dentro de las políticas de enfermedades no transmisibles; ii) priorizar la detección temprana y el manejo oportuno de la ERC desde la atención primaria en salud; y iii) fortalecer los sistemas de información, vigilancia y monitoreo para orientar la toma de decisiones, la asignación de recursos y el mejoramiento continuo de la calidad de la atención (22).

En Colombia, la Cuenta de Alto Costo (CAC) contribuye directamente a este propósito mediante la gestión de información poblacional estandarizada, el seguimiento de indicadores de gestión del riesgo y la generación de evidencia para orientar la planificación sanitaria. En el marco de la Resolución 2463 de 2014, la CAC es responsable del registro nacional de personas con ERC, DM e HTA afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), consolidando uno de los sistemas de información más robustos de la región.

Este registro permite caracterizar la carga de la ERC y de sus precursoras en el país, apoyar su integración en las políticas nacionales, fortalecer las acciones de prevención, detección temprana y manejo oportuno, y aportar información para la vigilancia, la asignación eficiente de recursos y el mejoramiento de la atención de las personas con ERC, incluidas aquellas que requieren terapia de reemplazo renal (TRR).

En este contexto, el presente informe describe la situación epidemiológica y los resultados de la gestión del riesgo de la ERC y sus enfermedades precursoras en Colombia, durante el periodo comprendido entre el 1º de julio de 2024 y el 30 de junio de 2025.



Aspectos éticos y legales

Toda la información presentada en este documento corresponde al análisis de los datos reportados a la Cuenta de Alto Costo (CAC) por las entidades promotoras de salud (EPS) y demás entidades obligadas a compensar (EOC), en cumplimiento del reporte obligatorio realizado entre el 1° de julio de 2024 y el 30 de junio de 2025.

Esta publicación tiene como propósito generar y difundir información y conocimiento útiles para la toma de decisiones en los ámbitos clínico, epidemiológico y administrativo, orientadas a la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de las enfermedades de alto costo. Así mismo, busca contribuir al fortalecimiento de los resultados en salud de la población colombiana y promover el uso eficiente, equitativo y basado en la evidencia de los recursos del sistema de salud, generando valor científico, informativo y de salud pública para el país.

Los autores declaran no tener conflictos de interés de carácter económico, político, académico ni de cualquier otra índole que puedan influir en el contenido, análisis o interpretación de la información presentada.

El contenido de este informe es producto de un riguroso ejercicio académico basado en una investigación documental retrospectiva clasificada como sin riesgo, realizada a partir de la información reportada a la Cuenta de Alto Costo (CAC). Su desarrollo se fundamentó en principios de pluralidad, calidad y transparencia en la gestión de la información, garantizando la conservación, custodia, anonimato, confidencialidad, privacidad e integridad de los datos.

El tratamiento de la información se realizó conforme a los principios éticos internacionales para la investigación con seres humanos, establecidos en la Declaración de Helsinki (23), el Informe Belmont (24) y las Pautas CIOMS (25), así como a la normativa colombiana vigente, en particular la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (26), por la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Adicionalmente se garantizó la protección de los datos clínicos derivados del manejo de la historia clínica reglamentada por la Resolución 1995 de 1999 y la Ley Estatutaria de habeas data 1581 de 2012, por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales sancionada por dicha ley y reglamentada por el Decreto Nacional 1377 de 2013 que regula el manejo adecuado de datos sensibles (27-29).

Aspectos metodológicos

Auditoría

Generalidades del reporte

Anualmente, la Cuenta de Alto Costo (CAC) desarrolla el proceso de auditoría de la población diagnosticada con enfermedad renal crónica (ERC), hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM), el cual contempla la evaluación de aspectos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la evolución clínica, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 2463 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Esta normativa decreta la obligatoriedad del reporte de información por parte de las entidades promotoras de salud (EPS) y demás entidades obligadas a compensar (EOC), y define el marco para la revisión de las atenciones en salud brindadas a la población incluida en la cohorte durante el periodo comprendido entre el 1° de julio de 2024 y el 30 de junio de 2025.

Como parte de la preparación del reporte anual, la CAC desarrolla diferentes actividades orientadas al fortalecimiento de la gestión en salud de esta población, entre ellas procesos de capacitación y asistencia técnica dirigidos a las entidades, en los que se socializan aspectos normativos, metodológicos y hallazgos relevantes derivados de los análisis previos. Adicionalmente, se realiza un proceso de triangulación de la información mediante el contraste de los datos reportados con la base RedData del Instituto Nacional de Salud y otras fuentes externas, con el propósito de fortalecer la calidad de la información y garantizar la inclusión oportuna de las personas en la cohorte.

Para este informe, se recibió información de 66 EAPB. La totalidad de los registros reportados fue sometida a procesos de auditoría y validación con el fin de garantizar la calidad de la información utilizada para el análisis, la evaluación y el monitoreo de la atención en salud gestionada por los aseguradores para la población con ERC, HTA y DM. Enseguida, la **tabla 1** presenta la distribución detallada de las entidades según su participación en el proceso de reporte a la CAC durante el periodo 2025.

Tabla 1. Distribución de las entidades según la radicación de los casos de ERC, HTA y DM a la Cuenta de Alto Costo, Colombia 2025

Tipo de entidad	Entidades existentes	Entidades que reportaron casos ¹	Entidades que reportaron no tener casos	Entidades que no reportaron casos
Secretarías departamentales y distritales de salud	38	22	11	5
EPS	32	32	0	0
EAPB especial	10	7	0	3
EAPVS	7	1	0	6
EAPB de excepción	4	4	0	0
ARL	10	0	1	9
Total	101	66	12	23

¹ De acuerdo con la Resolución 2463 de 2014, las EPS de los regímenes subsidiado y contributivo, y las EOC para la operación del mecanismo de distribución de recursos son las únicas entidades obligadas a reportar.

EPS: entidad promotora de salud; **EAPB:** entidad administradora de planes de beneficio; **EAPVS:** empresa administradora de planes voluntarios de salud; **ARL:** administradora de riesgos laborales.

Calidad de la información

La CAC ha definido tres fases para garantizar la calidad y confiabilidad de la información: la validación en los sistemas de información, el cruce con fuentes externas y la auditoría de la información. Estos procesos se describen a continuación:



i) Malla de validación en los sistemas de información

Cada entidad dispuso los datos a través de una malla de validación, la cual está diseñada para evaluar la coherencia, estructura y completitud de los datos reportados. Esta herramienta permitió identificar errores tanto de forma como de contenido, así como inconsistencias en la relación entre variables, garantizando el cumplimiento de los requisitos técnicos establecidos.

Una vez finalizado el periodo de reporte, el sistema fue bloqueado para evitar modificaciones posteriores. Paralelamente, los soportes clínicos y administrativos fueron organizados y almacenados en el repositorio de la CAC, asegurando su trazabilidad y seguridad.

La disposición de los datos se realizó a través de la plataforma SISCAC, la cual asegura el tránsito de la información de las personas. Cabe resaltar que la CAC, como entidad certificada en privacidad y seguridad de la información, opera bajo altos estándares de protección de datos, lo que fortalece la confiabilidad del proceso.

ii) Verificación de la información con fuentes externas

Se efectuó el cruce de información con la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), con el propósito de validar tanto el estado vital como la afiliación de las personas al sistema de salud.

iii) Auditoría de campo

Esta fase fue desarrollada por el equipo auditor con el apoyo de herramientas de interoperabilidad, mediante las cuales se contrastó la información reportada con los soportes clínicos y administrativos disponibles. Este proceso permitió verificar la consistencia de los diagnósticos, evaluar la calidad y la oportunidad del seguimiento clínico y validar la atención brindada a las personas incluidas en la cohorte.

En los casos reportados por primera vez a la CAC, se verificó el cumplimiento de los criterios diagnósticos establecidos en las guías de práctica clínica vigentes. Así mismo, se evaluó la realización de los principales seguimientos paraclínicos, incluyendo el perfil lipídico, la glicemia en ayunas, la hemoglobina glicosilada, la creatinina sérica y la tasa de filtración glomerular estimada, además de las actividades de tamización para la ERC y la continuidad de las terapias de reemplazo renal cuando correspondía.

La metodología aplicada garantizó un proceso riguroso, transparente y sustentado en evidencia, con verificación documental de la información reportada. A su vez, los resultados de la auditoría fueron puestos a disposición de las entidades, las cuales contaron con la posibilidad de presentar objeciones y soportes adicionales dentro de los tiempos establecidos.

Como parte del enfoque de mejoramiento continuo, la CAC elaboró informes individuales de calidad para cada entidad, en los que se consolidaron los principales hallazgos relacionados con la atención integral de la población auditada. De manera complementaria, se desarrollaron espacios de análisis y retroalimentación con expertos clínicos, asociaciones científicas y equipos técnicos de las entidades, orientados al fortalecimiento de los procesos de diagnóstico, tratamiento, seguimiento y reporte de la información.

Adicionalmente, la CAC continuó fortaleciendo su estrategia de formación integral mediante una modalidad híbrida (virtual y presencial), que incluyó procesos de certificación, talleres especializados y material clínico-administrativo de acceso permanente, con el propósito de mejorar la calidad de la información reportada y promover una atención eficiente basada en la evidencia.

A continuación, la **tabla 2** presenta los resultados de la calidad del reporte de información en el país, desagregados por cada uno de los regímenes del aseguramiento. En ella se evidencia que el 70,93 % de los datos fueron reportados con calidad, es decir, coincidieron con lo descrito en los soportes clínicos adjuntos. Este hallazgo es consistente con lo descrito en la literatura sobre grandes sistemas de información en salud, donde la presencia de discrepancias, datos faltantes o información inexacta constituye una limitación frecuente derivada de la complejidad de los procesos de captura y reporte de información, sin que ello implique necesariamente la invalidez de los registros para fines de vigilancia epidemiológica (30). Por su parte, el 17,58 % correspondió a registros en los que se evidenció la no realización de las actividades de seguimiento definidas para el periodo evaluado.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Aspectos metodológicos

www.enfermedadrenal.org.co

Tabla 2. Distribución de los casos auditados, inconsistencias y calidad de la información según el tipo de entidad, Colombia 2025

Tipo de entidad	Registros auditados	Registros con inconsistencias ¹	% Inconsistencias	Datos de calidad (%) ²	Datos ajustados (%) ³	Datos no soportados (%) ⁴	Datos de no gestión (%) ⁵
EAPB contributivo	4.879.784	276.524	5,67	73,06	4,79	5,19	16,95
EAPB subsidiado	2.537.497	278.903	10,99	66,42	4,96	9,86	18,76
EAPB de excepción	244.945	25.010	10,21	74,55	3,59	3,96	17,89
EAPB especial	10.710	47	0,44	71,61	7,19	0,35	20,85
Secretarías Departamentales y Distritales de Salud	568	33	5,81	56,07	5,73	5,09	33,11
EAPB Prepagadas	10	0	0,00	78,12	5,54	0,69	15,65
Total	7.673.514	580.517	7,57	70,93	4,81	6,68	17,58

¹ Se excluyen los casos identificados por búsqueda activa, ya que corresponden a una población que aún no ha sido confirmada ni descartada como parte de la cohorte. No obstante, estas personas podrían pertenecer a la cohorte, dado que han sido identificadas a través del proceso de triangulación descrito en el apartado inicial del capítulo.

² **Dato de calidad:** dato reportado que coincide exactamente con el dato observado en los soportes.

³ **Dato ajustado:** dato reportado que no coincide con el observado en los soportes.

⁴ **Dato no soportado:** dato reportado que no cuenta con soportes verificables por la auditoría.

⁵ **Dato de no gestión:** corresponde a un dato que da cuenta de la no realización de una actividad del seguimiento anual para los casos con ERC, HTA o DM.

EAPB: entidad administradora de planes de beneficio; **EAPVS:** empresa administradora de planes voluntarios de salud.

En 2025 se aplicaron 580.517 inconsistencias debido a la ausencia de soportes válidos o completos para sustentar el diagnóstico, lo que equivale al 7,57 % del total de los registros (**tabla 2**). Esto representa un aumento de 2,47 puntos porcentuales respecto al 2024 (5,10 %, n= 352.628).

Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría

A continuación, se describen los hallazgos más relevantes derivados del proceso de auditoría 2025, los cuales integran aspectos clínicos, de aseguramiento y de calidad en la validación de la información disponible (**tabla 3**).

Tabla 3. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la cohorte de las personas con HTA, DM o ERC, Colombia 2025

Temática	Descripción del hallazgo
HTA y DM sin estudio para ERC	Se identificó que en 4.258.095 registros correspondientes a personas con HTA o DM no se realizó, o se realizó de manera incompleta, el estudio requerido para confirmar o descartar la ERC.
Atención médica en la población con terapia de reemplazo renal (TRR)	El 3,83 % (n= 2.103) de las personas en TRR no evidenció continuidad en la atención requerida para el manejo de su condición. De estas, el 33,57 % (n= 706) se encontraba en hemodiálisis (HD), el 15,45 % (n= 325) en diálisis peritoneal (DP), el 8,55 % (n= 180) en tratamiento médico no dialítico (TMND) y el 15,26 % (n= 321) tenía un trasplante renal funcional. Aunque estas personas registraron atenciones durante el periodo, estas no se realizaron con la periodicidad definida por el nefrólogo o el equipo de trasplante renal, lo que refleja interrupciones en el seguimiento clínico.
Inconsistencias en el diagnóstico	Durante el proceso de auditoría se identificaron 580.517 inconsistencias en los registros reportados como pertenecientes a la cohorte, relacionadas con el soporte documental de los diagnósticos de ERC y sus enfermedades precursoras. La causa más frecuente correspondió a la ausencia de soportes clínicos que sustentaran el diagnóstico, situación observada en el 92,20 % de los casos (n= 535.288). Por su parte, en el 7,79 % de los registros (n= 45.229), aunque se dispuso de soportes clínicos, estos no evidenciaron la presencia de la ERC, la HTA o la DM, lo que sugiere posibles errores en la clasificación o el reporte de los casos. La ausencia de soportes clínicos válidos o la discordancia entre estos y la información reportada comprometen la calidad y confiabilidad de los datos, lo que limita la adecuada caracterización de la cohorte y la planificación de intervenciones en salud.



Finalmente, una vez concluido el proceso de verificación y validación de la información, las entidades aprobaron la base de datos de la cohorte y participaron en la reunión de cierre de la auditoría, en la cual se socializaron los hallazgos y se entregaron los informes de calidad correspondientes.

Ajuste de datos posterior a la auditoría

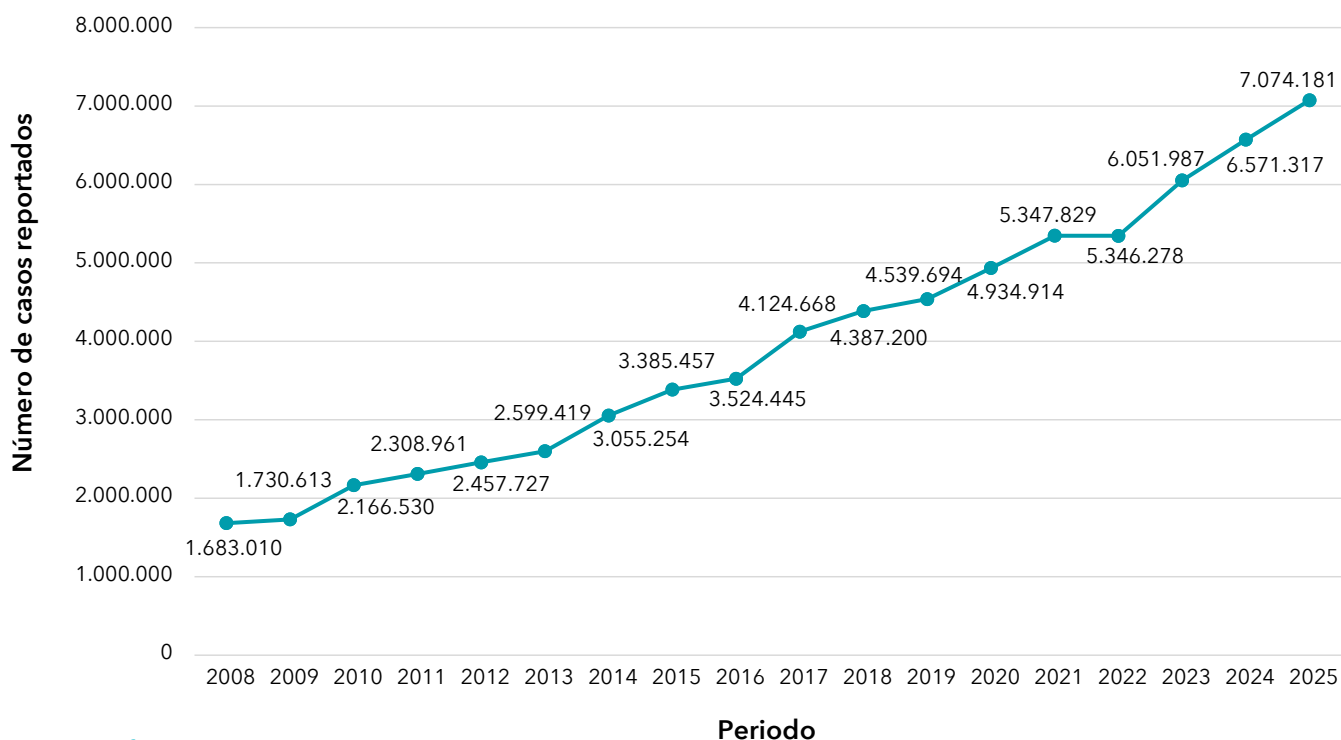
Después de la auditoría quedaron 7.088.263 registros activos, de los cuales 5.521 fueron excluidos debido a que se catalogaron como muertos antes del periodo o duplicados no válidos (persona reportada por dos entidades diferentes del régimen contributivo o subsidiado sin una novedad administrativa complementaria que justifique la concurrencia de los registros). Además, se identificaron 8.561 casos duplicados atendidos por dos regímenes válidos, por tanto, se incluyeron en una única vez para los análisis de morbilidad y mortalidad, pero se tuvieron en cuenta sus dos atenciones para la medición de los indicadores de la gestión del riesgo.

Como parte del seguimiento de la cohorte, se implementó un proceso de recuperación de los casos que garantizó la integración de todas las personas reportadas como vivas en años anteriores a la CAC en el registro del periodo actual. Este procedimiento es necesario en situaciones como la liquidación de una entidad aseguradora o cuando una persona se desafilia de una entidad y su nuevo asegurador no está al tanto de su diagnóstico, lo que genera omisiones en el reporte. Este proceso asegura que los análisis mantengan su precisión y que las tasas absolutas calculadas reflejen una representación confiable del comportamiento epidemiológico. No obstante, los casos recuperados se incorporan a la base de datos para los estudios de prevalencia y mortalidad cuando supera el 3 % de la cohorte y después de la actualización del estado vital de cada registro.

En 2025, las personas no reportadas del año 2024 fueron 5.689, lo que representó el 0,06 % del total de los casos registrados por las entidades y un 0,08 % de los prevalentes. Así pues, debido a su baja magnitud, estos casos no se incluyeron en los análisis, dado que su incorporación no genera variaciones relevantes en los cálculos de los indicadores de morbilidad.

Finalmente, resultaron un total de 7.074.181 personas únicas con al menos un diagnóstico de HTA, DM o ERC, lo que representó un incremento del 7,65 %, comparado con el 2024 (**figura 1**).

Figura 1. Casos únicos con HTA, DM o ERC informados a la CAC, Colombia 2008 - 2025



[Descargar figura](#)

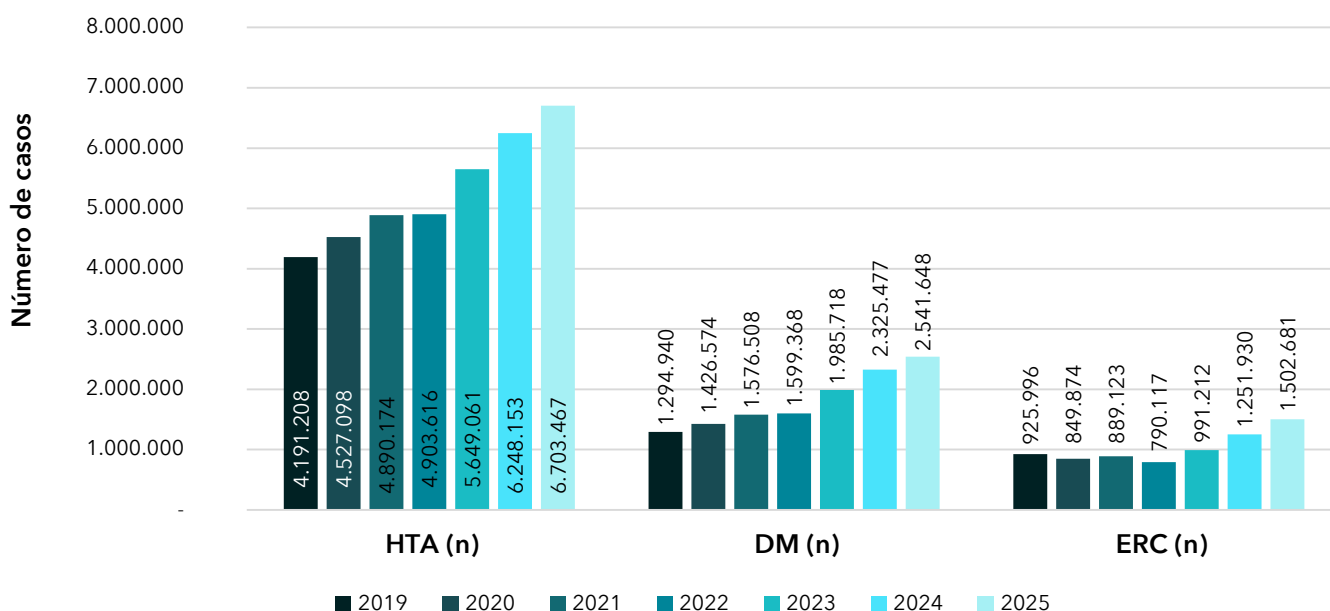
Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Aspectos metodológicos

www.enfermedadrenalcronica.org

En la **figura 2** se observa que, según la enfermedad, la población con ERC presentó el mayor incremento respecto al periodo anterior (20,03 %), seguida por las personas con DM (9,30%) y con HTA (7,29 %).

Figura 2. Casos con HTA, DM o ERC informados a la CAC, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

En la **tabla 4**, se presentan los casos epidemiológicos incluidos en los análisis del 2025, según las poblaciones de interés y comparados con el periodo anterior.

Tabla 4. Distribución de los casos incluidos para los análisis epidemiológicos, Colombia 2024 - 2025

Población	Incidentes		Prevalentes		Fallecidos	
	2024	2025	2024	2025	2024	2025
Hipertensión arterial	214.741	177.360	6.248.153	6.703.467	130.110	135.889
Diabetes mellitus	85.887	74.245	2.325.477	2.541.648	51.032	58.184
Enfermedad renal crónica	281.714	289.987	1.251.930	1.502.681	38.281	46.706
Enfermedad renal crónica estadio 5	4.067	3.901	43.924	46.688	5.375	5.970
Terapia de reemplazo renal	4.109	5.281	49.042	54.594	4.797	5.481
Trasplante renal	832	772	9.202	9.904	201	190

Análisis epidemiológico

Se realizó un análisis descriptivo de la información sociodemográfica (edad, sexo, régimen del aseguramiento, departamento y municipio de residencia) y clínica relacionada con las enfermedades. Se estimaron la prevalencia, la incidencia y la mortalidad cruda y estandarizada por la edad para las 6 subpoblaciones de interés (HTA, DM, ERC, ERC5, TRR y trasplante renal), según el total del país, el departamento, el municipio, la región, el régimen del aseguramiento, el renglón y la entidad aseguradora.

La estandarización con el método directo se realizó con la población estándar mundial, por quinquenios, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (31) para todos los niveles de análisis. La información nacional y de las regiones para el periodo actual se presenta en tablas y para los regímenes contributivo y subsidiado se muestran las tendencias en figuras.



Se incluyeron como casos prevalentes todos aquellos que tuvieron la enfermedad a la fecha de corte del periodo, independiente del estado vital, es decir, se calculó una prevalencia de periodo. Los casos identificados como incidentes para la HTA y la DM fueron aquellos en los que la fecha de diagnóstico estuvo entre el 1° de julio de 2024 y el 30 de junio de 2025.

Por otra parte, la incidencia de la ERC general hace referencia a los casos nuevos que no habían sido reportados antes con esta enfermedad en cualquiera de sus estadios (incidentes administrativos). Teniendo en cuenta que la estructura de reporte definida por la resolución no cuenta con la fecha de diagnóstico, se realizó un cruce de información histórica para identificar cuáles casos no han sido reportados en periodos anteriores con la enfermedad.

Hasta el periodo 2024, la clasificación de la función renal en este informe se basó en la ecuación de Cockcroft-Gault, pero a partir de 2025, la estadificación de la enfermedad renal crónica se realizará con la ecuación CKD-EPI 2021, en concordancia con la evolución de los referentes técnicos para la estimación de la tasa de filtración glomerular (TFG) y lo establecido en la actualización del consenso de los indicadores de gestión del riesgo de nefroprotección, detallado más adelante en este apartado (5,32). Este cambio metodológico busca mejorar la aproximación a la función renal y armonizar la clasificación de los casos con los estándares contemporáneos de evaluación. En consecuencia, los resultados de 2025 deben interpretarse como una nueva línea de base para la distribución por estadios de la ERC y para la población con ERC5 y no como una continuación de la serie histórica presentada en informes previos. Por esta razón, cualquier comparación entre los resultados de 2024 y 2025 debe realizarse con cautela, dado que las diferencias observadas pueden obedecer al cambio en la ecuación utilizada para estimar la TFG y no necesariamente a modificaciones en el comportamiento epidemiológico de la población.

De acuerdo con lo anterior, la incidencia de la ERC5 hace referencia a los casos con fecha de diagnóstico durante el periodo y que pueden comprender aquellos que progresaron de los estadios 1 al 4 hasta el 5, como también los que se debutan como ERC5 según la TFG estimada con la ecuación CKD-EPI 2021. Para los análisis de incidencia, prevalencia y mortalidad, las personas en diálisis que recibieron atención médica durante el periodo se consideraron parte de la población con ERC5.

Los casos incidentes de TRR corresponden a los que nunca habían sido reportados en tratamiento con HD, DP, TMND o trasplante renal, su fecha de inicio estaba dentro del periodo y demostraron por lo menos 90 días en la terapia, los cuales pueden ser soportados con la continuidad en varios tipos de TRR. Por su parte, los casos incidentes de trasplante renal funcional fueron aquellos que tuvieron la fecha de realización del procedimiento durante el periodo de reporte.

En el análisis de la mortalidad, se incluyeron los casos reportados con su fecha de fallecimiento en el periodo (novedad administrativa o cruce con información del Ministerio de Salud y Protección Social). La mortalidad presentada corresponde a todas las defunciones independientemente de su causa (enfermedad, complicación, accidente o exposición).

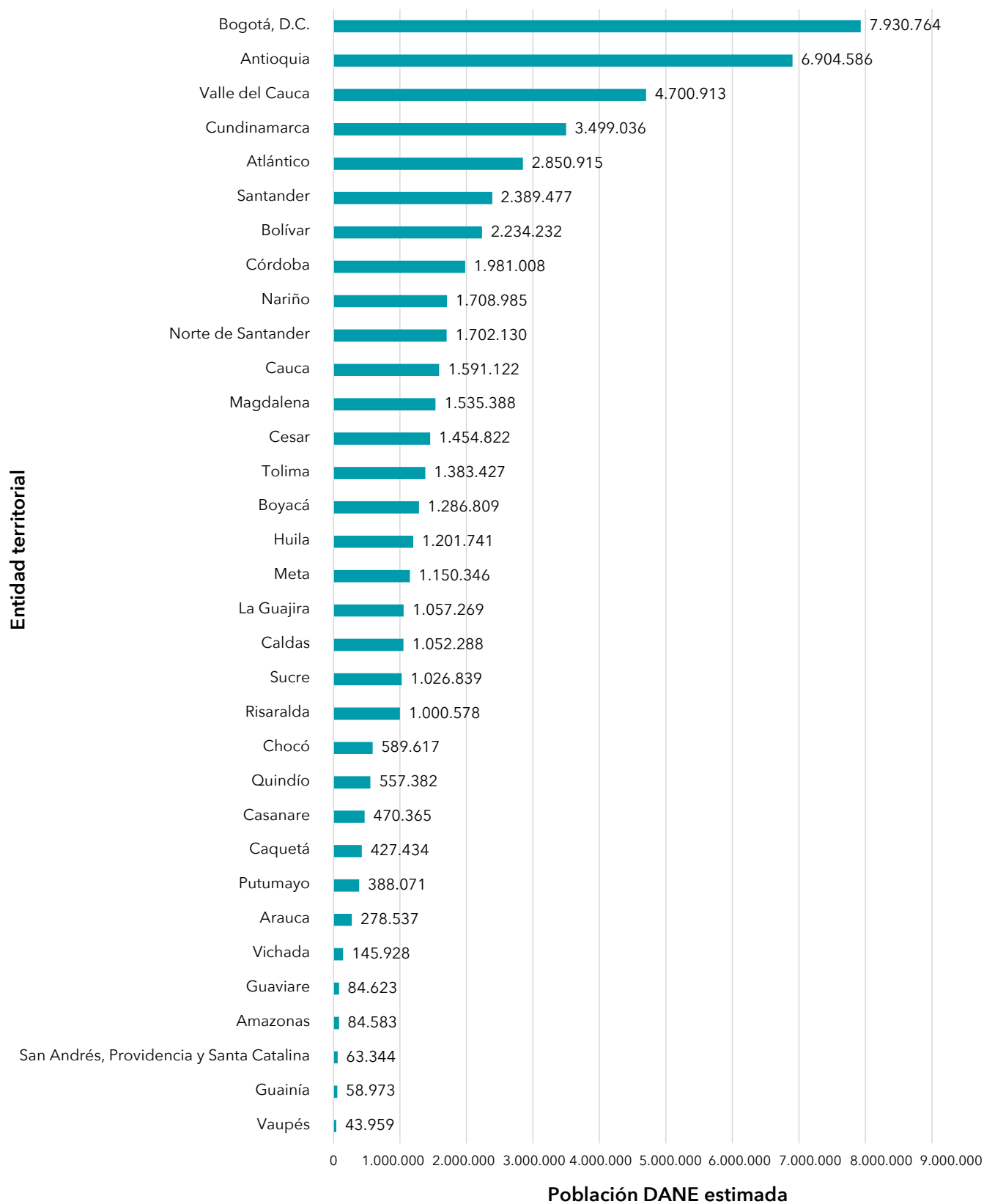
Para los análisis demográficos se tuvo en cuenta el promedio de la población proyectada por el DANE con corte al 30 de junio de 2024 y al 30 de junio de 2025 ($n = 52.835.483$), con la actualización post COVID-19 (**figura 3**). Para los denominadores relacionados con el aseguramiento se tomó la población afiliada a cada una de las EAPB del país reportada en la BDUA con corte al 1° de enero de 2025 ($n = 51.636.104$) (**figura 4**).

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Aspectos metodológicos

www.ententareal.org.co/estrategia

Figura 3. Promedio de la población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2024 y 2025

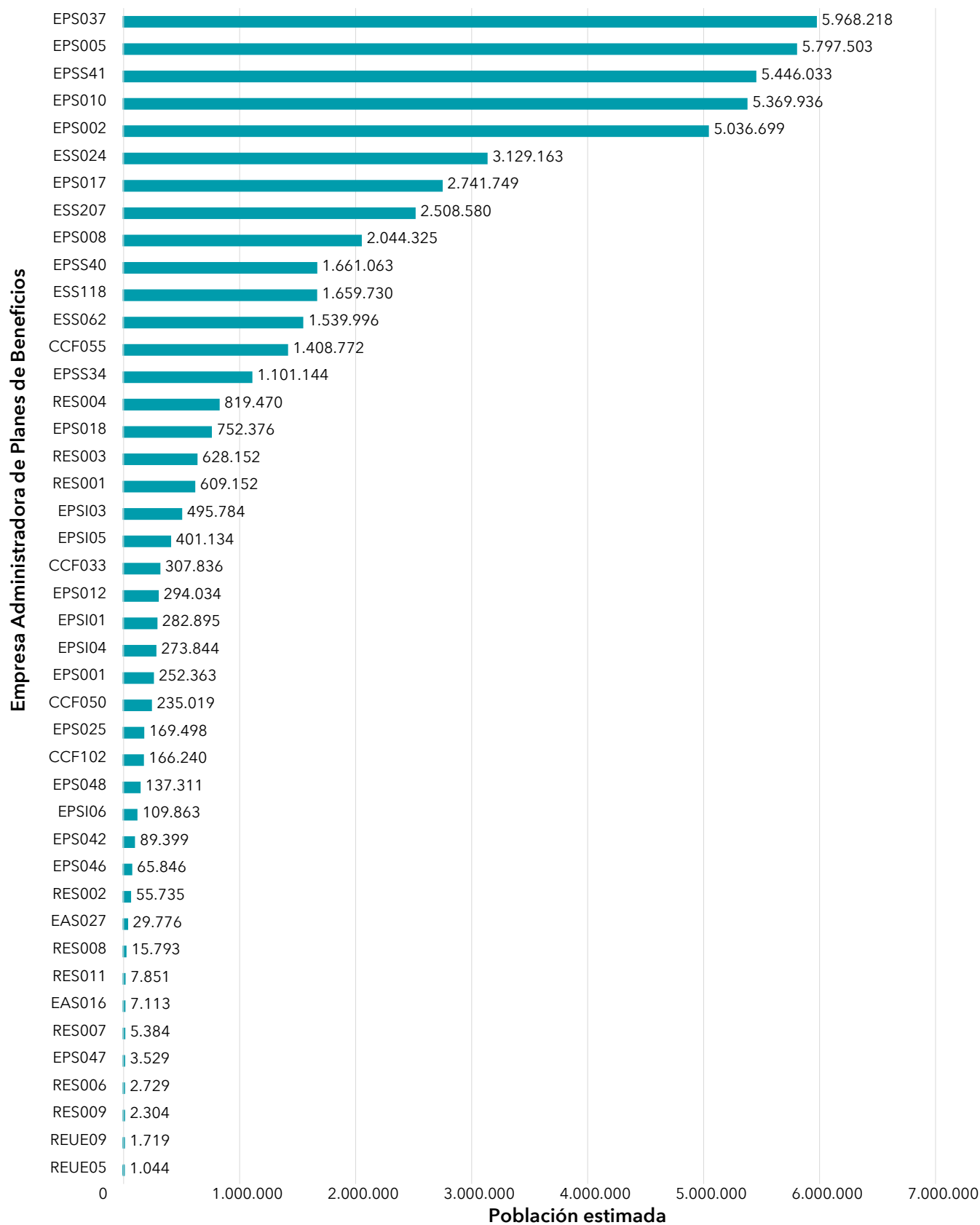


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyección 2024 y 2025 con la actualización post COVID-19.

[Descargar figura](#)



Figura 4. Número de afiliados según la Entidad Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2025



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados, Ministerio de Salud y Protección Social, corte al 1° de enero de 2025.

[Descargar figura](#)

En marzo de 2025 se publicó la ["Actualización del consenso basado en la evidencia. Indicadores mínimos para evaluar la gestión de las personas con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica estadios 1 - 4 y 5 sin diálisis ni trasplante"](#) (32). A partir de la presente edición, los indicadores se calcularon conforme a las definiciones y especificaciones metodológicas establecidas en dicho documento y se inició una nueva serie de medición.

La implementación de esta actualización implicó realizar modificaciones en la estructura y el cálculo de varios indicadores previamente reportados. Entre los principales cambios destaca la eliminación del criterio de selección basado en la condición de vivo y activo al cierre del periodo, de manera que los indicadores se calculan sobre toda la población que cumple los criterios de inclusión definidos para cada medida. Adicionalmente, los indicadores de resultado relacionados con el cumplimiento de las metas clínicas y paraclínicas dejaron de estimarse únicamente sobre las personas con medición disponible y pasaron a calcularse sobre la totalidad de la población a la que aplique el indicador. En consecuencia, algunos indicadores conservan su denominación histórica, pero sus resultados no son estrictamente comparables con los publicados en versiones anteriores del informe.

En el caso de las poblaciones con ERC, la clasificación por estadios también se realizó a partir de la TFG estimada mediante la ecuación CKD-EPI 2021, en reemplazo de la ecuación de Cockcroft-Gault utilizada en los informes previos. Por lo tanto, para los indicadores relacionados con la albúmina, la hemoglobina, el fósforo y la PTH en esta edición, se excluyeron del denominador los casos que según la ecuación Cockcroft-Gault estaban clasificados en estadio 1, 2 o desconocido, y que según la CKD-EPI 2021 se encontraban en estadios 3 a 5. Esto se realizó debido a que, por las indicaciones establecidas en el instructivo de reporte, las 4 variables se reportan con comodines e incluirlas provoca una subestimación de los indicadores, no por incumplimiento del parámetro, sino porque no es posible contar con la información de la persona.

Así mismo, se incorporaron nuevos indicadores y ajustes metodológicos orientados a fortalecer la evaluación de la gestión del riesgo y la atención integral de la población. Particularmente, debido a que algunas de las variables requeridas para su cálculo comenzaron a recolectarse durante el proceso de auditoría asociado a este periodo, en ciertos casos no se dispuso de información suficiente, por lo que algunos indicadores, especificados en el capítulo 6, iniciarán su medición en futuras ediciones una vez se consolide la disponibilidad y calidad de la información necesaria.

Adicionalmente, la operacionalización de los indicadores de la gestión del riesgo de diálisis y trasplante y los estándares de medición y la semaforización se realizó teniendo en cuenta los documentos: ["Consenso basado en evidencias para la elección de indicadores mínimos para el análisis de resultados clínicos en diálisis peritoneal y hemodiálisis en Colombia"](#) (2010) (33), junto con su actualización de 2012, ["Uso de catéter y nivel de hemoglobina para el análisis de resultados clínicos en diálisis"](#) (34), ["Indicadores mínimos para seguimiento de niños con enfermedad renal crónica en diálisis o trasplante renal en Colombia"](#) (2013) (35) e ["Indicadores para seguimiento al trasplante renal en Colombia"](#) (2012) (36). Estos indicadores fueron estimados en la población viva y activa de las subpoblaciones definidas en cada uno de estos consensos.

La información presentada en este libro corresponde a los datos demográficos y del aseguramiento, tanto de morbilidad como de gestión del riesgo. En la herramienta HIGIA están las desagregaciones nacional, regional, departamental y municipal, así como por el régimen, el renglón y la EAPB y pueden ser consultadas en la página web de la CAC: <https://cuentadealtocosto.org/site/higia/>

1

Población con
hipertensión arterial

RESUMEN infográfico

Población con hipertensión arterial

1° de julio de 2024 al 30 de junio de 2025

1



Se reportaron
177.360
casos nuevos de HTA,
lo que representa una disminución
del 17,41 % con respecto al 2024.



La incidencia cruda fue de
3,36 casos
por cada 1.000 habitantes, lo que
representa una reducción del
17,85 % frente al periodo anterior.



Los casos prevalentes de HTA
aumentaron **7,29 %**
con respecto al periodo anterior,
alcanzando un total de
6.703.467.



La región Caribe presentó la IE más alta, seguida
por Bogotá, D. C.



La prevalencia cruda de HTA fue 12,69 casos
por cada 100 habitantes.



La edad promedio de los casos prevalentes fue
de 64,04 años (DE $\pm$ 14,75) y el 59,72 %
correspondió a mujeres (n= 4.002.999).



La región Central y Bogotá, D. C., presentaron
las PE más altas.



La tasa de mortalidad por todas las causas en las
personas con diagnóstico de HTA fue de 257,19
defunciones por cada 100.000 habitantes.



El 52,77 % (n= 71.708) de los fallecimientos
ocurrió en mujeres.

La edad promedio al momento de defunción fue de

79,00 años (DE $\pm$ 12,67).

[Descargar infografía](#)

HTA: hipertensión arterial.
DE: desviación estándar.
IE: incidencia estandarizada.
PE: prevalencia estandarizada.



1. Población con hipertensión arterial

1.1. Incidencia de la hipertensión arterial

Durante el periodo de estudio se notificaron a la CAC 177.360 casos nuevos de HTA, lo que representa una disminución del 17,41 % con respecto al 2024. Del total de casos incidentes, el 55,51 % correspondió a mujeres (n= 98.446). La edad promedio de los casos fue de 56,20 años (DE $\pm$ 14,17), lo que evidencia que la ocurrencia de los nuevos diagnósticos se concentra principalmente en la población adulta y de mediana edad.

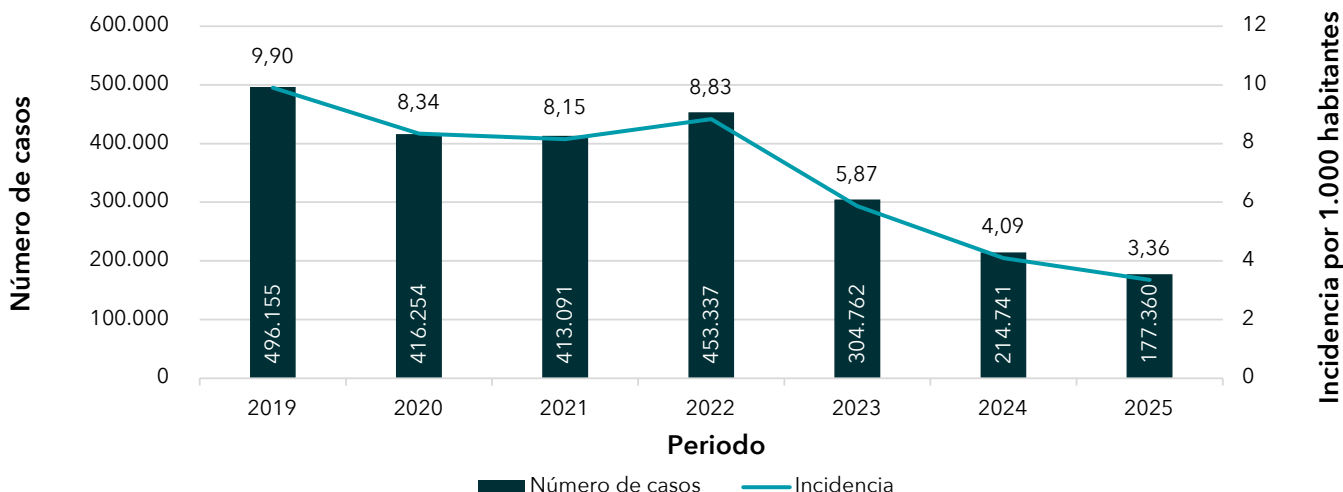
Desde 2022 se observó una tendencia sostenida a la disminución en el número de casos incidentes de HTA. En 2025, la incidencia cruda fue de 3,36 casos por cada 1.000 habitantes, lo que representa una reducción del 17,85 % frente al periodo anterior (**figura 5**). No obstante, esta disminución debe interpretarse con cautela, considerando las posibles limitaciones existentes en la oportunidad del reporte de los casos incidentes al registro. Con el propósito de explorar este comportamiento, se revisaron los registros notificados por primera vez como prevalentes en 2025 y se identificó que una proporción importante correspondía a personas diagnosticadas en periodos previos, cuyos casos no habían sido reportados oportunamente como incidentes. Al reclasificar estos casos según el periodo real de diagnóstico y recalcular la incidencia, se evidenció una subestimación de los casos incidentes en años anteriores.

El mayor impacto se observó en 2019, periodo en el cual se identificaron 181.364 casos incidentes de HTA no reportados oportunamente. Como resultado, la incidencia pasó de 9,90 a 13,52 casos por cada 1.000 habitantes, lo que representó una variación del 36,55 %. Este hallazgo es consistente con el mayor tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el primer reporte al momento del registro, el cual está estimado en seis años.

Entre 2019 y 2024 se evidenció una disminución progresiva en el número de casos incidentes no reportados, pasando de 181.364 a 54.118 casos. De manera paralela, la variación porcentual entre la incidencia observada y la recalculada también mostró una tendencia a la reducción, alcanzando el 25,20 % en 2024. Este comportamiento podría reflejar una mejora gradual en la oportunidad del reporte o, alternatively, el menor tiempo disponible para identificar notificaciones tardías en los periodos más recientes. Sin embargo, incluso en 2024, la incidencia recalculada continuó siendo superior a la observada (5,13 frente a 4,09 casos por cada 1.000 habitantes), lo que indica que persiste un nivel de subregistro que debe considerarse al interpretar las tendencias epidemiológicas.

En conjunto, estos resultados sugieren que la disminución reciente de la incidencia de HTA podría estar explicada, al menos parcialmente, por retrasos en la notificación de los casos al registro.

Figura 5. Tasa de incidencia cruda de la HTA, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

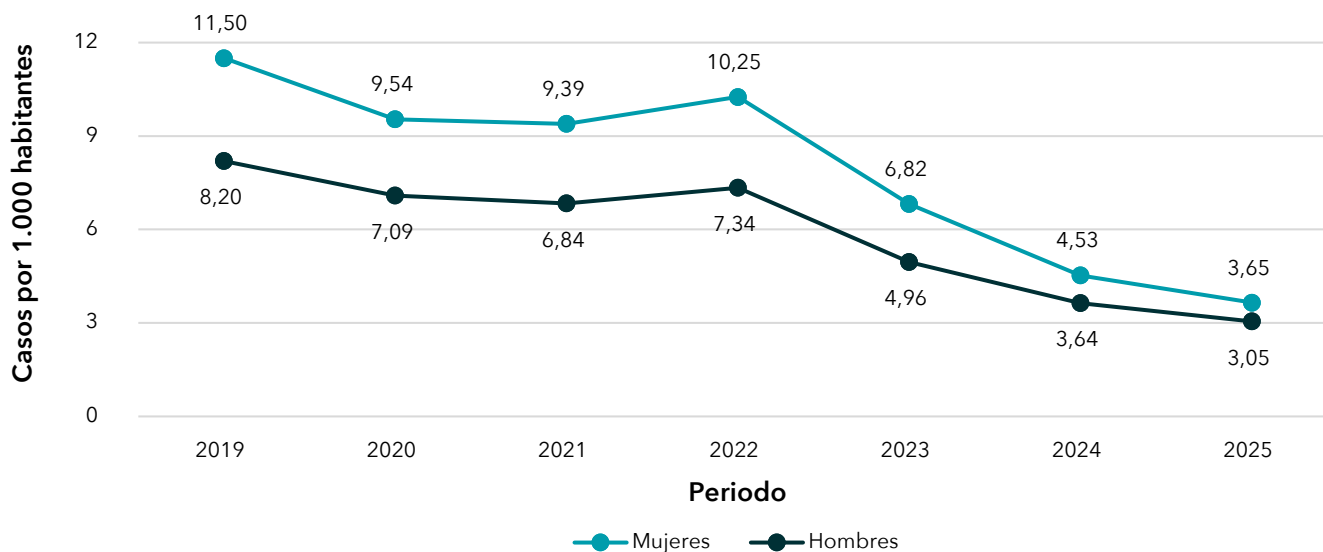
Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con hipertensión arterial

www.cuentarealtafcosta.gov.co

La incidencia cruda de HTA fue mayor en las mujeres que en los hombres, con valores de 3,65 y 3,05 casos por cada 1.000 habitantes, respectivamente (**figura 6**).

Figura 6. Tasa de incidencia cruda de la HTA según el sexo, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

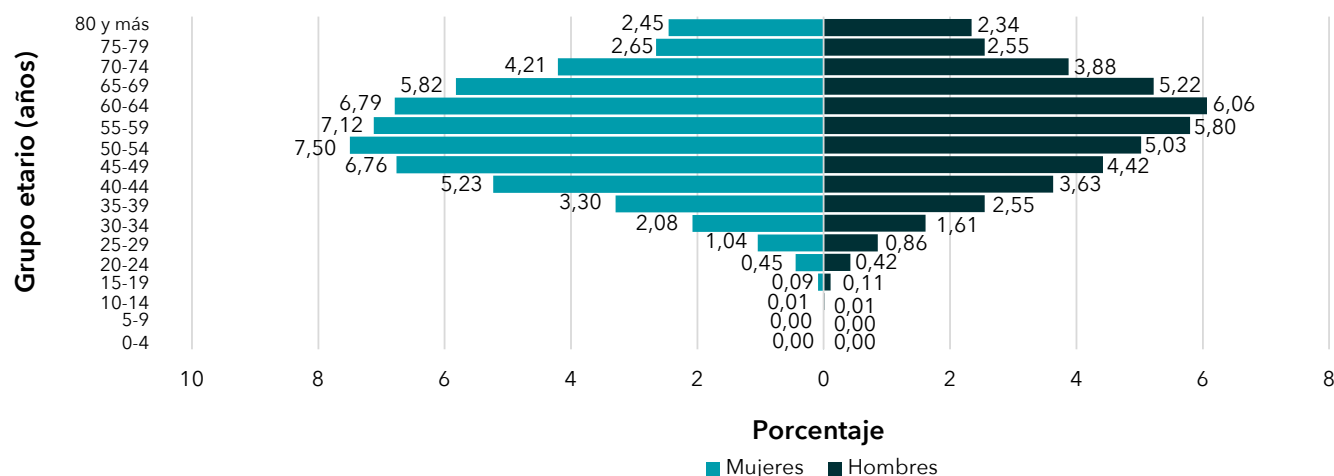
En ambos sexos, la mayor proporción de casos incidentes se observó entre los 40 y los 69 años. En las mujeres el pico ocurre entre los 45 y los 59 años, mientras que en los hombres la mayor concentración se presentó entre los 55 y los 69 años. Esto indica que la carga de nuevos diagnósticos aparece en edades más tempranas en las mujeres, mientras que en los hombres se desplaza hacia grupos de mayor edad.

A partir de los 65 años se evidenció una disminución progresiva de la proporción de casos incidentes en ambos sexos; sin embargo, esta reducción es más lenta en las mujeres, quienes mantuvieron proporciones superiores a las observadas en los hombres incluso a partir de los 70 años. En contraste, en los menores de 30 años la frecuencia de casos incidentes de HTA fue baja en ambos sexos (**figura 7**).



Le invitamos a visitar la página web de la Cuenta de Alto Costo, seleccionar el aplicativo **HIGIA** y consultar la información demográfica detallada relacionada con la incidencia y las pirámides poblacionales.

Figura 7. Pirámide poblacional de los casos incidentes de HTA, Colombia 2025



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos incidentes de HTA.

[Descargar figura](#)



Al desagregar por región, la Caribe continúa teniendo la mayor incidencia estandarizada (IE). En la Central se observó una disminución importante respecto al periodo anterior, pasando de 4,69 a 2,96 por cada 1.000 habitantes (**tabla 5**). Según el departamento, Sucre (IE= 5,29; IC 95 %: 5,15 - 5,44) y Bolívar (IE= 4,97; IC 95 %: 4,88 - 5,07) tuvieron los resultados más altos.

Tabla 5. Tasa de incidencia de la HTA por 1.000 habitantes según la región, Colombia 2025

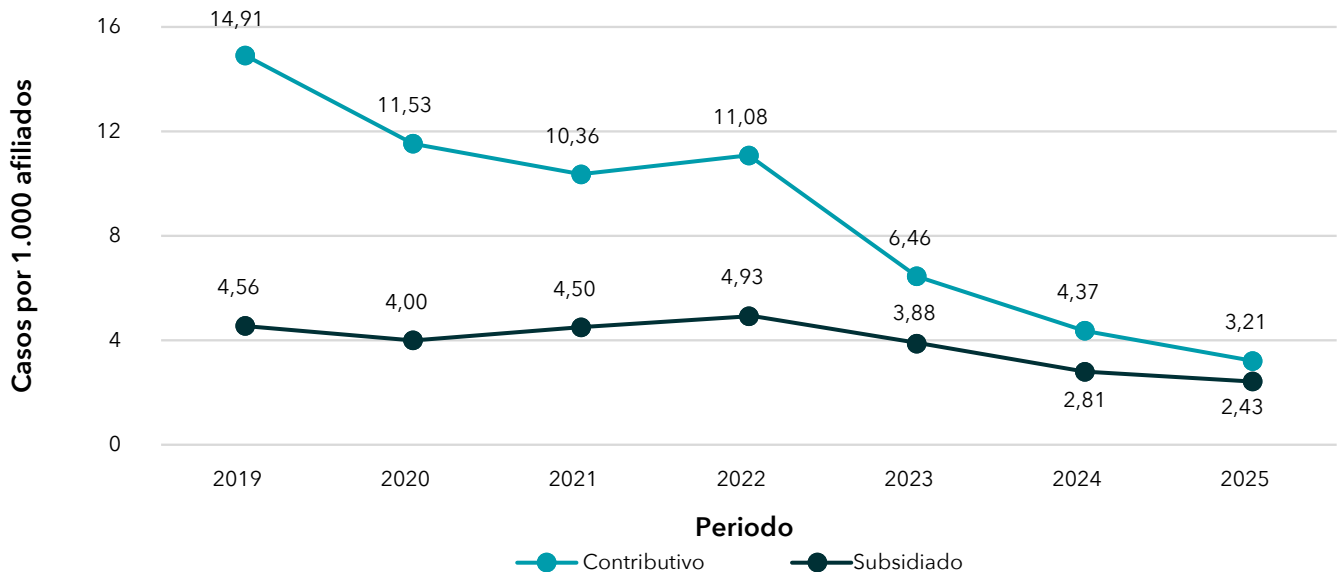
Región	Casos nuevos	Denominador DANE	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ¹	IC 95 % ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	3.230	1.555.038	2,08	2,51	2,43	2,60
Bogotá, D. C.	29.155	7.930.764	3,68	3,14	3,10	3,17
Caribe	51.904	12.203.815	4,25	4,43	4,39	4,47
Central	42.939	12.527.435	3,43	2,96	2,93	2,99
Oriental	29.133	10.027.796	2,91	2,58	2,55	2,61
Pacífica	20.999	8.590.636	2,44	2,17	2,14	2,20
Nacional	177.360	52.835.483	3,36	3,06	3,05	3,08

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95 % para la incidencia estandarizada.

De acuerdo con el régimen del aseguramiento, la disminución de la IE fue más marcada en el régimen contributivo, donde pasó de 11,08 por cada 1.000 afiliados (IC 95 %: 11,05 - 11,12) en 2022 a 3,21 (IC 95 %: 3,19 - 3,23) en 2025. En el régimen subsidiado, la reducción fue menos pronunciada, al pasar de 4,93 por cada 1.000 afiliados (IC 95 %: 4,90 - 4,96) a 2,43 (IC 95 %: 2,41 - 2,45), durante los mismos periodos (**figura 8**). Según la EAPB, la EAS016 presentó la mayor IE, con 8,87 casos por cada 1.000 afiliados (IC 95 %: 5,52 - 15,35), seguida de la EPS048, con 8,59 casos por cada 1.000 afiliados (IC 95 %: 8,14 - 9,06).

Figura 8. Tasa de incidencia estandarizada de la HTA según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025



La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

[Descargar figura](#)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

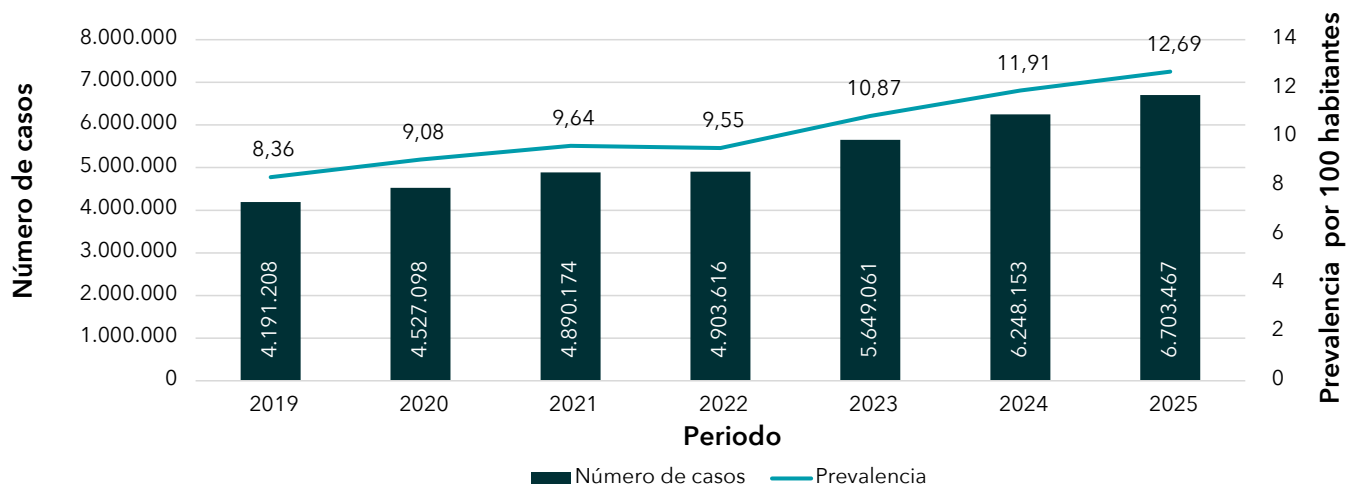
Población con hipertensión arterial

www.enfermedadrenal.org

1.2. Prevalencia de la hipertensión arterial

Los casos prevalentes de HTA aumentaron 7,29 % con respecto al periodo anterior, alcanzando un total de 6.703.467 casos. Esto correspondió a una prevalencia cruda de 12,69 casos por cada 100 habitantes (**figura 9**). Del total de casos prevalentes, el 59,72 % correspondió a mujeres (n= 4.002.999). La edad promedio de los casos fue de 64,04 años (DE $\pm$ 14,75), lo que evidencia que la HTA continúa concentrándose principalmente en la población adulta mayor.

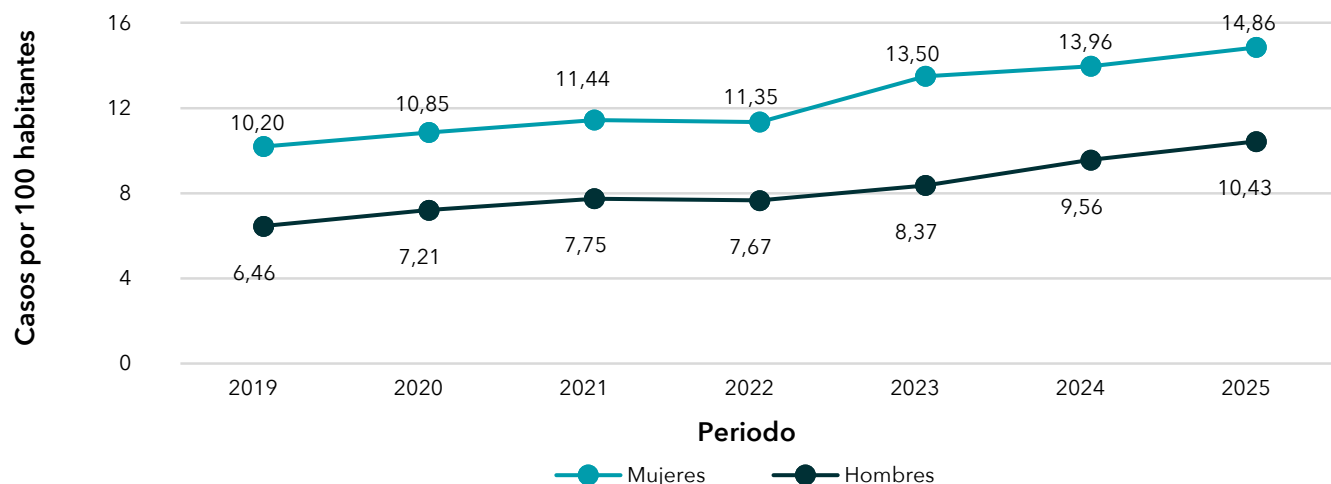
Figura 9. Prevalencia cruda de la HTA, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

Según el sexo, la prevalencia cruda aumentó en ambos grupos; sin embargo, el incremento fue mayor en los hombres (9,08 %) comparado con las mujeres (6,40 %) (**figura 10**).

Figura 10. Prevalencia cruda de la HTA según el sexo, Colombia 2019 - 2025

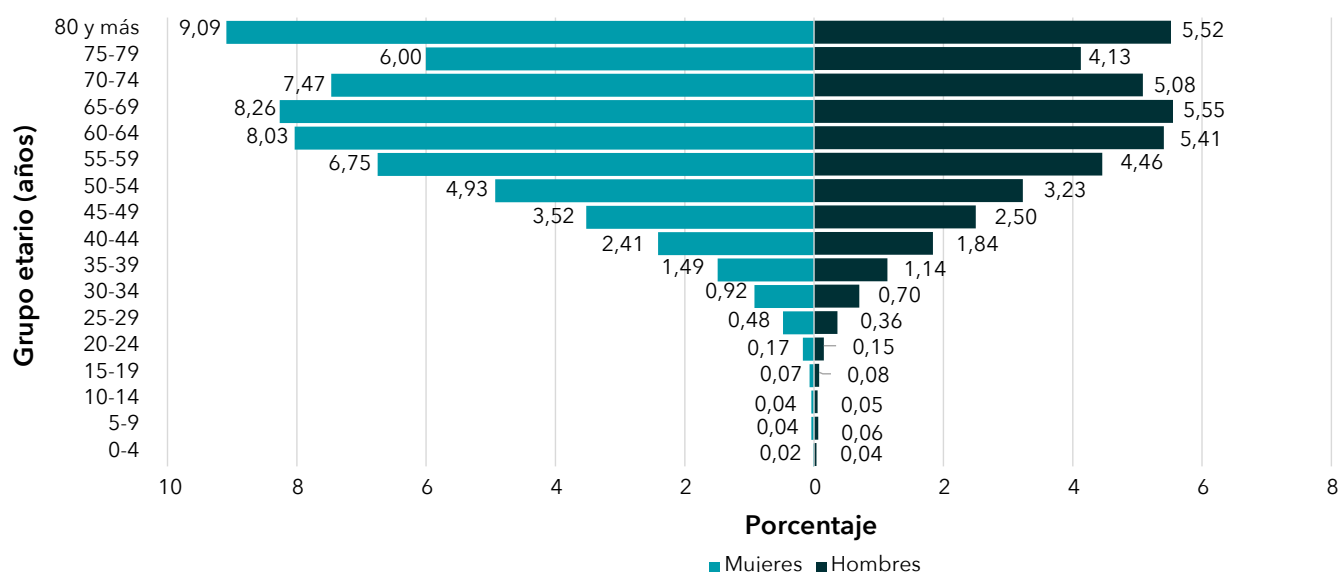


[Descargar figura](#)

En ambos sexos se presentó una mayor proporción de casos prevalentes en los grupos de mayor edad, con un incremento progresivo a partir de los 40 años y un aumento más pronunciado después de los 60 años. En las mujeres, la frecuencia comenzó a aumentar entre los 40 y los 44 años (2,41 %) y continuó de manera sostenida hasta alcanzar su valor máximo en el grupo de 80 años y más (9,09 %). En los hombres, el comportamiento es similar, aunque con menores magnitudes, alcanzando el mayor porcentaje entre los 65 y los 69 años (5,55 %) y manteniéndose elevado en los grupos de mayor edad (**figura 11**).



Figura 11. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de HTA, Colombia 2025



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos prevalentes de HTA.

[Descargar figura](#)

Según la región de residencia, la región Central y Bogotá, D. C., continuaron presentando las prevalencias estandarizadas (PE) más altas (**tabla 6**). A nivel departamental, Atlántico registró la PE más alta (PE= 13,94; IC 95 %: 13,89 - 13,98), seguido de Bolívar (PE= 13,45; IC 95 %: 13,40 - 13,49).

Tabla 6. Prevalencia de la HTA por 100 habitantes según la región, Colombia 2025

Región	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95 % ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	91.234	1.555.038	5,87	7,29	7,25	7,34
Bogotá, D. C. ³	1.159.930	7.943.353	14,60	11,97	11,94	11,99
Caribe	1.403.323	12.203.815	11,50	11,70	11,68	11,72
Central	1.916.037	12.527.435	15,29	12,11	12,09	12,12
Oriental	1.062.646	10.027.796	10,60	8,95	8,93	8,97
Pacífica	1.070.297	8.590.636	12,46	10,17	10,15	10,19
Nacional	6.703.467	52.835.483	12,69	10,96	10,95	10,97

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95 % para la prevalencia estandarizada.

³ En la categoría de 80 años y más, la cantidad de los casos prevalentes de HTA fue mayor que el número de personas proyectadas por el DANE. En consecuencia, para poder realizar la estandarización fue necesario sumar un excedente de 12.589 personas en el denominador, lo que explica que este sea mayor al reportado en otros apartados de este libro.

En cuanto al régimen del aseguramiento (**figura 12**), la PE fue mayor en el contributivo, con 11,67 casos por cada 100 afiliados (IC 95 %: 11,66 - 11,68), lo que representa un aumento del 1,73 % respecto al periodo anterior. En el subsidiado, fue de 8,31 por cada 100 afiliados (IC 95 %: 8,30 - 8,32), con un incremento del 2,11 %. Por su parte, según la EAPB, la EAS027 presentó la mayor PE, con 19,82 casos por cada 100 afiliados (IC 95 %: 18,64 - 21,07), seguida de la EAS016, con 15,36 por cada 100 afiliados (IC 95 %: 13,93 - 16,99).



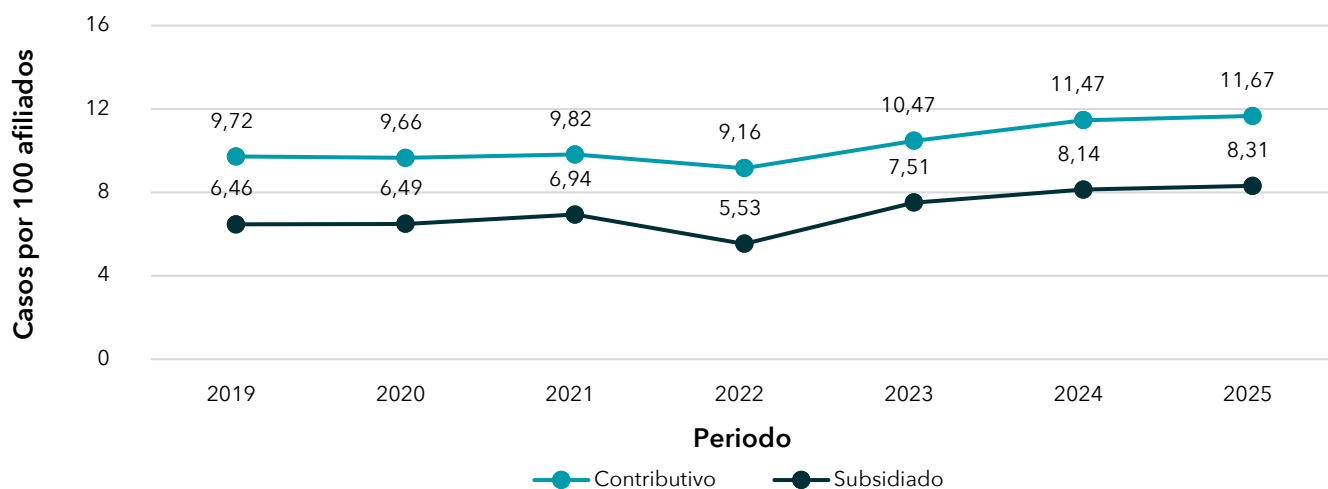
En **HIGIA** podrá consultar en detalle los resultados demográficos y por el aseguramiento.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con hipertensión arterial

www.enfermedadrenal.org

Figura 12. Prevalencia estandarizada de la HTA según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025



La población de referencia correspondió a la población estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

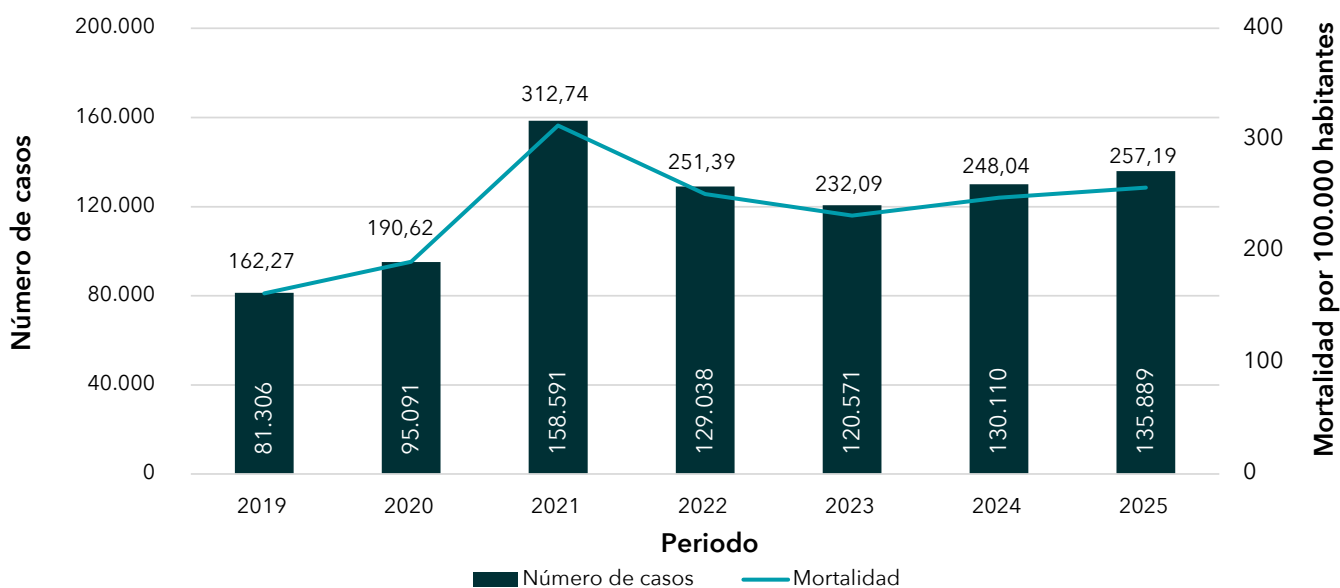
[Descargar figura](#)

1.3. Mortalidad por todas las causas en la población con hipertensión arterial

En 2025, la mortalidad por todas las causas en las personas con diagnóstico de HTA fue de 257,19 defunciones por cada 100.000 habitantes, lo que representa un aumento del 3,69 % respecto a 2024. En total se registraron 135.884 fallecimientos, de los cuales el 52,77 % ($n= 71.708$) correspondió a mujeres. La edad promedio al momento de la defunción fue de 79,00 años ($DE \pm 12,67$), lo que evidencia que la mortalidad se concentra principalmente en los adultos mayores.

La mortalidad cruda retomó la tendencia ascendente observada antes de 2021, alcanzando 257,19 defunciones por cada 100.000 habitantes (**figura 13**).

Figura 13. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en las personas con HTA, Colombia 2019 - 2025

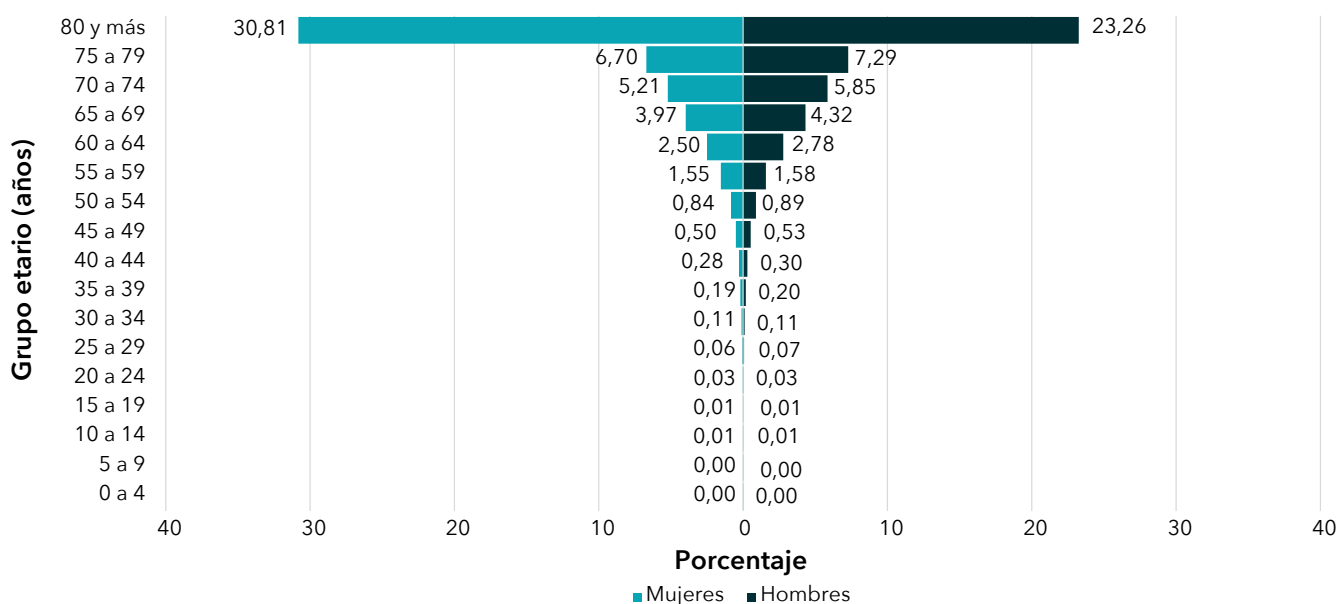


[Descargar figura](#)



En ambos sexos, la mayor proporción de fallecimientos se presentó en el grupo de 80 años y más. Este patrón sugiere que la mortalidad en las personas con HTA está fuertemente asociada al envejecimiento. En los grupos de edad más avanzada se observó una mayor proporción de fallecimientos en las mujeres, lo que probablemente refleja su mayor supervivencia y representación en estos grupos etarios (**figura 14**).

Figura 14. Pirámide poblacional de los casos fallecidos con diagnóstico de HTA, Colombia 2025



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos fallecidos con diagnóstico de HTA.

[Descargar figura](#)

Según el territorio, la región Central y Bogotá, D. C., continúan teniendo las tasas de mortalidad estandarizada (TME) más altas (**tabla 7**). En cuanto a los departamentos, Atlántico registró la TME más alta, con 239,25 defunciones por cada 100.000 habitantes (IC 95 %: 233,94 - 244,66), seguido de Caquetá, con 238,34 por cada 100.000 habitantes (IC 95 %: 223,01 - 254,44).

Tabla 7. Mortalidad por todas las causas en las personas con HTA por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2025

Región	Casos fallecidos	Denominador DANE	Tasa de mortalidad cruda	Tasa de mortalidad estandarizada ¹	IC 95 % ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	1.950	1.555.038	125,40	162,43	155,29	169,80
Bogotá, D. C.	21.689	7.930.764	273,48	213,84	211,00	216,72
Caribe	25.452	12.203.815	208,56	200,88	198,42	203,37
Central	39.888	12.527.435	318,41	220,29	218,12	222,48
Oriental	23.459	10.027.796	233,94	176,56	174,30	178,85
Pacífica	23.451	8.590.636	272,98	189,51	187,07	191,99
Nacional	135.889	52.835.483	257,19	200,34	199,27	201,41

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95 % para la tasa de mortalidad estandarizada.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con hipertensión arterial

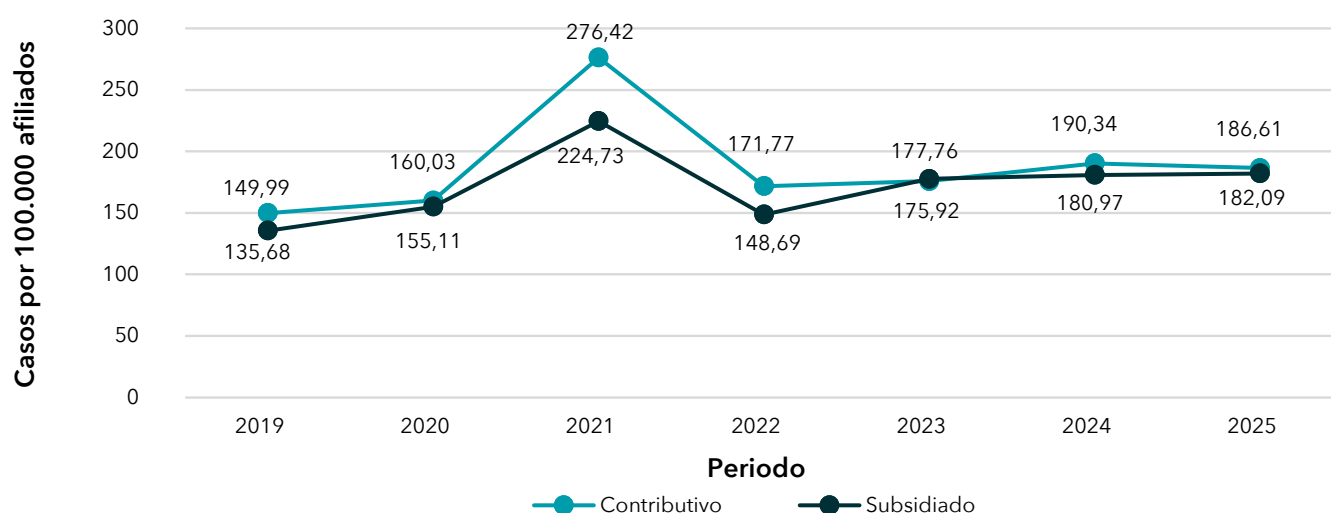
www.enfermedadesrenales.org

En el contexto del aseguramiento, el régimen contributivo presentó una TME de 186,61 defunciones por cada 100.000 afiliados (IC 95 %: 185,29 - 187,93), mientras que en el régimen subsidiado fue de 182,09 (IC 95 %: 180,56 - 183,63). Aunque las diferencias entre regímenes fueron pequeñas, la mortalidad fue ligeramente mayor en la población afiliada al régimen contributivo (**figura 15**). Según la EAPB, la EAS027 presentó la mayor TME, con 398,23 defunciones por cada 100.000 afiliados (IC 95 %: 235,21 - 666,88), seguida de la EPSS34, con 258,84 (IC 95 %: 251,66 - 266,21).



La desagregación demográfica y del aseguramiento de estos valores están disponibles para consulta en la plataforma **HIGIA**.

Figura 15. Tasa de mortalidad estandarizada por todas las causas en las personas con HTA según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025



La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

[Descargar figura](#)

Respecto a las causas de muerte, del total de personas fallecidas con diagnóstico de HTA, el 2,21 % (n= 3.007) falleció por enfermedad cardiovascular, el 0,72 % (n= 982) por causas infecciosas, el 0,24 % (n= 324) por cáncer y el 0,20 % (n= 270) por ERC. Adicionalmente, el 10,30% (n= 13.997) falleció por otras causas. Sin embargo, el 86,33 % (n= 117.309) de los casos no contaba con información sobre la causa de muerte, lo que limita la interpretación específica de la mortalidad y resalta la necesidad de fortalecer la calidad y completitud de este dato en las fuentes de información.

2

Población con
diabetes mellitus

RESUMEN infográfico

Población con diabetes mellitus

2

1° de julio de 2024 al 30 de junio de 2025



En 2025, se notificaron **74.245** casos nuevos de DM, lo que representa una disminución del 13,56 % con respecto al periodo anterior.

La edad promedio de los casos incidentes fue de **58,90 años** (DE $\pm 14,15$) y el **57,80 %** correspondió a mujeres (n= 42.911).

En 2025, la incidencia cruda fue de **1,41 casos** por cada 1.000 habitantes, lo que representa una reducción del 14,18 % frente al periodo anterior.



En ambos sexos, la mayor proporción de casos incidentes de DM se concentró entre los 50 y los 69 años.



Los casos prevalentes de DM aumentaron 9,30 %, alcanzando un total de 2.541.648 personas.



La prevalencia cruda fue de 4,81 casos por cada 100 habitantes, lo que representa un incremento del 8,51 % con respecto al periodo anterior.



En ambos sexos, la mayor proporción de casos prevalentes se observó entre los 60 y los 69 años.



Los fallecimientos por todas las causas en las personas con DM aumentaron 14,01 %, alcanzando 58.184 casos.



La mortalidad cruda fue 110,12 por cada 100.000 habitantes, lo que corresponde a un aumento del 13,20 % con respecto al periodo anterior.

La distribución de los casos fallecidos con diagnóstico de DM mostró una marcada concentración en los grupos de mayor edad, especialmente a partir de los **70 años**.

DM: diabetes mellitus.
DE: desviación estándar.

[Descargar infografía](#)



2. Población con diabetes mellitus

2.1. Incidencia de la diabetes mellitus

En 2025, se notificaron 74.245 casos nuevos de DM, lo que representa una disminución del 13,56 % con respecto al periodo anterior. Del total de casos incidentes, el 57,80 % correspondió a mujeres (n= 42.911). La edad promedio de los casos fue de 58,90 años (DE $\pm$ 14,15), lo que indica que la ocurrencia de nuevos diagnósticos se concentra principalmente en la población adulta y de mediana edad.

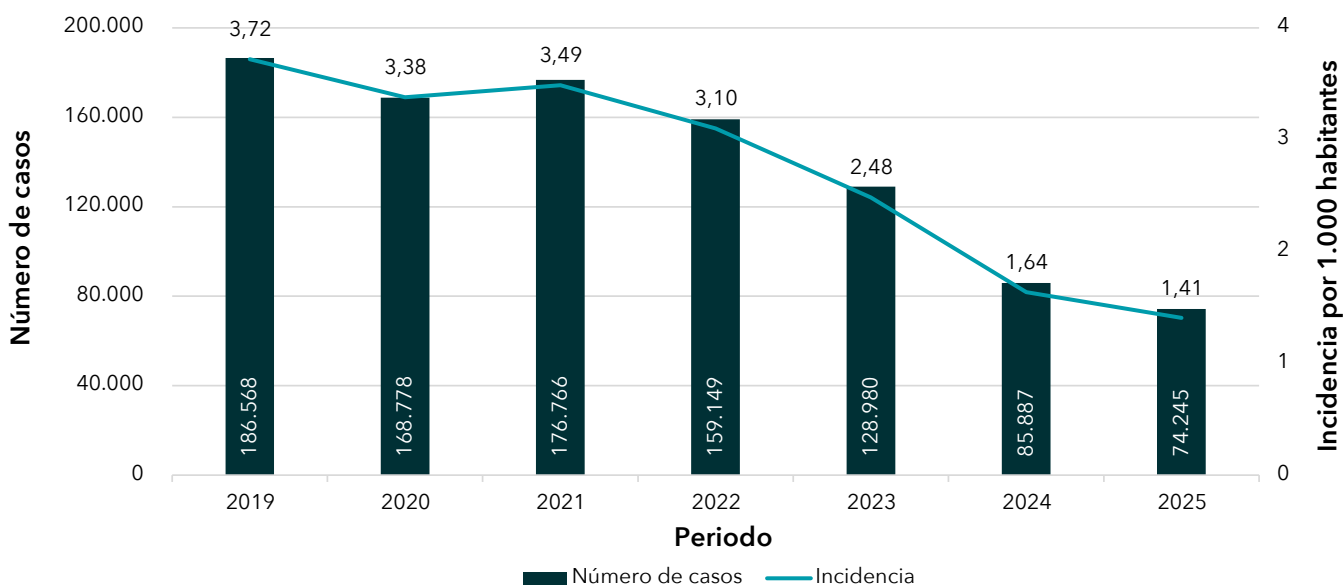
Desde 2021 se observa una tendencia sostenida a la disminución en el número de casos incidentes registrados de DM. En 2025, la incidencia cruda fue de 1,41 casos por cada 1.000 habitantes, lo que representa una reducción del 14,18 % frente al periodo anterior (**figura 16**). Sin embargo, al igual que en la HTA, esta disminución debe interpretarse con cautela, debido a las posibles limitaciones existentes en la oportunidad del reporte de los casos incidentes al registro. Al comparar la incidencia observada con la incidencia recalculada e incorporando los casos diagnosticados en periodos previos pero reportados tardíamente, se evidenció una subestimación de la incidencia en todos los años analizados.

El mayor impacto se presentó en 2022, ya que se identificaron 78.777 casos incidentes no reportados oportunamente. Al incluirlos, la incidencia aumentó de 3,10 a 4,64 casos por cada 1.000 habitantes, con una variación porcentual del 49,50 %. También se observó un impacto relevante en 2019, con una variación del 43,85 %, consistente con el mayor tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el primer reporte al registro.

Entre 2019 y 2024, los casos incidentes no reportados disminuyeron de 81.809 a 26.889. No obstante, incluso en 2024, la incidencia recalculada fue superior a la observada (2,15 frente a 1,64 por cada 1.000 habitantes), lo que indica la persistencia del subregistro.

Estos hallazgos sugieren que la incidencia de la DM subestima la magnitud real de los nuevos diagnósticos. Por tanto, la aparente disminución reciente debe interpretarse con cautela, considerando los retrasos en la notificación y el menor tiempo disponible para identificar reportes tardíos en los años más recientes.

Figura 16. Tasa de incidencia cruda de la DM, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

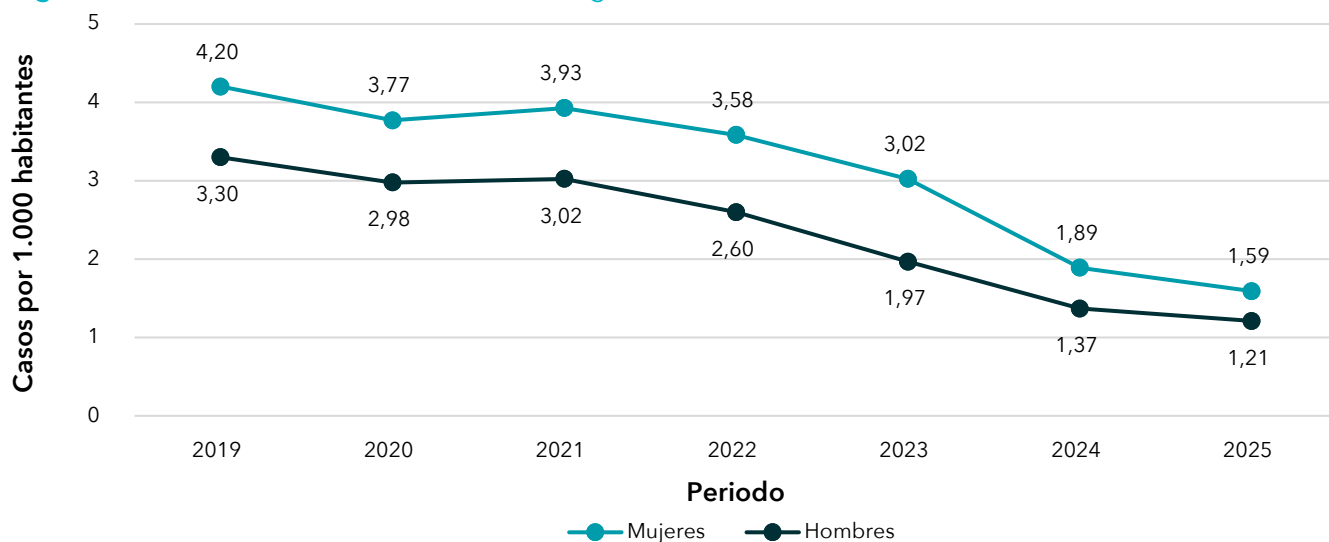
Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con diabetes mellitus

www.ebntarealibros.com

La incidencia cruda de la DM fue mayor en las mujeres que en los hombres, con valores de 1,59 y 1,21 casos por cada 1.000 habitantes, respectivamente (**figura 17**).

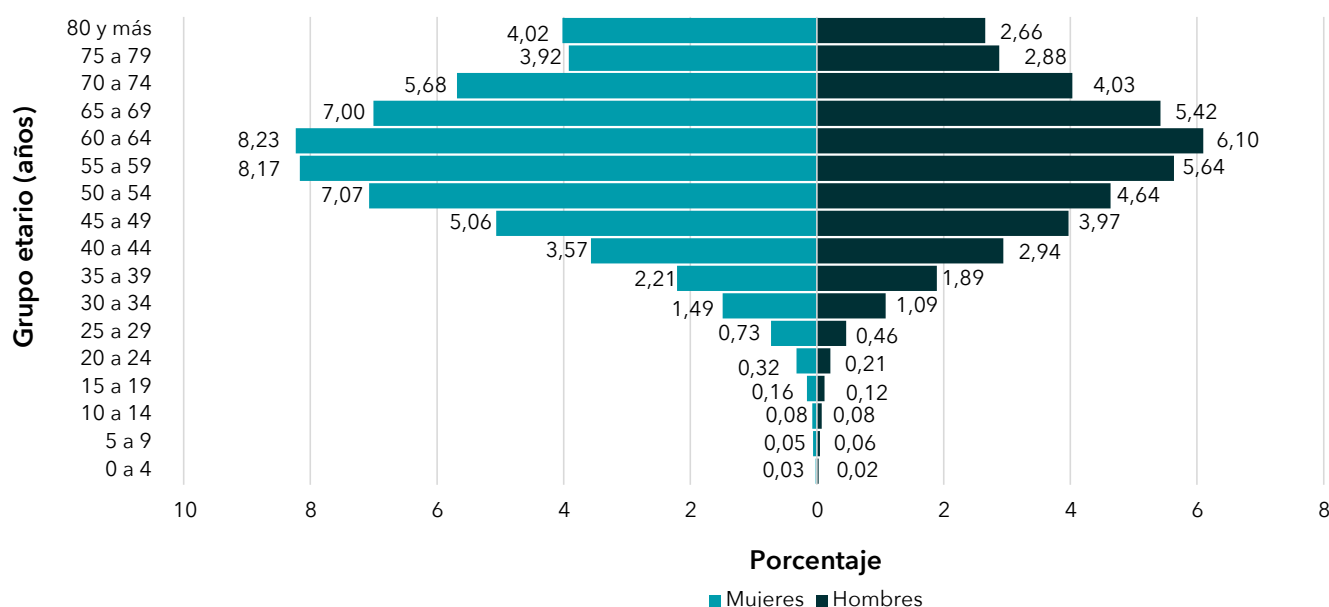
Figura 17. Tasa de incidencia cruda de la DM según el sexo, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

En ambos sexos, la mayor proporción de casos incidentes de DM se concentró entre los 50 y los 69 años, con un pico más marcado en el grupo de 55 a 64 años, lo que evidencia una mayor ocurrencia del diagnóstico en edades medias y avanzadas de la adultez. Además, a partir de los 65 años, la proporción de casos incidentes de DM disminuyó gradualmente en ambos sexos. No obstante, este descenso es menos pronunciado en las mujeres. Por su parte, en la población menor de 30 años, la frecuencia de casos incidentes fue baja en ambos sexos, lo que indica una menor ocurrencia de nuevos diagnósticos en los grupos más jóvenes (**figura 18**).

Figura 18. Pirámide poblacional de los casos incidentes de DM, Colombia 2025



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos incidentes de DM.

[Descargar figura](#)



Según la región de residencia, la Caribe y Bogotá, D. C., presentaron las IE más altas. En contraste, la región Central mostró una disminución importante frente al periodo anterior, ya que pasó de 1,70 a 1,14 casos por cada 1.000 habitantes (**tabla 8**). De acuerdo con el departamento, Córdoba (IE= 2,07; IC 95 %: 2,01 - 2,14) y Guainía (IE= 2,07; IC 95 %: 1,62 - 2,59) registraron las IE más altas del país.



Le invitamos a visitar la página web de la Cuenta de Alto Costo, seleccionar el aplicativo **HIGIA** y consultar la información demográfica detallada relacionada con la incidencia y las pirámides poblacionales.

Tabla 8. Tasa de incidencia de la DM por 1.000 habitantes según la región, Colombia 2025

Región	Casos nuevos	Denominador DANE	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ¹	IC 95 % ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	1.517	1.555.038	0,98	1,18	1,12	1,24
Bogotá, D. C.	12.363	7.930.764	1,56	1,31	1,28	1,33
Caribe	20.420	12.203.815	1,67	1,74	1,71	1,76
Central	17.195	12.527.435	1,37	1,14	1,13	1,16
Oriental	12.911	10.027.796	1,29	1,13	1,11	1,15
Pacífica	9.839	8.590.636	1,15	0,98	0,96	1,00
Nacional	74.245	52.835.483	1,41	1,26	1,25	1,27

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

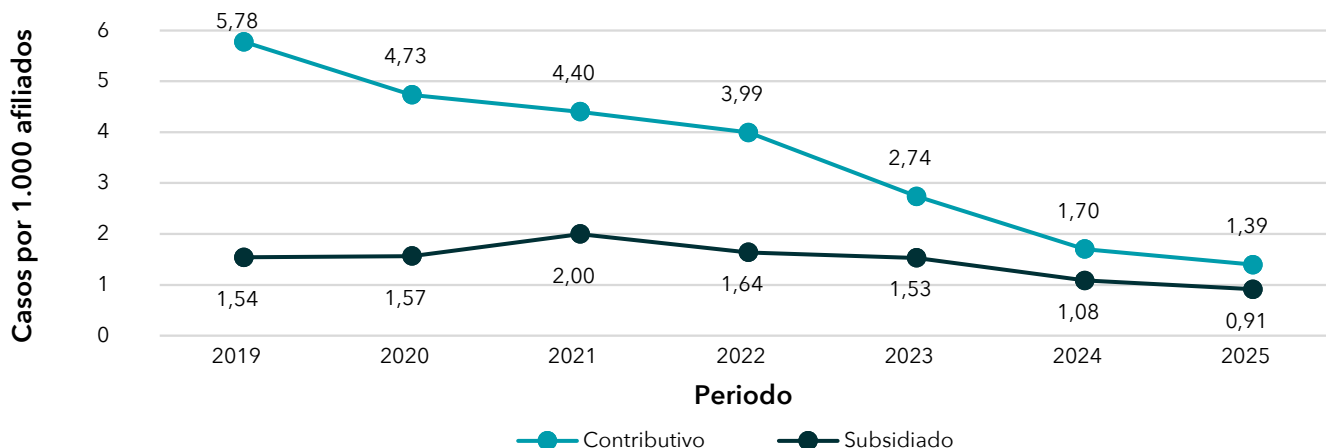
² Intervalo de confianza al 95 % para la incidencia estandarizada.

De acuerdo con el régimen del aseguramiento, la disminución de la IE ha sido más marcada en el contributivo, pasando de 3,99 por cada 1.000 afiliados (IC 95 %: 3,97 - 4,01) en 2022 a 1,39 (IC 95 %: 1,38 - 1,41) en 2025. Por su parte, en el subsidiado, la reducción fue menos pronunciada, ya que pasó de 1,64 por cada 1.000 afiliados (IC 95 %: 1,62 - 1,65) a 0,91 (IC 95 %: 0,90 - 0,92) (**figura 19**). De acuerdo con la EAPB, la EPS048 presentó la mayor IE con 3,75 casos por cada 1.000 afiliados (IC 95 %: 3,45 - 4,06), seguida de la EPS046, con 3,17 casos (IC 95 %: 2,78 - 3,61).



Consulte en **HIGIA** los resultados detallados en el contexto del aseguramiento.

Figura 19. Tasa de incidencia estandarizada de la DM según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025



La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

[Descargar figura](#)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con diabetes mellitus

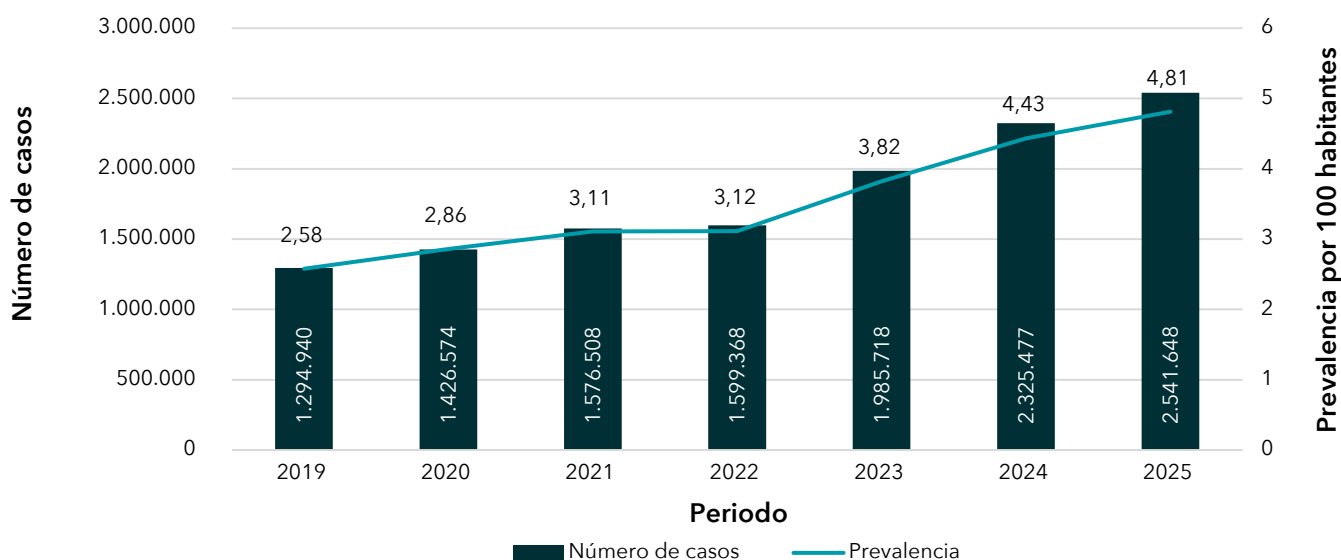
www.enfermedadesrenales.org

2.2. Prevalencia de la diabetes mellitus

Entre el 1° de julio de 2024 y el 30 de junio de 2025, los casos prevalentes de DM aumentaron en un 9,30 %, alcanzando un total de 2.541.648 personas. Del total de los casos, el 60,42 % correspondió a mujeres (n= 1.535.654). La edad promedio de los casos fue de 65,13 años (DE $\pm$ 13,73).

La prevalencia cruda fue 4,81 casos por cada 100 habitantes, lo que representa un incremento del 8,51 % con respecto al periodo anterior. Así mismo, se mantiene la tendencia creciente observada desde 2022 (**figura 20**).

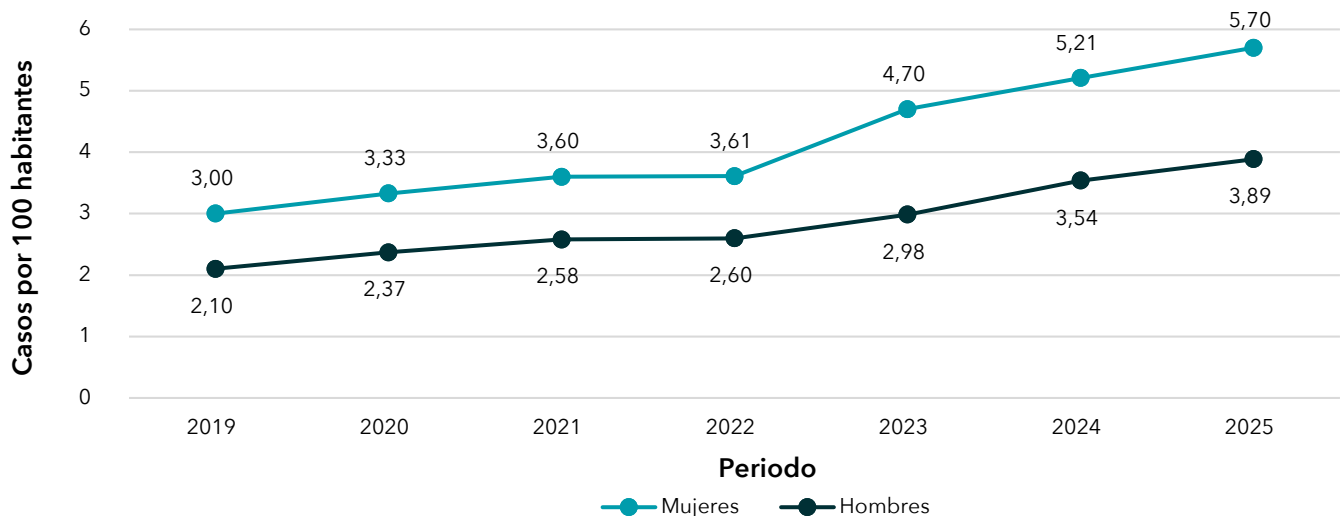
Figura 20. Prevalencia cruda de la DM, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

La prevalencia cruda por sexo continuó siendo mayor en las mujeres. En este grupo se observó un incremento del 9,43 % frente al periodo anterior, mientras que en los hombres el aumento fue del 9,83 % (**figura 21**). A pesar de que el crecimiento relativo fue ligeramente mayor en los hombres, las mujeres mantienen la prevalencia más elevada.

Figura 21. Prevalencia cruda de la DM según el sexo, Colombia 2019 - 2025



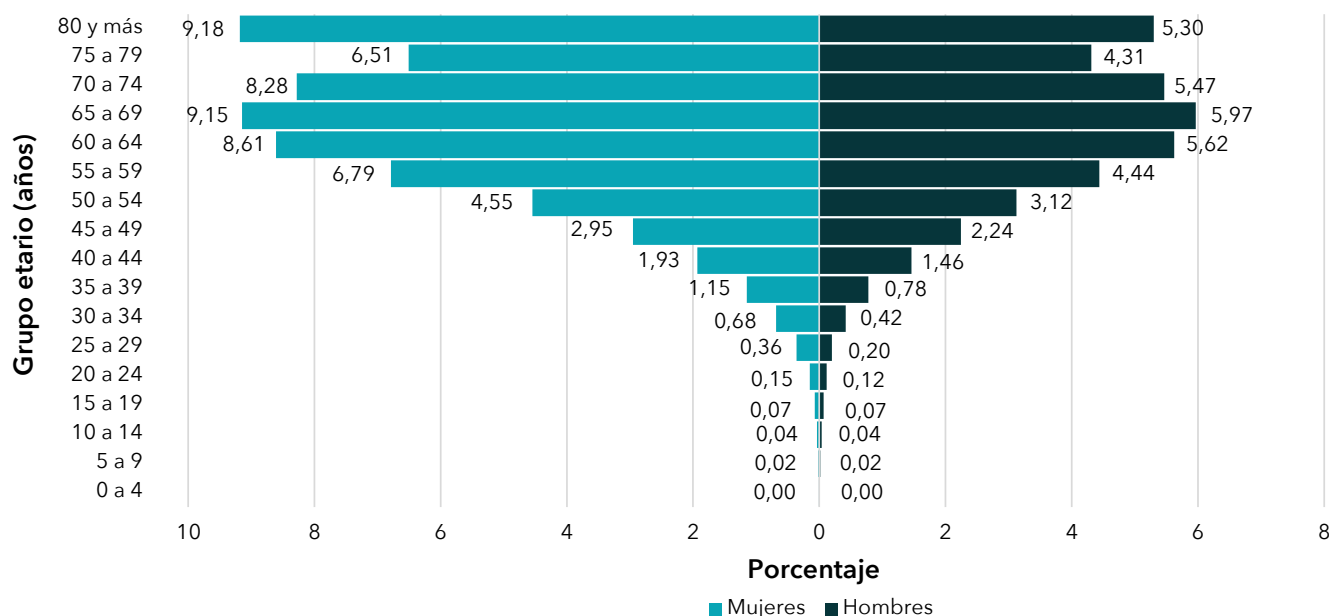
[Descargar figura](#)



La distribución de los casos prevalentes de DM mostró una clara concentración en los grupos de mayor edad, especialmente a partir de los 55 años. En ambos sexos, la mayor proporción de casos se observó entre los 60 y los 69 años; sin embargo, las mujeres presentaron una participación más alta que los hombres en los grupos de edad avanzada (**figura 22**).

Por el contrario, en los menores de 40 años la proporción de casos prevalentes fue baja en ambos sexos y decreció progresivamente a medida que disminuía la edad, con valores inferiores al 1 % en los menores de 35 años. Este patrón evidencia que la carga de la DM se concentra principalmente en la población adulta mayor, especialmente en las mujeres.

Figura 22. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de DM, Colombia 2025



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos prevalentes de DM.

[Descargar figura](#)

Según la región de residencia, Bogotá, D. C., y la Caribe presentaron las PE más altas (**tabla 9**). Del mismo modo, los departamentos de Atlántico (PE= 5,13; IC 95 %: 5,10 - 5,15) y Bolívar (PE= 5,05; IC 95 %: 5,02 - 5,08) registraron los valores de PE más elevados del país.

Tabla 9. Prevalencia de la DM por 100 habitantes según la región, Colombia 2025

Región	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95 % ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	41.009	1.555.038	2,64	3,28	3,25	3,31
Bogotá, D. C.	436.105	7.930.764	5,50	4,51	4,49	4,52
Caribe	518.282	12.203.815	4,25	4,32	4,31	4,33
Central	670.715	12.527.435	5,35	4,15	4,14	4,16
Oriental	441.579	10.027.796	4,40	3,71	3,69	3,72
Pacífica	433.958	8.590.636	5,05	4,10	4,08	4,11
Nacional	2.541.648	52.835.483	4,81	4,12	4,12	4,13

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95 % para la prevalencia estandarizada.

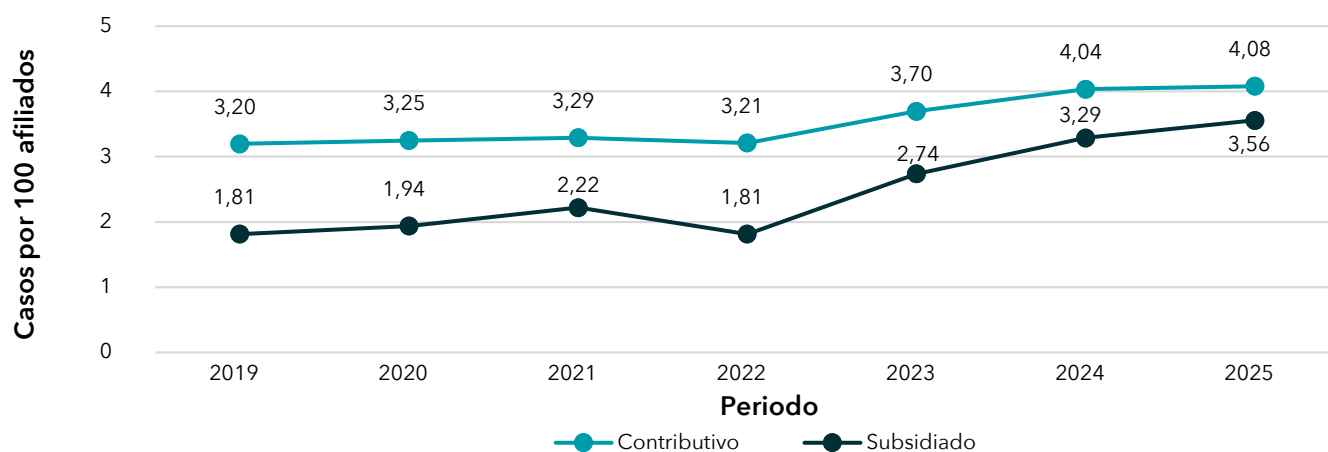
Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con diabetes mellitus

www.ehrtareal.minsitrc.gov.co

En el contexto del aseguramiento, la PE en el régimen contributivo presentó un leve aumento del 1,08 %, mientras que en el subsidiado el incremento fue del 8,16 %, lo que refleja una reducción progresiva de la brecha entre ambos regímenes (**figura 23**). Por su parte, las EAPB con los valores más altos de este indicador fueron la EAS027 (PE= 8,48; IC 95 %: 7,81 - 9,22) y la EPS018 (PE= 5,86; IC 95 %: 5,81 - 5,91).

Figura 23. Prevalencia estandarizada de la DM según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025



La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

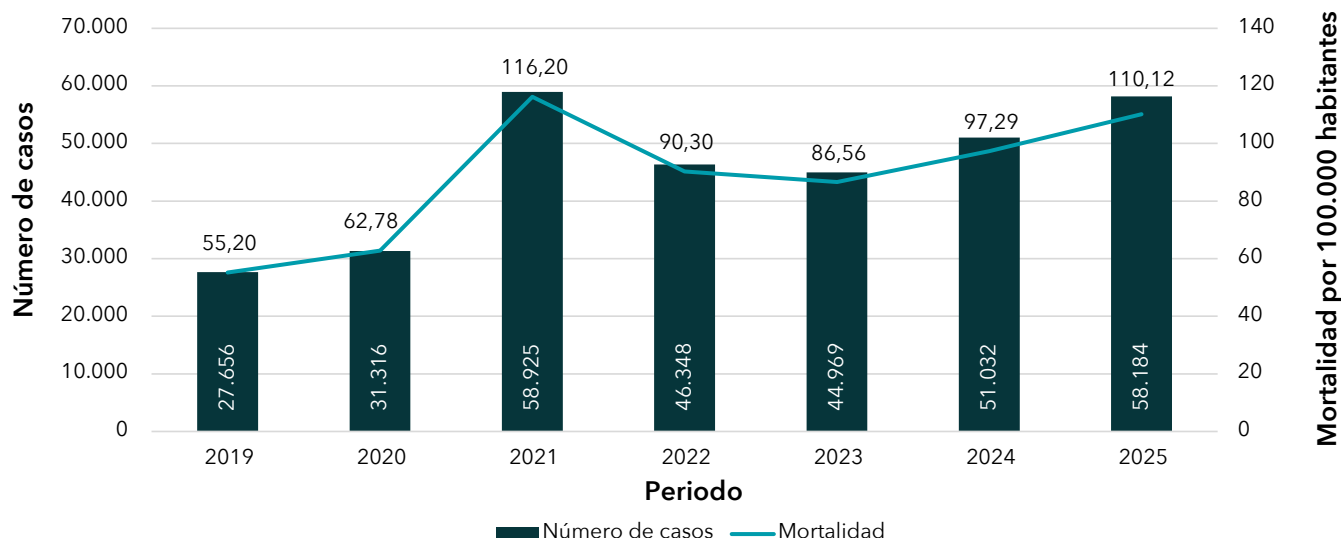
[Descargar figura](#)

2.3. Mortalidad por todas las causas en la población con diabetes mellitus

En 2025, los fallecimientos por todas las causas en las personas con DM aumentaron 14,01 %, alcanzando 58.184 casos, de los cuales el 53,72 % correspondió a mujeres (n= 31.255). La edad promedio del total de casos fue de 77,37 años (DE $\pm$ 12,43), lo que evidencia que la mortalidad se concentra principalmente en la población adulta mayor.

La mortalidad cruda fue de 110,12 por cada 100.000 habitantes, lo que corresponde a un aumento del 13,20 % respecto al periodo anterior (**figura 24**).

Figura 24. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en las personas con DM, Colombia 2019 - 2025

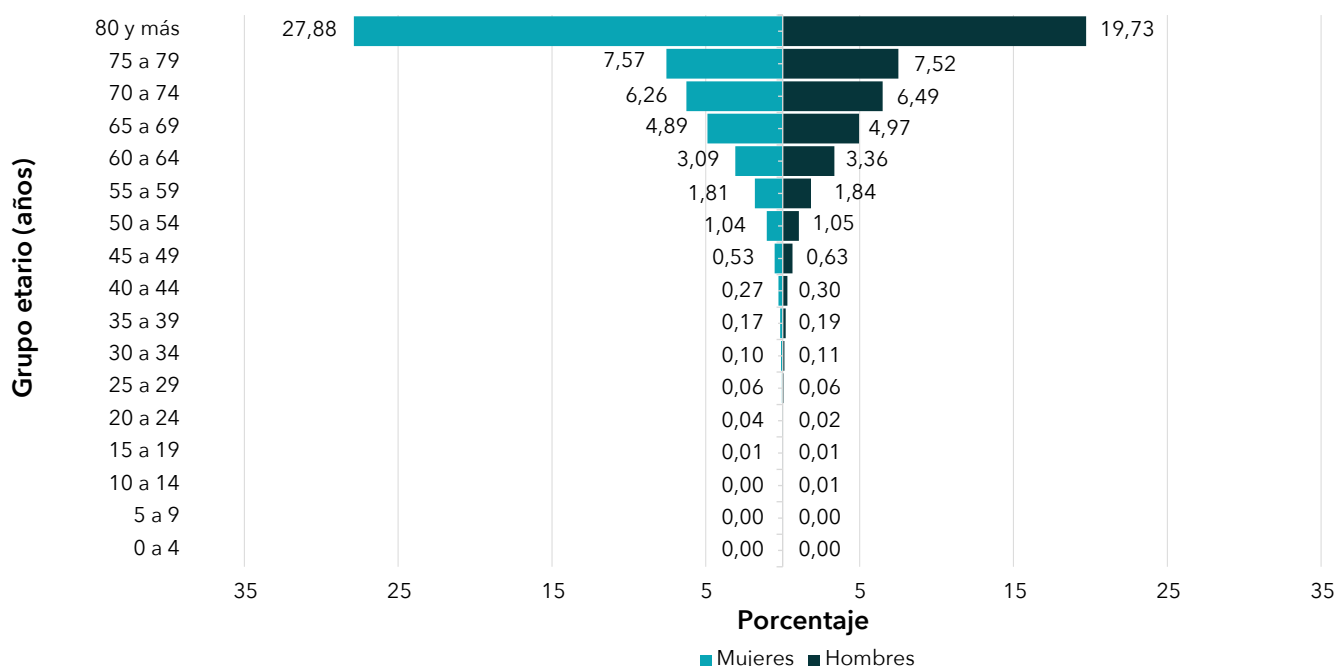


[Descargar figura](#)



La distribución etaria de las personas con DM fallecidas mostró una marcada concentración en los grupos de mayor edad, especialmente a partir de los 70 años. Este patrón sugiere que la mortalidad en las personas con DM está fuertemente asociada al envejecimiento. En ambos sexos, la mayor proporción de fallecimientos se registró en las personas de 80 años o más; no obstante, esta proporción fue considerablemente mayor en las mujeres (27,88 %) que en los hombres (19,73 %) (figura 25).

Figura 25. Pirámide poblacional de los casos fallecidos con diagnóstico de DM, Colombia 2025



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos fallecidos con diagnóstico de DM.

[Descargar figura](#)

De acuerdo con la región de residencia, la Central y Bogotá, D. C., presentaron las TME más altas del país (tabla 10). En cuanto a los departamentos, los valores más elevados se registraron en Meta (TME= 122,50; IC 95 %: 116,28 - 128,96) y Caquetá (TME= 121,43; IC 95 %: 110,55 - 133,08).



En **HIGIA** podrá consultar en detalle los resultados para todas las desagregaciones demográficas.

Tabla 10. Mortalidad por todas las causas en las personas con DM por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2025

Región	Casos fallecidos	Denominador DANE	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ¹	IC 95 % ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	930	1.555.038	59,81	77,31	72,41	82,44
Bogotá, D. C.	9.383	7.930.764	118,31	92,84	90,96	94,74
Caribe	10.422	12.203.815	85,40	83,17	81,58	84,79
Central	17.085	12.527.435	136,38	94,96	93,53	96,41
Oriental	10.247	10.027.796	102,19	78,11	76,59	79,64
Pacífica	10.117	8.590.636	117,77	83,35	81,72	85,02
Nacional	58.184	52.835.483	110,12	86,65	85,95	87,36

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95 % para la tasa de mortalidad estandarizada.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con diabetes mellitus

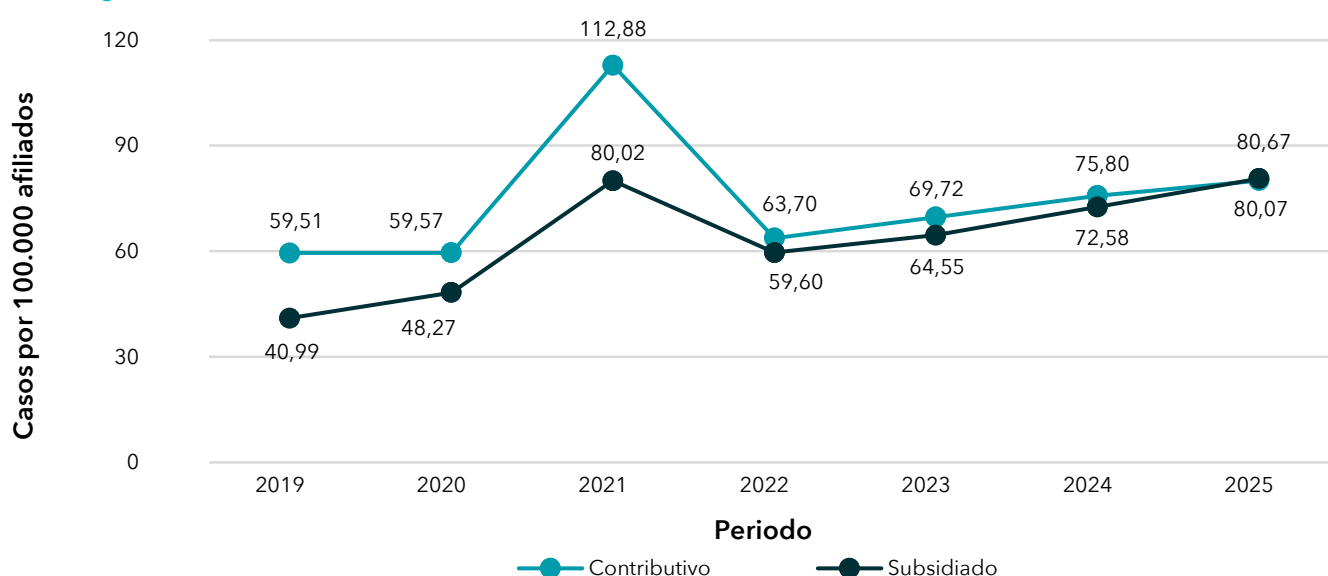
www.enfermedadrenal.org.co

Según el régimen del aseguramiento, la TME en el contributivo fue de 80,07 por cada 100.000 afiliados, con un aumento del 5,63 % frente al periodo anterior. En el subsidiado fue de 80,67 por cada 100.000 afiliados, con un aumento del 11,15 % que mantiene la tendencia incremental observada desde 2022 (**figura 26**). Según la EAPB, las entidades con las TME más altas fueron la EAS027 (TME= 291,59; IC 95 %: 124,01 - 590,63) y la EPSS34 (TME= 130,65; IC 95 %: 125,55 - 135,95).



En **HIGIA** está disponible el detalle completo de los resultados de mortalidad de la ERC para cada EAPB.

Figura 26. Tasa de mortalidad estandarizada por todas las causas en las personas con DM según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025



La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

[Descargar figura](#)

En relación con la causa de muerte, la enfermedad cardiovascular fue la causa reportada con mayor frecuencia, correspondiente al 2,93 % del total de fallecidos ($n= 1.705$), seguida por el cáncer, con 0,26 % ($n= 151$), y la ERC, con 0,25 % ($n= 145$). Adicionalmente, el 10,19 % de los fallecidos presentó otras causas de muerte ($n= 5.931$). No obstante, el 85,36 % de los casos ($n= 49.663$) no contó con información sobre la causa de muerte, lo que limita la interpretación del perfil de mortalidad en esta población.

3

Población con
**enfermedad renal
crónica**

RESUMEN infográfico

Población con
enfermedad renal crónica

1° de julio de 2024 al 30 de junio de 2025

3



Se informaron
289.987
casos nuevos de ERC,
lo que correspondió a un
incremento de 2,94 % con respecto
al 2024.

El **24,47 %**
de los casos incidentes
de ERC estuvo relacionado con la
DM y el 13,58 % con la
enfermedad vascular renal.

Se informaron
1.502.681
personas con ERC,
lo que significó una prevalencia
cruda de 2,84 casos por cada 100
habitantes.



La IE más alta de la ERC se registró en la región
Caribe y en el régimen subsidiado.



El promedio de la edad de los casos prevalentes
de ERC fue de 69,22 años y el 59,45 %
correspondió a mujeres.



Según la estadificación con la ecuación CKD-EPI
2021, el 28,62 % de los casos con ERC se
clasificaron en estadio 2, seguido del 19,17 % en
estadio 3.



La mortalidad cruda aumentó 21,13 % con
respecto al 2024, lo que correspondió a 88,40
casos por cada 100.000 habitantes.

Los casos fallecidos en **estadios 1 a 4**
fueron predominantemente mujeres, mientras que en estadio 5,
fueron hombres.

[Descargar infografía](#)

ERC: enfermedad renal crónica.
IE: incidencia estandarizada.
DM: diabetes mellitus.
CKD-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology
Collaboration.

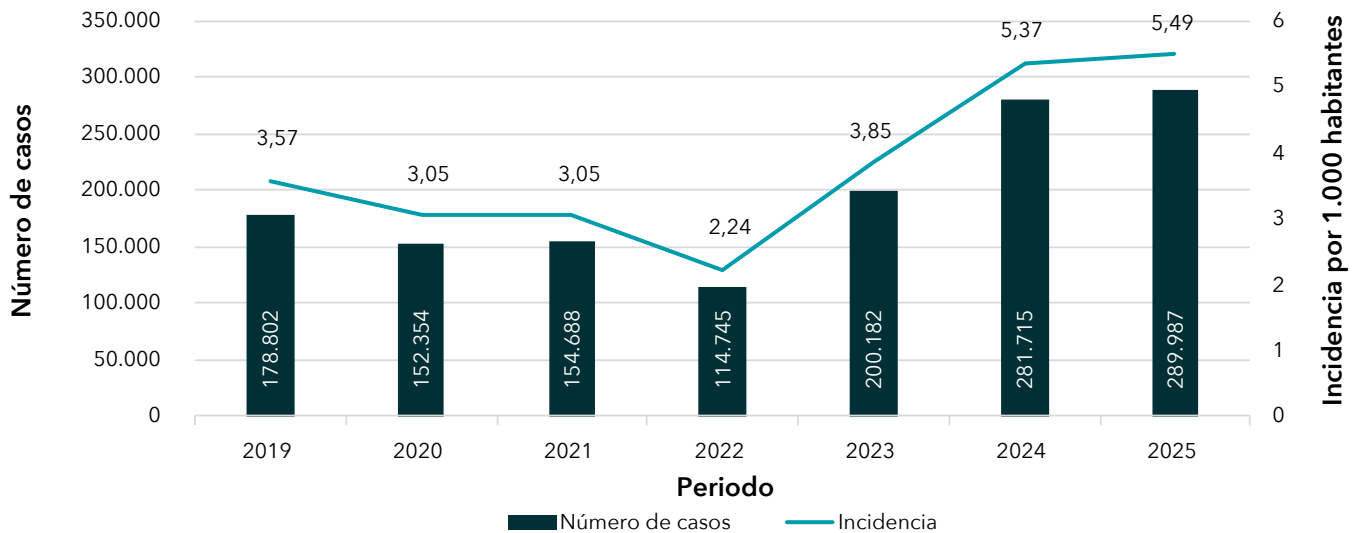


3. Población con enfermedad renal crónica

3.1. Incidencia de la enfermedad renal crónica

Durante el 2025, se informaron 289.987 casos nuevos administrativos de ERC para la cohorte, lo que correspondió a un incremento del 2,94 % con respecto al 2024 (**figura 27**). El 62,22 % eran mujeres (n= 180.440) y el promedio de edad fue de 70,18 años (DE $\pm$ 13,54). La incidencia cruda de la ERC aumentó en un 2,23 % comparado con el periodo anterior y se ubicó en 5,49 casos por cada 1.000 habitantes.

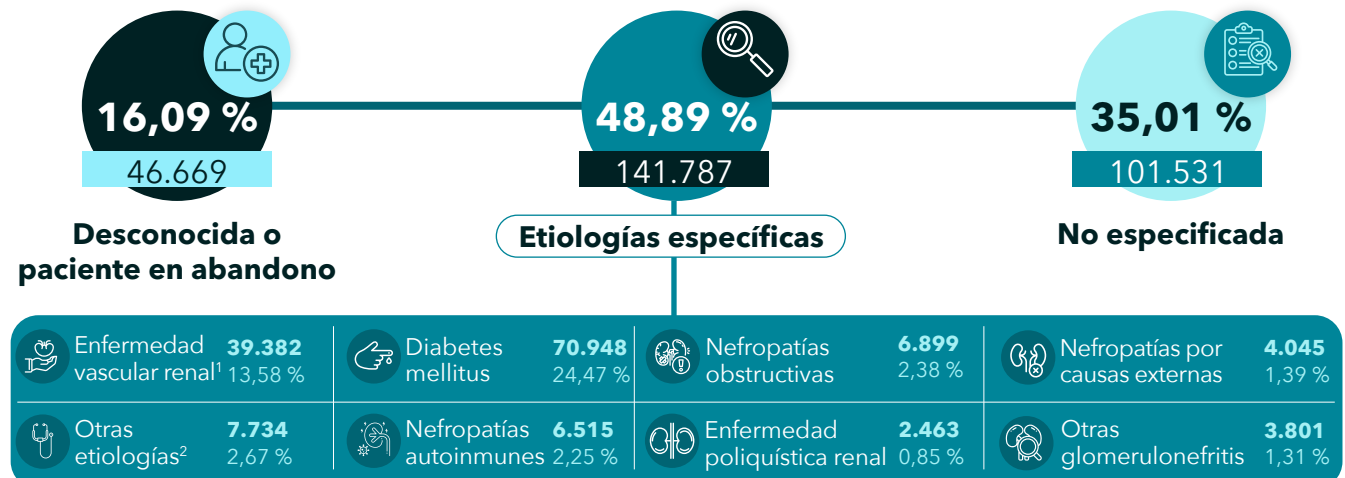
Figura 27. Tasa de incidencia cruda de la ERC, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

Como se muestra en la **figura 28**, el 24,47 % de los casos incidentes de ERC estuvieron relacionados con la DM y el 13,58 % con la enfermedad vascular renal. Los casos con alguna etiología especificada se incrementaron en un 13,22 % (2025: 48,89 % vs. 2024: 43,18 %), comparado con el periodo 2024.

Figura 28. Distribución de los casos incidentes de ERC según la etiología, Colombia 2025



¹ Incluye la nefroangioesclerosis por hipertensión arterial.

² Incluye la glomeruloesclerosis focal y segmentaria, la glomerulopatía familiar o genética (incluyendo el síndrome de Alport), la nefritis intersticial, la nefropatía posparto, la paraproteinemia (incluyendo el mieloma múltiple) la displasia o hipoplasia renal congénita, y el carcinoma renal.

[Descargar figura](#)

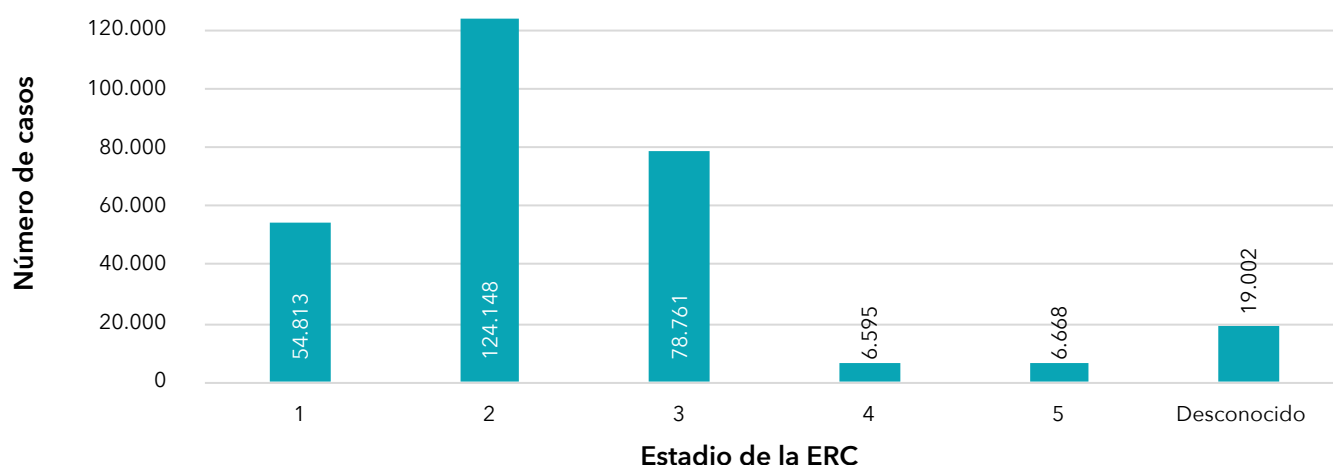


Le invitamos a visitar la página web de la Cuenta de Alto Costo, seleccionar el aplicativo **HIGIA** y consultar la información demográfica detallada relacionada con la incidencia y las pirámides poblacionales.

Hasta el periodo 2024, la clasificación de la función renal de la población adulta (≥ 18 años) en este informe se basó en la ecuación de Cockcroft-Gault. A partir de 2025, la estadificación de la enfermedad renal crónica se calcula con la ecuación CKD-EPI 2021, en concordancia con la evolución de los referentes técnicos para la estimación de la tasa de filtración glomerular (TFG) (5). En los niños, la ecuación utilizada fue la de Schwartz.

En la **figura 29** se observa que el 42,81 % ($n= 124.148$) de los casos se clasificaron en estadio 2, seguido del 3 con el 27,16 % ($n= 78.761$) y el 1 con el 18,90 % ($n= 54.813$). Los estadios 5 y 4 concentraron el 2,30 % ($n= 6.668$) y el 2,27 % ($n= 6.595$) de los casos, respectivamente. Por su parte, el 6,55 % ($n= 19.002$) no contó con la medición de la creatinina sérica durante el periodo, por lo que no fue posible calcular la TFG. Además, del total de casos incidentes, 405 eran menores de 18 años y tenían en su mayoría estadio desconocido (42,72 %).

Figura 29. Distribución de los casos incidentes de ERC según el estadio (CKD-EPI 2021), Colombia 2025



Incluye los niños, para los cuales el estadio se definió de acuerdo con la ecuación de Schwartz.

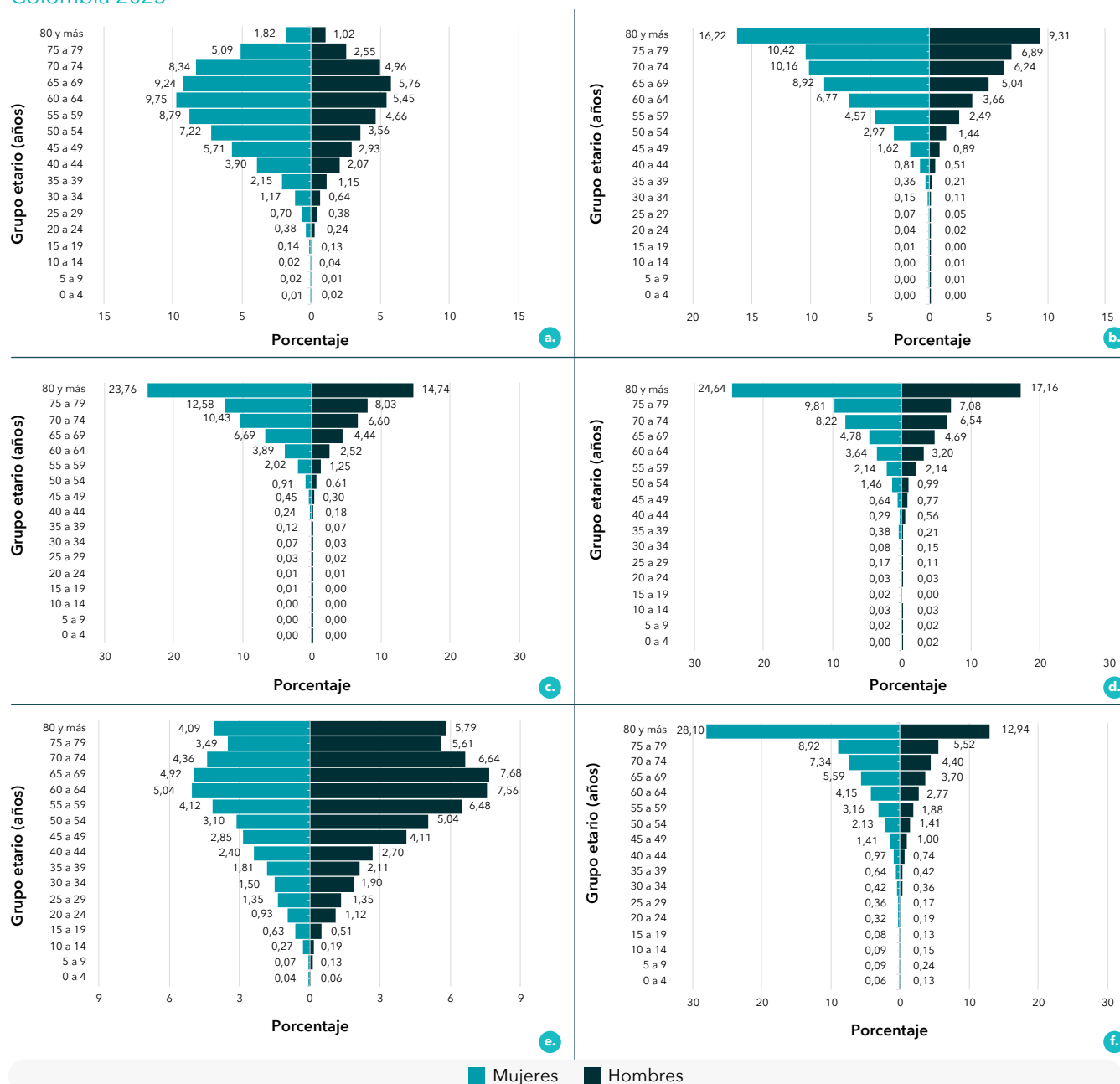
El estadio 5 incluye las personas sin informe de creatinina, necesaria para calcular la TFG, pero que se encontraban en diálisis a la fecha de corte.

[Descargar figura](#)

Como se muestra en la **figura 30**, en los estadios 1 a 4 predominaron las mujeres y, a medida que se redujo la TFG, los casos se concentraron en los grupos de mayor edad. Específicamente, en el estadio 1 la frecuencia más alta se ubicó entre los 50 y los 74 años, mientras que en los 2, 3 y 4 la concentración fue más marcada a partir de los 70 años, especialmente en el grupo de 80 años y más. En contraste, en el estadio 5, aunque la distribución también se concentró en edades avanzadas, la mayor proporción de casos correspondió a los hombres, principalmente entre los 55 y 74 años. Por su parte, en la categoría de estadio desconocido, la mayor proporción de casos se observó en las mujeres, en especial en aquellas de 80 años o más.



Figura 30. Distribución de los casos incidentes de ERC según el estadio (CKD-EPI 2021), el sexo y la edad, Colombia 2025



a. Estadio 1; b. Estadio 2; c. Estadio 3; d. Estadio 4; e. Estadio 5; f. Estadio desconocido. Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos incidentes para cada estadio de la ERC.

[Descargar figura](#)

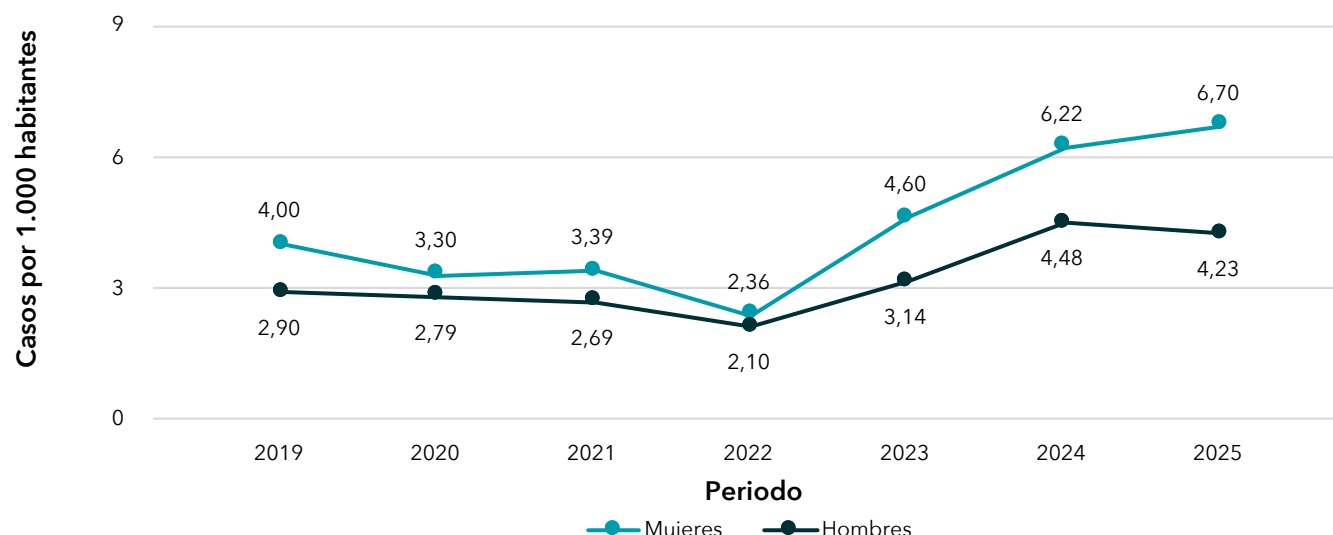
En 2025, la incidencia cruda de ERC en las mujeres incrementó en un 7,72 % con respecto al 2024 y continuó su tendencia al alza por tercer periodo consecutivo. En contraste, el indicador en los hombres se redujo en un 5,58 % y se ubicó en 4,23 casos por cada 1.000 hombres (figura 31).

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con enfermedad renal crónica

www.enfermedadrenalcrónica.org

Figura 31. Tasa de incidencia cruda de la ERC según el sexo, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

Según el territorio, la región Caribe concentró el 28,85 % de los casos nuevos de ERC y junto con Bogotá, D. C., y Amazonía-Orinoquía presentaron las IE más altas (**tabla 11**). Según el departamento, La Guajira con 16,09 casos por 1.000 habitantes (IC 95 %: 15,79 - 16,38) y Sucre con 12,75 (IC 95 %: 12,54 - 12,96) tuvieron las mayores IE.

Tabla 11. Tasa de incidencia de la ERC por 1.000 habitantes según la región, Colombia 2025

Región	Casos nuevos	Denominador DANE	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ¹	IC 95 % ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	6.130	1.555.038	3,94	4,97	4,85	5,10
Bogotá, D. C.	54.100	7.930.764	6,82	5,53	5,48	5,58
Caribe	83.670	12.203.815	6,86	6,85	6,81	6,90
Central	62.841	12.527.435	5,02	3,64	3,61	3,67
Oriental	45.901	10.027.796	4,58	3,73	3,69	3,76
Pacífica	37.345	8.590.636	4,35	3,30	3,27	3,33
Nacional	289.987	52.835.483	5,49	4,54	4,53	4,56

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95 % para la incidencia estandarizada.

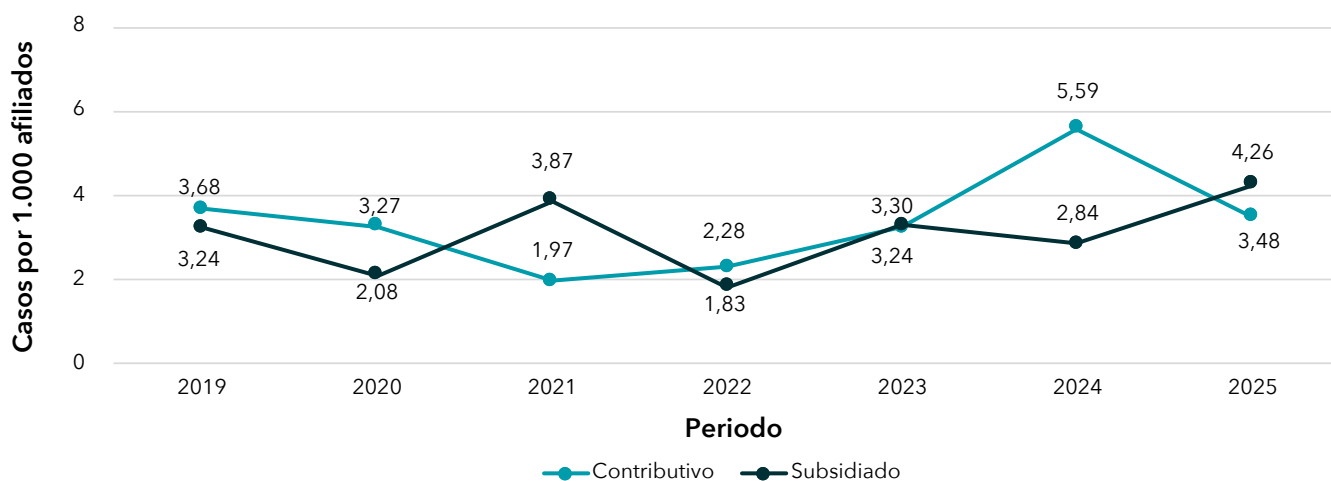
En el contexto del aseguramiento, la IE ha mostrado un comportamiento variable a lo largo de los periodos. Para 2025, el régimen subsidiado superó al contributivo, tras registrar un incremento del 50,00 % frente al 2024; mientras que, luego de tres periodos consecutivos de aumento, el contributivo mostró una reducción marcada del 37,75 %, relacionada principalmente con la disminución de la incidencia reportada por la EPS005 (**figura 32**). Según la EAPB, la EPSI04 del régimen subsidiado (IE= 40,71; IC 95 %: 39,88 - 41,55) y la EAS027 del contributivo (IE= 24,67; IC 95 %: 20,41 - 29,78) registraron los valores más altos de IE, en su respectivo grupo.



En **HIGIA** está disponible el detalle completo de los cálculos de incidencia de la ERC para cada EAPB.



Figura 32. Tasa de incidencia estandarizada de la ERC según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025



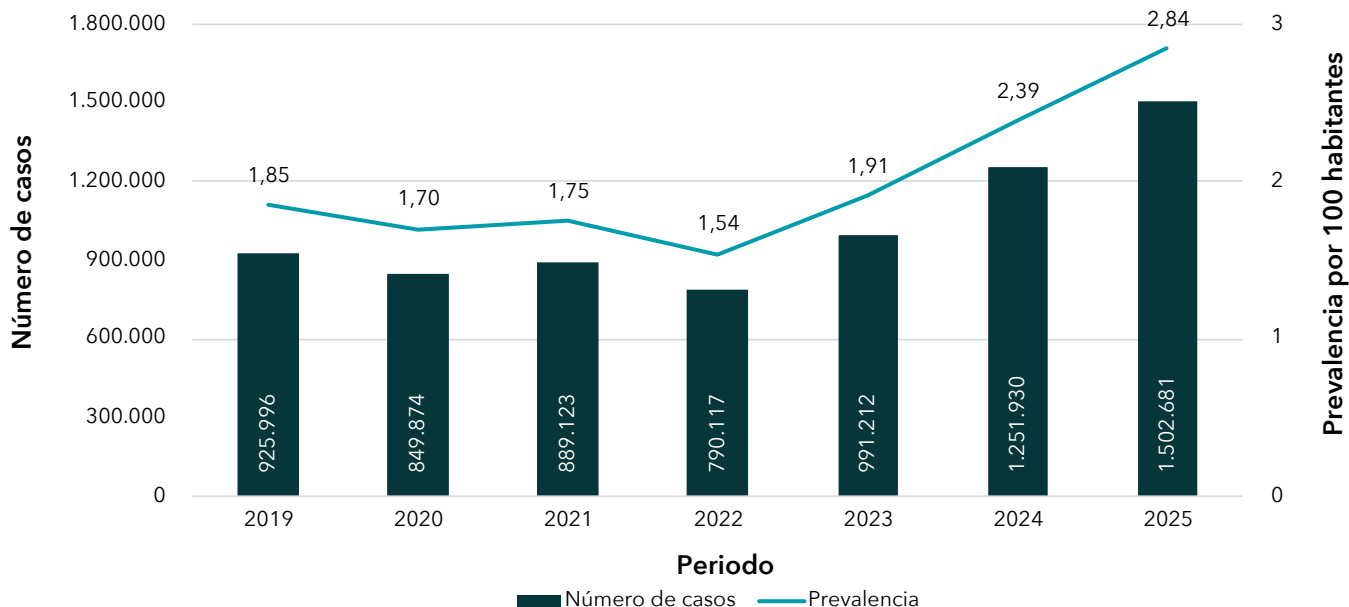
La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

[Descargar figura](#)

3.2. Prevalencia de la enfermedad renal crónica

En el periodo 2025, se informaron 1.502.681 personas con ERC, lo que significó un incremento del 20,03 % frente al 2024 (**figura 33**). El promedio de la edad de los casos fue de 69,22 años (DE $\pm$ 14,81) y el 59,45 % (n= 893.410) correspondió a mujeres. La prevalencia cruda incrementó 18,83 %, lo cual se tradujo en 2,84 casos por cada 100 habitantes.

Figura 33. Prevalencia cruda de la ERC, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

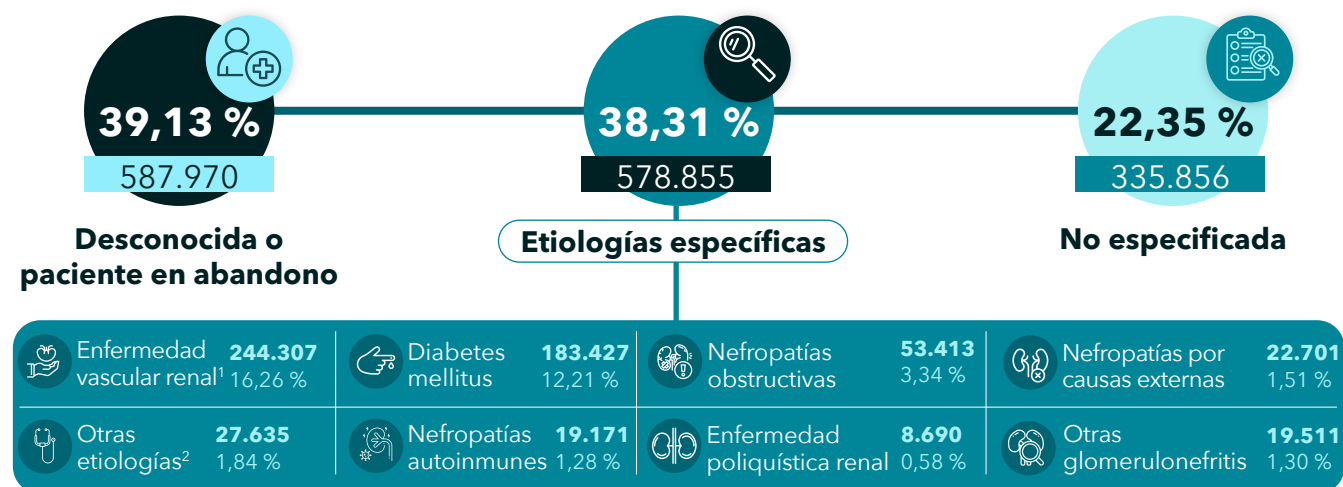
En cuanto a las causas de la ERC en los casos prevalentes, el 16,26 % se atribuyó a la enfermedad vascular renal y el 12,21 % a la DM. Por su parte, en el 61,48 % de las personas no se logró establecer una etiología específica para el desarrollo de la ERC (**figura 34**).

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con enfermedad renal crónica

www.cuentarenalcolombiana.org

Figura 34. Distribución de los casos prevalentes de ERC según la etiología, Colombia 2025



¹ Incluye la nefroangioesclerosis por hipertensión arterial.

² Incluye la glomeruloesclerosis focal y segmentaria, la glomerulopatía familiar o genética (incluyendo el síndrome de Alport); la nefritis intersticial; la nefropatía posparto; la paraproteinemia (incluyendo el mieloma múltiple), la displasia o hipoplasia renal congénita, y el carcinoma renal.

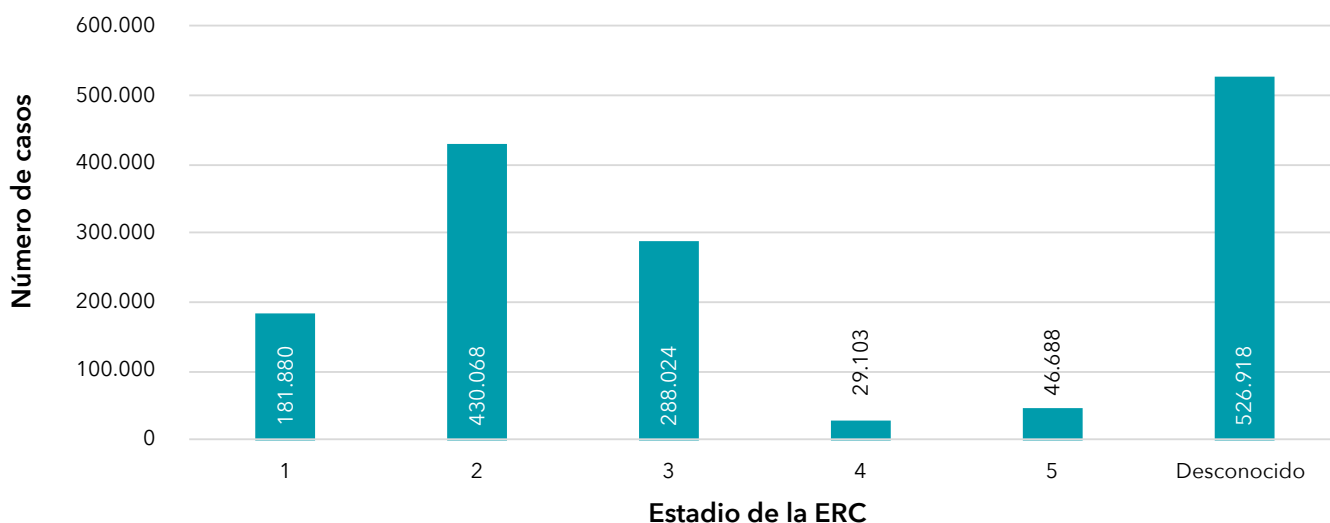
[Descargar figura](#)



Le invitamos a visitar la página web de la Cuenta de Alto Costo, seleccionar el aplicativo **HIGIA** y consultar la información demográfica detallada relacionada con la prevalencia y las pirámides poblacionales.

En relación con la estadificación de la ERC, el 28,62 % (n= 430.068) se clasificaron en estadio 2, seguido del 19,17 % (n= 288.024) en 3 y el 12,10 % (n= 181.880) en 1. Además, el 3,11 % de las personas (n= 46.688) estaba en estadio 5, el 1,94 % (n= 29.103) en 4 y el 35,07 % (n= 526.918) no tenían seguimiento de creatinina en el periodo para calcular la TFG (**figura 35**). Del total de casos prevalentes, 7.756 eran menores de 18 años y el 82,07 % tenía clasificación desconocida.

Figura 35. Distribución de los casos prevalentes de ERC según el estadio (CKD-EPI 2021), Colombia 2025



Incluye los niños, para los cuales el estadio se definió de acuerdo con la ecuación de Schwartz.

El estadio 5 incluye personas sin informe de creatinina, necesaria para calcular la TFG, pero que se encontraban en diálisis a la fecha de corte.

[Descargar figura](#)



Como se observa en la **figura 36**, en los estadios 2, 3 y 4, la mayor proporción de casos se concentró a partir de los 70 años y, especialmente, en el grupo de 80 años o más. En las clasificaciones 1 a 4 predominó el sexo femenino, con una participación particularmente alta en las edades avanzadas. En contraste, en el estadio 5 la distribución mantuvo su concentración en los adultos mayores, pero con predominio del sexo masculino, sobre todo entre los 60 y los 74 años. Por su parte, la categoría de estadio desconocido estuvo conformada principalmente por mujeres de 80 años o más, mientras que los niños con ERC se ubicaron sobre todo en el estadio desconocido, con mayor frecuencia entre los 5 y 14 años.

Figura 36. Distribución de los casos prevalentes de ERC según el estadio (CKD-EPI 2021), el sexo y la edad, Colombia 2025



a. Estadio 1; b. Estadio 2; c. Estadio 3; d. Estadio 4; e. Estadio 5; f. Estadio desconocido. Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos incidentes para cada estadio de la ERC.

[Descargar figura](#)

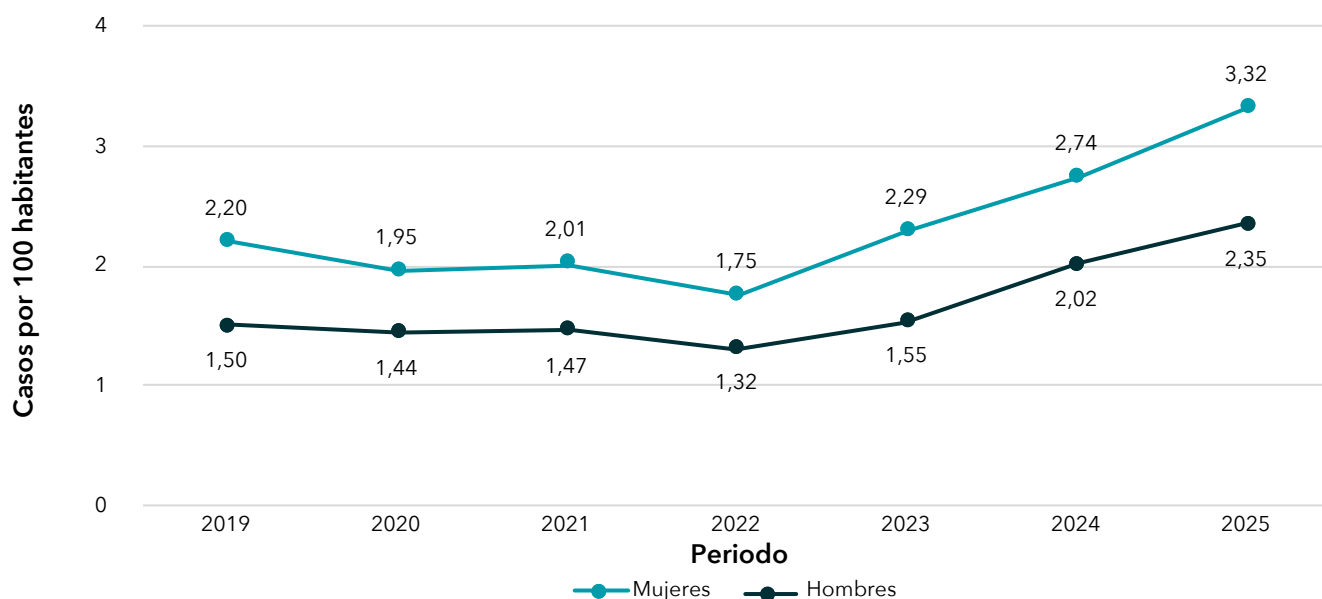
Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arteria y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con enfermedad renal crónica

www.enfermedadrenalcrónica.org

Al analizar la prevalencia cruda por sexo, se observó que en ambos la tendencia incremental se mantuvo por tercer periodo consecutivo, con un aumento del 21,17 % en las mujeres y del 16,34 % en los hombres, en comparación con el 2024 (**figura 37**).

Figura 37. Prevalencia cruda de la ERC según el sexo, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

Según la región (**tabla 12**), el 21,54 % de los casos prevalentes del país vivían en la Central, aunque la PE fue mayor en Bogotá, D. C., seguida de la Caribe y la Pacífica. En cuanto a los departamentos, La Guajira, con 4,46 casos por 100 habitantes (IC 95 %: 4,41 - 4,51), y Bogotá, D. C., con 3,17 casos por 100 habitantes (IC 95 %: 3,16 - 3,18), tuvieron las mayores PE.



Amplíe estos resultados demográficos hasta la desagregación municipal en la plataforma **HIGIA**.

Tabla 12. Prevalencia de la ERC por 100 habitantes según la región, Colombia 2025

Región	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95 % ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	20.402	1.555.038	1,31	1,66	1,64	1,68
Bogotá, D. C.	307.283	7.930.764	3,87	3,17	3,16	3,18
Caribe	316.063	12.203.815	2,59	2,58	2,57	2,59
Central	323.750	12.527.435	2,58	1,90	1,90	1,91
Oriental	252.999	10.027.796	2,52	2,08	2,07	2,09
Pacífica	282.184	8.590.636	3,28	2,53	2,53	2,54
Nacional	1.502.681	52.835.483	2,84	2,37	2,36	2,37

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95 % para la prevalencia estandarizada.

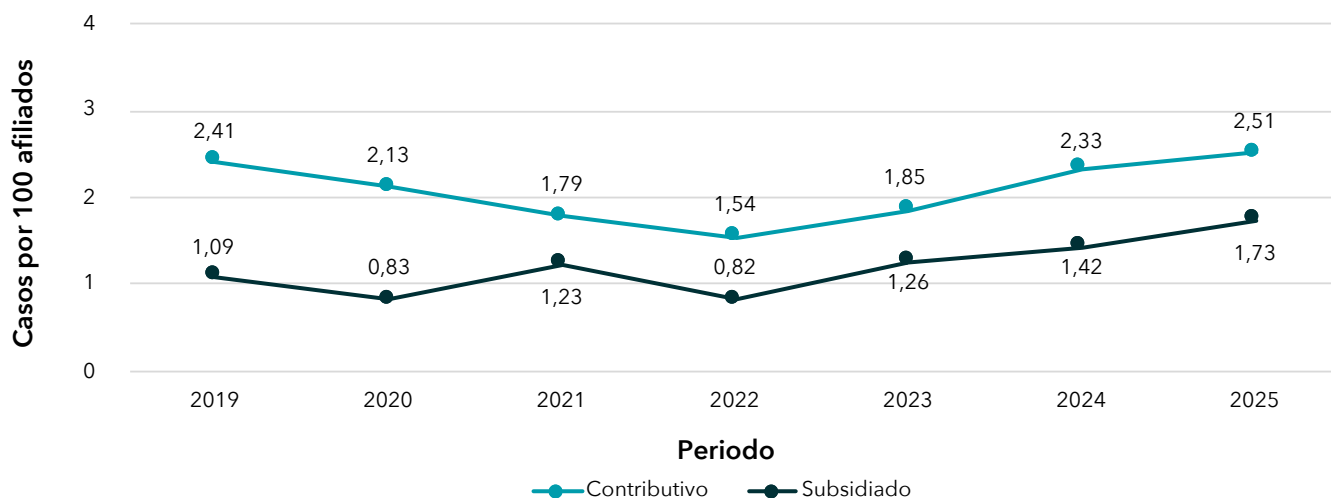


En el contexto del aseguramiento (**figura 38**), después de una leve caída en 2022, ambos regímenes retomaron y mantuvieron una tendencia ascendente. Para 2025, el contributivo incrementó en un 7,73 % con respecto al periodo anterior, mientras que el subsidiado lo hizo en un 21,83 %. Al analizar por EAPB, la EAS027 con 16,83 casos por 100 afiliados (IC 95 %: 15,70 - 18,04) y la EPSI04 con 6,73 casos por 100 afiliados (IC 95 %: 6,62 - 6,84) fueron las entidades del régimen contributivo y subsidiado, respectivamente, que registraron la mayor PE.



Acceda en **HIGIA** a los cálculos de prevalencia correspondientes a todas las EAPB del país.

Figura 38. Prevalencia estandarizada de la ERC según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025



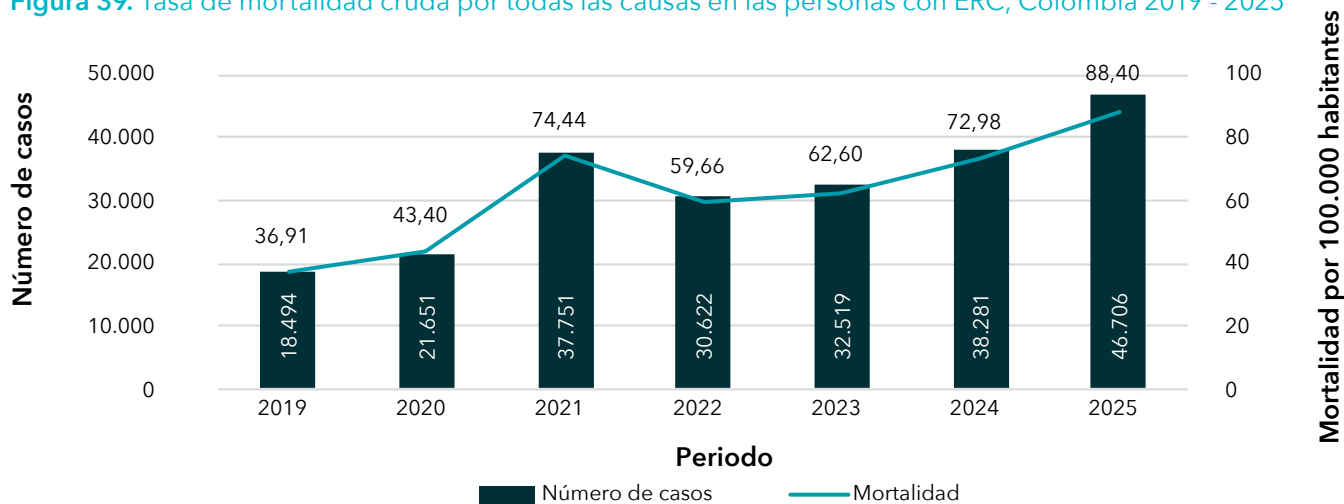
La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

[Descargar figura](#)

3.3. Mortalidad por todas las causas en la población con enfermedad renal crónica

En 2025, las defunciones por todas las causas en la población con ERC sumaron 46.706 casos, lo cual correspondió a un incremento del 22,01 %, comparado con el 2024 (**figura 39**). El promedio de edad fue de 79,97 años ($DE \pm 12,64$) y el 52,10 % ($n = 24.334$) fueron mujeres. A su vez, la tasa de mortalidad cruda aumentó 21,13 % con respecto al periodo anterior, lo que se tradujo en 88,40 casos por cada 100.000 habitantes.

Figura 39. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en las personas con ERC, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

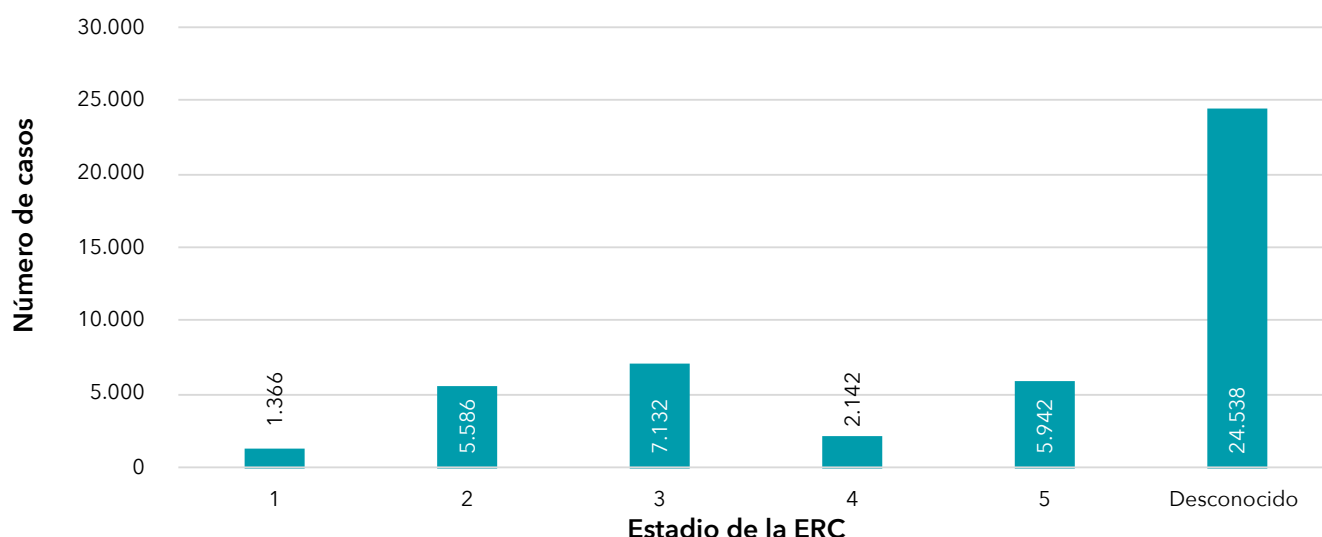
Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con enfermedad renal crónica

www.enfermedadrenalcronica.org

Según el estadio de la ERC, el 52,54 % (n= 24.538) de las personas fallecidas no contaba con la medición de la creatinina en el periodo para realizar la clasificación. Por otra parte, el 15,27 % fue clasificado en estadio 3, el 12,72 % en 5, el 11,96 % en 2 y la proporción restante (7,51 %) en 1 y 4 (**figura 40**). De las defunciones, 34 correspondieron a niños, principalmente en estadio 5 (58,82 %).

Figura 40. Distribución de los casos fallecidos de ERC según el estadio (CKD-EPI 2021), Colombia 2025



Incluye los niños, para los cuales el estadio se definió de acuerdo con la ecuación de Schwartz.

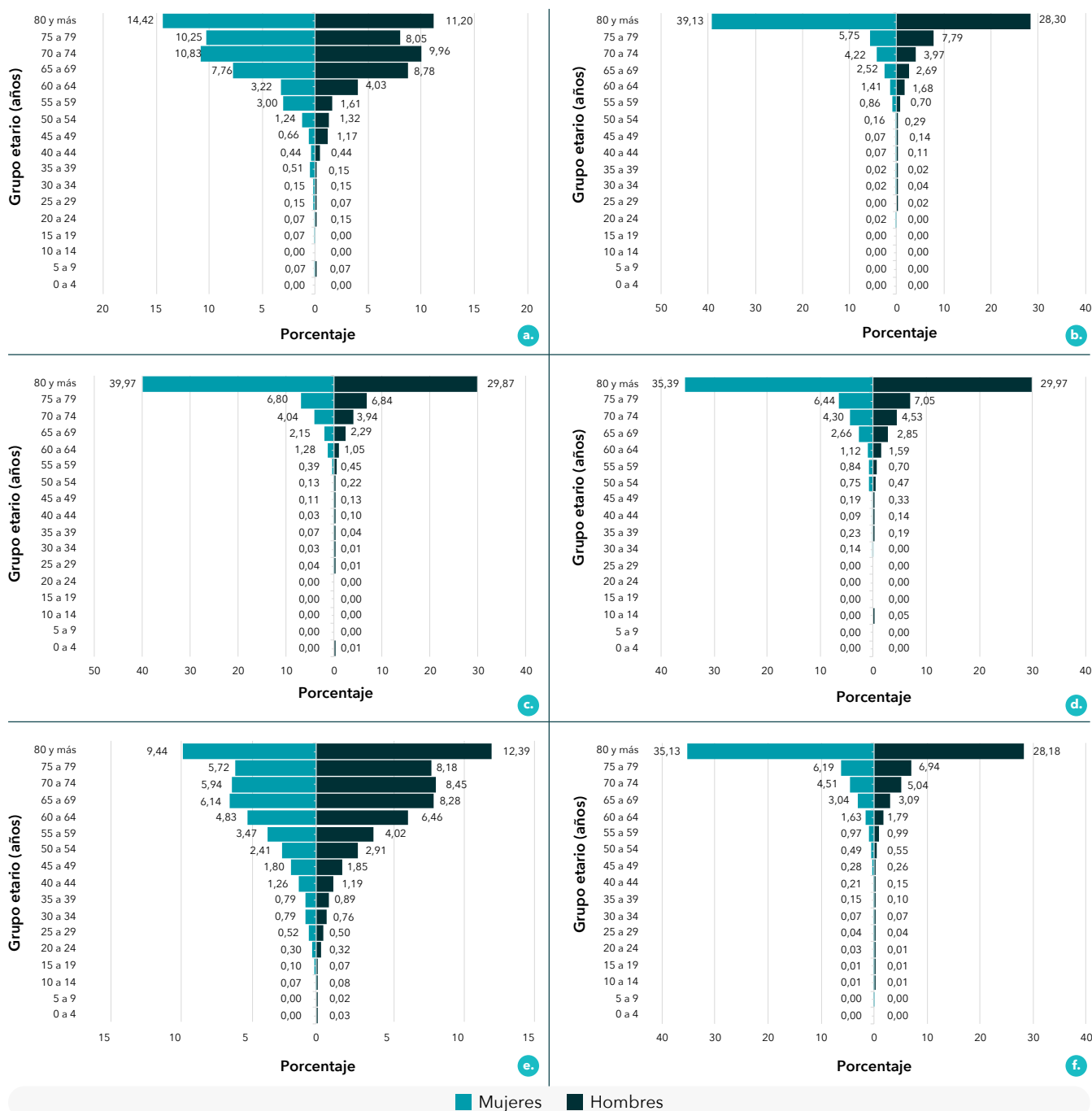
El estadio 5 incluye las personas sin informe de creatinina, necesaria para calcular la TFG, pero que se encontraban en diálisis a la fecha de corte.

[Descargar figura](#)

La distribución de las personas fallecidas con ERC según el estadio, el sexo y la edad se concentró de forma marcada en los grupos de mayor edad, especialmente en las personas de 80 años o más. En los estadios 1 a 4, así como en la categoría de estadio desconocido, predominó el sexo femenino, con una concentración particularmente alta en las mujeres de 80 años o más. En contraste, en el estadio 5 predominó el sexo masculino, con una distribución etaria más amplia (a partir de los 65 años) (**figura 41**).



Figura 41. Distribución de los casos fallecidos por todas las causas de ERC según el estadio CKD-EPI 2021, el sexo y la edad, Colombia 2025



a. Estadio 1; b. Estadio 2; c. Estadio 3; d. Estadio 4; e. Estadio 5; f. Estadio desconocido. Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos incidentes para cada estadio de la ERC.

[Descargar figura](#)

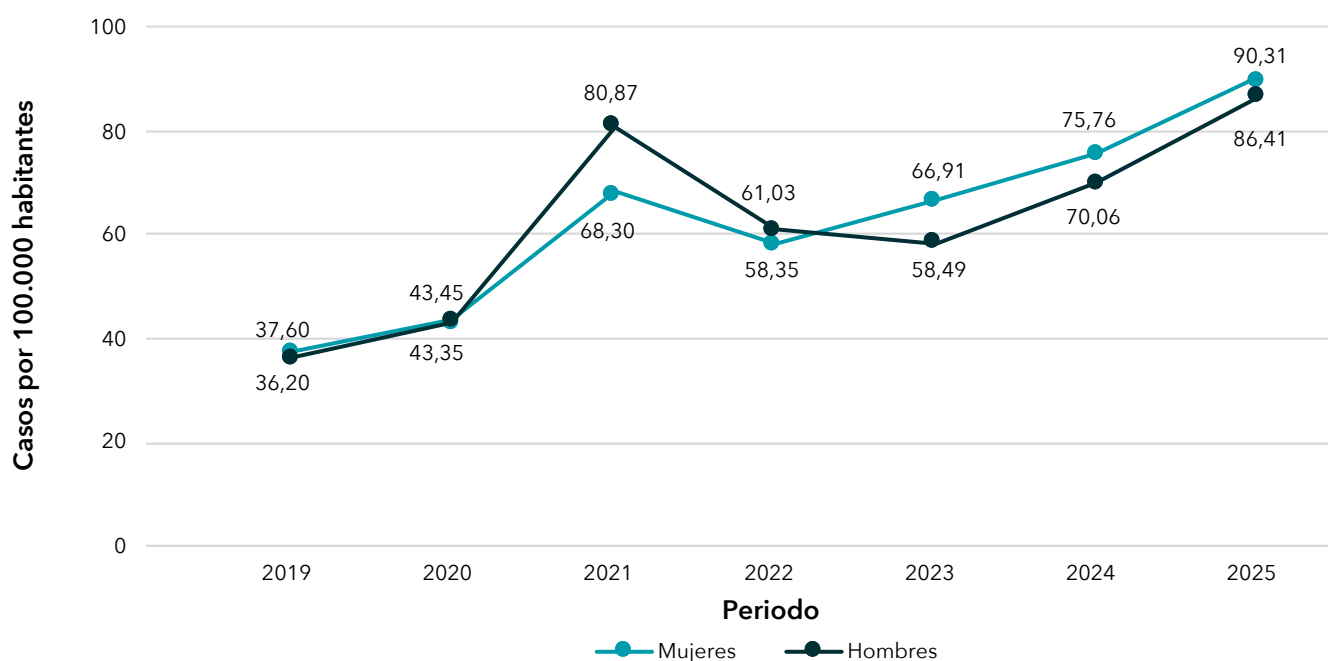
Frente a 2024, la mortalidad cruda por todas las causas aumentó un 19,21 % en las mujeres y un 23,34 % en los hombres, lo que acortó la brecha entre ambos sexos. En la **figura 42** se observa que después de una variación marcada, especialmente en los hombres, entre el 2021 y el 2023, el indicador retomó y mantuvo la tendencia creciente en ambos grupos.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con enfermedad renal crónica

www.enfermedadrenalcrónica.org

Figura 42. Mortalidad cruda por todas las causas en las personas con ERC según el sexo, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

En la **tabla 13** se muestra que, aunque la mayor TME se calculó en las regiones de Bogotá, D. C., y Pacífica, el 25,92 % de las defunciones se registró en la Central. Según el departamento, Risaralda (TME= 88,19; IC 95 %: 83,71 - 92,88) y Valle del Cauca (TME= 85,39; IC 95 %: 83,31 - 87,52) tuvieron los valores más altos de TME.

Tabla 13. Tasa de mortalidad por todas las causas en las personas con ERC por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2025

Región	Casos fallecidos	Denominador DANE	Tasa de mortalidad cruda	Tasa de mortalidad estandarizada ¹	IC 95 % ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	621	1.555.038	39,93	51,67	47,68	55,89
Bogotá, D. C.	8.324	7.930.764	104,96	81,92	80,17	83,71
Caribe	9.032	12.203.815	74,01	70,92	69,46	72,40
Central	12.104	12.527.435	96,62	66,08	64,90	67,28
Oriental	7.280	10.027.796	72,60	54,92	53,66	56,21
Pacífica	9.345	8.590.636	108,78	74,14	72,63	75,68
Nacional	46.706	52.835.483	88,40	68,36	67,74	68,99

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95 % para la prevalencia estandarizada.

Después de registrar valores similares entre regímenes en 2023, la TME del contributivo mostró una tendencia creciente y en 2025 incrementó en un 18,39 % con respecto al periodo anterior. El subsidiado permaneció estable en 2024, pero para 2025 aumentó en un 10,10 %, con una diferencia de 16 casos por 100.000 afiliados con respecto al contributivo (**figura 43**).

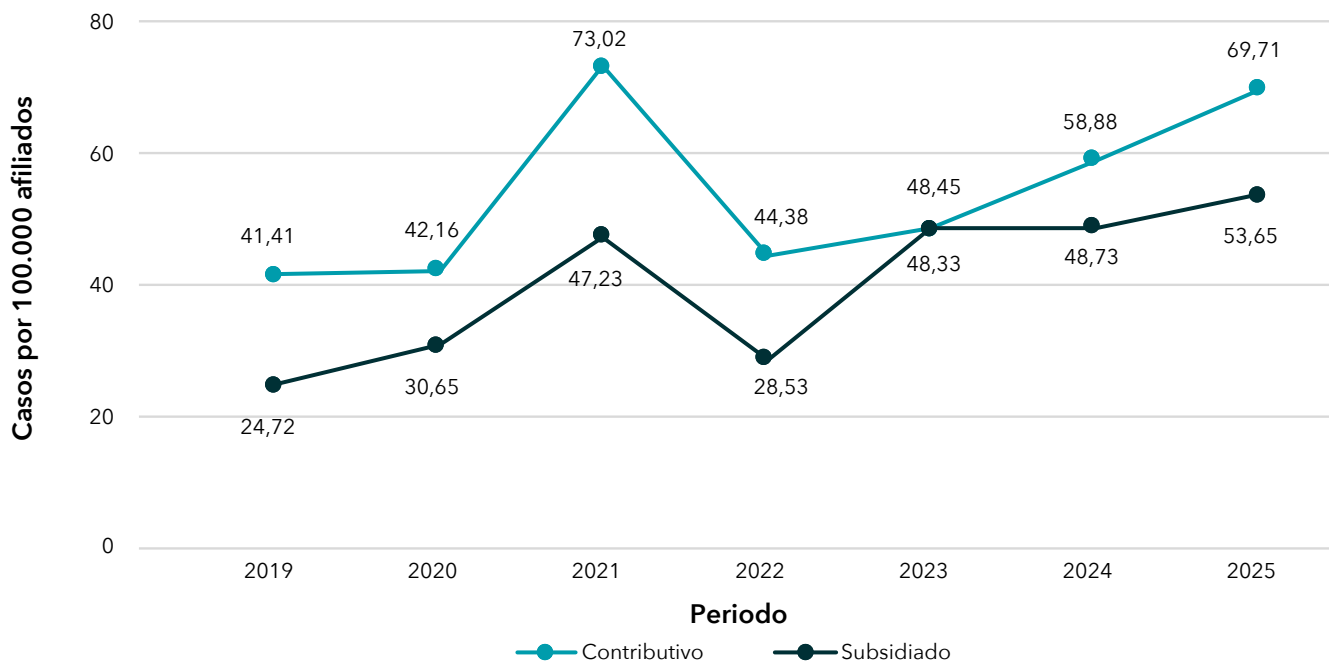


De acuerdo con la EAPB, la EAS027 (TME= 433,77; IC 95 %: 238,87 - 744,14), del régimen contributivo, y la CCF102 (TME= 100,70; IC 95 %: 84,09 - 119,56), del subsidiado, tuvieron las mayores TME de su respectivo grupo.



Consulte en **HIGIA** los cálculos detallados de mortalidad para todas las EAPB.

Figura 43. Mortalidad estandarizada por todas las causas en las personas con ERC según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025



La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

[Descargar figura](#)

Del total de las personas fallecidas, el 4,86 % (n= 2.269) murió por enfermedades cardiovasculares, el 0,58 % (n= 271) directamente por la ERC, el 76,94 % (n= 35.937) no tenía identificada la causa y el porcentaje restante reportó otras causas (17,63 %; n= 8.229).

En conjunto, los resultados de 2025 muestran que la ERC continúa representando una carga creciente para el sistema de salud, expresada en el aumento de la incidencia, la persistencia de una prevalencia elevada y el incremento de la mortalidad por todas las causas en esta población.

4

Población con
enfermedad renal
crónica **por grupos de
riesgo**

RESUMEN infográfico

Población con enfermedad renal crónica por grupos de riesgo

1° de julio de 2024 al 30 de junio de 2025

4



El número de casos definidos con o sin ERC incrementó en un —

20,03 % y un 35,77 %,

respectivamente, comparado con el 2024.



El número de personas sin estudio de ERC se redujo en un

10,66 %,

frente al periodo anterior.



El —
35,07 %

de los casos prevalentes de ERC no tenían el estadio definido, según la ecuación CKD-EPI 2021.



De las personas fallecidas con solo ERC, el 19,80 % estaba clasificada en estadio 5 y de aquellas con solo DM, el 16,27 % estaba en estadio 2.



El 52,54 % de las defunciones por todas las causas en las personas con ERC no tenía estadificación.



La IE, la PE y la TME de la ERC en los 3 grupos de riesgo fue mayor en el régimen subsidiado, comparado con el contributivo.



Entre las regiones, la IE de la ERC en los 3 grupos de riesgo fue mayor en la Amazonía-Orinoquía.

La TME de la ERC en los 3 grupos de riesgo fue mayor en la **región Caribe y Pacífica.**

[Descargar infografía](#)

DM: diabetes mellitus.
ERC: enfermedad renal crónica.
IE: incidencia estandarizada.
PE: prevalencia estandarizada.
TME: tasa de mortalidad estandarizada.
CKD-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration.

4. Población con enfermedad renal crónica por grupos de riesgo

El análisis de la población con ERC según los grupos de riesgo permite reconocer patrones diferenciales en la ocurrencia de la enfermedad, su acumulación en el tiempo y los desenlaces asociados. Esta aproximación facilita la caracterización de subpoblaciones con distinta carga clínica y epidemiológica, y aporta elementos para orientar la priorización de acciones en salud, la estratificación del riesgo y el seguimiento de quienes presentan mayor probabilidad de progresión, complicaciones o muerte (5).

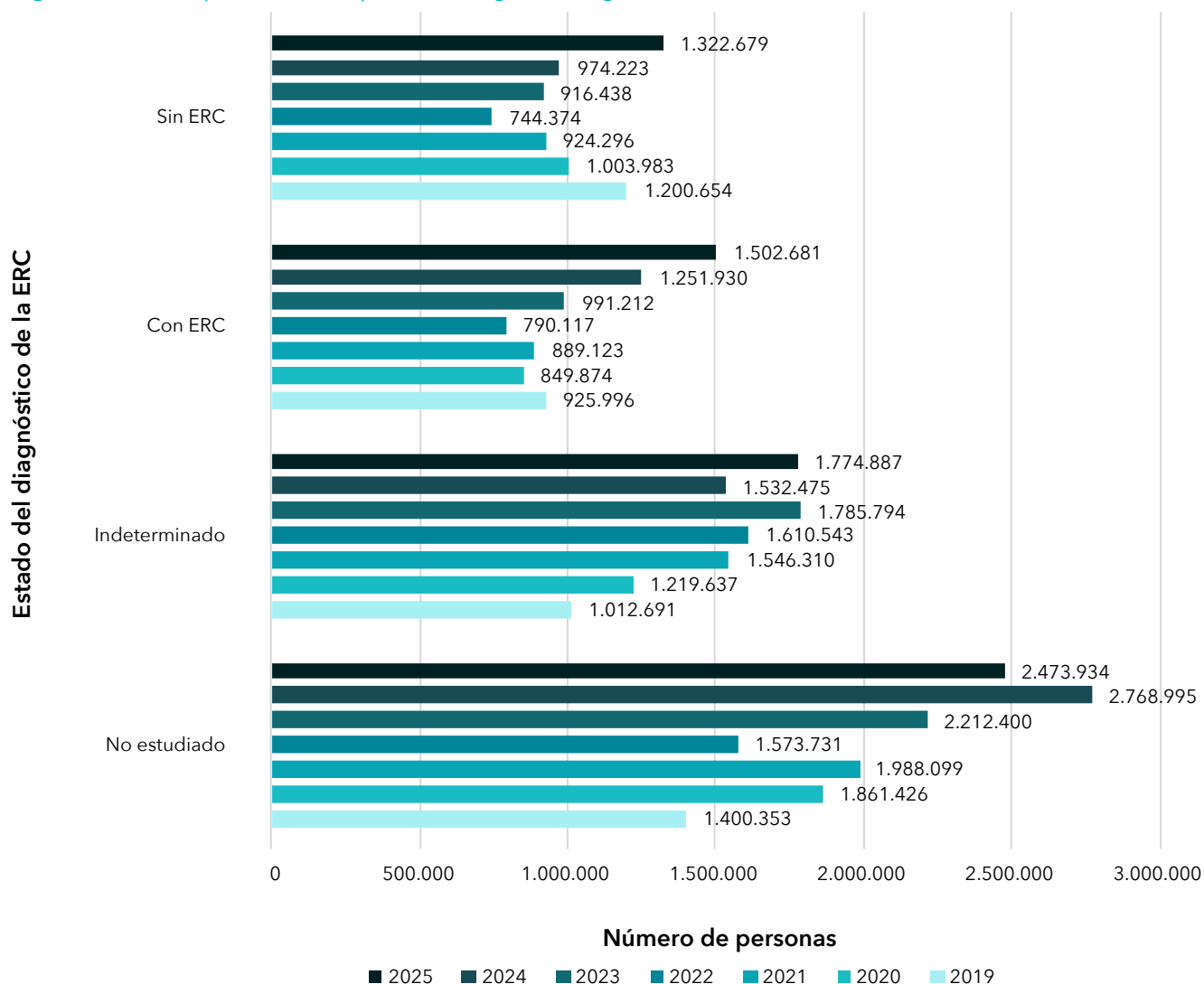
Entre las condiciones más relevantes asociadas con la ERC se encuentran la HTA y la DM, dada su alta frecuencia y su papel en el deterioro de la función renal. La primera se relaciona con el daño renal progresivo y con un mayor riesgo cardiovascular, particularmente cuando coexiste con la albuminuria (37). La segunda, especialmente la DM tipo 2, constituye una de las principales causas de esta enfermedad y se asocia con una mayor probabilidad de progresión a estadios avanzados, eventos cardiovasculares y muerte (38). En este contexto, examinar la población con ERC según estos grupos de riesgo permite una lectura más precisa de su comportamiento epidemiológico y de las necesidades de intervención.

Para establecer un caso con diagnóstico de ERC, es necesario demostrar la presencia de una alteración funcional o estructural renal persistente durante 90 días o más, conforme a lo señalado en las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad (39). En contraste, el diagnóstico indeterminado corresponde a los casos en los que no se han realizado todas las pruebas complementarias requeridas para confirmar o descartar la ERC, o en los que aún no se ha documentado la cronicidad del compromiso renal por un periodo mínimo de tres meses. Por su parte, se considera que una persona no ha sido estudiada para ERC cuando, durante el periodo de reporte, no cuenta con las evaluaciones mínimas requeridas por el algoritmo de detección de la enfermedad, lo que impide identificar alteraciones de la función o la estructura renal y establecer su persistencia en el tiempo.

Como se observa en la **figura 44**, el 34,97 % de las personas de la cohorte no fueron estudiadas para ERC durante el 2025, aunque esto representó un 10,66 % menos en el número de casos, frente al 2024. En contraste, la cantidad de personas indeterminadas incrementó un 15,82 %. También, fue evidente el aumento de los individuos estudiados y definidos con o sin ERC (20,03 % y 35,77 %, respectivamente), lo que mantiene la tendencia creciente de los dos periodos anteriores.



Figura 44. Casos prevalentes reportados según el diagnóstico de la ERC, Colombia 2019 - 2025



A partir del periodo 2022 se excluyen los casos que no fueron gestionados en el periodo y que no tenían ERC, quedaron indeterminados o no fueron estudiados.

[Descargar figura](#)

De las personas con solo HTA, el 39,17 % (n= 1.764.300) no fue estudiado, al igual que el 36,64 % (n= 125.398) de aquellas con solo DM y el 26,56 % (n= 584.236) con las dos precursoras; mientras que, a cerca del 25 % de cada grupo no se les realizaron los estudios completos (23,88 % para solo HTA, 26,07 % para solo DM y 27,73 % para ambas enfermedades) (tabla 14).

Tabla 14. Distribución de los casos con HTA y DM según el diagnóstico de ERC, Colombia 2025

Enfermedad precursora	No tiene ERC	Tiene ERC	Indeterminado	No ha sido estudiado para ERC	Total
	n (%)				
Solo HTA	865.749 (19,22)	798.373 (17,73)	1.075.682 (23,88)	1.764.300 (39,17)	4.504.104 (100,00)
Solo DM	80.919 (23,64)	46.746 (13,66)	89.222 (26,07)	125.398 (36,64)	342.285 (100,00)
HTA y DM	376.011 (17,10)	629.133 (28,61)	609.983 (27,73)	584.236 (26,56)	2.199.363 (100,00)
Sin HTA ni DM	0 (0,00)	28.429 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	28.429 (100,00)
Total	1.322.679 (18,70)	1.502.681 (21,24)	1.774.887 (25,09)	2.473.934 (34,97)	7.074.181 (100,00)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con enfermedad renal crónica por grupos de riesgo

www.enfermedadrenal.org.co

4.1. Incidencia específica de la enfermedad renal crónica en los subgrupos de precursoras

Para el cálculo de la incidencia de la ERC en cada uno de los grupos de riesgo, se tomó como denominador el total de los casos prevalentes de HTA (solo HTA e HTA con DM), de DM (solo DM y DM con HTA) y de HTA o DM (solo HTA, solo DM y ambas precursoras) con riesgo de ERC, es decir, que no tuvieran la enfermedad al inicio del periodo; el numerador correspondió a las personas nuevas de la cohorte con diagnóstico de ERC. En todos los casos, solo se incluyó la población adulta (con 18 años o más).

4.1.1. Población con hipertensión arterial

La IE de la ERC entre las personas con HTA fue mayor en el régimen subsidiado, en comparación con el contributivo (**tabla 15**). Por su parte, de acuerdo con las regiones, la Caribe tuvo la mayor cantidad de casos, pero fue en la Amazonía-Orinoquía donde se calculó la IE más alta y en la Central, la más baja (**tabla 16**).

Tabla 15. Incidencia de la ERC por cada 100 casos de HTA según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos nuevos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA ¹	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ²	IC 95 % ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	128.209	3.527.157	3,63	1,66	1,63	1,70
Subsidiado	109.125	1.809.731	6,03	4,29	4,18	4,40

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

³ Intervalo de confianza al 95 % para la incidencia estandarizada.

Tabla 16. Incidencia de la ERC por cada 100 casos de HTA según la región, Colombia 2025

Región	Casos nuevos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA ¹	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ²	IC 95 % ³	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	5.601	77.291	7,25	4,56	4,15	5,01
Bogotá, D. C.	44.129	921.603	4,79	2,30	2,21	2,39
Caribe	79.327	1.173.080	6,76	3,92	3,81	4,03
Central	58.605	1.656.206	3,54	1,59	1,54	1,63
Oriental	41.994	864.508	4,86	2,77	2,65	2,90
Pacífica	34.974	831.408	4,21	2,58	2,46	2,69

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

³ Intervalo de confianza al 95 % para la incidencia estandarizada.

4.1.2. Población con diabetes mellitus

En las personas con DM, la IE de la ERC fue mayor en el régimen subsidiado, en comparación con el contributivo (**tabla 17**). Por otro lado, en la región Caribe se informaron más casos, pero fue en la Amazonía-Orinoquía en la que se obtuvo la IE más alta y en la Central, la más baja (**tabla 18**).

Tabla 17. Incidencia de la ERC por cada 100 casos de DM según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos nuevos de ERC ¹	Casos prevalentes de DM ¹	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ²	IC 95 % ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	69.425	1.190.070	5,83	2,45	2,38	2,53
Subsidiado	55.808	735.290	7,59	5,44	5,26	5,62

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

³ Intervalo de confianza al 95 % para la incidencia estandarizada.

**Tabla 18.** Incidencia de la ERC por cada 100 casos de DM según la región, Colombia 2025

Región	Casos nuevos de ERC ¹	Casos prevalentes de DM ¹	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ²	IC 95 % ³	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	3.382	33.669	10,04	7,20	6,24	8,29
Bogotá, D. C.	22.484	328.984	6,83	3,01	2,85	3,17
Caribe	36.410	410.964	8,86	5,43	5,23	5,65
Central	30.455	560.151	5,44	2,39	2,28	2,50
Oriental	24.731	342.583	7,22	4,00	3,78	4,23
Pacífica	18.924	321.169	5,89	3,20	3,02	3,38

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

³ Intervalo de confianza al 95 % para la incidencia estandarizada.

4.1.3. Población con hipertensión arterial o diabetes mellitus

Entre las personas con HTA o DM, la IE de la ERC más alta se registró en el régimen subsidiado (**tabla 19**). A su vez, en la región Caribe se ubicó la mayor cantidad de casos con ERC, pero fue en la Amazonía-Orinoquía donde se calculó la IE más alta y en la Central, la más baja (**tabla 20**).

Tabla 19. Incidencia de la ERC por cada 100 casos de HTA o DM según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos nuevos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA o DM ¹	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ²	IC 95 % ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	135.091	3.745.438	3,61	1,69	1,65	1,72
Subsidiado	113.460	1.882.563	6,03	4,39	4,28	4,49

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

³ Intervalo de confianza al 95 % para la incidencia estandarizada.

Tabla 20. Incidencia de la ERC por cada 100 casos de HTA o DM según la región, Colombia 2025

Región	Casos nuevos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA o DM ¹	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ²	IC 95 % ³	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	5.969	83.120	7,18	4,71	4,31	5,14
Bogotá, D. C.	46.646	992.555	4,70	2,31	2,23	2,40
Caribe	83.143	1.239.522	6,71	3,99	3,89	4,09
Central	61.194	1.718.561	3,56	1,63	1,58	1,68
Oriental	44.921	925.780	4,85	2,77	2,66	2,89
Pacífica	36.642	871.031	4,21	2,61	2,50	2,72

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

³ Intervalo de confianza al 95 % para la incidencia estandarizada.

4.2. Prevalencia específica de la enfermedad renal crónica en los subgrupos de precursoras

Según la ecuación CKD-EPI 2021, en todas las poblaciones predominó la ERC en estadio 2. Además, entre el 32,39 % y el 40,13 % de los casos en cada grupo no tenían estadificación (**tabla 21**). Así mismo, de los 7.756

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con enfermedad renal crónica por grupos de riesgo

www.eurintareal.org/estrat.html

menores de 18 años con ERC, el 72,77 % tenía solo HTA (n= 5.644) y el 82,07 % (n= 6.365) fue clasificado en estadio desconocido.

Tabla 21. Distribución de los casos prevalentes de ERC según el estadio (CKD-EPI 2021) y la presencia de HTA y DM, Colombia 2025

Enfermedad precursora	Estadio 1	Estadio 2	Estadio 3	Estadio 4	Estadio 5	Sin estadificación	Total
Solo HTA	86.014 (10,77)	235.221 (29,46)	146.954 (18,41)	11.688 (1,46)	24.233 (3,04)	294.263 (36,86)	798.373 (100,00)
Solo DM	11.389 (24,36)	12.047 (25,77)	5.111 (10,93)	448 (0,96)	307 (0,66)	17.444 (37,32)	46.746 (100,00)
HTA y DM	78.447 (12,47)	176.099 (27,99)	133.144 (21,16)	16.631 (2,64)	21.010 (3,34)	203.802 (32,39)	629.133 (100,00)
Sin HTA ni DM	6.030 (21,21)	6.701 (23,57)	2.815 (9,90)	336 (1,18)	1.138 (4,00)	11.409 (40,13)	28.429 (100,00)
Total	181.880 (12,10)	430.068 (28,62)	288.024 (19,17)	29.103 (1,94)	46.688 (3,11)	526.918 (35,07)	1.502.681 (100,00)

Incluye niños, para los cuales el estadio se definió de acuerdo con la ecuación de Schwartz.

Para el cálculo de la prevalencia de la ERC en cada uno de los grupos de riesgo, se tomaron como denominador los totales de los casos prevalentes de HTA, de DM y de HTA o DM; el numerador correspondió a todos los casos en la cohorte con diagnóstico de ERC. En todos los casos, solo se incluyó la población adulta (18 años o más de edad).

4.2.1. Población con hipertensión arterial

En la población con HTA, en el régimen subsidiado se registró la PE de la ERC más alta (**tabla 22**). De, otra parte, en la región Central residía la mayor cantidad de los casos, pero se calculó la PE más baja, mientras que fue en Bogotá, D. C., donde se infirmó la más alta (**tabla 23**).

Tabla 22. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos de HTA según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos prevalentes de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA ¹	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ²	IC 95 % ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	907.691	4.306.640	21,08	14,29	14,18	14,40
Subsidiado	468.085	2.168.691	21,58	15,58	15,39	15,78

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

³ Intervalo de confianza al 95 % para la prevalencia estandarizada.

Tabla 23. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos de HTA según la región, Colombia 2025

Región	Casos prevalentes de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA ¹	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ²	IC 95 % ³	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	19.157	90.847	21,09	14,66	13,82	15,54
Bogotá, D. C.	278.252	1.155.736	24,08	18,76	18,47	19,05
Caribe	306.286	1.400.043	21,88	14,44	14,22	14,65
Central	309.883	1.907.492	16,25	10,15	10,01	10,29
Oriental	236.966	1.059.485	22,37	17,03	16,73	17,33
Pacífica	271.112	1.067.551	25,40	16,77	16,53	17,02

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

³ Intervalo de confianza al 95 % para la prevalencia estandarizada.



4.2.2. Población con diabetes mellitus

El régimen subsidiado tuvo la PE más alta de la ERC en las personas con DM, aunque tuvo el menor número de casos comparado con el contributivo (**tabla 24**). A su vez, en las regiones Pacífica y Central se calcularon las PE más alta y baja, respectivamente (**tabla 25**).

Tabla 24. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos de DM según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos prevalentes de ERC ¹	Casos prevalentes de DM ¹	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ²	IC 95 % ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	408.581	1.529.227	26,72	15,44	15,25	15,63
Subsidiado	246.130	925.612	26,59	17,82	17,51	18,12

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

³ Intervalo de confianza al 95 % para la prevalencia estandarizada.

Tabla 25. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos de DM según la región, Colombia 2025

Región	Casos prevalentes de ERC ¹	Casos prevalentes de DM ¹	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ²	IC 95 % ³	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	10.651	40.938	26,02	18,11	16,54	19,81
Bogotá, D. C.	128.510	435.015	29,54	18,75	18,35	19,16
Caribe	143.107	517.662	27,64	16,91	16,57	17,26
Central	139.377	669.078	20,83	10,50	10,27	10,74
Oriental	122.833	440.689	27,87	18,48	18,04	18,93
Pacífica	130.964	433.212	30,23	18,79	18,38	19,21

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

³ Intervalo de confianza al 95 % para la prevalencia estandarizada.

4.2.3. Población con hipertensión arterial o diabetes mellitus

En el régimen subsidiado se calculó la mayor PE de la ERC en las personas con alguna de las 2 precursoras (**tabla 26**). Según la región, en la Central se informaron la mayor cantidad de los casos con ERC, pero tuvo la menor PE, mientras que, en Bogotá, D. C., se registró la más alta (**tabla 27**).

Tabla 26. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos de HTA o DM según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos prevalentes de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA o DM ¹	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ²	IC 95 % ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	942.065	4.552.413	20,69	14,07	13,96	14,17
Subsidiado	477.154	2.246.257	21,24	15,19	15,01	15,37

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

³ Intervalo de confianza al 95 % para la prevalencia estandarizada.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con enfermedad renal crónica por grupos de riesgo

www.enfermedadrenal.org.co

Tabla 27. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos de HTA o DM según la región, Colombia 2025

Región	Casos prevalentes de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA o DM ¹	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ²	IC 95 % ³	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	20.073	97.224	20,65	14,44	13,66	15,26
Bogotá, D. C.	290.474	1.236.394	23,49	18,00	17,75	18,25
Caribe	314.126	1.470.510	21,36	13,96	13,77	14,15
Central	317.258	1.974.635	16,07	9,99	9,86	10,13
Oriental	247.153	1.128.017	21,91	16,53	16,27	16,80
Pacífica	279.087	1.113.481	25,06	16,86	16,62	17,09

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

³ Intervalo de confianza al 95 % para la prevalencia estandarizada.

4.3. Mortalidad por todas las causas de la enfermedad renal crónica en los subgrupos de precursoras

Según la ecuación CKD-EPI 2021, en la población con solo HTA o con las dos enfermedades, el estadio de los casos fallecidos por todas las causas más frecuente fue el 3, con 15,23 % (n= 3.516) y 15,42 % (n= 3.447), respectivamente. Por su parte, en las personas con solo ERC, el estadio más frecuente fue el 5 (19,80 %; n= 100) y en aquellas con solo DM, fue el 2 (16,27 %, n= 123). En total, el 52,54 % (n= 24.538) de las defunciones no tenía clasificación (**tabla 28**). Además, de los 34 menores de 18 años que fallecieron, el 73,53 % (n= 25) tenía solo HTA y el 58,82 % (n= 20) se encontraba en el estadio 5 de la ERC.

Tabla 28. Distribución de la población fallecida con diagnóstico de ERC según el estadio (CKD-EPI 2021) y la presencia de HTA y DM, Colombia 2025

Enfermedad precursora	Estadio 1	Estadio 2	Estadio 3	Estadio 4	Estadio 5	Sin estadificación	Total
Solo HTA	589 (2,55)	2.923 (12,66)	3.516 (15,23)	877 (3,80)	2.458 (10,65)	12.725 (55,12)	23.088 (100,00)
Solo DM	48 (6,35)	123 (16,27)	103 (13,62)	36 (4,76)	45 (5,95)	401 (53,04)	756 (100,00)
HTA y DM	714 (3,19)	2.512 (11,24)	3.447 (15,42)	1.203 (5,38)	3.339 (14,93)	11.142 (49,84)	22.357 (100,00)
Sin HTA ni DM	15 (2,97)	28 (5,54)	66 (13,07)	26 (5,15)	100 (19,80)	270 (53,47)	505 (100,00)
Total	1.366 (2,92)	5.586 (11,96)	7.132 (15,27)	2.142 (4,59)	5.942 (12,72)	24.538 (52,54)	46.706 (100,00)

Incluye niños, para los cuales el estadio se definió de acuerdo con la ecuación de Schwartz.

Para el cálculo de la mortalidad por todas las causas en cada una de las poblaciones de riesgo, se tomaron como denominadores los números totales de los casos de HTA, de DM y de HTA o DM; el numerador correspondió al total de personas fallecidas con diagnóstico establecido de ERC para cada uno de los grupos. En todos los casos, solo se incluyó la población adulta (18 años o más).

4.3.1. Población con hipertensión arterial

La TME de la ERC en las personas con HTA del régimen subsidiado fue superior a la del contributivo, aunque fue en este último donde se informaron la mayor cantidad de fallecidos (**tabla 29**). Por lo que corresponde a las regiones, en la Pacífica y la Caribe se calculó la TME más alta y en la Central, la más baja (**tabla 30**).



Tabla 29. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos de HTA según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos fallecidos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA ¹	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ²	IC 95 % ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	28.333	4.306.640	0,66	0,19	0,18	0,20
Subsidiado	16.561	2.168.691	0,76	0,33	0,30	0,36

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

³ Intervalo de confianza al 95 % para la mortalidad estandarizada.

Tabla 30. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos de HTA según la región, Colombia 2025

Región	Casos fallecidos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA ¹	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ²	IC 95 % ³	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	601	90.847	0,66	0,20	0,18	0,28
Bogotá, D. C.	7.994	1.155.736	0,69	0,22	0,20	0,25
Caribe	8.869	1.400.043	0,63	0,26	0,24	0,29
Central	11.831	1.907.492	0,62	0,18	0,17	0,20
Oriental	6.975	1.059.485	0,66	0,23	0,20	0,25
Pacífica	9.149	1.067.551	0,86	0,26	0,24	0,28

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

³ Intervalo de confianza al 95 % para la mortalidad estandarizada.

4.3.2. Población con diabetes mellitus

En las personas con DM, la TME de la ERC más alta se registró en el régimen subsidiado, aunque fue en el contributivo donde se informó la mayor cantidad de casos fallecidos (**tabla 31**). Por su parte, en la región Pacífica, Caribe y Oriental se calculó la TME más alta y en la Central, la menor (**tabla 32**).

Tabla 31. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos de DM según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos fallecidos de ERC ¹	Casos prevalentes de DM ¹	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ²	IC 95 % ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	14.176	1.529.227	0,93	0,26	0,24	0,28
Subsidiado	8.628	925.612	0,93	0,36	0,33	0,40

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

³ Intervalo de confianza al 95 % para la mortalidad estandarizada.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con enfermedad renal crónica por grupos de riesgo

www.enfermedadrenalcolombiana.org

Tabla 32. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos de DM según la región, Colombia 2025

Región	Casos fallecidos de ERC ¹	Casos prevalentes de DM ¹	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ²	IC 95 % ³	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	333	40.938	0,81	0,28	0,23	0,52
Bogotá, D. C.	4.036	435.015	0,93	0,29	0,25	0,34
Caribe	4.398	517.662	0,85	0,30	0,27	0,34
Central	5.990	669.078	0,90	0,26	0,23	0,29
Oriental	3.808	440.689	0,86	0,30	0,26	0,36
Pacífica	4.545	433.212	1,05	0,30	0,27	0,34

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

³ Intervalo de confianza al 95 % para la mortalidad estandarizada.

4.3.3. Población con hipertensión arterial o diabetes mellitus

En la población con HTA o DM, la mayor TME de la ERC se calculó en el régimen subsidiado (**tabla 33**). A su vez, en la región Central se informó el mayor número de fallecidos, pero se obtuvo la menor TME, mientras que en la Pacífica y la Caribe se registró la más alta (**tabla 34**).

Tabla 33. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos de HTA o DM según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos fallecidos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA o DM ¹	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ²	IC 95 % ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	28.946	4.552.413	0,64	0,19	0,18	0,20
Subsidiado	16.695	2.246.257	0,74	0,31	0,29	0,34

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

³ Intervalo de confianza al 95 % para la mortalidad estandarizada.

Tabla 34. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos de HTA o DM según la región, Colombia 2025

Región	Casos fallecidos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA o DM ¹	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ²	IC 95 % ³	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	614	97.224	0,63	0,20	0,17	0,26
Bogotá, D. C.	8.175	1.236.394	0,66	0,21	0,19	0,23
Caribe	8.984	1.470.510	0,61	0,25	0,23	0,27
Central	11.999	1.974.635	0,61	0,18	0,17	0,19
Oriental	7.137	1.128.017	0,63	0,22	0,20	0,25
Pacífica	9.264	1.113.481	0,83	0,25	0,23	0,27

¹ Número de casos en las personas mayores de 18 años.

² Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

³ Intervalo de confianza al 95 % para la mortalidad estandarizada.

5

Población con
enfermedad renal
crónica estadio 5 según
la ecuación CKD-EPI 2021

RESUMEN infográfico

Población con enfermedad
renal crónica estadio 5 según la
ecuación CKD-EPI 2021

1° de julio de 2024 al 30 de junio de 2025

5



Se informaron a la CAC

3.901

casos nuevos de ERC5,
que correspondieron a una
incidencia cruda de 7,38 casos por
100.000 habitantes.

El promedio de la edad de los
casos incidentes

**de ERC5 fue de
61,01 años**

(DE $\pm$ 16,58) y el 59,70 %
correspondió a los hombres

Las regiones Caribe, Central y
Bogotá, D. C., registraron las

IE más altas
del país, en ese orden.



La IE fue mayor en el régimen subsidiado con
6,82 casos por 100.000 afiliados.



Se analizaron 46.688 casos de ERC5, lo que
representa una prevalencia cruda de 88,36
casos por 100.000 habitantes.



La edad promedio de las personas con ERC5
fue de 60,57 años (DE $\pm$ 16,18) y el 58,13 % eran
hombres.



La región Caribe tuvo una PE de 94,02 casos por
100.000 habitantes y el régimen subsidiado una
PE de 77,49 casos por 100.000 afiliados.



La mortalidad cruda por todas las causas en las
personas con ERC5 fue de 11,25 defunciones
por 100.000 habitantes.



El promedio de la edad de los casos con ERC5
fallecidos fue de 67,88 años (DE $\pm$ 15,03) y el
56,41 % eran hombres.



De las personas con ERC5 que fallecieron, en el 2,68 % la causa reportada fue la ERC y en el 28,22 % la enfermedad cardiovascular. Por su parte, el 41,80 % de las defunciones no tenía el dato y para el 15,97 % se informaron otras causas.

Las mayores TME se estimaron en la región Caribe, con

12,47 fallecidos

por 100.000 habitantes, y en el régimen subsidiado, con 10,03 casos
por 100.000 afiliados.

[Descargar infografía](#)

ERC5: enfermedad renal crónica en estadio 5.

IE: incidencia estandarizada.

PE: prevalencia estandarizada.

DE: desviación estándar.

TME: tasa de mortalidad estandarizada.

CKD-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration.



5. Población con enfermedad renal crónica estadio 5 según la ecuación CKD-EPI 2021

Hasta 2024, la clasificación de la función renal en este informe se realizó con la ecuación de Cockcroft-Gault. A partir de 2025, se utilizará la ecuación CKD-EPI 2021, conforme a las actualizaciones técnicas para la estimación de la TFG. Por ello, los resultados de 2025 deben considerarse una nueva línea de base y compararse con cautela frente a 2024, ya que las diferencias observadas pueden reflejar el cambio metodológico y no necesariamente variaciones en el comportamiento epidemiológico de la población.

5.1. Incidencia de la población con enfermedad renal crónica estadio 5 según la ecuación CKD-EPI 2021

En el periodo de estudio, se informaron a la CAC 3.901 personas con nuevo diagnóstico de enfermedad renal crónica en estadio 5 (ERC5) según la TFG, estimada a partir de la ecuación CKD-EPI 2021. La incidencia cruda fue de 7,38 casos por cada 100.000 habitantes (**tabla 35**), también fue 1,54 veces mayor en los hombres, comparado con las mujeres, e incrementó a medida que avanzó la edad.

En el total de los casos nuevos de ERC5 el promedio de la edad fue de 61,01 años ($DE \pm 16,58$), el 59,22 % tenía 60 años o más ($n = 2.310$) y el 59,70 % ($n = 2.329$) correspondió a hombres. Por otro lado, el 5,08 % correspondió a las mujeres de 80 años o más ($n = 198$) y el 6,82 % ($n = 266$) a los hombres en el mismo rango de edad.



En **HIGIA** está disponible la información demográfica detallada de la incidencia y las pirámides poblacionales hasta la desagregación departamental y municipal.

Tabla 35. Tasa de incidencia cruda de la ERC5 por 100.000 habitantes según la edad y el sexo, Colombia 2025

Edad	Hombre			Mujer			Total		
	Casos nuevos	Denominador DANE	Incidencia cruda	Casos nuevos	Denominador DANE	Incidencia cruda	Casos nuevos	Denominador DANE	Incidencia cruda
0 a 4	3	1.901.600	0,16	2	1.808.683	0,11	5	3.710.282	0,13
5 a 9	2	2.021.669	0,10	2	1.922.877	0,10	4	3.944.546	0,10
10 a 14	7	2.123.298	0,33	12	2.025.650	0,59	19	4.148.948	0,46
15 a 19	10	2.233.430	0,45	17	2.133.975	0,80	27	4.367.405	0,62
20 a 24	38	2.261.592	1,68	33	2.200.347	1,50	71	4.461.939	1,59
25 a 29	46	2.219.908	2,07	35	2.232.958	1,57	81	4.452.866	1,82
30 a 34	56	2.090.754	2,68	50	2.117.544	2,36	106	4.208.298	2,52
35 a 39	52	1.832.723	2,84	68	1.898.736	3,58	120	3.731.459	3,22
40 a 44	104	1.681.410	6,19	94	1.795.232	5,24	198	3.476.641	5,70
45 a 49	139	1.479.241	9,40	101	1.610.913	6,27	240	3.090.154	7,77
50 a 54	198	1.322.602	14,97	114	1.463.061	7,79	312	2.785.663	11,20
55 a 59	266	1.253.966	21,21	142	1.414.750	10,04	408	2.668.716	15,29
60 a 64	295	1.098.265	26,86	188	1.277.822	14,71	483	2.376.087	20,33
65 a 69	321	852.326	37,66	210	1.036.564	20,26	531	1.888.890	28,11
70 a 74	308	630.474	48,85	168	787.103	21,34	476	1.417.576	33,58
75 a 79	218	424.321	51,38	138	549.369	25,12	356	973.689	36,56
80 y más	266	461.842	57,60	198	670.487	29,53	464	1.132.329	40,98
Nacional	2.329	25.889.417	9,00	1.572	26.946.066	5,83	3.901	52.835.483	7,38

En la **tabla 36** se observa que el 26,92 % ($n = 1.050$) de los casos nuevos de ERC5 se informaron en la región Central y las IE más altas por 100.000 habitantes correspondieron a la región Caribe, seguida de la Central y Bogotá, D. C. En cuanto a los departamentos, Sucre (IE= 11,10; IC 95 %: 9,21 - 13,28) y Huila (IE= 9,67; IC 95 %: 8,01 - 11,57) presentaron las estimaciones más altas.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con enfermedad renal crónica estadio 5 según la ecuación CKD-EPI 2021

www.enfermedadrenal.org



Puede ampliar estos resultados demográficos hasta la desagregación municipal en la plataforma **HIGIA**.

Tabla 36. Tasa de incidencia de la ERC5 por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2025

Región	Casos nuevos	Denominador DANE	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ¹	IC 95 % ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	73	1.555.038	4,69	5,88	4,61	7,39
Bogotá, D. C.	569	7.930.764	7,17	6,03	5,54	6,55
Caribe	995	12.203.815	8,15	8,25	7,74	8,78
Central	1.050	12.527.435	8,38	6,74	6,33	7,17
Oriental	638	10.027.796	6,36	5,53	5,10	5,98
Pacífica	576	8.590.636	6,70	5,73	5,26	6,22
Nacional	3.901	52.835.483	7,38	6,47	6,26	6,68

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95 % para la incidencia estandarizada.

A continuación, en la **tabla 37** se muestra que la IE de la ERC5 por 100.000 afiliados fue mayor en el régimen subsidiado, comparado con el contributivo, a pesar de que fue este último el que concentró la mayoría de los casos. La EAS016 tuvo la IE más alta del régimen contributivo (IE= 85,98; IC 95 %: 2,53 - 677,59) y la CCF050, la del subsidiado (IE= 12,08; IC 95 %: 8,35 - 16,98).



Las estimaciones completas de la incidencia para todas las EAPB las puede consultar en **HIGIA**.

Tabla 37. Tasa de incidencia de la ERC5 por 100.000 afiliados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos nuevos	Denominador BDUA	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ¹	IC 95 % ²	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	2.128	28.590.177	7,44	5,81	5,57	6,07
Subsidiado	1.689	20.896.594	8,08	6,82	6,49	7,16
Excepción	77	2.112.509	3,64	2,57	2,00	3,27
No asegurado ³	7	SD	NA	NA	NA	NA

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95 % para la incidencia estandarizada.

³ No se cuenta con el reporte de todas las entidades que conforman el régimen o no se cuenta con los denominadores, por lo tanto, no se presenta el cálculo del indicador.

SD: sin denominador; **NA:** no aplica.

5.2. Prevalencia de la enfermedad renal crónica estadio 5 según la ecuación CKD-EPI 2021

Se informaron 46.688 casos de ERC5 según la TFG, estimada con la ecuación CKD-EPI 2021. La edad promedio de estas personas fue de 60,57 años (DE $\pm$ 16,18) y el 58,13 % (n= 27.141) eran hombres. La prevalencia cruda fue de 88,36 casos por 100.000 habitantes y, según el sexo y la edad, fue similar entre ambos sexos hasta los 39 años; a partir de allí, comenzó a incrementar con mayor rapidez entre los hombres, hasta llegar a duplicar la de las mujeres en el grupo de 80 años o más (**tabla 38**).



Tabla 38. Prevalencia cruda de la ERC5 por 100.000 habitantes según la edad y el sexo, Colombia 2025

Edad	Hombre			Mujer			Total		
	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda
0 a 4	6	1.901.600	0,32	4	1.808.683	0,22	10	3.710.282	0,27
5 a 9	19	2.021.669	0,94	8	1.922.877	0,42	27	3.944.546	0,68
10 a 14	48	2.123.298	2,26	51	2.025.650	2,52	99	4.148.948	2,39
15 a 19	108	2.233.430	4,84	122	2.133.975	5,72	230	4.367.405	5,27
20 a 24	294	2.261.592	13,00	288	2.200.347	13,09	582	4.461.939	13,04
25 a 29	569	2.219.908	25,63	554	2.232.958	24,81	1.123	4.452.866	25,22
30 a 34	779	2.090.754	37,26	813	2.117.544	38,39	1.592	4.208.298	37,83
35 a 39	966	1.832.723	52,71	985	1.898.736	51,88	1.951	3.731.459	52,29
40 a 44	1.313	1.681.410	78,09	1.170	1.795.232	65,17	2.483	3.476.641	71,42
45 a 49	1.655	1.479.241	111,88	1.393	1.610.913	86,47	3.048	3.090.154	98,64
50 a 54	2.135	1.322.602	161,42	1.578	1.463.061	107,86	3.713	2.785.663	133,29
55 a 59	2.947	1.253.966	235,01	1.897	1.414.750	134,09	4.844	2.668.716	181,51
60 a 64	3.533	1.098.265	321,69	2.382	1.277.822	186,41	5.915	2.376.087	248,94
65 a 69	3.840	852.326	450,53	2.431	1.036.564	234,52	6.271	1.888.890	331,99
70 a 74	3.327	630.474	527,70	2.146	787.103	272,65	5.473	1.417.576	386,08
75 a 79	2.649	424.321	624,29	1.641	549.369	298,71	4.290	973.689	440,59
80 y más	2.953	461.842	639,40	2.084	670.487	310,82	5.037	1.132.329	444,84
Nacional	27.141	25.889.417	104,83	19.547	26.946.066	72,54	46.688	52.835.483	88,36

Como se muestra en la **tabla 39**, el 25,22 % (n= 11.776) de los casos de ERC5 se reportaron en la región Central y en la Caribe se estimó la PE más alta. Los departamentos de Sucre con 107,05 casos por 100.000 habitantes (IC 95 %: 100,90 - 113,48) y Atlántico con 106,22 (IC 95 %: 102,61 - 109,93) tuvieron los mayores valores de PE.



Puede ampliar estos resultados demográficos hasta la desagregación municipal en la plataforma **HIGIA**.

Tabla 39. Prevalencia de la ERC5 por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2025

Región	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95 % ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	793	1.555.038	51,00	61,86	57,61	66,34
Bogotá, D. C.	7.177	7.930.764	90,50	75,44	73,70	77,22
Caribe	11.276	12.203.815	92,40	94,02	92,29	95,78
Central	11.776	12.527.435	94,00	76,86	75,46	78,28
Oriental	8.270	10.027.796	82,47	71,43	69,89	73,00
Pacífica	7.396	8.590.636	86,09	72,37	70,71	74,06
Nacional	46.688	52.835.483	88,36	77,67	76,96	78,38

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95 % para la prevalencia estandarizada.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con enfermedad renal crónica estadio 5 según la ecuación CKD-EPI 2021

www.entrenamiento.gov.co

En el aseguramiento, el mayor número de casos se informó en el régimen contributivo (56,10 %), pero fue en el subsidiado en el que se calculó la PE más alta (**tabla 40**). Según la EAPB, la EAS027 (PE= 383,43; IC 95 %: 212,34 - 666,03), del contributivo, y la ESS207 (PE= 101,46; IC 95 %: 97,83 - 105,19), del subsidiado, tuvieron las mayores estimaciones de PE de su respectivo régimen.



Las estimaciones completas de la prevalencia para todas las EAPB las puede consultar en **HIGIA**.

Tabla 40. Prevalencia estandarizada de la ERC5 por 100.000 afiliados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos prevalentes	Denominador BDUA	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95 % ²	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	26.192	28.590.177	91,61	71,28	70,41	72,16
Subsidiado	18.800	20.896.594	89,97	77,49	76,36	78,62
Excepción	1.664	2.112.509	78,77	50,97	48,39	53,66
Especial ³	18	SD	NA	NA	NA	NA
No asegurado ³	14	SD	NA	NA	NA	NA

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95 % para la prevalencia estandarizada.

³ No se cuenta con el reporte de todas las entidades que conforman el régimen o no se cuenta con los denominadores, por lo tanto, no se presenta el cálculo del indicador.

SD: sin denominador; NA: no aplica.

5.3. Mortalidad por todas las causas en la población con enfermedad renal crónica estadio 5 según la ecuación CKD-EPI 2021

En el periodo 2025 se informaron 5.942 muertes por todas las causas entre las personas con ERC5 según la TFG, estimada con la ecuación CKD-EPI 2021. El promedio de la edad fue de 67,88 años (DE $\pm$ 15,03) y el 56,41 % eran hombres (n= 3.352). En la **tabla 41** se observa que la mortalidad cruda fue de 11,25 casos por cada 100.000 habitantes, incrementó notablemente a partir de los 50 años y fue superior en las personas de 80 años o más; en este grupo, la prevalencia de los hombres fue 1,90 veces la de las mujeres.

Tabla 41. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en la población con ERC5 por 100.000 habitantes según la edad y el sexo, Colombia 2025

Edad	Hombre			Mujer			Total		
	Casos fallecidos	Denominador DANE	Tasa de mortalidad cruda	Casos fallecidos	Denominador DANE	Tasa de mortalidad cruda	Casos fallecidos	Denominador DANE	Tasa de mortalidad cruda
0 a 4	2	1.901.600	0,11	0	1.808.683	0,00	2	3.710.282	0,05
5 a 9	1	2.021.669	0,05	0	1.922.877	0,00	1	3.944.546	0,03
10 a 14	5	2.123.298	0,24	4	2.025.650	0,20	9	4.148.948	0,22
15 a 19	4	2.233.430	0,18	6	2.133.975	0,28	10	4.367.405	0,23
20 a 24	19	2.261.592	0,84	18	2.200.347	0,82	37	4.461.939	0,83
25 a 29	30	2.219.908	1,35	31	2.232.958	1,39	61	4.452.866	1,37
30 a 34	45	2.090.754	2,15	47	2.117.544	2,22	92	4.208.298	2,19
35 a 39	53	1.832.723	2,89	47	1.898.736	2,48	100	3.731.459	2,68
40 a 44	71	1.681.410	4,22	75	1.795.232	4,18	146	3.476.641	4,20



Tabla 41. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en la población con ERC5 por 100.000 habitantes según la edad y el sexo, Colombia 2025 (continuación)

Edad	Hombre			Mujer			Total		
	Casos fallecidos	Denominador DANE	Tasa de mortalidad cruda	Casos fallecidos	Denominador DANE	Tasa de mortalidad cruda	Casos fallecidos	Denominador DANE	Tasa de mortalidad cruda
45 a 49	110	1.479.241	7,44	107	1.610.913	6,64	217	3.090.154	7,02
50 a 54	173	1.322.602	13,08	143	1.463.061	9,77	316	2.785.663	11,34
55 a 59	239	1.253.966	19,06	206	1.414.750	14,56	445	2.668.716	16,67
60 a 64	384	1.098.265	34,96	287	1.277.822	22,46	671	2.376.087	28,24
65 a 69	492	852.326	57,72	365	1.036.564	35,21	857	1.888.890	45,37
70 a 74	502	630.474	79,62	353	787.103	44,85	855	1.417.576	60,31
75 a 79	486	424.321	114,54	340	549.369	61,89	826	973.689	84,83
80 y más	736	461.842	159,36	561	670.487	83,67	1.297	1.132.329	114,54
Nacional	3.352	25.889.417	12,95	2.590	26.946.066	9,61	5.942	52.835.483	11,25

En la región Caribe se reportó el 25,66 % (n= 1.525) de las defunciones por todas las causas en las personas con ERC5 y también se calculó la mayor TME (**tabla 42**). Por su parte, Bolívar (TME= 14,56; IC 95 %: 13,07 - 16,18) y Sucre (TME= 13,62; IC 95 %: 11,53 - 16,00) fueron los departamentos con las tasas de mortalidad más altas del país.

Tabla 42. Tasa de mortalidad por todas las causas en la población con ERC5 por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2025

Región	Casos fallecidos	Denominador DANE	Tasa de mortalidad cruda	Tasa de mortalidad estandarizada ¹	IC 95 % ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	86	1.555.038	5,53	6,97	5,57	8,60
Bogotá, D. C.	960	7.930.764	12,10	9,81	9,20	10,46
Caribe	1.525	12.203.815	12,50	12,47	11,85	13,11
Central	1.411	12.527.435	11,26	8,56	8,12	9,03
Oriental	1.001	10.027.796	9,98	8,26	7,75	8,79
Pacífica	959	8.590.636	11,16	8,74	8,19	9,32
Nacional	5.942	52.835.483	11,25	9,43	9,19	9,68

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95 % para la mortalidad estandarizada.

La TME en el régimen contributivo fue inferior comparada con la del subsidiado, aunque el primero informó el 53,69 % de los casos (**tabla 43**). La EAS027 (TME= 29,20; IC 95 %: 7,39 - 205,77) y la EPSS34 (TME= 17,01; IC 95 %: 14,96 - 19,28) fueron las EAPB con la mayor TME en la población con ERC5.



En **HIGIA** podrá consultar con mayor detalle las estimaciones demográficas y del aseguramiento.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con enfermedad renal crónica estadio 5 según la ecuación CKD-EPI 2021

www.ebentarealiojodstn.org

Tabla 43. Tasa de mortalidad por todas las causas en las personas con ERC5 por 100.000 afiliados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos fallecidos	Denominador BDUA	Tasa de mortalidad cruda	Tasa de mortalidad estandarizada ¹	IC 95 % ²	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	3.190	28.590.177	11,16	8,20	7,92	8,49
Subsidiado	2.627	20.896.594	12,57	10,03	9,65	10,43
Excepción	120	2.112.509	5,68	3,42	2,80	4,16
No asegurado ³	3	SD	NA	NA	NA	NA
Especial ³	2	SD	NA	NA	NA	NA

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95 % para la prevalencia estandarizada.

³ No se cuenta con el reporte de todas las entidades que conforman el régimen o no se cuenta con los denominadores, por lo tanto, no se presenta el cálculo del indicador.

SD: sin denominador; **NA:** no aplica.

En el 2,68 % (n= 159) de los casos con ERC5 que fallecieron, la causa reportada fue la ERC, mientras que en el 28,22 % (n= 1.677) se atribuyó a la enfermedad cardiovascular, en el 8,75 % (n= 520) a las infecciones y en el 2,57 % (n= 153) al cáncer. Además, el 41,80 % (n= 2.484) de las defunciones no tenía información y para el 15,97 % (n= 949) se informaron otras causas.

6

**Indicadores de
nefroprotección**

RESUMEN infográfico

Indicadores de nefroprotección

1° de julio de 2024 al 30 de junio de 2025

6



La medición de la HbA1c en los últimos **6 meses** en las personas con DM se realizó al **43,02 %** y obtuvo un nivel de cumplimiento medio.

En el **44,79 %** de la población general se midió **la RAC** en el último año.

La medición simultánea de la **RAC y la TFG** se realizó entre el **37,08 % y el 45,78 %** de las poblaciones con enfermedades **precursoras.**



La medición de la función renal en los últimos 2 periodos consecutivos se realizó en el 36,16 % de la población general. Entre quienes contaron con esta medición, el mantenimiento de la función renal, estimado mediante la ecuación CKD-EPI 2021, se logró en el 79,13 %.

La medición de la HbA1c y el colesterol LDL, y el control del IMC se alcanzaron en todas las **poblaciones con ERC** en los diferentes estadios.

HbA1c: hemoglobina glicosilada.

DM: diabetes mellitus.

RAC: relación de albuminuria/creatinuria.

CKD-EPI: *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration.*

TFGe: tasa de filtración glomerular estimada.

LDL: lipoproteína de baja densidad.

IMC: índice de masa corporal.

ERC: enfermedad renal crónica.

[Descargar infografía](#)



6. Indicadores de nefroprotección

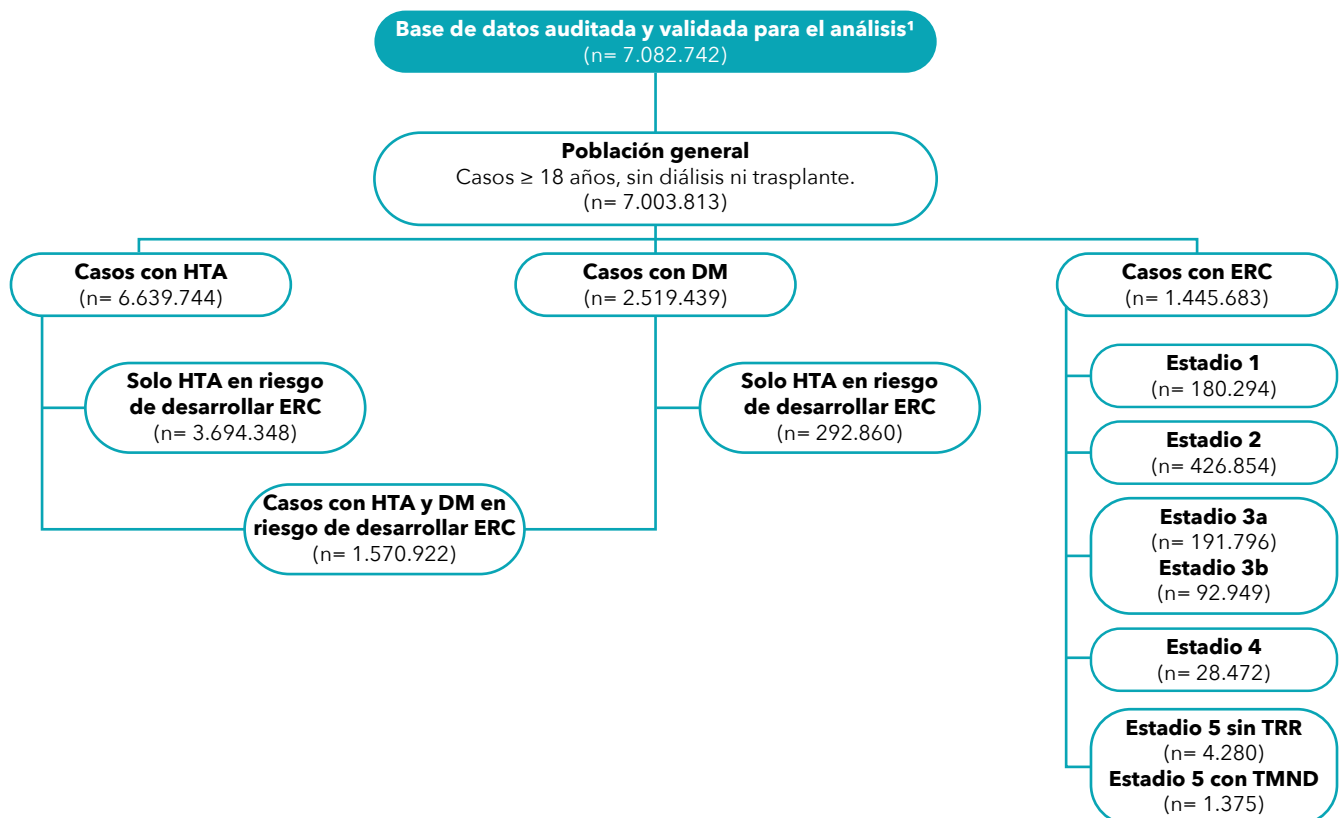
La medición de los indicadores de gestión del riesgo en nefroprotección se aplica a la población adulta (≥ 18 años), sin terapia de reemplazo renal (diálisis o trasplante) y segmentada de manera progresiva según la presencia de enfermedades precursoras y el estadio de la ERC. Los subgrupos incluyen las personas con HTA, DM o ambas condiciones, diferenciando los subgrupos en riesgo de ERC sin enfermedad establecida (solo HTA, solo DM, HTA y DM), así como las personas con ERC en estadios 1 a 5, incluyendo aquellas en estadio 5 bajo tratamiento médico no dialítico (TMND). La clasificación por estadios se fundamenta en la TFG, estimada mediante la ecuación CKD-EPI 2021 basada en la creatinina, lo que permite integrar la estratificación funcional de la enfermedad con la gestión del riesgo cardiovascular y renal, y orientar la intensidad de las intervenciones, el seguimiento clínico y la articulación de la atención de acuerdo con la progresión de la enfermedad.

A partir de la información acopiada en 2025, se inició la medición de los indicadores conforme a la ["Actualización del consenso basado en la evidencia. Indicadores mínimos para evaluar la gestión en la atención de las personas con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica estadios 1 - 4 y 5 sin diálisis ni trasplante"](#) (32). En consecuencia, esta edición presenta el primer periodo correspondiente a la nueva serie de medición y las comparaciones con periodos previos deben realizarse con cautela.

6.1. Subgrupos de la población general

A continuación, se presenta la distribución de la población incluida para el cálculo de los indicadores de nefroprotección:

Figura 45. Flujograma descriptivo de los casos incluidos para el cálculo de los indicadores de nefroprotección, periodo 2025



¹ Contiene 8.561 casos duplicados atendidos por dos regímenes válidos.

6.2. Indicadores de la gestión del riesgo para la población general

Los indicadores de gestión del riesgo en nefroprotección constituyen un componente estructural del monitoreo del desempeño en salud, dado que permiten la cuantificación estandarizada de los procesos de atención y de los desenlaces clínicos en las personas con HTA, DM y ERC sin terapia de reemplazo renal (TRR). Su integración en el análisis poblacional facilita la identificación de brechas en la atención, la variabilidad en la práctica clínica y la oportunidad de las intervenciones, lo que orienta la toma de decisiones en los diferentes niveles del sistema. De esta manera, su uso sistemático se incorpora como soporte para la planificación, el seguimiento de los resultados y la priorización de acciones dirigidas a optimizar la calidad del cuidado y la gestión integral del riesgo (40). Enseguida, la **tabla 44** describe los tipos, nombres y rangos de cumplimiento de los indicadores con su correspondiente semaforización, para la población adulta sin diálisis ni trasplante.

Tabla 44. Descripción de los indicadores de la gestión del riesgo en nefroprotección en la población general, Colombia 2025

Código	Tipo	Indicador	Semaforización de cumplimiento		
			Alto	Medio	Bajo
nefro_29	Resultado	Control de la medición más reciente de PA (< 140/90 mmHg) en los últimos 6 meses.	> 60 %	40 a 60 %	< 40 %
nefro_32	Proceso	Medición de LDL en el último año.	> 60 %	40 a 60 %	< 40 %
nefro_33	Resultado	Meta de LDL ($\leq$ 100 mg/dL) en el último año.	> 50 %	30 a 50 %	< 30 %
nefro_47	Resultado	Meta de no-HDL (< 100 mg/dL) en el último año.	Línea de base país		
nefro_34	Proceso	Medición de creatinina en el último año.	> 70 %	50 a 70 %	< 50 %
nefro_35	Proceso	Medición de albuminuria/creatinuria en el último año.	> 60 %	40 a 60 %	< 40 %
nefro_52	Proceso	Medición de TFGe en el último año.	Línea de base país		
nefro_54	Proceso	Medición de RAC y TFGe para estudio de ERC en el último año.	Línea de base país		
nefro_37	Resultado	Sin pérdida de la función renal CKD-EPI (% pérdida TFG $\leq$ 5 ml/min/1,73 m ² en un año).	> 50 %	40 a 50 %	< 40 %
nefro_36	Resultado	Control del IMC (20 - 25 kg/m ²) en el último año.	> 30 %	20 a 30 %	< 20 %
nefro_48	Resultado	Circunferencia de cintura < 94 cm en hombres y < 80 cm en mujeres en el último año ¹ .	Línea de base país		
nefro_49	Proceso	Vacunación contra influenza en el último año ¹ .	Línea de base país		
nefro_50	Proceso	Valoración por nefrología en el último año ¹ .	Línea de base país		
nefro_57	Proceso	Evaluación de riesgo cardiovascular en el último año ¹ .	Línea de base país		

¹ No fue posible capturar la información suficiente para realizar el cálculo de estos indicadores.

Población general: mayores o iguales a 18 años, con diagnóstico de HTA o DM o ERC sin diálisis ni trasplante.

PA: presión arterial; **LDL:** lipoproteína de baja densidad; **no-HDL:** término utilizado para referirse al colesterol contenido en lipoproteínas diferentes de las de alta densidad; **IMC:** índice de masa corporal; **TFGe:** tasa de filtración glomerular estimada; **RAC:** relación albuminuria/creatinuria; **ERC:** enfermedad renal crónica; **CKD-EPI:** Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration.



Para consultar la información más detallada y desagregada demográficamente y según el aseguramiento, le invitamos a consultar la plataforma **HIGIA**.

Las metas de control de la presión arterial en las personas con hipertensión arterial se definen de acuerdo con el riesgo cardiovascular y renal, la presencia de comorbilidades y la tolerancia al tratamiento. Las guías clínicas actuales establecen como objetivo inicial alcanzar cifras inferiores a los 140/90 mmHg en la población general hipertensa; adicionalmente, en las personas con ERC, albuminuria, DM, enfermedad cardiovascular establecida o alto riesgo cardiovascular, se incorporan metas más estrictas, inferiores a los 130/80 mmHg, debido a su impacto en la reducción de los eventos cardiovasculares mayores, la progresión de la enfermedad renal y la mortalidad asociada. Este enfoque integra el control tensional como componente central de la gestión integral del riesgo y de la estrategia de nefroprotección en poblaciones de alta vulnerabilidad (41,42).



Por su parte, la medición del colesterol LDL y no-HDL constituye un componente central de la estratificación y el seguimiento del riesgo cardiovascular de las personas con HTA, DM y ERC, debido a la elevada carga de aterosclerosis, enfermedad cardiovascular (ECV) y mortalidad asociada a estas condiciones. El LDL es el principal objetivo terapéutico del tratamiento hipolipemiante y su control se define según la categoría de riesgo cardiovascular, con metas < 100 mg/dL en las personas con riesgo alto y < 70 mg/dL en quienes presentan riesgo muy alto, ECV establecida o ERC avanzada. El no-HDL complementa esta valoración al integrar el colesterol contenido en partículas aterogénicas diferentes de HDL, aportando información sobre el riesgo residual, especialmente en las personas con DM, ERC, hipertrigliceridemia o dislipidemia mixta. En el contexto de la nefroprotección, la evaluación conjunta del colesterol LDL y no-HDL fortalece la gestión integral del riesgo cardiorrenal y orienta la intensificación terapéutica para la reducción de eventos cardiovasculares y de la progresión del daño vascular (43).

En la población general, el indicador del control de la PA (< 140/90 mmHg) alcanzó un cumplimiento alto, tanto en el país, como en los regímenes del aseguramiento (**tabla 45**). En contraste, la medición del colesterol LDL evidenció un desempeño intermedio, mientras que el logro de metas terapéuticas del LDL y no-HDL mostró bajos porcentajes en todos los niveles analizados. De manera consistente, los resultados fueron más favorables en el régimen contributivo frente al subsidiado, lo que evidencia diferencias en el acceso, seguimiento y efectividad de las intervenciones dirigidas al control integral del riesgo cardiorrenal.

Tabla 45. Indicadores relacionados con la presión arterial y el colesterol LDL y no-HDL a nivel nacional y en los regímenes del aseguramiento, Colombia 2025

Código	Nombre del Indicador	Semaforización de cumplimiento			Población ≥ 18 años, sin diálisis ni trasplante		
		Alto	Medio	Bajo	Nacional	Régimen contributivo	Régimen subsidiado
nefro_29	Control de la medición más reciente de PA (< 140/90 mmHg) en los últimos 6 meses.	> 60 %	40 a 60 %	< 40 %	● 65,58	● 67,53	● 60,21
nefro_32	Medición de LDL en el último año.	> 60 %	40 a 60 %	< 40 %	● 54,75	● 57,20	● 49,42
nefro_33	Meta de LDL (≤ 100 mg/dL) en el último año.	> 50 %	30 a 50 %	< 30 %	● 28,24	● 29,87	● 24,49
nefro_47	Meta de no-HDL (< 100 mg/dL) en el último año.	Línea de base país			13,73	15,45	10,35

PA: presión arterial; LDL: lipoproteína de baja densidad; no-HDL: término utilizado para referirse al colesterol contenido en lipoproteínas diferentes de las de alta densidad.

La medición periódica de la creatinina sérica y de la TFG constituye un componente esencial para la detección temprana, la clasificación y el seguimiento longitudinal de la ERC en las personas con HTA y DM, debido a que permite identificar el deterioro de la función renal, establecer el estadio funcional de la enfermedad y orientar decisiones relacionadas con la intensidad del seguimiento, el ajuste terapéutico y la remisión a nefrología (5).

La evaluación de la albuminuria mediante la relación albuminuria/creatinuria (RAC) complementa la valoración funcional renal al permitir identificar el daño renal temprano, estratificar el riesgo de progresión y estimar de manera más precisa el riesgo cardiovascular y renal. Las guías KDIGO 2024 establecen que la clasificación pronóstica de la ERC debe integrar tanto la TFG como la albuminuria, debido a que la combinación de ambos parámetros mejora la capacidad de predicción de progresión renal, mortalidad y eventos cardiovasculares. En este contexto, la medición conjunta de la RAC y la TFG constituye un indicador estructural de calidad en la evaluación integral de la ERC y forma parte de las estrategias de tamizaje y monitoreo anual en poblaciones con HTA, DM o riesgo elevado de enfermedad renal (5).

En la población adulta sin diálisis ni trasplante, la medición de la creatinina alcanzó un desempeño intermedio a nivel nacional y en el régimen contributivo, y bajo en el subsidiado. En concordancia con ello, la estimación de la TFG, medida a través de la ecuación CKD-EPI 2021 y cuyo cálculo depende de la creatinina sérica, presentó los mismos porcentajes de realización. Por su parte, la medición de la RAC no alcanzó la meta y mostró un menor cumplimiento en el subsidiado. Así mismo, la toma conjunta de la RAC y la TFG alcanzó un 41,28 % en el país y fue superior en el régimen contributivo. Lo anterior refleja oportunidades de mejora en la detección temprana de la ERC, especialmente en poblaciones con mayor vulnerabilidad y barreras de acceso al seguimiento clínico (**tabla 46**).

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Indicadores de nefroprotección

www.enfermedadrenalcrónica.org

Tabla 46. Indicadores relacionados con la creatinina, la relación albuminuria/creatinuria y la tasa de filtración glomerular a nivel nacional y en los regímenes del aseguramiento, Colombia 2025

Código	Nombre del Indicador	Semaforización de cumplimiento			Población ≥ 18 años, sin diálisis ni trasplante		
		Alto	Medio	Bajo	Nacional	Régimen contributivo	Régimen subsidiado
nefro_34	Medición de creatinina en el último año.	> 70 %	50 a 70 %	< 50 %	● 57,54	● 61,61	● 49,31
nefro_35	Medición de albuminuria/creatinuria en el último año.	> 60 %	40 a 60 %	< 40 %	● 44,79	● 51,21	● 34,34
nefro_52	Medición de TFGe en el último año.	Línea de base país			57,54	61,61	49,31
nefro_54	Medición de RAC y TFGe para estudio de ERC en el último año.	Línea de base país			41,28	47,94	30,54

TFGe: tasa de filtración glomerular estimada; RAC: relación albuminuria/creatinuria; ERC: enfermedad renal crónica.

Evitar la progresión de la ERC constituye uno de los objetivos centrales de las estrategias de nefroprotección debido a su asociación con la falla renal, los eventos cardiovasculares y la mortalidad. En este contexto, el seguimiento de la TFGe permite evaluar la función renal e identificar a las personas con deterioro acelerado, definido por la guía KDIGO 2024 como una disminución sostenida superior a los 5 ml/min/1,73 m² por año. Por ello, la vigilancia de este comportamiento se relaciona con el control de factores modificables como la HTA, la DM y la albuminuria, y forma parte de la evaluación pronóstica y de la toma de decisiones clínicas en las personas con ERC. Además, a nivel poblacional, el monitoreo de la pérdida de la función renal permite orientar la intensificación del seguimiento y de las intervenciones terapéuticas dirigidas a retrasar la progresión de la enfermedad y reducir el riesgo de desenlaces adversos (5).

En el país, el indicador relacionado con la ausencia de la pérdida acelerada de la función renal mostró un cumplimiento alto, aunque se midió solo en el 36,16 % de la población informada en los 2 últimos periodos consecutivos. Los resultados fueron superiores al 70 % en la mayoría de los regímenes evaluados; el contributivo presentó el porcentaje más alto de casos incluidos en la medición, seguido del subsidiado, mientras que los regímenes de excepción y especial mostraron resultados favorables, aunque con menor representatividad poblacional. También, la población no asegurada presentó incumplimiento del indicador y una baja proporción de casos evaluados. En conjunto, los resultados evidencian limitaciones en el seguimiento longitudinal y en la vigilancia sistemática de la progresión renal en la población con ERC, lo que refleja brechas en la continuidad del cuidado y en la identificación oportuna de las personas con deterioro acelerado de la función renal.

Tabla 47. Proporción de personas sin pérdida de la función renal (% de pérdida de la TFG < 5ml/min/1,73 m² en un año) y casos sobre los que se midió el indicador a nivel nacional y en los regímenes del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	nefro_37				
	Numerador (n)	Denominador (n)	Resultado (%)	Casos informados en 2024 y 2025 (n)	Casos informados en 2024 y 2025 que entraron a la medición (%)
Contributivo	1.274.507	1.555.573	● 81,93	4.169.669	37,31
Subsidiado	501.915	689.244	● 72,82	2.017.408	34,16
Excepción	3.144	3.960	● 79,39	26.257	15,08
Especial	1.385	1.782	● 77,72	9.538	18,68
Planes voluntarios en salud	1	1	● 100,00	7	14,29
No asegurado	0	1	● 0,00	323	0,31
Nacional	1.780.952	2.250.561	● 79,13	6.223.202	36,16



Por su parte, el control del índice de masa corporal (IMC) y de la circunferencia de la cintura constituye un componente del manejo integral del riesgo cardiometabólico en las personas con HTA, DM y ERC, debido a la asociación entre el exceso de adiposidad, la inflamación sistémica, la resistencia a la insulina, la progresión del daño renal y el aumento del riesgo cardiovascular. Mientras el IMC permite una aproximación al exceso de peso y la adiposidad general, la circunferencia de cintura aporta una estimación de adiposidad abdominal y riesgo metabólico, incluso en las personas con IMC dentro de rangos convencionales. En el contexto de la nefroprotección, ambos indicadores forman parte de la evaluación clínica y del seguimiento longitudinal de factores modificables relacionados con la progresión de la ERC y los desenlaces cardiovasculares adversos, pues orientan intervenciones dirigidas al control del peso y la reducción del riesgo cardiorrenal (44).

El control del IMC en la población general presentó un desempeño intermedio a nivel nacional y en ambos regímenes, con resultados más favorables en el subsidiado frente al contributivo (**tabla 48**). Sin embargo, no fue posible calcular el indicador de circunferencia de cintura < 94 cm en los hombres y < 80 cm en las mujeres en el último año, dado que no se logró capturar la información en el 76,95 % de la población (n= 5.389.493).

Por otro lado, la valoración por nefrología constituye un componente de las estrategias de nefroprotección en las personas con HTA, DM y ERC, orientado a la identificación temprana de daño renal, la estratificación del riesgo y la prevención de la progresión de la enfermedad. En las personas sin ERC establecida, permite optimizar el abordaje de las alteraciones en la TFGe, albuminuria y otros factores asociados con deterioro renal. En quienes presentan ERC, favorece la implementación de intervenciones nefroprotectoras, el seguimiento longitudinal y el manejo oportuno de complicaciones y progresión (5). En el contexto de la gestión del riesgo, este indicador refleja la articulación entre los niveles de atención y la continuidad del cuidado en la población con mayor complejidad clínica. Así mismo, en relación con este indicador, para el 64,90 % de las personas de la población general con criterios de remisión (tener HTA o DM o ERC y TFGe < 30 ml/min/1,73 m², o tener ERC y RAC > 300 mg/g o disminución de la TFG > 5 ml/min/1,73 m² en un año) no se logró capturar información sobre consultas de nefrología, por lo cual no se presentaron sus resultados en esta edición.

Tabla 48. Indicadores relacionados con el control del índice de masa corporal y la valoración por nefrología a nivel nacional y en los regímenes del aseguramiento, Colombia 2025

Código	Nombre del Indicador	Semaforización de cumplimiento			Población ≥ 18 años, sin diálisis ni trasplante Resultados (%)		
		Alto	Medio	Bajo	Nacional	Régimen contributivo	Régimen subsidiado
nefro_36	Control del IMC (20 - 25 kg/m ²) en el último año	> 30 %	20 a 30 %	< 20 %	● 24,37	● 22,84	● 27,13

6.3. Indicadores de nefroprotección en las subpoblaciones de riesgo

A continuación, en la **tabla 49** se describen los principales resultados en cada una de las subpoblaciones de riesgo definidas en el consenso.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Indicadores de nefroprotección

www.enfermedadrenalcolombiana.org

Tabla 49. Indicadores de nefroprotección en la población con HTA o DM, Colombia 2025

Código	Nombre del Indicador	Semaforización (%)			Población ≥ 18 años, sin diálisis ni trasplante				
					Resultados (%)				
					Con HTA	Con DM	Con solo HTA en riesgo de ERC	Con solo DM en riesgo de ERC	Con HTA y DM en riesgo de ERC
nefro_29	Control de la medición más reciente de PA (< 140/90 mmHg) en los últimos 6 meses.	> 60 %	40 a 60 %	< 40 %	● 64,90	NA	● 59,45	NA	NA
nefro_29_1	Control de la medición más reciente de PA (< 130/80 mmHg) en los últimos 6 meses.	Línea de base país			NA	34,88	NA	44,51	32,19
nefro_30	Medición de HbA1c en los últimos 6 meses.	> 60 %	40 a 60 %	< 40 %	● 42,56	● 43,02	NA	● 44,49	● 39,06
nefro_31	Meta de HbA1c (< 7 %) en los últimos 6 meses.	> 50 %	30 a 50 %	< 30 %	● 24,99	● 24,84	NA	● 23,39	● 22,96
nefro_32	Medición de LDL en el último año.	> 60 %	40 a 60 %	< 40 %	● 54,69	● 62,11	● 47,89	● 54,67	● 60,00
nefro_33	Meta de LDL (≤ 100 mg/dL) en el último año.	> 50 %	30 a 50 %	< 30 %	● 28,34	● 34,51	● 22,63	● 25,52	● 32,92
nefro_47	Meta de no-HDL (< 100 mg/dL) en el último año.	Línea de base país			13,84	17,23	10,52	11,31	16,16
nefro_34	Medición de creatinina en el último año.	> 70 %	50 a 70 %	< 50 %	● 57,48	● 62,93	● 52,87	● 57,75	● 62,47
nefro_35	Medición de albuminuria/creatinuria en el último año.	> 60 %	40 a 60 %	< 40 %	● 44,75	● 50,66	● 38,94	● 45,55	● 47,42
nefro_52	Medición de TFGe en el último año.	Línea de base país			57,48	62,93	52,87	57,75	62,47
nefro_54	Medición de RAC y TFGe para estudio de ERC en el último año.	Línea de base país			41,23	45,78	37,08	42,72	43,88
nefro_37	Sin pérdida de la función renal CKD-EPI (% pérdida TFG ≤ 5 ml/min/1,73 m ² en un año).	> 50 %	40 a 50 %	< 40 %	● 78,90	● 78,35	● 80,59	● 85,66	● 78,99
nefro_36	Control del IMC (20 - 25 kg/m ²) en el último año.	> 30 %	20 a 30 %	< 20 %	● 24,20	● 24,09	● 22,71	● 25,00	● 21,44

PA: presión arterial; HbA1c: hemoglobina glicosilada; DM: diabetes mellitus; LDL: lipoproteína de baja densidad; no-HDL: término utilizado para referirse al colesterol contenido en lipoproteínas diferentes de las de alta densidad; IMC: índice de masa corporal; TFGe: tasa de filtración glomerular estimada; RAC: relación albuminuria/creatinuria; ERC: enfermedad renal crónica; CKD-EPI: *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*; NA: no aplica.



Para consultar la información más detallada y desagregada demográficamente y según el aseguramiento, le invitamos a consultar la plataforma **HIGIA**.

6.3.1. Indicadores de nefroprotección en la población con hipertensión arterial o diabetes mellitus

6.3.1.1. Población con hipertensión arterial

En la población con HTA, el control de la PA (< 140/90 mmHg) y la ausencia de la pérdida de la función renal presentaron cumplimiento alto, aunque esta última se evaluó en el 36,30 % de las personas informadas en ambos periodos. La medición de la HbA1c, el colesterol LDL, la creatinina y la RAC, así como el control del IMC, mostraron un desempeño intermedio. En contraste, las metas de HbA1c y LDL presentaron cumplimiento bajo (**tabla 49**).



6.3.1.2. Población con diabetes mellitus

En la población con DM, la medición del LDL y el mantenimiento de la función renal (medido en el 41,41 % de las personas informadas en ambos periodos) lograron un cumplimiento alto, mientras que la medición de la creatinina y la RAC, y el control del IMC y el LDL presentaron un desempeño medio. La meta de no-HDL se logró en el 17,23 % y el control de la PA en el 34,88 % (**tabla 49**).

En la **tabla 50** se observa que la medición de la HbA1c en los últimos 6 meses se realizó al 43,02 % de las personas con DM, pero el control solo se logró en el 24,84 % de las mismas. Según el régimen, el contributivo se ubicó en un nivel de cumplimiento medio para la medición y en bajo para la meta, mientras que el subsidiado tuvo un desempeño bajo en ambos indicadores.

Tabla 50. Medición y control de la HbA1c en las personas con DM a nivel nacional y en los regímenes del aseguramiento, Colombia 2025

Código	Nombre del Indicador	Semaforización de cumplimiento			Población ≥ 18 años, sin diálisis ni trasplante		
		Alto	Medio	Bajo	Nacional	Régimen contributivo	Régimen subsidiado
nefro_30	Medición de HbA1c en los últimos 6 meses.	> 60 %	40 a 60 %	< 40 %	● 43,02	● 49,89	● 31,55
nefro_31	Meta de HbA1c (< 7 %) en los últimos 6 meses.	> 50 %	30 a 50 %	< 30 %	● 24,84	● 29,39	● 17,17

6.3.1.3. Población con solo hipertensión arterial en riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica

El mantenimiento de la función renal presentó un cumplimiento alto (medido en el 30,95 % de la población reportada en ambos periodos consecutivos) y el control de la PA (< 140/90 mmHg) se ubicó en desempeño intermedio, al igual que la medición del colesterol LDL, la creatinina y el control del IMC. La medición de la RAC y la meta de LDL presentaron bajo cumplimiento. La medición conjunta de la RAC y de la TFG alcanzó un 37,08 % y la meta de no-HDL, un 10,52 % (**tabla 49**).

6.3.1.4. Población con solo diabetes mellitus en riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica

En las personas con solo DM en riesgo de desarrollar ERC, la ausencia de la pérdida de la función renal presentó un cumplimiento alto, pero se midió en el 32,72 % de las personas informadas en 2024 y 2025. La medición de la HbA1c, el colesterol LDL, la creatinina, la RAC y el control del IMC mostraron un desempeño intermedio. Sin embargo, las metas de HbA1c y de LDL tuvieron un cumplimiento bajo. A su vez, la meta de no-HDL se alcanzó en el 11,31 % de la población y la medición conjunta de la RAC y la TFG en el 42,72 % (**tabla 49**).

6.3.1.5. Población con hipertensión arterial y diabetes mellitus en riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica

En las personas con HTA y DM en riesgo de ERC, el mantenimiento de la función renal presentó un nivel de cumplimiento alto (medido en el 40,01 % de las personas informadas en los dos periodos consecutivos). La medición del colesterol LDL, la creatinina y la RAC, y el control del IMC y del LDL se ubicaron en desempeño intermedio. La medición y la meta de HbA1c mostraron los resultados más críticos, con bajo cumplimiento para ambos indicadores. La meta de no-HDL se logró en el 16,16 % y el control de la PA (< 130/80 mmHg) en el 32,19 %. La medición simultánea de la RAC y la TFG se realizó al 43,88 % de las personas, el mayor porcentaje entre las poblaciones analizadas con precursoras (**tabla 49**).

6.3.2. Indicadores de nefroprotección en la población con enfermedad renal crónica sin terapia de reemplazo renal

Además de los indicadores evaluados en las poblaciones con HTA o DM, en las personas con ERC establecida se incorporan indicadores relacionados con el desarrollo de complicaciones asociadas a la progresión de la enfermedad y al deterioro de la función renal. En los estadios intermedios y avanzados, el seguimiento del fósforo y de la PTH forma parte de la evaluación del trastorno mineral y óseo asociado a la ERC; la albúmina sérica

aporta información relacionada con la inflamación, el desgaste proteico-energético y el riesgo de desenlaces adversos; y la hemoglobina permite la vigilancia de la anemia asociada a la ERC, cuya frecuencia aumenta conforme disminuye la TFG_e. En conjunto, estos parámetros fortalecen la estratificación del riesgo, el seguimiento clínico y la oportunidad de las intervenciones en los diferentes estadios de la ERC (5,45,46).

También, en las personas con ERC se miden indicadores relacionados con el uso de terapias farmacológicas dirigidas a reducir la progresión de la enfermedad y el riesgo cardiovascular. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA II) forman parte del manejo de las personas con HTA y albuminuria, debido a su efecto sobre la reducción de la albuminuria y de la progresión de la ERC; los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2) se integran como terapias modificadoras del riesgo cardiorrenal, al disminuir la pérdida de la TFG_e y el riesgo de falla renal y eventos cardiovasculares; y las estatinas se utilizan para reducir el colesterol LDL y el riesgo de eventos ateroscleróticos en las personas con ERC no dependientes de diálisis. En conjunto, estos tratamientos constituyen componentes centrales del manejo integral de la ERC y de las estrategias de reducción del riesgo cardiorrenal (5). No obstante, en esta edición sus resultados no se presentan, dado que la información capturada durante la auditoría no fue suficiente para realizar el cálculo de los indicadores correspondientes.

Finalmente, se incorporan indicadores relacionados con la atención multidisciplinaria y los procesos de educación en salud, como componentes orientados a fortalecer la continuidad del cuidado y el abordaje integral de las personas con ERC. La participación articulada de enfermería, nutrición, psicología y trabajo social favorece la identificación temprana de complicaciones, la optimización del tratamiento y la adherencia terapéutica. De manera complementaria, los programas estructurados de educación en ERC fortalecen la alfabetización en salud, el autocuidado y la toma de decisiones compartida, permitiendo una mayor participación de las personas en el manejo de su enfermedad. En conjunto, estas estrategias forman parte de modelos de atención centrados en la persona y orientados a la reducción del riesgo renal y cardiovascular (5).

No obstante lo anterior, en cuanto al indicador de atención multidisciplinaria, sus resultados no se presentan en esta edición debido a que no se logró capturar información suficiente sobre las consultas realizadas por las diferentes disciplinas que participan en el cuidado de las personas con ERC. Por su parte, el indicador de educación tampoco se incluye en esta oportunidad, ya que los criterios para su medición serán definidos e implementados en futuras ediciones, de acuerdo con lo establecido en la ["Herramienta técnica: contenidos mínimos y suficientes de un programa de nefroprotección" \(47\)](#).

La **tabla 51** presenta los resultados nacionales de nefroprotección en la población con ERC sin TRR según el estadio. Cabe mencionar, que para los indicadores relacionados con la albúmina, la hemoglobina, el fósforo y la PTH en esta edición se excluyeron del denominador los casos que según la ecuación Cockcroft-Gault estaban clasificados en estadio 1, 2 o desconocido, y que según la CKD-EPI 2021 se encontraban en estadios 3 a 5. Esto se realizó debido a que, por las indicaciones establecidas en el instructivo de reporte, las 4 variables se reportan con comodines, e incluirlas provoca una subestimación de los indicadores, no por incumplimiento del parámetro, sino porque no es posible contar con la información de la persona.



En la plataforma **HIGIA**, dispuesta en la página web de la CAC, puede ampliar esta información, desagregada demográficamente y según el aseguramiento.



Tabla 51. Indicadores de nefroprotección en la población con ERC por estadios según la ecuación CKD-EPI 2021, Colombia 2025

Código	Nombre del Indicador	Semaforización (%)			Población ≥ 18 años, sin diálisis ni trasplante					
					Resultados (%)					
					ERC 1 o 2	ERC 3a	ERC 3b	ERC 4	ERC5	ERC5 con TMND
nefro_29	Control de la medición más reciente de PA (< 140/90 mmHg) en los últimos 6 meses.	> 60 %	40 a 60 %	< 40 %	● 82,89	NA	NA	NA	NA	NA
nefro_29_1	Control de la medición más reciente de PA (< 130/80 mmHg) en los últimos 6 meses.	Línea de base país			NA	40,19	40,88	37,67	30,94	33,50
nefro_30	Medición de HbA1c en los últimos 6 meses.	> 60 %	40 a 60 %	< 40 %	● 65,10	● 66,21	● 69,27	● 70,57	● 65,02	● 75,79
nefro_31	Meta de HbA1c (< 7 %) en los últimos 6 meses.	> 50 %	30 a 50 %	< 30 %	● 37,39	NA	NA	NA	NA	NA
nefro_31_1	Meta de HbA1c (< 8 %) en los últimos 6 meses.	> 50 %	30 a 50 %	< 30 %	NA	● 53,75	● 54,52	● 54,25	● 52,27	● 69,74
nefro_32	Medición de LDL en el último año.	> 60 %	40 a 60 %	< 40 %	● 86,60	● 87,95	● 87,61	● 85,81	● 76,73	● 92,65
nefro_33	Meta de LDL (≤ 100 mg/dL) en el último año.	> 50 %	30 a 50 %	< 30 %	● 47,75	NA	NA	NA	NA	NA
nefro_33_1	Meta de LDL (≤ 70 mg/dL) en el último año.	Línea de base país			NA	27,12	30,10	29,06	24,30	23,13
nefro_47	Meta de no-HDL (< 100 mg/dL) en el último año.	Línea de base país			24,32	30,24	32,17	30,26	21,14	26,33
nefro_34	Medición de creatinina en el último año.	> 70 %	50 a 70 %	< 50 %	● 100,00	NA	NA	NA	NA	NA
nefro_34_1	Medición de creatinina en los últimos 3 meses.	> 70 %	50 a 70 %	< 50 %	NA	● 57,17	● 62,75	● 67,23	● 59,42	● 88,44
nefro_35	Medición de albuminuria/ creatinuria en el último año.	> 60 %	40 a 60 %	< 40 %	● 74,12	● 80,77	● 82,22	● 78,67	● 49,91	● 75,93
nefro_52	Medición de TFGe en el último año.	Línea de base país			100,00	NA	NA	NA	NA	NA
nefro_52_1	Medición de TFGe en los últimos 6 meses.	Línea de base país			NA	88,46	90,33	89,48	NA	NA
nefro_52_2	Medición de TFGe en los últimos 3 meses.	Línea de base país			NA	NA	NA	NA	59,42	88,44
nefro_54	Medición de RAC y TFGe para estudio de ERC en el último año.	Línea de base país			74,12	80,77	82,22	78,67	49,91	75,93
nefro_37	Sin pérdida de la función renal CKD-EPI (% pérdida TFG ≤ 5 ml/min/1,73 m² en un año).	> 50 %	40 a 50 %	< 40 %	● 84,23	● 65,79	● 60,29	● 56,04	● 36,55	● 64,34
nefro_36	Control del IMC (20 - 25 kg/m²) en el último año.	> 30 %	20 a 30 %	< 20 %	● 31,96	● 34,84	● 34,50	● 35,41	● 32,03	● 51,20
nefro_38	Medición de hemoglobina en el último semestre¹.	Línea de base país			NA	51,90	56,23	NA	NA	NA
nefro_39	Meta de hemoglobina (> 10g/dL) en el último semestre¹.	Línea de base país			NA	49,73	53,05	NA	NA	NA

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arteria y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Indicadores de nefroprotección

www.enttarenal.org.co

Tabla 51. Indicadores de nefroprotección en la población con ERC por estadios según la ecuación CKD-EPI 2021, Colombia 2025 (continuación)

Código	Nombre del Indicador	SemafORIZACIÓN (%)	Población ≥ 18 años, sin diálisis ni trasplante					
			Resultados (%)					
			ERC 1 o 2	ERC 3a	ERC 3b	ERC 4	ERC5	ERC5 con TMND
nefro_38_1	Medición de hemoglobina en el último trimestre ¹ .	Línea de base país	NA	NA	NA	59,63	63,73	97,15
nefro_39_1	Meta de hemoglobina (> 10g/dL) en el último trimestre ¹ .	Línea de base país	NA	NA	NA	52,27	39,36	70,09
nefro_40	Medición de PTH en el último año ¹ .	Línea de base país	NA	37,33	45,24	NA	NA	NA
nefro_41	Meta de PTH entre ≥ 35 y ≤ 70 pg/ml en el último año ¹ .	Línea de base país	NA	20,24	21,27	NA	NA	NA
nefro_40_1	Medición de PTH en el último semestre ¹ .	> 50 % 30 a 50 % < 30 %	NA	NA	NA	● 45,55	NA	NA
nefro_41_1	Meta de PTH entre ≥ 70 y ≤ 110 pg/ml en el último semestre ¹ .	> 50 % 30 a 50 % < 30 %	NA	NA	NA	● 13,40	NA	NA
nefro_40_2	Medición de PTH en el último trimestre ¹ .	> 60 % 40 a 60 % < 40 %	NA	NA	NA	NA	● 36,24	● 75,99
nefro_41_2	Meta de PTH entre ≥ 150 y ≤ 300 pg/ml en el último trimestre ¹ .	> 60 % 40 a 60 % < 40 %	NA	NA	NA	NA	● 12,67	● 26,61
nefro_42	Medición de fósforo en el último año ¹ .	Línea de base país	NA	28,49	36,77	NA	NA	NA
nefro_43	Meta de fósforo entre ≥ 2,7 y ≤ 4,6 mg/dL en el último año ¹ .	Línea de base país	NA	25,79	33,09	NA	NA	NA
nefro_42_1	Medición de fósforo en el último semestre ¹ .	Línea de base país	NA	NA	NA	44,91	NA	NA
nefro_43_1	Meta de fósforo entre ≥ 2,7 y ≤ 4,6 mg/dL en el último semestre ¹ .	Línea de base país	NA	NA	NA	37,70	NA	NA
nefro_42_2	Medición de fósforo en el último trimestre ¹ .	> 90 % 60 a 90 % < 60 %	NA	NA	NA	NA	● 49,90	● 93,48
nefro_43_2	Meta de fósforo entre ≥ 2,7 y ≤ 5,5 mg/dL en el último trimestre ¹ .	> 80 % 40 a 80 % < 40 %	NA	NA	NA	NA	● 40,77	● 79,09
nefro_44	Medición de albúmina en el último año ¹ .	Línea de base país	NA	36,77	42,73	NA	NA	NA
nefro_45	Meta de albúmina (≥ 4 g/dL) en el último año ¹ .	Línea de base país	NA	31,75	34,85	NA	NA	NA
nefro_44_1	Medición de albúmina en el último semestre ¹ .	Línea de base país	NA	NA	NA	45,57	51,38	90,03
nefro_45_1	Meta de albúmina (≥ 4 g/dL) en el último semestre ¹ .	Línea de base país	NA	NA	NA	31,41	22,17	47,83

¹ Se excluyeron del denominador los casos que según la ecuación Cockcroft-Gault estaban clasificados en estadio 1, 2 o desconocido, y que según la CKD-EPI 2021 se encontraban en estadios 3 a 5.

HbA1c: hemoglobina glicosilada; **DM:** diabetes mellitus; **LDL:** lipoproteína de baja densidad; **no-HDL:** término utilizado para referirse al colesterol contenido en lipoproteínas diferentes de las de alta densidad; **IMC:** índice de masa corporal; **TGF:** tasa de filtración glomerular; **PTH:** hormona paratiroidea; **ERC:** enfermedad renal crónica; **TRR:** terapia de reemplazo renal; **TMND:** tratamiento médico no dialítico; **CKD-EPI:** Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration. **NA:** no aplica.



6.3.2.1. Población con ERC en estadios 1 y 2 sin terapia de reemplazo renal

En esta subpoblación, la medición de la HbA1c, el colesterol LDL, la creatinina, la RAC y la ausencia de la pérdida de la función renal (medida en el 68,54 % de las personas informadas en ambos periodos), y el control de la PA (< 140/90 mmHg) y del IMC presentaron un cumplimiento alto. La meta de HbA1c y de LDL mostraron un desempeño medio (**tabla 51**).

6.3.2.2. Población con ERC en estadio 3a sin terapia de reemplazo renal

La medición y la meta de HbA1c, la medición del colesterol LDL y la RAC, la ausencia de la pérdida de la función renal (medida en 75,30 % de las personas informadas en ambos periodos) y el control del IMC presentaron un nivel de cumplimiento alto. La medición de la creatinina tuvo un desempeño medio, mientras que la meta de LDL (< 70 mg/dL) solo se alcanzó en el 27,12 %. La medición de la PTH, el fósforo y la albúmina en el último año alcanzó un 37,33 %, 28,49 % y 36,77 %, respectivamente (**tabla 51**).

6.3.2.3. Población con ERC en estadio 3b sin terapia de reemplazo renal

En esta subpoblación, la medición y la meta de HbA1c, la medición del colesterol LDL y la RAC, la ausencia de pérdida de función renal (medida en el 78,31 % de las personas informadas en ambos periodos) y el control del IMC presentaron un cumplimiento alto. Además, la medición de la creatinina tuvo un desempeño medio y la meta de LDL (< 70 mg/dL) se logró en el 30,10 %. La medición de la PTH, el fósforo y la albúmina en el último año alcanzó un 45,24 %, 36,77 % y 42,73 %, respectivamente (**tabla 51**).

6.3.2.4. Población con ERC en estadio 4 sin terapia de reemplazo renal

La medición de la HbA1c, el colesterol LDL y la RAC, la meta de HbA1c, el mantenimiento de la función renal (medido en el 78,86 % de las personas reportadas en los dos periodos) y el control del IMC presentaron un cumplimiento alto. La medición de la creatinina y de la PTH mostraron desempeño medio, mientras que la meta de PTH tuvo un cumplimiento bajo. La medición de la PTH, el fósforo y la albúmina en el último semestre alcanzó un 45,55 %, 44,91 % y 45,57 %, respectivamente (**tabla 51**).

6.3.2.5. Población con ERC en estadio 5 sin terapia de reemplazo renal

La medición y la meta de HbA1c, la medición del colesterol LDL, así como el control del IMC, presentaron un cumplimiento alto. La medición de la creatinina y la RAC y la meta de fósforo tuvieron un desempeño medio. En contraste, la ausencia de la pérdida de la función renal (medida en el 71,27 % de los casos informados en ambos periodos), la medición y la meta de PTH, y la medición del fósforo presentaron un cumplimiento bajo (**tabla 51**).

6.3.2.6. Población con ERC estadio 5 con tratamiento médico no dialítico

En la población con ERC5 con TMND, la medición y la meta de HbA1c, la medición del colesterol LDL, la creatinina y la RAC, la ausencia de la pérdida de la función renal (medida en el 78,00 % de la población informada en ambos periodos), el control del IMC y la medición de la PTH y el fósforo presentaron cumplimiento alto. La meta de fósforo tuvo un desempeño medio, mientras que la meta de PTH fue baja (**tabla 51**).

7

Población con
enfermedad renal
crónica **en terapia de
reemplazo renal**

RESUMEN infográfico

Población con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal

1° de julio de 2024 al 30 de junio de 2025

7



Se informaron a la CAC

5.281

casos nuevos de TRR

y la tasa de incidencia cruda fue de 10,00 casos por 100.000 habitantes.



La región Caribe y el régimen

subsidiado

tuvieron la IE

más alta.



Se analizaron

54.594

personas con algún tipo de TRR y la prevalencia cruda se estimó

en 103,33 casos

por cada 100.000 habitantes.



La región Central y el régimen contributivo tuvieron la PE más alta.



La HD fue la TRR más frecuente (58,49 %) y, con respecto al 2024, hubo un incremento del número de personas en todos los tipos de terapia.



Se informaron 5.481 defunciones por todas las causas en las personas con TRR y la tasa de mortalidad fue de 10,37 casos por 100.000 habitantes.

El promedio de la edad de los casos fallecidos fue de

66,88 años y el 57,34 %

correspondió a los hombres.

[Descargar infografía](#)

TRR: terapia de reemplazo renal.
IE: incidencia estandarizada.
PE: prevalencia estandarizada.
HD: hemodiálisis.

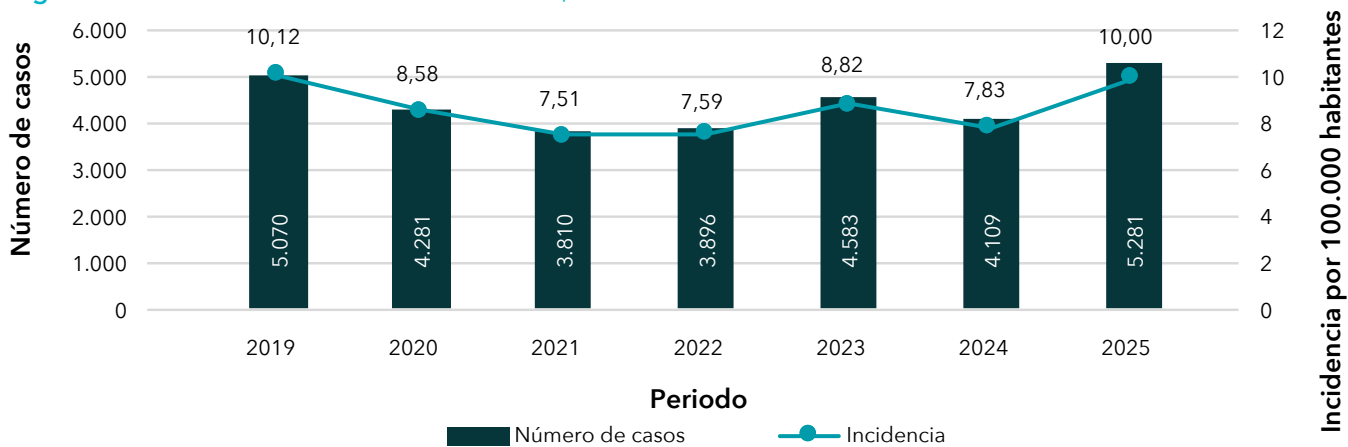
7. Población con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal

7.1. Morbimortalidad en la población con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal

7.1.1. Incidencia de la terapia de reemplazo renal

Durante el periodo, se informaron 5.281 casos nuevos de terapia de reemplazo renal (TRR), los cuales tenían en promedio de 60,68 años ($DE \pm 17,32$) y el 59,21 % eran hombres ($n= 3.127$). La tasa de incidencia cruda se calculó en 10,00 casos por 100.000 habitantes, un 27,71 % mayor que en el 2024 (figura 46).

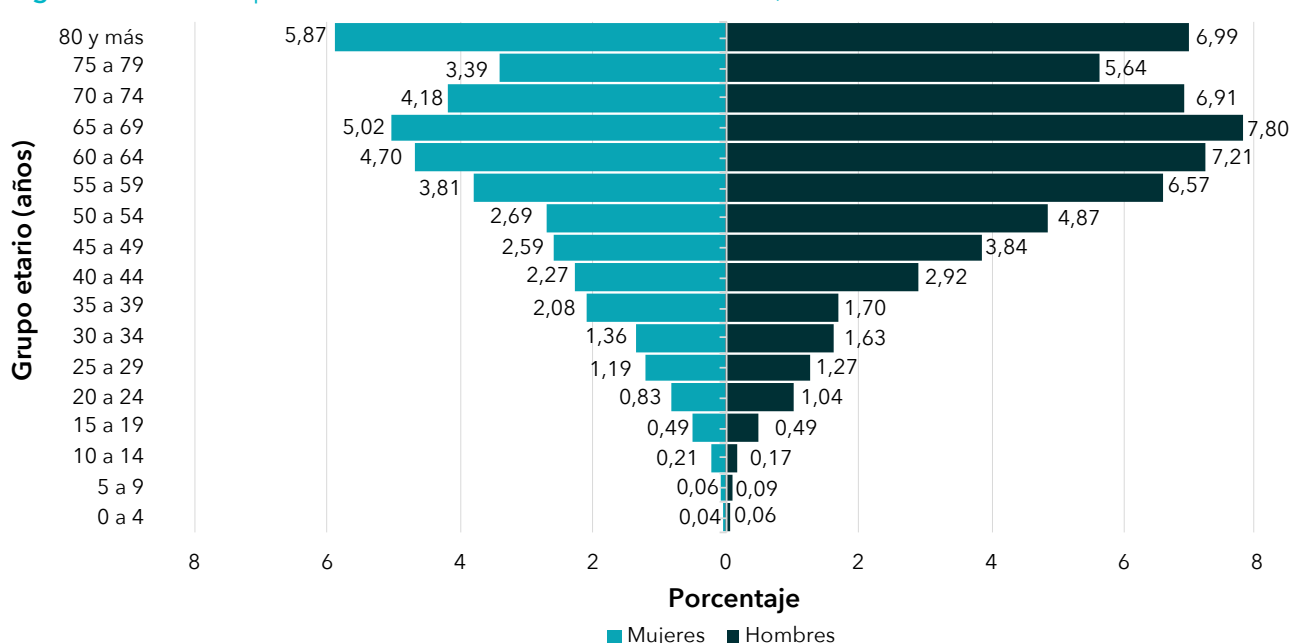
Figura 46. Tasa de incidencia cruda de la TRR, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

En la figura 47 se observa que el 68,09 % de los casos nuevos con TRR ($n= 3.596$) tenía 55 años o más. El grupo etario con la mayor proporción de mujeres fue el de 80 años y más (5,87 %, $n= 310$), mientras que el de 65 a 69 años tuvo el porcentaje de hombres más alto (7,80 %; $n= 412$). Además, el 3,48 % ($n= 184$) tenía menos de 25 años.

Figura 47. Pirámide poblacional de los casos incidentes de TRR, Colombia 2025



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos incidentes de TRR.

[Descargar figura](#)



En la región Central se informó el 25,70 % (n= 1.357) de los casos nuevos de TRR, pero fue en la Caribe en la que se calculó la IE más alta del país (**tabla 52**). Por departamentos, Bolívar (IE= 12,36; IC 95 %: 10,97 - 13,88) y Atlántico (IE= 12,04; IC 95 %: 10,85 - 13,33) tuvieron las mayores IE.

Tabla 52. Tasa de incidencia de la TRR por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2025

Región	Casos incidentes	Denominador DANE	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ¹	IC 95 % ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	98	1.555.038	6,30	7,81	6,34	9,52
Bogotá, D. C.	741	7.930.764	9,34	7,87	7,31	8,47
Caribe	1.293	12.203.815	10,60	10,72	10,14	11,32
Central	1.357	12.527.435	10,83	8,75	8,29	9,24
Oriental	941	10.027.796	9,38	8,14	7,62	8,68
Pacífica	851	8.590.636	9,91	8,42	7,86	9,02
Nacional	5.281	52.835.483	10,00	8,77	8,53	9,01

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

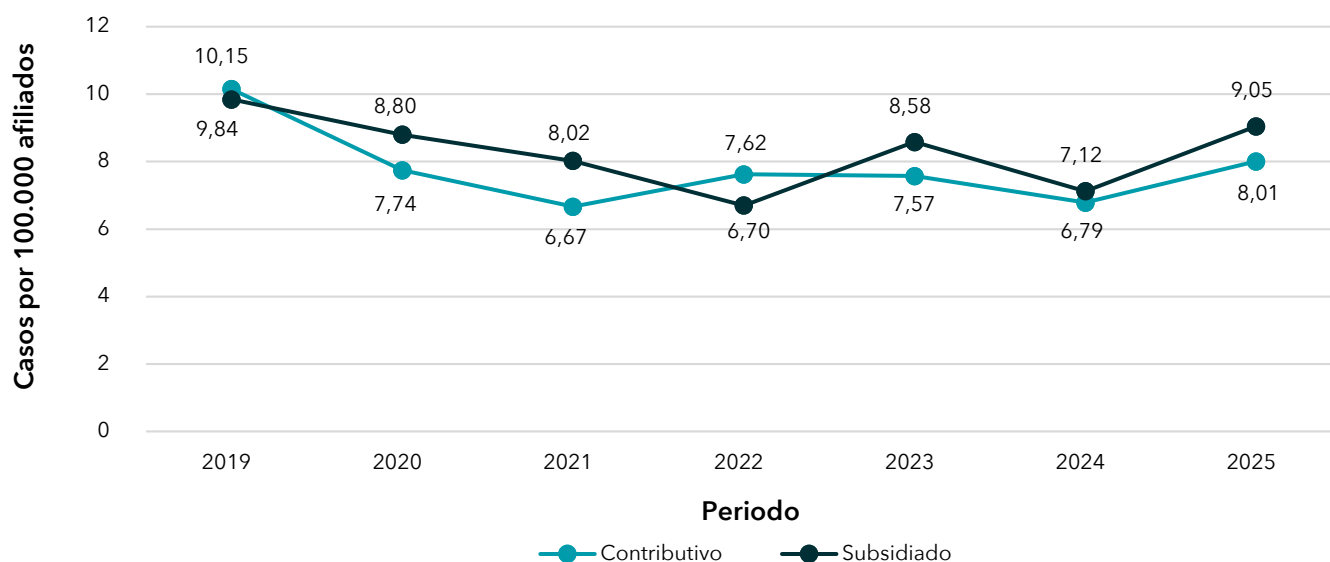
² Intervalo de confianza al 95 % para la incidencia estandarizada.

En cuanto al aseguramiento, la IE del régimen subsidiado incrementó en un 27,11 %, por lo que se mantuvo por encima del contributivo, el cual tuvo un aumento del 17,97 % (**figura 48**). A su vez, con respecto a las EAPB, la EAS016 (IE= 90,98; IC 95 %: 3,67 - 680,27) y la CCF050 (IE= 13,51; IC 95 %: 9,50 - 18,70) tuvieron las IE más altas del régimen contributivo y subsidiado, respectivamente.



En la plataforma **HIGIA** podrá consultar con mayor detalle los cálculos desagregados demográficamente y según el aseguramiento.

Figura 48. Tasa de incidencia estandarizada de la TRR según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025



La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

[Descargar figura](#)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

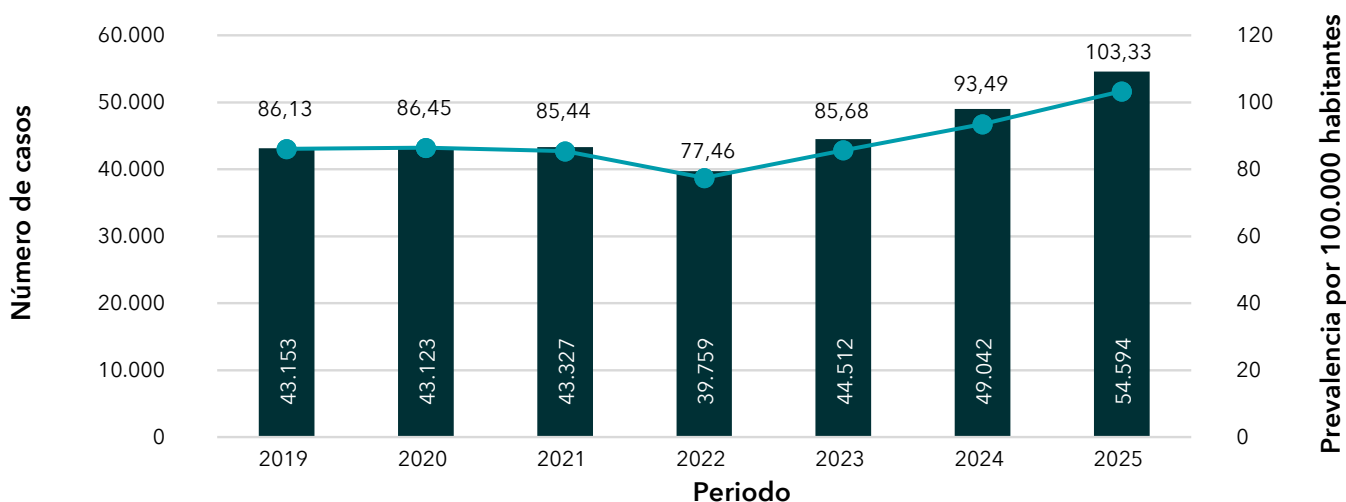
Población con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal

www.entrenarenal.org.co

7.1.2. Prevalencia de la terapia de reemplazo renal

Durante el último periodo, 54.594 personas con ERC tuvieron algún tipo de TRR, un 11,32 % más que en el 2024, en promedio tenían 58,47 años ($DE \pm 16,75$) y el 58,35 % ($n = 21.855$) correspondió a los hombres. La prevalencia fue de 103,33 casos por cada 100.000 habitantes, lo que indicó un incremento del 10,53 % comparado con el periodo anterior (**figura 49**).

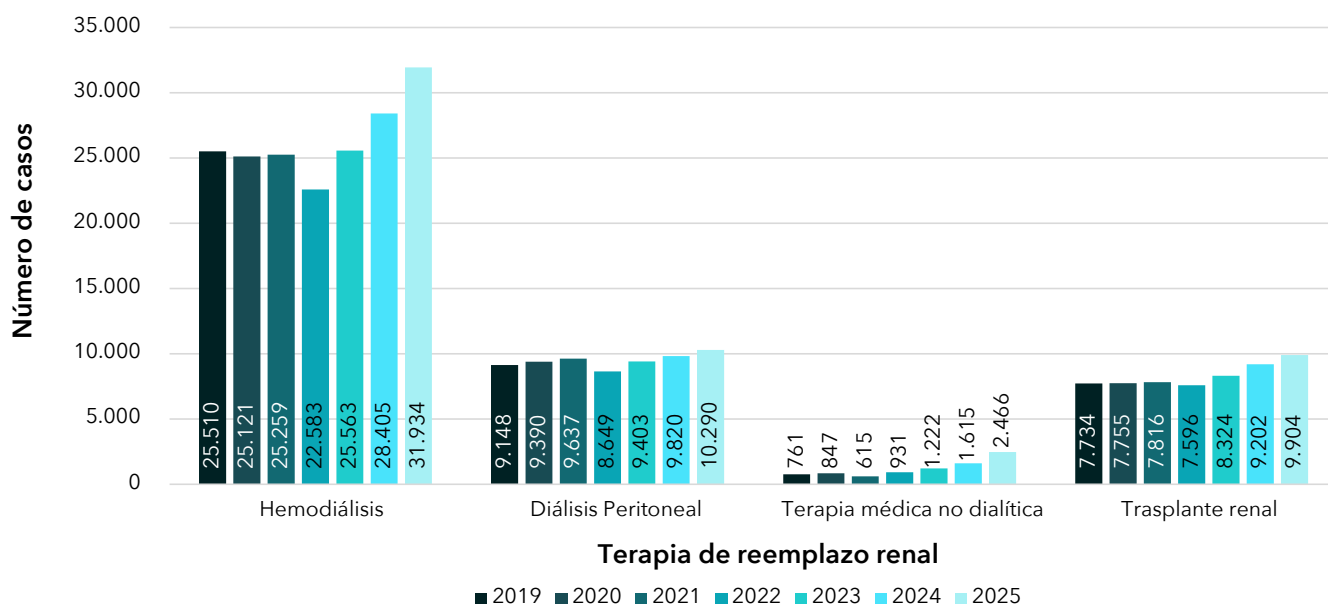
Figura 49. Prevalencia cruda de la TRR, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

La hemodiálisis (HD) fue la terapia más frecuente en la población con TRR (58,49 %). Con respecto al 2024, se observó un incremento del 52,69 % en el número de los casos con tratamiento médico no dialítico (TMND), del 12,42 % en aquellos con HD, del 7,63 % con trasplante renal y del 4,79 % con diálisis peritoneal (DP) (**figura 50**).

Figura 50. Tendencia de los casos en TRR a la fecha de corte de acuerdo con su modalidad, Colombia 2019 - 2025

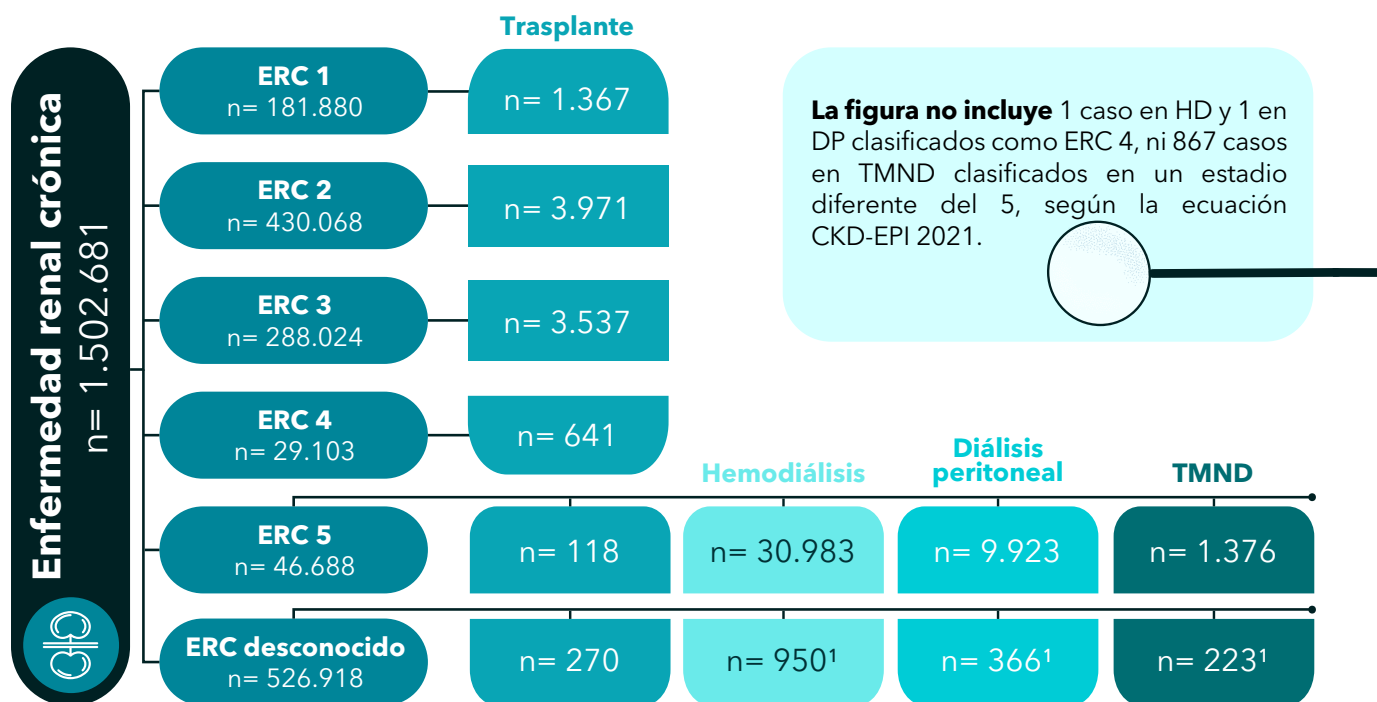


[Descargar figura](#)



El 66,36 % (n= 30.983) de los casos con ERC5 informó la HD como el tratamiento actual, el 21,25 % (n= 9.923) la DP, el 2,95 % (n= 1.376) la TMND, el 0,25 % (n= 118) tenían trasplante renal funcional y el 9,18 % (n= 4.288) no notificó alguna TRR. También, de los 9.904 casos con trasplante renal, el 96,08 % (n= 9.516) informó una TFGe que permitió clasificarlos en los estadios 1 a 4 de la ERC; 270 personas no contaban con la estadificación (**figura 51**).

Figura 51. Modalidad de la TRR según el estadio de la ERC (CKD-EPI 2021), Colombia 2025



¹ Corresponde a casos que recibieron atenciones en TRR durante el periodo, pero sin continuidad a la fecha de corte.

ERC: enfermedad renal crónica; DP: diálisis peritoneal; HD: hemodiálisis; CKD-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration; TMND: tratamiento médico no dialítico.

[Descargar figura](#)

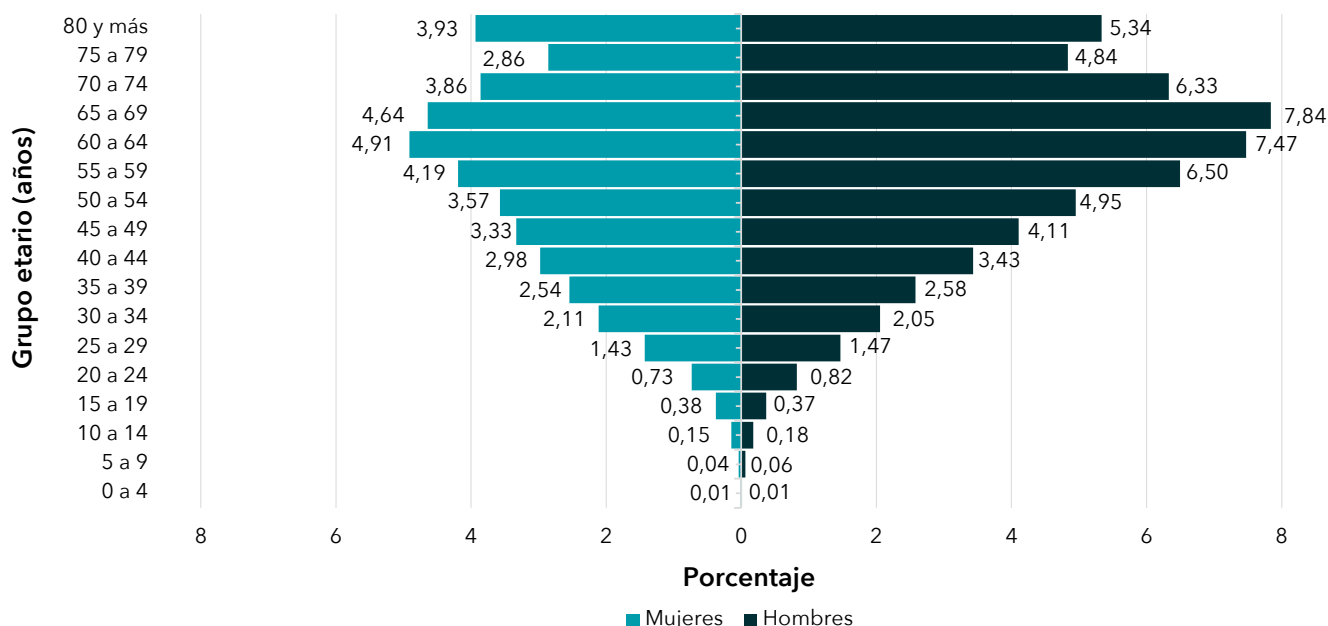
El 45,74 % (n= 24.973) de los casos en TRR tenía entre 55 y 74 años, y la categoría con mayor frecuencia fueron los hombres entre 65 y 69 años (7,84 %; n= 4.281). El 1,19 % de los casos (n= 649) correspondió a personas con 19 años o menos (**figura 52**).

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal

www.eurintarealtondstr.net

Figura 52. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de TRR, Colombia 2025

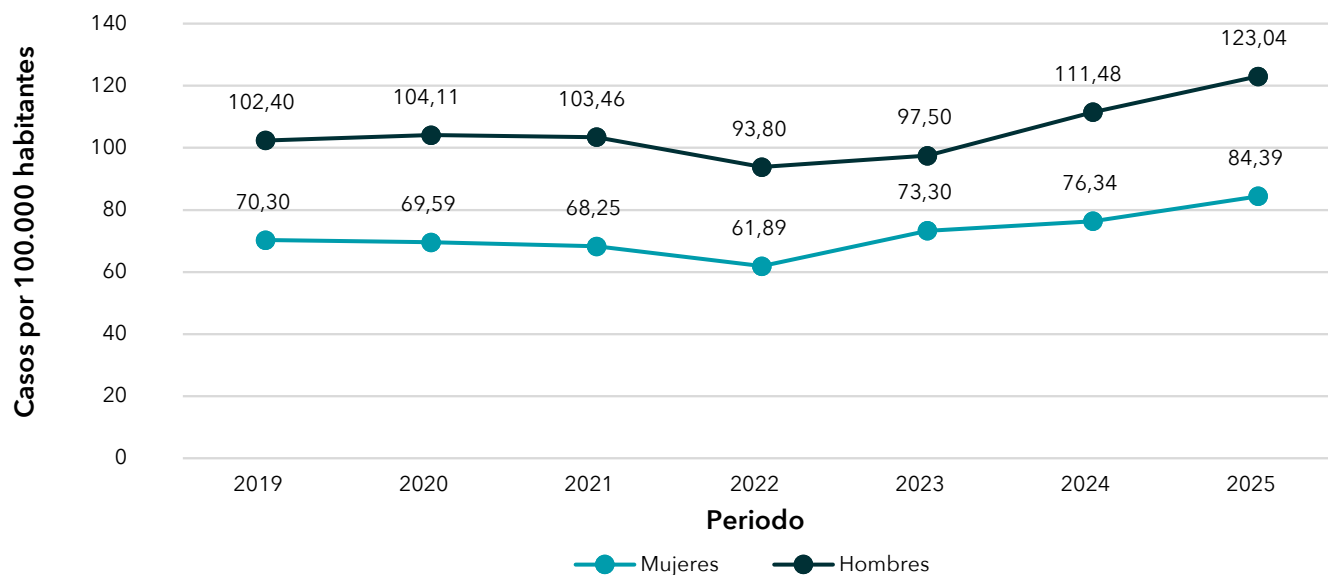


Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos prevalentes en TRR.

[Descargar figura](#)

Para el 2025, se mantuvo la tendencia incremental de la prevalencia de la TRR de los últimos 2 periodos, con un aumento del 10,54 % en las mujeres y del 10,37 % en los hombres, comparado con el periodo anterior (figura 53).

Figura 53. Prevalencia cruda de la TRR según el sexo, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

La mayor cantidad de casos con TRR se informó en la región Central (26,35 %), al igual que la PE más alta (tabla 53). Al discriminar por los departamentos, Atlántico (PE= 113,51; IC 95 %: 109,77 - 117,34) y Arauca (PE= 113,23; IC 95 %: 100,35 - 127,27) tuvieron los valores más altos.



En la plataforma **HIGIA** dispuesta en la página web de la CAC, puede ampliar esta información hasta la desagregación municipal.

Tabla 53. Prevalencia de la TRR por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2025

Región	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95 % ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	874	1.555.038	56,20	67,59	63,16	72,24
Bogotá, D. C.	9.045	7.930.764	114,05	96,32	94,34	98,34
Caribe	11.800	12.203.815	96,69	98,50	96,73	100,30
Central	14.387	12.527.435	114,84	95,81	94,22	97,41
Oriental	9.271	10.027.796	92,45	81,15	79,50	82,83
Pacífica	9.217	8.590.636	107,29	92,31	90,41	94,24
Nacional	54.594	52.835.483	103,33	92,00	91,23	92,78

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

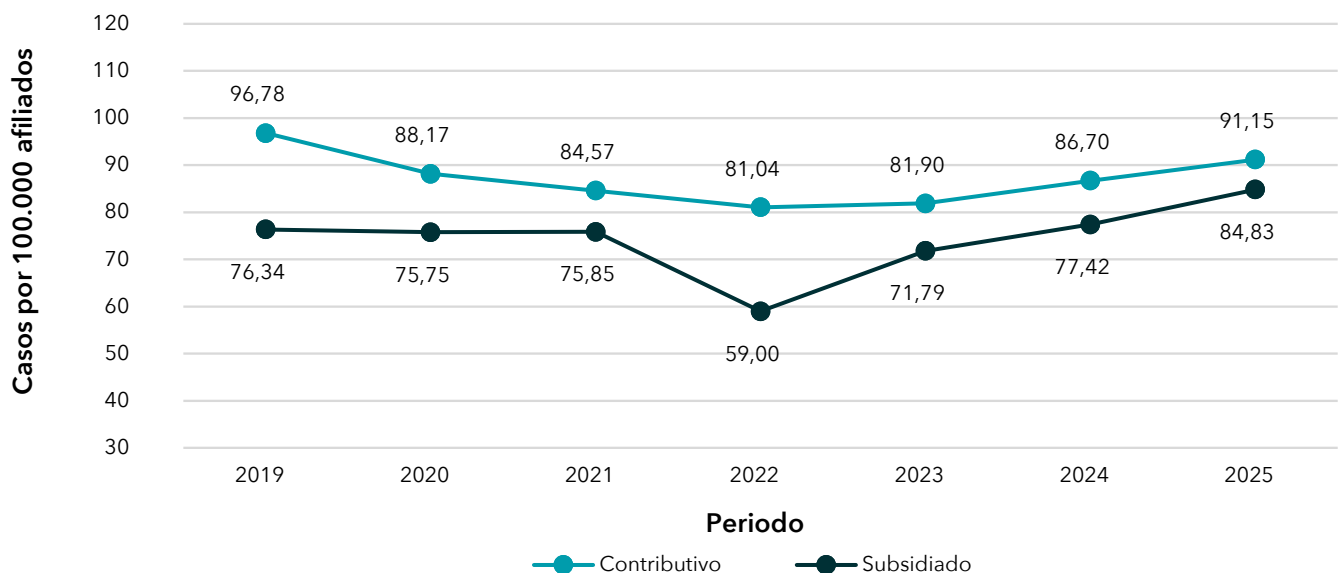
² Intervalo de confianza al 95 % para la prevalencia estandarizada.

En el marco del aseguramiento, el régimen contributivo informó el 60,32 % (n= 32.932) de los casos con TRR y presentó la mayor PE con 91,15 casos por 100.000 afiliados (IC 95 %: 90,16 - 92,15); mientras que, por tercer periodo consecutivo, el subsidiado evidenció un incremento del 9,57 %, con respecto al 2024 (PE= 84,83; IC 95 %: 83,65 - 86,03) (**figura 54**). Por su parte, la EAS027 con 493,01 casos por 100.000 afiliados (IC 95 %: 267,03 - 841,81) y la EPSI06 con 105,89 (IC 95 %: 87,39 - 127,15) tuvieron la PE más alta del régimen contributivo y subsidiado, respectivamente.



En la plataforma **HIGIA** podrá consultar con mayor detalle los cálculos demográficos y del aseguramiento.

Figura 54. Prevalencia estandarizada de la TRR según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025



La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

[Descargar figura](#)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

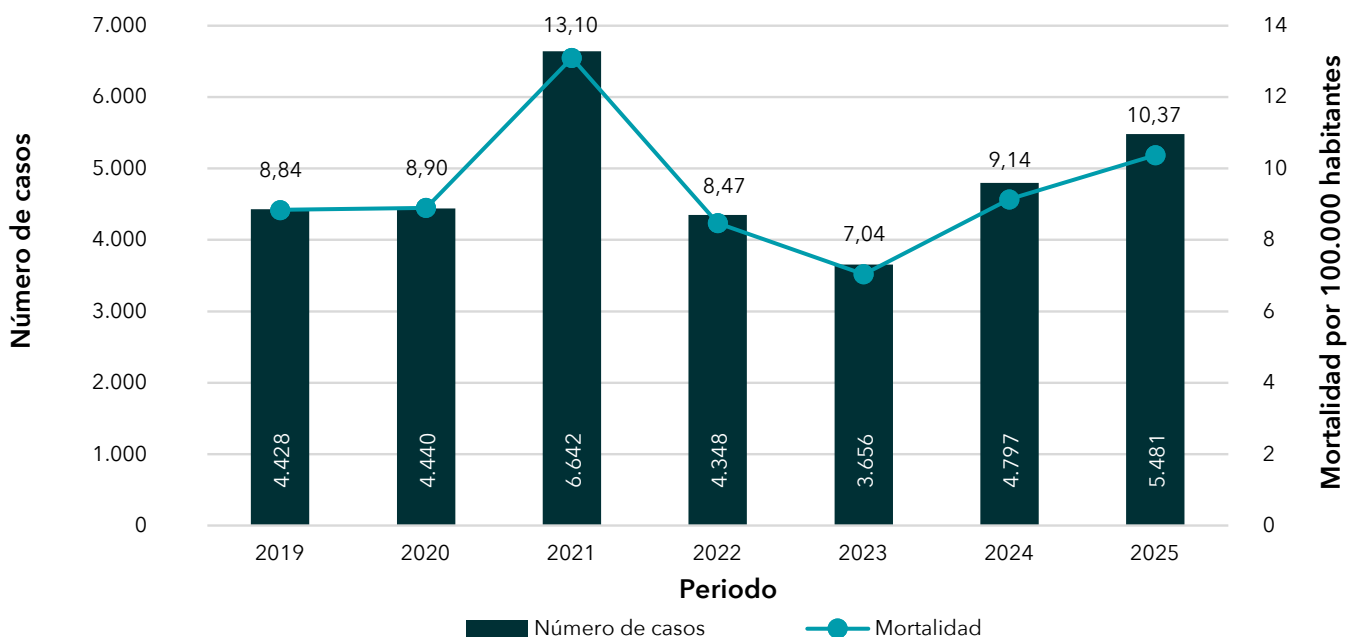
Población con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal

www.enfermedadrenal.org.co

7.1.3. Mortalidad por todas las causas de la población con terapia de reemplazo renal

En total se informaron 5.481 defunciones por todas las causas en las personas con TRR, el promedio de la edad fue de 66,88 años (DE $\pm$ 15,05) y el 57,34 % correspondió a los hombres (n= 3.143). La tasa de mortalidad general fue de 10,37 casos por 100.000 habitantes; en las mujeres fue de 8,68 y en los hombres de 12,14 (figura 55).

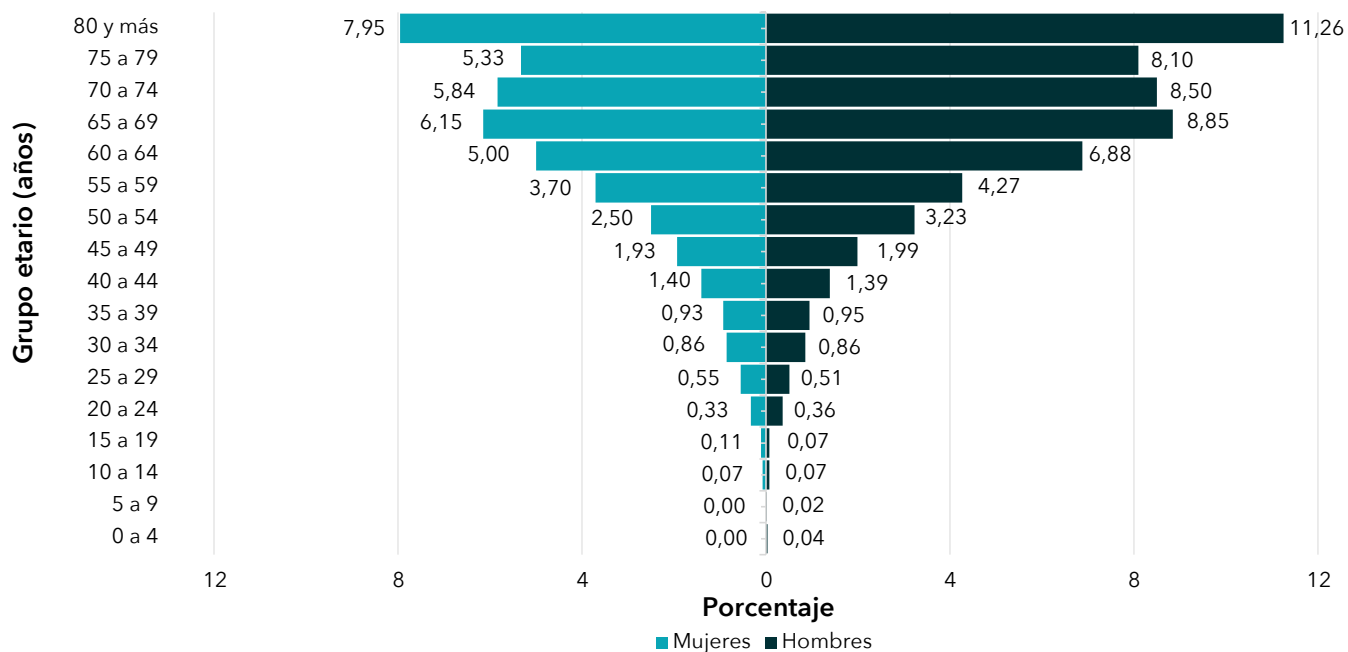
Figura 55. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en las personas con TRR, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

En la **figura 56** se muestra que el 73,86 % de las defunciones (n= 4.048) tenía 60 años o más y el 43,59 % (n= 2.389) correspondió a hombres que estaban en ese rango de edad.

Figura 56. Pirámide poblacional de los casos fallecidos por todas las causas con TRR, Colombia 2025



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos fallecidos en TRR.

[Descargar figura](#)



Adicionalmente, el 25,29 % (n= 1.386) de las defunciones en la población con TRR se reportó en la región Caribe, la cual tuvo la TME más alta (**tabla 54**). Así mismo, Atlántico (TME= 12,86; IC 95 %: 11,64 - 14,18) y Bolívar (TME= 12,78; IC 95 %: 11,38 - 14,31) fueron los departamentos con mayor TME del país.



En la plataforma **HIGIA** podrá consultar con mayor detalle los cálculos demográficos y del aseguramiento.

Tabla 54. Tasa de mortalidad por todas las causas en la población con TRR por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2025

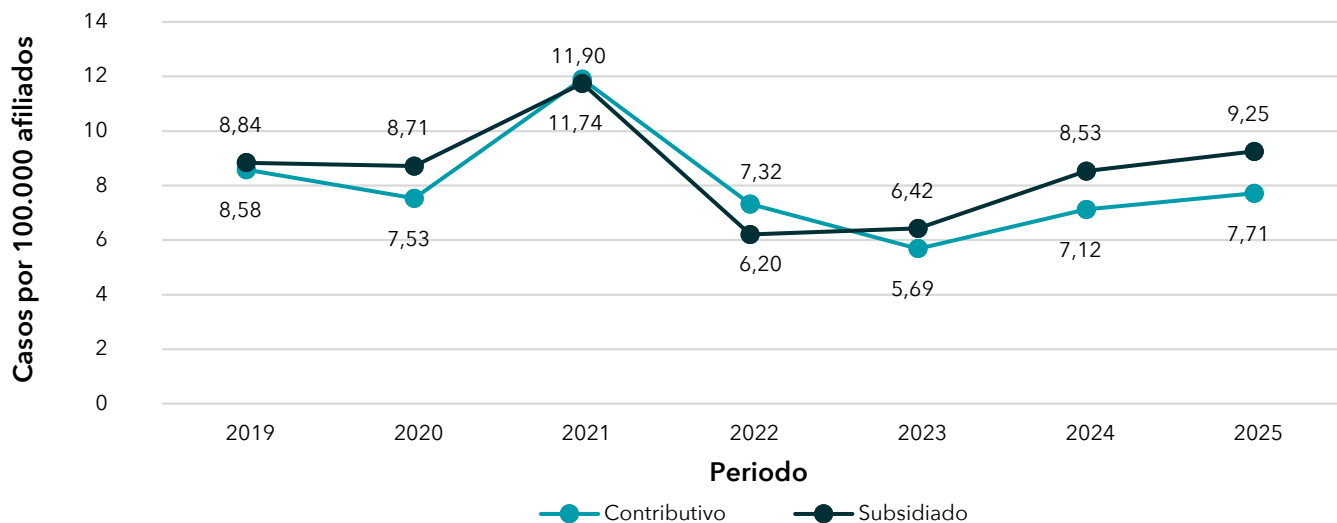
Región	Casos fallecidos	Denominador DANE	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ¹	IC 95 % ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	84	1.555.038	5,40	6,83	5,44	8,45
Bogotá, D. C.	804	7.930.764	10,14	8,28	7,72	8,88
Caribe	1.386	12.203.815	11,36	11,35	10,76	11,97
Central	1.368	12.527.435	10,92	8,35	7,91	8,81
Oriental	941	10.027.796	9,38	7,83	7,33	8,35
Pacífica	898	8.590.636	10,45	8,26	7,72	8,82
Nacional	5.481	52.835.483	10,37	8,76	8,53	9,00

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95 % para la mortalidad estandarizada.

En el aseguramiento, el régimen subsidiado tuvo la TME más alta por tercer periodo consecutivo (TME= 9,25; IC 95 %: 8,88 - 9,63), aunque el contributivo concentró el 54,22 % (n= 2.972) de los casos fallecidos (TME= 7,71; IC 95 %: 7,43 - 8,00) (**figura 57**). Según la EAPB, la EAS027 (TME= 26,13; IC 95 %: 5,32 - 204,03) y la CCF050 (TME= 13,38; IC 95 %: 9,52 - 18,37) obtuvieron las TME más altas del régimen contributivo y subsidiado, respectivamente.

Figura 57. Mortalidad estandarizada por todas las causas en la población con TRR según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025



La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

[Descargar figura](#)

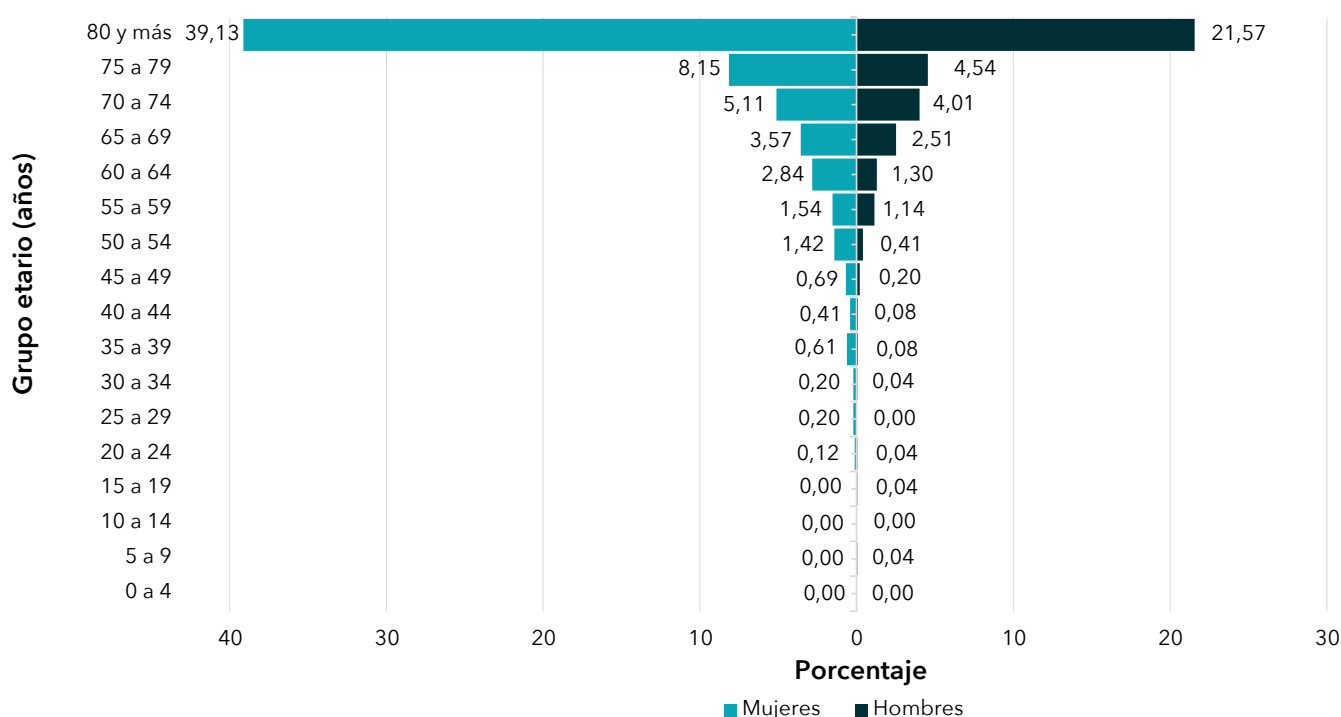
Finalmente, los análisis de mortalidad evidenciaron que el 29,01 % (n= 1.590) de las personas con TRR falleció por enfermedad cardiovascular, el 8,96 % (n= 491) por infecciones, el 2,75 % (n= 151) por cáncer, el 2,65 % (n= 145) por la ERC y el 16,35 % (n= 896) por otras causas. El 40,28 % (n= 2.208) no tenía información en la historia clínica sobre el motivo de muerte.

A continuación, se describirá a la población con TRR que recibe TMND. En los siguientes capítulos podrá encontrar la población con diálisis y trasplante renal.

7.2. Población prevalente con tratamiento médico no dialítico

En el periodo se informaron 2.466 personas con un mínimo de 90 días de permanencia en TMND, el 63,99 % (n= 1.578) de los casos correspondieron a las mujeres, el 60,71 % (n= 1.497) tenían 80 años o más y el 39,13 % (n= 965) eran mujeres en ese rango de edad (**figura 58**).

Figura 58. Pirámide poblacional de los casos con TMND, Colombia 2025



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos prevalentes en TMND.

[Descargar figura](#)

De acuerdo con la región de residencia, la Caribe reportó al 33,62 % (n= 829) de los casos en TMND y, entre las entidades territoriales, Antioquia con el 17,76 % (n= 438), Bogotá, D. C., con el 12,69 % (n= 829) y Atlántico con el 10,34 % (n= 255) concentraron la mayoría de las personas con esta terapia (**tabla 55**).



Tabla 55. Distribución de los casos en TMND según la región y la entidad territorial, Colombia 2025

Región/Entidad territorial	Casos	%
Caribe	829	33,62
Atlántico	255	10,34
Bolívar	152	6,16
Córdoba	225	9,12
Sucre	68	2,76
Magdalena	65	2,64
Cesar	53	2,15
La Guajira	11	0,45
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0	0,00
Central	704	28,55
Antioquia	438	17,76
Tolima	124	5,03
Caldas	53	2,15
Huila	46	1,87
Risaralda	23	0,93
Quindío	20	0,81
Caquetá	0	0,00
Pacífica	315	12,77
Valle del Cauca	243	9,85
Cauca	36	1,46
Nariño	25	1,01
Chocó	11	0,45
Bogotá, D. C.	313	12,69
Oriental	277	11,23
Santander	86	3,49
Norte de Santander	74	3,00
Cundinamarca	66	2,68
Meta	27	1,09
Boyacá	24	0,97
Amazonía-Orinoquía	28	1,14
Casanare	18	0,73
Putumayo	6	0,24
Amazonas	3	0,12
Arauca	1	0,04
Guainía	0	0,00
Guaviare	0	0,00
Vaupés	0	0,00
Vichada	0	0,00
Nacional	2.466	100,00

De acuerdo con el aseguramiento, el régimen contributivo informó el 61,39 % (n= 1.514) de los casos en TMND y la entidad con el mayor número de personas fue la EPS037 con el 24,09 % (n= 594) (**tabla 56**).

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal

www.cuentarenalcolombiana.org

Tabla 56. Distribución de los casos en TMND según el régimen del aseguramiento y la EAPB, Colombia 2025

Régimen/EAPB	Casos	%
Contributivo	1.514	61,39
EPS037	594	24,09
EPS005	299	12,12
EPS010	194	7,87
EPS002	192	7,79
EPS017	114	4,62
EPS008	72	2,92
EAS027	23	0,93
EPS048	20	0,81
EAS016	3	0,12
EPS001	3	0,12
Subsidiado	931	37,75
ESS207	350	14,19
EPSS40	223	9,04
EPSS41	154	6,24
ESS118	80	3,24
EPSI06	62	2,51
CCF055	20	0,81
EPS025	15	0,61
CCF050	11	0,45
CCF102	8	0,32
ESS062	3	0,12
EPSS34	2	0,08
EPSI03	1	0,04
EPSI05	1	0,04
ESS024	1	0,04
Excepción	21	0,85
RES001	13	0,53
RES003	6	0,24
RES004	2	0,08
Total	2.466	100,00

8

Población con
**enfermedad renal
crónica en diálisis**

RESUMEN infográfico

Población con enfermedad renal crónica en diálisis

1° de julio de 2024 al 30 de junio de 2025

8



Durante el 2025, se informaron

10.290
casos en DP y
31.934
en HD.

El

55,10 %
de los casos en DP
recibieron la modalidad manual.

El principal acceso vascular en las personas con HD fue la

fístula arteriovenosa con el 66,49 %
de los casos, seguido por el catéter con el 32,91 %.



La dosis de Kt/V, la hemoglobina y la albúmina en los adultos con HD y DP lograron el cumplimiento alto de las metas establecidas en el consenso.



La tasa de mortalidad cruda por todas las causas en la población con HD fue de 7,26 casos por 1.000.000 de habitantes y en aquellos con DP fue de 2,18 casos por 1.000.000 de habitantes.

La albúmina en niños con HD y la dosis de Kt/V y la albúmina en niños con DP

cumplieron la meta.

HD: hemodiálisis.

DP: diálisis peritoneal.

Kt/V: volumen de fluido filtrado de urea sobre el volumen de agua en el cuerpo.

[Descargar infografía](#)

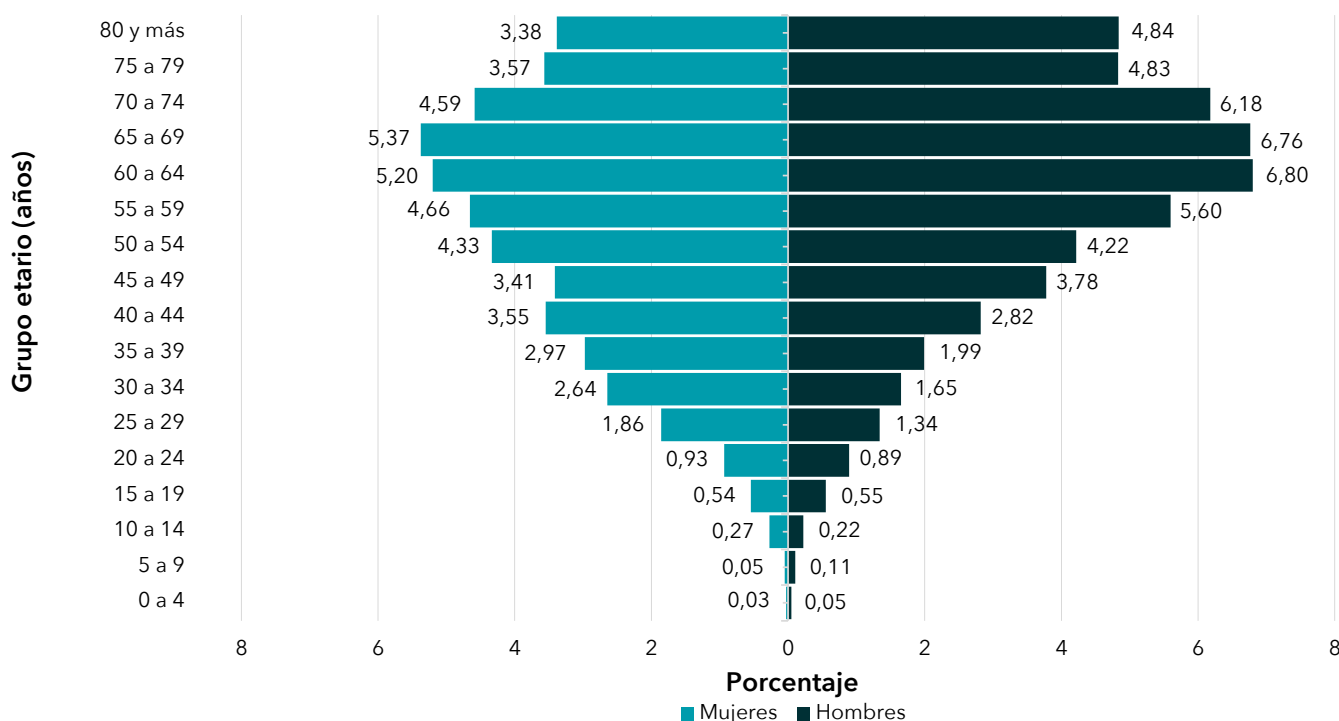


8. Población con enfermedad renal crónica en diálisis

8.1. Población prevalente en diálisis peritoneal

En el período se informaron 10.290 casos que alcanzaron un mínimo de 90 días de permanencia continua acumulables en terapia de DP. De ellos, el 52,64 % (n= 5.417) correspondió a los hombres, el 45,16 % (n= 4.647) tenía entre 55 y 74 años y el quinquenio con mayor cantidad de casos fue el de 65 a 69 años (12,14 %; n= 1.249) (figura 59).

Figura 59. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de DP, Colombia 2025



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos prevalentes en DP.

[Descargar figura](#)

En la **tabla 57** se observa que en la región Central residía el 25,43 % de las personas con DP (n= 2.617) y el 21,65 % en la Oriental (n= 2.228). Según la entidad territorial, el 16,03 % (n= 1.649) se ubicó en Bogotá, D. C., y el 14,52 % (n= 1.494) en Antioquia. Del total de los casos con DP, el 55,10 % (n= 5.670) recibió la modalidad manual.

Tabla 57. Distribución de los casos en diálisis peritoneal según la región y la entidad territorial, Colombia 2025

Región/Entidad territorial	Manual		Automatizada		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Central	1.655	16,08	962	9,35	2.617	25,43
Antioquia	987	9,59	507	4,93	1.494	14,52
Tolima	169	1,64	124	1,21	293	2,85
Risaralda	157	1,53	60	0,58	217	2,11
Caldas	106	1,03	110	1,07	216	2,10
Huila	139	1,35	46	0,45	185	1,80
Quindío	79	0,77	92	0,89	171	1,66

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con enfermedad renal crónica en diálisis

www.enfermedadrenalcrónica.org

Tabla 57. Distribución de los casos en diálisis peritoneal según la región y la entidad territorial, Colombia 2025 (continuación)

Región/Entidad territorial	Manual		Automatizada		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Caquetá	18	0,17	23	0,22	41	0,40
Oriental	1.139	11,07	1.089	10,58	2.228	21,65
Santander	370	3,60	245	2,38	615	5,98
Cundinamarca	207	2,01	368	3,58	575	5,59
Norte de Santander	253	2,46	188	1,83	441	4,29
Boyacá	157	1,53	165	1,60	322	3,13
Meta	152	1,48	123	1,20	275	2,67
Caribe	1.458	14,17	554	5,38	2.012	19,55
Atlántico	427	4,15	136	1,32	563	5,47
Bolívar	300	2,92	90	0,87	390	3,79
Córdoba	203	1,97	57	0,55	260	2,53
Sucre	161	1,56	90	0,87	251	2,44
Magdalena	164	1,59	55	0,53	219	2,13
Cesar	110	1,07	100	0,97	210	2,04
La Guajira	65	0,63	25	0,24	90	0,87
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	28	0,27	1	0,01	29	0,28
Pacífica	821	7,98	858	8,34	1.679	16,32
Valle del Cauca	562	5,46	589	5,72	1.151	11,19
Cauca	166	1,61	127	1,23	293	2,85
Nariño	74	0,72	135	1,31	209	2,03
Chocó	19	0,18	7	0,07	26	0,25
Bogotá, D. C.	541	5,26	1.108	10,77	1.649	16,03
Amazonía-Orinoquía	56	0,54	49	0,48	105	1,02
Casanare	9	0,09	15	0,15	24	0,23
Putumayo	13	0,13	11	0,11	24	0,23
Guaviare	10	0,10	12	0,12	22	0,21
Arauca	11	0,11	2	0,02	13	0,13
Amazonas	4	0,04	5	0,05	9	0,09
Guainía	7	0,07	1	0,01	8	0,08
Vichada	2	0,02	3	0,03	5	0,05
Vaupés	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Nacional	5.670	55,10	4.620	44,90	10.290	100,00

En el aseguramiento, el 65,31 % (n= 6.720) de las personas con DP pertenecía al régimen contributivo y la EPS con la mayor cantidad de casos fue la EPS037 con el 19,42 % (n= 1.998). Del subsidiado, la EPSS41 atendió el 10,48 % (n= 1.078) (**tabla 58**).



Tabla 58. Distribución de los casos en diálisis peritoneal según el régimen del aseguramiento y la EAPB, Colombia 2025

Régimen/EAPB	Manual		Automatizada		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Contributivo	3.582	34,81	3.138	30,50	6.720	65,31
EPS037	940	9,14	1.058	10,28	1.998	19,42
EPS005	806	7,83	445	4,32	1.251	12,16
EPS010	737	7,16	438	4,26	1.175	11,42
EPS002	611	5,94	287	2,79	898	8,73
EPS008	80	0,78	479	4,66	559	5,43
EPS017	221	2,15	311	3,02	532	5,17
EPS018	99	0,96	33	0,32	132	1,28
EPS012	7	0,07	43	0,42	50	0,49
EPS001	23	0,22	24	0,23	47	0,46
EPS048	22	0,21	3	0,03	25	0,24
EPS042	15	0,15	8	0,08	23	0,22
EAS027	12	0,12	8	0,08	20	0,19
EPS046	9	0,09	1	0,01	10	0,10
Subsidiado	1.916	18,62	1.344	13,06	3.260	31,68
EPSS41	602	5,85	476	4,63	1.078	10,48
ESS024	378	3,67	245	2,38	623	6,05
ESS207	295	2,87	104	1,01	399	3,88
ESS118	146	1,42	137	1,33	283	2,75
EPSS40	146	1,42	106	1,03	252	2,45
ESS062	74	0,72	75	0,73	149	1,45
EPSS34	39	0,38	87	0,85	126	1,22
CCF055	79	0,77	43	0,42	122	1,19
CCF050	51	0,50	31	0,30	82	0,80
EPSI03	58	0,56	3	0,03	61	0,59
CCF033	16	0,16	4	0,04	20	0,19
EPSI05	6	0,06	12	0,12	18	0,17
EPSI06	4	0,04	10	0,10	14	0,14
EPSI04	10	0,10	2	0,02	12	0,12
EPS025	2	0,02	7	0,07	9	0,09
EPSI01	7	0,07	0	0,00	7	0,07
CCF102	3	0,03	2	0,02	5	0,05
Excepción	172	1,67	131	1,27	303	2,94
RES003	59	0,57	57	0,55	116	1,13
RES001	54	0,52	47	0,46	101	0,98
RES004	59	0,57	27	0,26	86	0,84
Especial						
RES008	0	0,00	6	0,06	6	0,06
RES006	0	0,00	1	0,01	1	0,01
Nacional	5.670	55,10	4.620	44,90	10.290	100,00

Para el régimen especial no se cuenta con el reporte de todas las EAPB que lo conforman, por tanto, no se presentan los casos totales.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

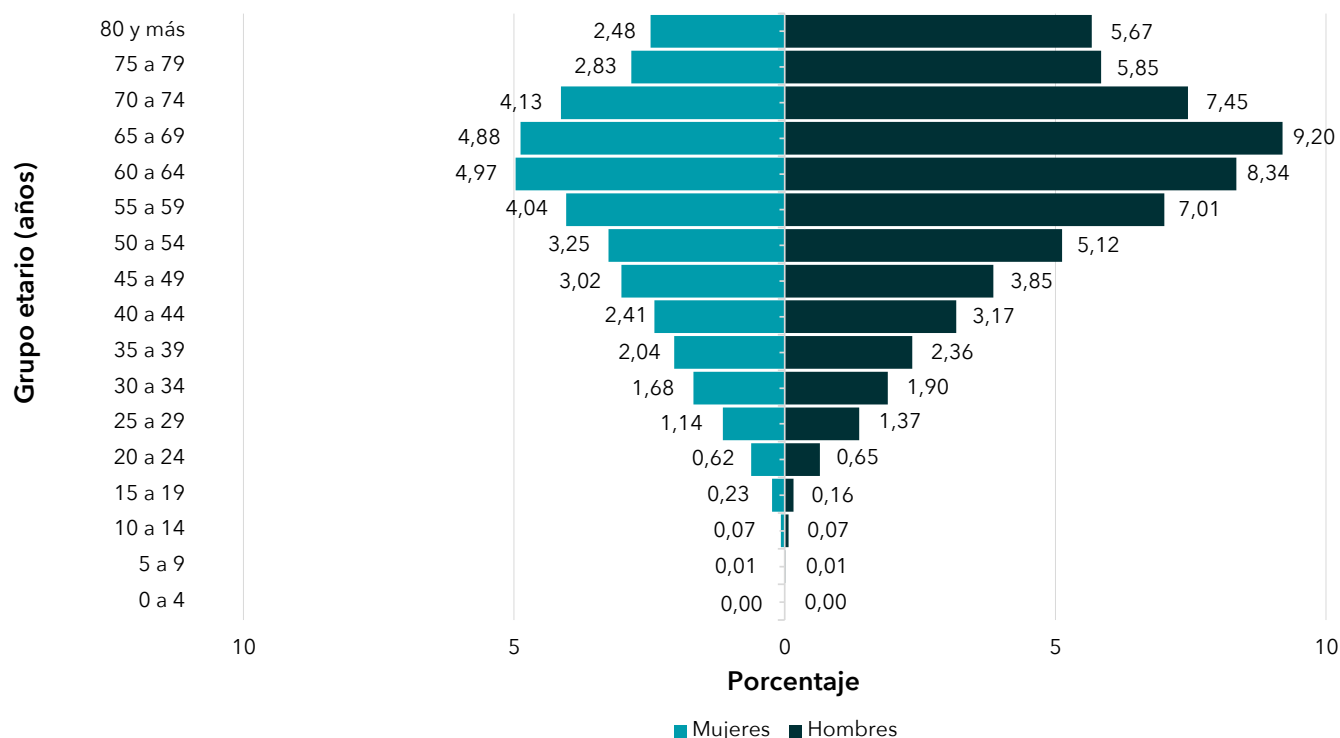
Población con enfermedad renal crónica en diálisis

www.enfermedadrenalcrónica.org

8.2. Población prevalente en hemodiálisis

Se analizaron 31.934 casos que cumplieron con un periodo de permanencia continuo mínimo de 90 días acumulables en terapia de HD. De ellos, el 62,20 % (n= 19.862) correspondió a hombres, el 50,03 % (n= 15.975) tenía entre 55 y 74 años y el quinquenio de edad con la mayor cantidad de casos fue el de 65 a 69 años con el 14,08 % (n= 4.496).

Figura 60. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de HD, Colombia 2025



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos prevalentes en HD.

[Descargar figura](#)

En los casos prevalentes de HD, el principal acceso vascular fue la fístula arteriovenosa con el 66,49 % (n= 10.508), seguido por el catéter con 32,91 % (n= 10.508). En la tabla 59 se muestra que las regiones con el mayor número de casos en HD fueron la Central (25,28 %, n= 8.072) y la Caribe (25,07 %, n= 8.004); mientras que, por la entidad territorial, fueron Bogotá, D. C., (14,87 %, n= 4.747), Antioquia (13,52 %, n= 4.317) y Valle del Cauca (11,03 %, n= 3.521).

Tabla 59. Distribución de los casos en hemodiálisis a la fecha de corte según la región y la entidad territorial, Colombia 2025

Región/Entidad territorial	Fístula arteriovenosa		Catéter		Injerto		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Central	5.240	16,41	2.792	8,74	40	0,13	8.072	25,28
Antioquia	2.470	7,74	1.828	5,73	19	0,06	4.317	13,52
Tolima	794	2,49	312	0,98	11	0,03	1.117	3,50
Huila	590	1,85	195	0,61	5	0,02	790	2,47
Risaralda	514	1,61	170	0,53	1	0,00	685	2,15



Tabla 59. Distribución de los casos en hemodiálisis a la fecha de corte según la región y la entidad territorial, Colombia 2025 (continuación)

Región/Entidad territorial	Fístula arteriovenosa		Catéter		Injerto		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Caldas	447	1,40	166	0,52	2	0,01	615	1,93
Quindío	310	0,97	67	0,21	1	0,00	378	1,18
Caquetá	115	0,36	54	0,17	1	0,00	170	0,53
Caribe	5.292	16,58	2.684	8,41	28	0,09	8.004	25,07
Atlántico	1.600	5,01	729	2,28	11	0,03	2.340	7,33
Bolívar	969	3,04	678	2,12	2	0,01	1.649	5,16
Córdoba	947	2,97	351	1,10	6	0,02	1.304	4,08
Magdalena	605	1,89	240	0,75	1	0,00	846	2,65
Sucre	563	1,76	185	0,58	0	0,00	748	2,34
Cesar	351	1,10	265	0,83	6	0,02	622	1,95
La Guajira	241	0,75	226	0,71	2	0,01	469	1,47
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	16	0,05	10	0,03	0	0,00	26	0,08
Oriental	3.868	12,12	1.473	4,61	29	0,09	5.370	16,82
Cundinamarca	1.195	3,74	461	1,44	16	0,05	1.672	5,24
Santander	921	2,88	393	1,23	3	0,01	1.317	4,13
Norte de Santander	642	2,01	282	0,88	0	0,00	924	2,89
Boyacá	574	1,80	153	0,48	10	0,03	737	2,31
Meta	536	1,68	184	0,58	0	0,00	720	2,26
Pacífica	3.256	10,20	1.743	5,46	54	0,17	5.053	15,83
Valle del Cauca	2.296	7,19	1.204	3,77	21	0,07	3.521	11,03
Cauca	450	1,41	225	0,70	19	0,06	694	2,17
Nariño	428	1,34	246	0,77	14	0,04	688	2,15
Chocó	82	0,26	68	0,21	0	0,00	150	0,47
Bogotá, D.C.	3.180	9,96	1.529	4,79	38	0,12	4.747	14,87
Amazonía-Orinoquía	392	1,23	287	0,90	2	0,01	681	2,13
Arauca	142	0,44	108	0,34	0	0,00	250	0,78
Casanare	156	0,49	92	0,29	1	0,00	249	0,78
Putumayo	53	0,17	61	0,19	1	0,00	115	0,36
Amazonas	22	0,07	17	0,05	0	0,00	39	0,12
Guaviare	12	0,04	3	0,01	0	0,00	15	0,05
Vichada	3	0,01	5	0,02	0	0,00	8	0,03
Guainía	2	0,01	1	0,00	0	0,00	3	0,01
Vaupés	2	0,01	0	0,00	0	0,00	2	0,01
Nacional	21.228	66,49	10.508	32,91	191	0,60	31.927	100,00

La tabla no incluye 7 casos que carecían de información del acceso vascular.

Con respecto al aseguramiento, el régimen contributivo concentró el 52,72 % de los casos en HD (n= 16.831) y la EPS037 atendió el 16,07 % (n= 5.132), seguida de la EPSS41, del subsidiado, con el 11,52 % (n= 3.679) (tabla 60).

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arteria y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con enfermedad renal crónica en diálisis

www.enfermedadrenalcrónica.org

Tabla 60. Distribución de los casos en hemodiálisis según el régimen del aseguramiento y la EAPB, Colombia 2025

Régimen/EAPB	Fístula arteriovenosa		Catéter		Injerto		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Contributivo	11.750	36,80	4.967	15,56	114	0,36	16.831	52,72
EPS037	3.725	11,67	1.350	4,23	57	0,18	5.132	16,07
EPS005	2.047	6,41	829	2,60	21	0,07	2.897	9,07
EPS002	1.844	5,78	822	2,57	7	0,02	2.673	8,37
EPS010	1.558	4,88	803	2,52	13	0,04	2.374	7,44
EPS017	1.196	3,75	577	1,81	8	0,03	1.781	5,58
EPS008	735	2,30	150	0,47	7	0,02	892	2,79
EPS018	235	0,74	199	0,62	0	0,00	434	1,36
EPS012	129	0,40	74	0,23	1	0,00	204	0,64
EPS001	80	0,25	33	0,10	0	0,00	113	0,35
EPS048	61	0,19	49	0,15	0	0,00	110	0,34
EPS042	72	0,23	24	0,08	0	0,00	96	0,30
EAS027	49	0,15	44	0,14	0	0,00	93	0,29
EPS046	15	0,05	7	0,02	0	0,00	22	0,07
EAS016	4	0,01	6	0,02	0	0,00	10	0,03
Subsidiado	8.873	27,79	5.294	16,58	64	0,20	14.231	44,57
EPSS41	2.650	8,30	1.004	3,14	25	0,08	3.679	11,52
ESS024	1.565	4,90	736	2,31	4	0,01	2.305	7,22
ESS207	1.353	4,24	753	2,36	4	0,01	2.110	6,61
EPSS40	690	2,16	690	2,16	3	0,01	1.383	4,33
EPSS34	513	1,61	627	1,96	5	0,02	1.145	3,59
ESS118	585	1,83	379	1,19	11	0,03	975	3,05
CCF055	520	1,63	361	1,13	3	0,01	884	2,77
ESS062	425	1,33	311	0,97	5	0,02	741	2,32
EPSI05	60	0,19	87	0,27	1	0,00	148	0,46
EPSI04	51	0,16	84	0,26	0	0,00	135	0,42
EPSI03	103	0,32	28	0,09	3	0,01	134	0,42
CCF050	86	0,27	44	0,14	0	0,00	130	0,41
CCF033	89	0,28	40	0,13	0	0,00	129	0,40
EPS025	73	0,23	51	0,16	0	0,00	124	0,39
EPSI01	44	0,14	53	0,17	0	0,00	97	0,30
CCF102	40	0,13	31	0,10	0	0,00	71	0,22
EPSI06	26	0,08	15	0,05	0	0,00	41	0,13
Excepción	586	1,84	238	0,75	12	0,04	836	2,62
RES003	244	0,76	84	0,26	5	0,02	333	1,04
RES001	178	0,56	72	0,23	2	0,01	252	0,79
RES004	164	0,51	82	0,26	5	0,02	251	0,79
Especial								
RES008	6	0,02	3	0,01	1	0,00	10	0,03
REUE09	4	0,01	1	0,00	0	0,00	5	0,02
RES007	2	0,01	0	0,00	0	0,00	2	0,01



Tabla 60. Distribución de los casos en hemodiálisis según el régimen del aseguramiento y la EAPB, Colombia 2025 (continuación)

Régimen/EAPB	Fístula arteriovenosa		Catéter		Injerto		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
RES009	2	0,01	0	0,00	0	0,00	2	0,01
No asegurado								
05000	5	0,02	2	0,01	0	0,00	7	0,02
81000	0	0,00	2	0,01	0	0,00	2	0,01
41000	0	0,00	1	0,00	0	0,00	1	0,00
Nacional	21.228	66,49	10.508	32,91	191	0,60	31.927	100,00

Para los regímenes especial y no asegurado no se cuenta con el reporte de todas las EAPB que los conforman, por tanto, no se presentan los casos totales. La tabla no incluye 7 casos que carecían de información del acceso vascular.

8.3. Indicadores de diálisis

La evaluación de la gestión en diálisis se realiza mediante indicadores orientados al seguimiento de la calidad de la atención y de los resultados clínicos en la población en terapia dialítica, lo que permite el análisis en diferentes niveles de desagregación demográfica y de aseguramiento. Para esta edición, la medición se efectuó con base en el ["Consenso basado en evidencias para la elección de indicadores mínimos para el análisis de resultados clínicos en diálisis peritoneal y hemodiálisis en Colombia, 2010"](#) y el ["Uso de catéter y nivel de hemoglobina para el análisis de resultados clínicos en diálisis, actualización"](#); sendos documentos están disponibles para consulta en la página web de la CAC. Este periodo corresponde al último evaluado bajo dichos documentos, previo a la implementación de la ["Actualización del consenso basado en la evidencia: Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo en adultos con enfermedad renal crónica tratados con diálisis peritoneal o hemodiálisis en Colombia"](#), desarrollada en 2026 y que entrará en vigencia a partir del siguiente periodo de análisis. Enseguida, **la tabla 61** presenta un resumen de los indicadores analizados.

Tabla 61. Descripción de los indicadores de la gestión del riesgo en las personas en diálisis, Colombia 2025

Tipo	Indicador	Semaforización de cumplimiento		
		Alto	Medio	Bajo
Resultado	Proporción de adultos en HD con catéter como vía de acceso vascular.	< 10 %	10 a 20 %	> 20 %
Resultado	Proporción de adultos en HD con dosis de Kt/V $\geq 1,2$.	> 80 %	60 a 80 %	< 60 %
Resultado	Proporción de adultos en DP con dosis de Kt/V $\geq 1,7$.	> 80 %	60 a 80 %	< 60 %
Resultado	Proporción de adultos en HD con hemoglobina ≥ 10 g/dL.	> 60 %	20 a 60 %	< 20 %
Resultado	Proporción de adultos en DP con hemoglobina ≥ 10 g/dL.	> 60 %	20 a 60 %	< 20 %
Resultado	Proporción de adultos en HD con albúmina ≥ 4 g/dL.	> 40 %	20 a 40 %	< 20 %
Resultado	Proporción de adultos en DP con albúmina $\geq 3,5$ g/dL.	> 40 %	20 a 40 %	< 20 %
Resultado	Proporción de adultos en HD con fósforo < 6 mg/dL.	> 80 %	20 a 80 %	< 20 %
Resultado	Proporción de adultos en DP con fósforo < 6 mg/dL.	> 80 %	20 a 80 %	< 20 %
Resultado	Proporción de niños en HD con dosis de Kt/V $\geq 1,2$.	> 80 %	60 a 80 %	< 60 %
Resultado	Proporción de niños en DP con dosis de Kt/V $\geq 1,7$.	> 80 %	60 a 80 %	< 60 %
Resultado	Proporción de niños en HD con hemoglobina ≥ 11 g/dL.	> 60 %	20 a 60 %	< 20 %
Resultado	Proporción de niños en DP con hemoglobina ≥ 11 g/dL.	> 60 %	20 a 60 %	< 20 %
Resultado	Proporción de niños en HD con albúmina $\geq 3,5$ g/dL.	> 40 %	20 a 40 %	< 20 %
Resultado	Proporción de niños en DP con albúmina $\geq 3,5$ g/dL.	> 40 %	20 a 40 %	< 20 %



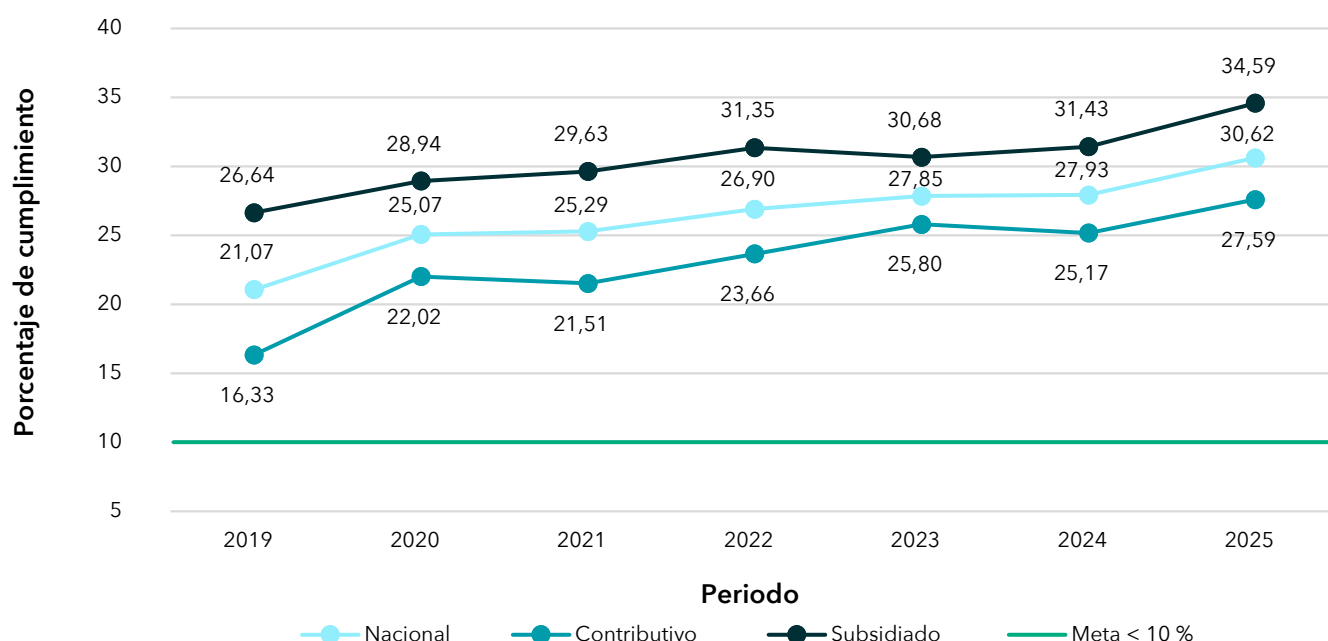
En la plataforma **HIGIA** puede acceder a los resultados desagregados demográficamente y según el aseguramiento para consultar los resultados por departamento, municipio, régimen y EAPB.

8.3.1. Indicadores de diálisis en la población adulta

La planificación, creación y mantenimiento del acceso vascular en la HD constituye un componente crítico de la calidad de la atención, al garantizar una terapia efectiva, segura y sostenible durante el curso de la enfermedad. Actualmente, se plantea que la elección del acceso debe responder a un plan individualizado de atención, considerando la trayectoria clínica, la expectativa de vida, las comorbilidades, la anatomía vascular, las preferencias de la persona y la continuidad de la terapia. En este marco, el uso oportuno de accesos arteriovenosos funcionales permite reducir la dependencia del catéter venoso central (CVC), disminuir las complicaciones infecciosas y trombóticas, preservar las opciones futuras de acceso y mejorar los resultados clínicos en la población en HD (48).

En la **figura 61** se observa que la tendencia del uso de catéter como acceso vascular incrementó en un 9,63 % con respecto al periodo anterior y continuó alejándose de la meta. El régimen contributivo se mantuvo con mejores resultados e incrementó en un 9,61 %, mientras que el subsidiado lo hizo en un 10,05 %.

Figura 61. Tendencia de la proporción de adultos prevalentes de HD con catéter como acceso vascular, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

La depuración de solutos pequeños constituye un componente central de la adecuación de la terapia dialítica, tanto en HD como en DP, aunque debe interpretarse junto con otros parámetros clínicos y funcionales. El Kt/V continúa siendo la medida más utilizada para estimar la dosis de diálisis administrada y se asocia con mejores desenlaces clínicos y la supervivencia. En HD, la guía KDOQI establece como objetivo un spKt/V de 1,4 por sesión en las personas tratadas tres veces por semana, con un mínimo aceptable de 1,2. Por su parte, en DP, la evaluación de adecuación incorpora además aspectos como el control del volumen, la función renal residual, el estado nutricional y la carga de síntomas, en el marco de un enfoque centrado en la persona. En conjunto, el seguimiento de estos parámetros permite identificar diálisis insuficiente y orientar ajustes terapéuticos dirigidos a mejorar la calidad y seguridad de la atención (49,50).

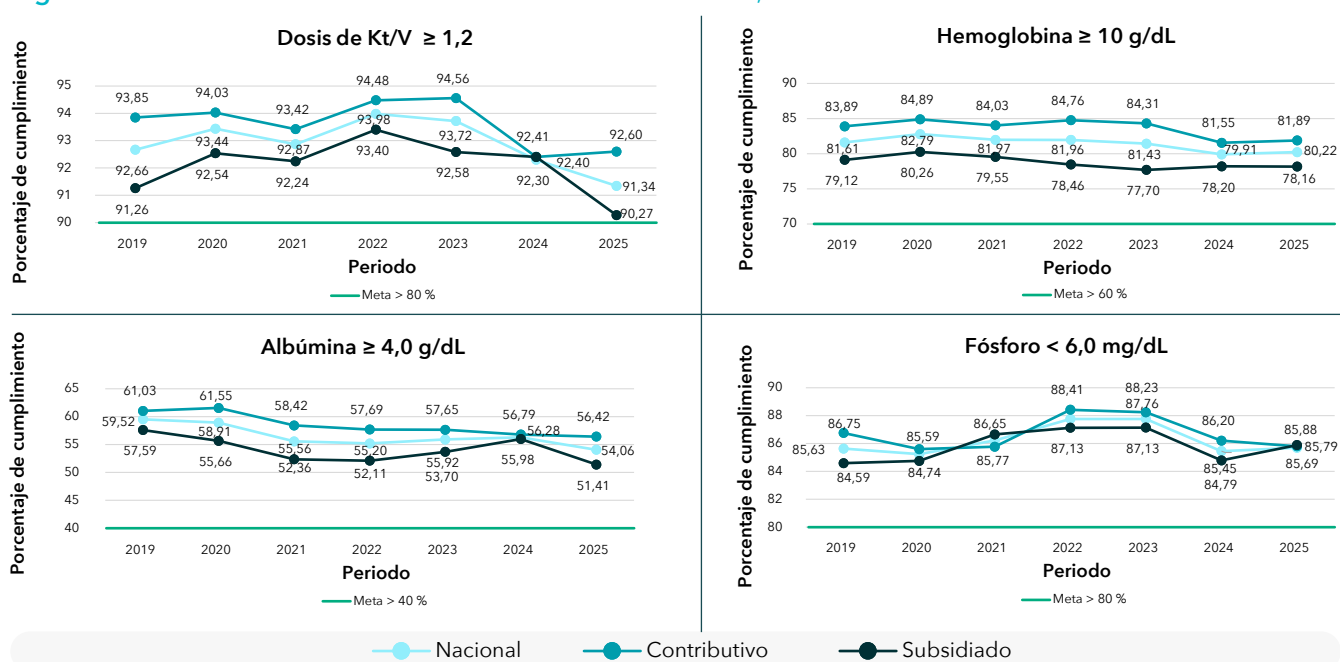
La medición del fósforo, la albúmina y la hemoglobina forma parte del seguimiento integral de complicaciones asociadas a la terapia dialítica y a la ERC avanzada. El fósforo permite valorar el componente bioquímico del trastorno mineral y óseo asociado a la ERC, cuyo seguimiento debe basarse en tendencias y no en mediciones aisladas; la albúmina aporta información pronóstica relacionada con la inflamación, el desgaste protei-



co-energético y la supervivencia, especialmente relevante en el tratamiento con DP por las pérdidas proteicas peritoneales; finalmente, la hemoglobina permite identificar y monitorizar la anemia asociada a la ERC, orientar el uso de hierro y de agentes estimulantes de la eritropoyesis, y reducir las complicaciones derivadas de la anemia no tratada. En conjunto, estos parámetros permiten valorar la calidad del seguimiento clínico, orientar los ajustes terapéuticos y fortalecer la seguridad de la atención en diálisis (45,46).

En la **figura 62** se muestra que los cuatro indicadores relacionados con la HD en la población adulta alcanzaron la meta en el país. Con respecto al periodo anterior, el fósforo y la hemoglobina se mantuvieron estables mientras que la dosis de Kt/V se redujo en un 1,45 % y la albúmina en un 3,94 %. A su vez, el régimen contributivo mostró resultados superiores al subsidiado, excepto en el indicador del fósforo.

Figura 62. Tendencia de los indicadores en los adultos en HD, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

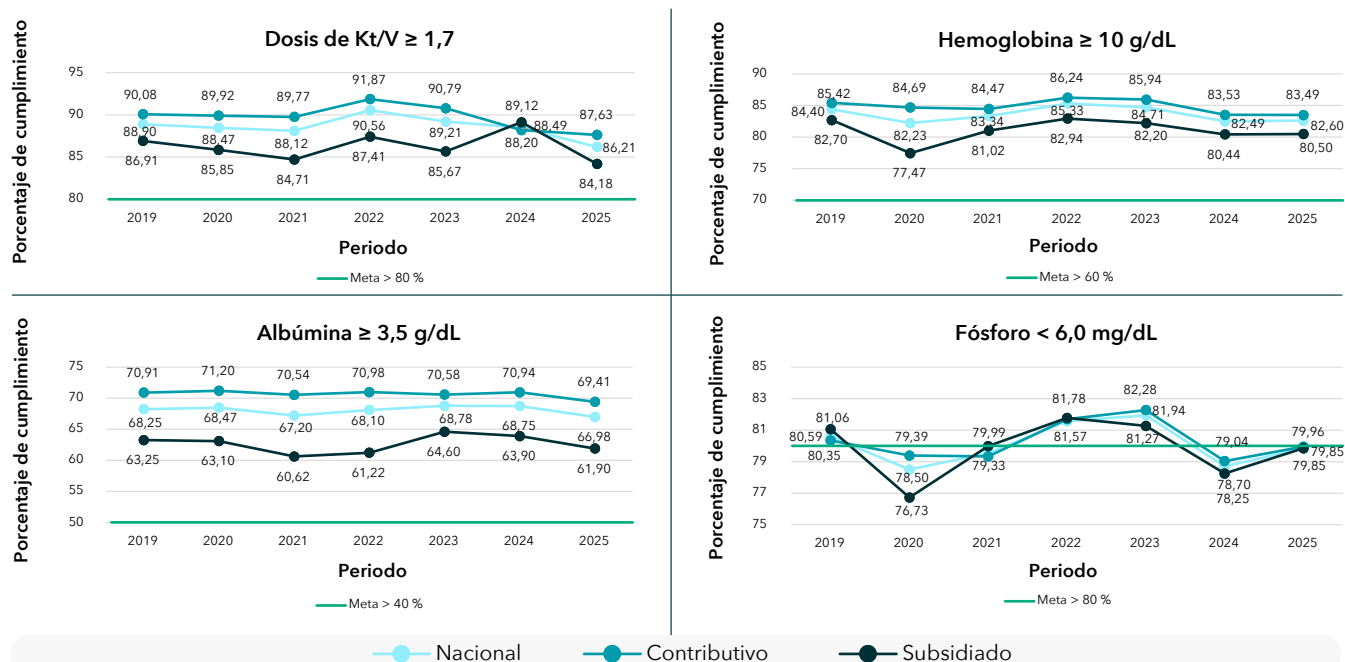
En los adultos con DP se cumplieron las metas de dosis de Kt/V, de albúmina y de hemoglobina, aunque en los dos primeros se observó un leve descenso, comparado con el 2024 (**figura 63**). El fósforo se incrementó en un 1,46 % y continuó en un nivel de desempeño medio, aunque muy cerca de la meta. Además, el régimen contributivo tuvo un mejor desempeño en los 4 indicadores, comparado con el subsidiado.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arteria y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con enfermedad renal crónica en diálisis

www.enfermedadesrenales.org

Figura 63. Tendencia de los indicadores en los adultos en DP, Colombia 2019 - 2025



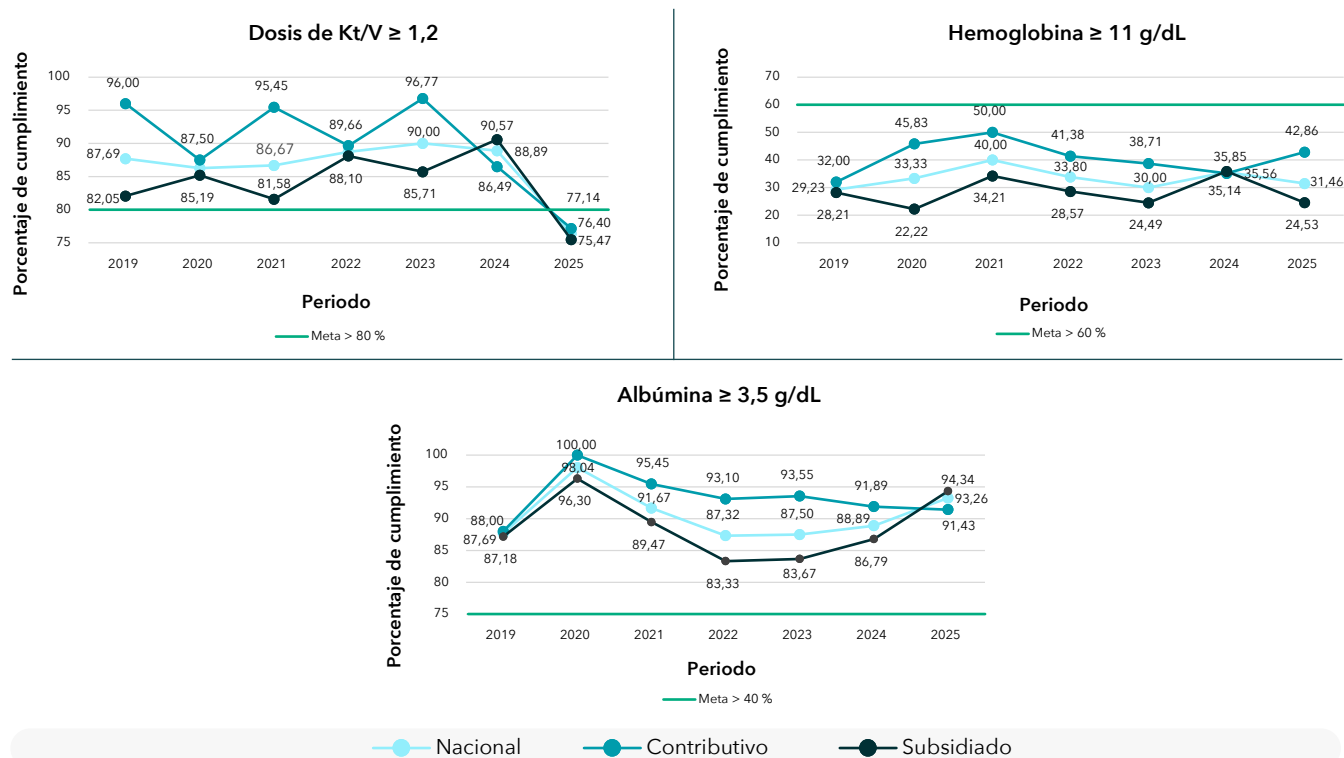
[Descargar figura](#)

8.3.2. Indicadores de diálisis en la población pediátrica

La **figura 64** muestra que la dosis de Kt/V en los niños con HD disminuyó en un 14,05 % frente al 2024 y, por primera vez en los últimos siete periodos, se ubicó en un desempeño medio. Este descenso se relacionó con los casos que registraron TRR durante el periodo, pero que no evidenciaron la continuidad de la terapia a la fecha de corte. La hemoglobina también mantuvo un cumplimiento medio, con una disminución del 11,53 % respecto al periodo anterior. Ambos indicadores presentaron mejores resultados en el régimen contributivo. Por su parte, la albúmina incrementó en un 4,92 %, mantuvo un cumplimiento alto y mostró resultados superiores en el subsidiado.



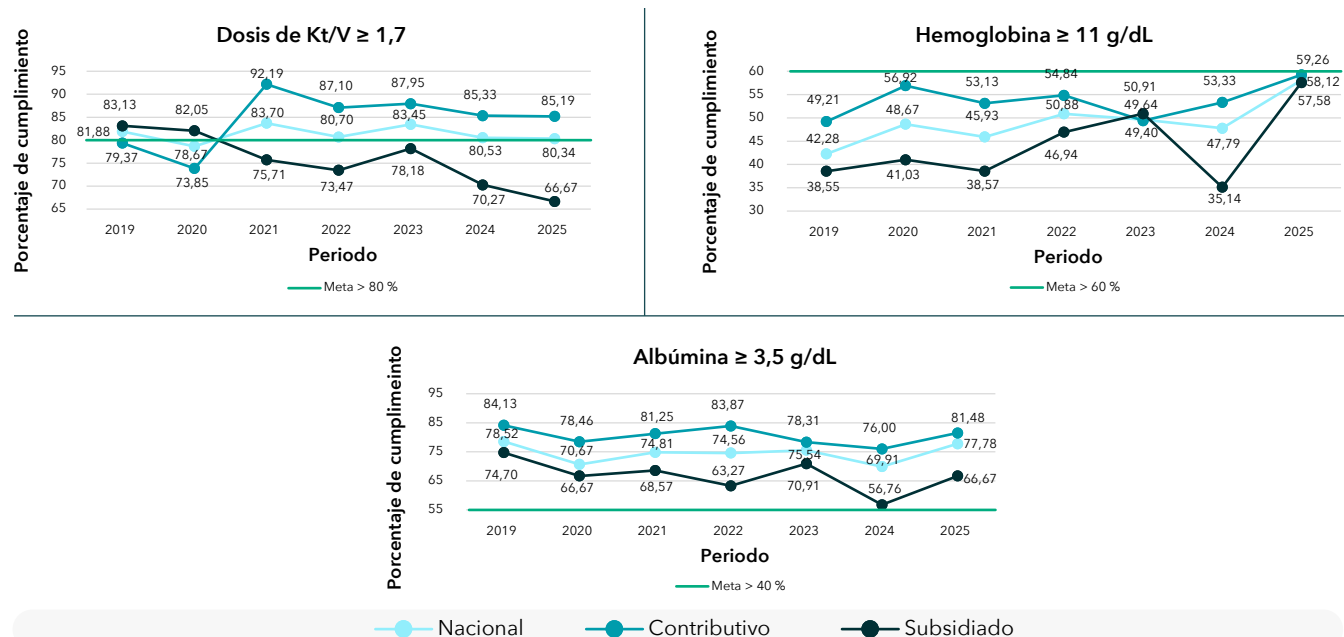
Figura 64. Tendencia de los indicadores en la población pediátrica en HD, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

En los niños en DP, la dosis de Kt/V mantuvo un desempeño alto a nivel nacional y en el régimen contributivo, mientras que en el subsidiado permaneció en un cumplimiento medio desde el 2021, con una disminución marcada en 2025. La albúmina superó la meta establecida e incrementó un 11,26 % respecto al periodo anterior, y la hemoglobina continuó en desempeño medio, aunque se acercó a la meta tras aumentar un 21,62 %. Además, en los tres indicadores, el régimen contributivo presentó mejores resultados que el subsidiado (figura 65).

Figura 65. Tendencia de los indicadores en la población pediátrica en DP, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

8.4. Mortalidad por todas las causas en las personas en diálisis

La mortalidad por todas las causas en las personas en HD y DP constituye un desenlace relevante para el seguimiento de la población en terapia dialítica, debido a que integra la carga de comorbilidad, la adecuación de la diálisis, el control de complicaciones y la calidad de la atención recibida. Las personas en diálisis presentan un riesgo de muerte significativamente mayor que la población general y, además, la variabilidad observada entre centros y programas de atención se relaciona con diferencias en las prácticas clínicas y en la continuidad del cuidado. En este contexto, el seguimiento de la mortalidad permite identificar oportunidades de fortalecimiento en la atención y orientar estrategias dirigidas a mejorar la seguridad y los resultados en salud de esta población (51).

Como se observa en la **tabla 62**, la tasa de mortalidad por todas las causas en las personas que se encontraban en HD a la fecha de corte fue de 7,26 defunciones por 1.000.000 de habitantes; en los hombres fue 1,5 veces superior a la observada en las mujeres. Así mismo, la mortalidad aumentó progresivamente con la edad y, aunque hasta los 49 años las tasas fueron similares entre ambos sexos, a partir de este grupo etario se evidenció un incremento más marcado en los hombres, alcanzando en los mayores de 80 años una tasa cercana al triple de la registrada en las mujeres.

Tabla 62. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en la población con HD por 1.000.000 de habitantes según la edad y el sexo, Colombia 2025

Edad	Hombre			Mujer			Total		
	Casos fallecidos	Denominador DANE	Tasa de mortalidad cruda	Casos fallecidos	Denominador DANE	Tasa de mortalidad cruda	Casos fallecidos	Denominador DANE	Tasa de mortalidad cruda
0 a 4	0	1.901.600	0,00	0	1.808.683	0,00	0	3.710.282	0,00
5 a 9	0	2.021.669	0,00	0	1.922.877	0,00	0	3.944.546	0,00
10 a 14	3	2.123.298	0,14	3	2.025.650	0,15	6	4.148.948	0,14
15 a 19	4	2.233.430	0,18	4	2.133.975	0,19	8	4.367.405	0,18
20 a 24	10	2.261.592	0,44	14	2.200.347	0,64	24	4.461.939	0,54
25 a 29	19	2.219.908	0,86	21	2.232.958	0,94	40	4.452.866	0,90
30 a 34	39	2.090.754	1,87	35	2.117.544	1,65	74	4.208.298	1,76
35 a 39	37	1.832.723	2,02	36	1.898.736	1,90	73	3.731.459	1,96
40 a 44	62	1.681.410	3,69	49	1.795.232	2,73	111	3.476.641	3,19
45 a 49	91	1.479.241	6,15	74	1.610.913	4,59	165	3.090.154	5,34
50 a 54	137	1.322.602	10,36	97	1.463.061	6,63	234	2.785.663	8,40
55 a 59	180	1.253.966	14,35	154	1.414.750	10,89	334	2.668.716	12,52
60 a 64	284	1.098.265	25,86	206	1.277.822	16,12	490	2.376.087	20,62
65 a 69	374	852.326	43,88	248	1.036.564	23,93	622	1.888.890	32,93
70 a 74	342	630.474	54,24	225	787.103	28,59	567	1.417.576	40,00
75 a 79	327	424.321	77,06	181	549.369	32,95	508	973.689	52,17
80 y más	389	461.842	84,23	193	670.487	28,79	582	1.132.329	51,40
Nacional	2.298	25.889.417	8,88	1.540	26.946.066	5,72	3.838	52.835.483	7,26

En las personas que se encontraban en DP a la fecha de corte, la tasa de mortalidad por todas las causas fue de 2,18 defunciones por 1.000.000 de habitantes. La mortalidad fue mayor en los hombres que en las mujeres; sin embargo, entre los 40 y 54 años las tasas fueron superiores en estas últimas. Así mismo, hubo un incremento perceptible de la mortalidad a partir de los 60 años, con un aumento marcado conforme avanzó la edad (**tabla 63**).



Tabla 63. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en la población en DP por 1.000.000 de habitantes según la edad y el sexo, Colombia 2025

Edad	Hombre			Mujer			Total		
	Casos fallecidos	Denominador DANE	Tasa de mortalidad cruda	Casos fallecidos	Denominador DANE	Tasa de mortalidad cruda	Casos fallecidos	Denominador DANE	Tasa de mortalidad cruda
0 a 4	2	1.901.600	0,11	0	1.808.683	0,00	2	3.710.282	0,05
5 a 9	1	2.021.669	0,05	0	1.922.877	0,00	1	3.944.546	0,03
10 a 14	1	2.123.298	0,05	1	2.025.650	0,05	2	4.148.948	0,05
15 a 19	0	2.233.430	0,00	2	2.133.975	0,09	2	4.367.405	0,05
20 a 24	9	2.261.592	0,40	3	2.200.347	0,14	12	4.461.939	0,27
25 a 29	7	2.219.908	0,32	7	2.232.958	0,31	14	4.452.866	0,31
30 a 34	5	2.090.754	0,24	8	2.117.544	0,38	13	4.208.298	0,31
35 a 39	13	1.832.723	0,71	9	1.898.736	0,47	22	3.731.459	0,59
40 a 44	8	1.681.410	0,48	21	1.795.232	1,17	29	3.476.641	0,83
45 a 49	12	1.479.241	0,81	29	1.610.913	1,80	41	3.090.154	1,33
50 a 54	29	1.322.602	2,19	34	1.463.061	2,32	63	2.785.663	2,26
55 a 59	41	1.253.966	3,27	38	1.414.750	2,69	79	2.668.716	2,96
60 a 64	77	1.098.265	7,01	55	1.277.822	4,30	132	2.376.087	5,56
65 a 69	86	852.326	10,09	76	1.036.564	7,33	162	1.888.890	8,58
70 a 74	96	630.474	15,23	81	787.103	10,29	177	1.417.576	12,49
75 a 79	101	424.321	23,80	81	549.369	14,74	182	973.689	18,69
80 y más	136	461.842	29,45	83	670.487	12,38	219	1.132.329	19,34
Nacional	624	25.889.417	2,41	528	26.946.066	1,96	1.152	52.835.483	2,18

9

Población con
**enfermedad renal
crónica y trasplante
renal**

RESUMEN infográfico

Población con enfermedad renal crónica y trasplante renal

1° de julio de 2024 al 30 de junio de 2025

9



Se identificaron

772 casos nuevos de trasplante renal,

que tenían en promedio 44,63 años y el 56,48 % correspondió a hombres.

Se informaron

9.904

personas con trasplante renal y la prevalencia cruda estimada fue de

187,45 casos

por 1.000.000 de habitantes.

Bogotá, D. C., y el régimen contributivo

tuvieron la PE más alta.



Se identificaron 190 personas fallecidas por todas las causas con trasplante renal. La tasa de mortalidad cruda fue de 3,60 por cada 1.000.000 de habitantes.



Durante el periodo 2025, el micofenolato (82,46 %) y el tacrolimus (74,76 %) fueron los medicamentos más utilizados en la terapia inmunosupresora en las personas con trasplante renal.



El 4,03 % de los adultos trasplantados en el periodo presentaron complicaciones quirúrgicas, especialmente de la herida quirúrgica.

El 4,58 % de los adultos trasplantados

en el periodo presentaron infecciones oportunistas, en su mayoría por citomegalovirus.

PE: prevalencia estandarizada.

[Descargar infografía](#)

9. Población con enfermedad renal crónica y trasplante renal

9.1. Morbimortalidad en la población con enfermedad renal crónica y trasplante renal

9.1.1. Incidencia de la población con trasplante renal

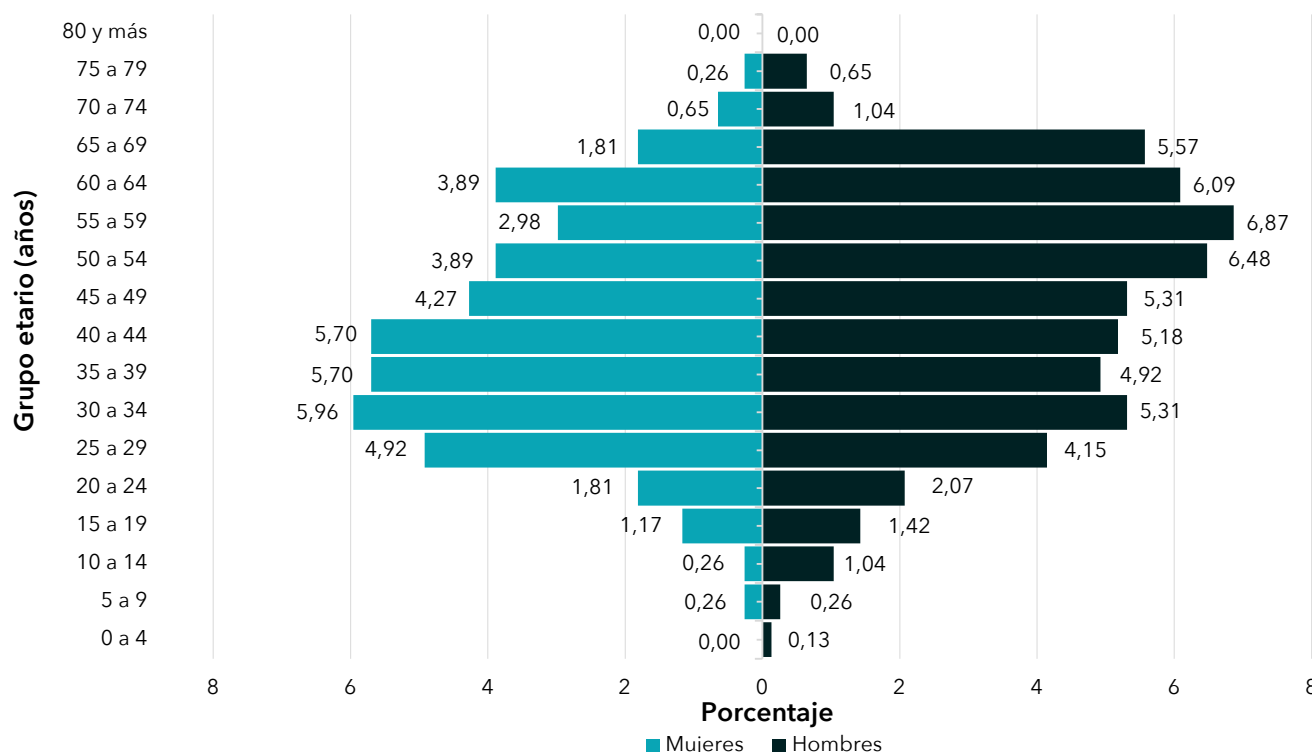
Se identificaron 772 casos nuevos de trasplante renal que tenían en promedio 44,63 años ($DE \pm 15,01$) y eran en su mayoría hombres (56,48 %; $n = 436$). La incidencia cruda fue de 14,61 por cada 1.000.000 de habitantes.

El 52,72 % ($n = 407$) de las personas que recibieron trasplante renal durante el periodo 2025 tenían entre 30 y 54 años. El 5,96 % ($n = 46$) eran mujeres en el quinquenio de 30 a 34 años y el 6,87 % ($n = 53$) correspondió a los hombres, con un rango de edad entre los 55 y 59 años (**figura 66**).



En la plataforma **HIGIA** está disponible la información demográfica detallada y las pirámides poblacionales hasta la desagregación departamental y municipal.

Figura 66. Pirámide poblacional de los casos incidentes de trasplante renal, Colombia 2025



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos incidentes de trasplante renal.

[Descargar figura](#)

En la **tabla 64** se muestra que el 28,50 % de los casos nuevos de trasplante renal fueron registrados en la región Central ($n = 220$) pero la IE más alta se calculó en Bogotá, D. C. Según el departamento, Valle del Cauca con 22,24 casos por 1.000.000 de habitantes (IC 95 %: 18,31 - 26,75) y Bogotá, D. C., con 21,72 (IC 95 %: 18,77 - 25,01) tuvieron las IE más elevadas.



Los resultados tanto demográficos como del aseguramiento, con una desagregación más detallada, se pueden visualizar en la plataforma **HIGIA**.

Tabla 64. Tasa de incidencia del trasplante renal por 1.000.000 de habitantes según la región, Colombia 2025

Región	Casos incidentes	Denominador DANE	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ¹	IC 95 % ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	5	1.555.038	3,22	3,57	1,15	8,33
Bogotá, D. C.	197	7.930.764	24,84	21,72	18,77	25,01
Caribe	71	12.203.815	5,82	5,96	4,65	7,51
Central	220	12.527.435	17,56	16,46	14,34	18,81
Oriental	138	10.027.796	13,76	12,90	10,83	15,25
Pacífica	141	8.590.636	16,41	15,67	13,18	18,49
Nacional	772	52.835.483	14,61	13,93	12,96	14,96

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

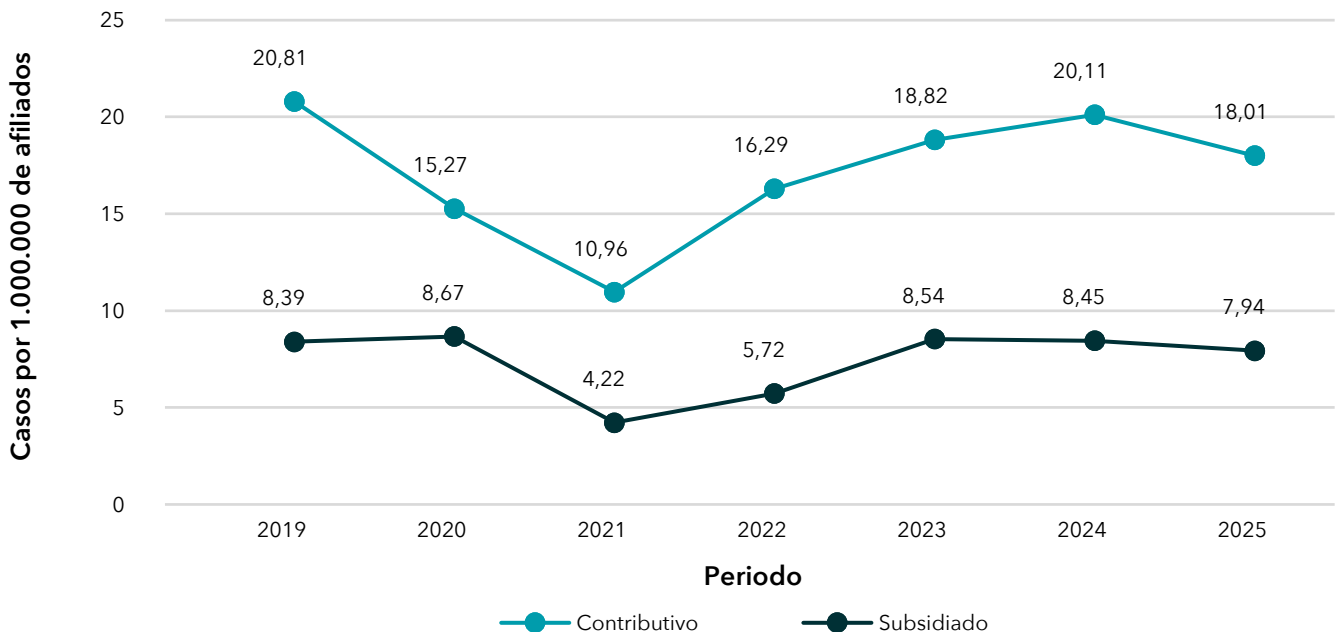
² Intervalo de confianza al 95 % para la incidencia estandarizada.

Según el régimen, en el contributivo se informó el 77,20 % (n= 596) de los casos con trasplante renal (IE= 18,01; IC 95 %: 16,57 - 19,53) y en el subsidiado el 21,37 % (n= 165) (IE= 7,94, IC 95 %: 6,76 - 9,25) (**figura 67**). Las entidades con las mayores IE fueron la EPS046 (IE= 39,41, IC95 %: 8,13 - 121,79) y la EPS018 (IE= 32,30; IC 95 %: 21,10 - 47,57).



Los resultados tanto demográficos como del aseguramiento, con una desagregación más detallada, se pueden visualizar en la plataforma **HIGIA**.

Figura 67. Tasa de incidencia estandarizada de trasplante renal según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025



La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

[Descargar figura](#)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con enfermedad renal crónica y trasplante renal

www.enfermedadrenalcronica.org

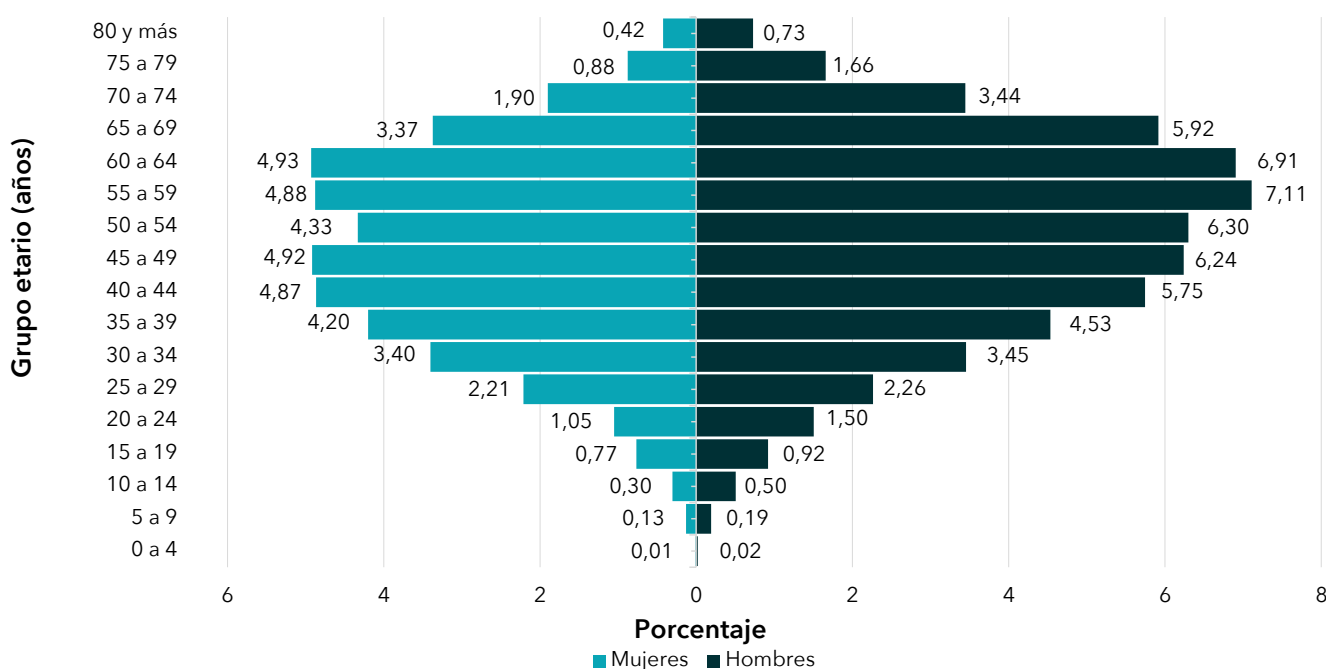
9.1.2. Prevalencia del trasplante renal

Se analizaron 9.904 personas con trasplante renal, con una edad promedio de 49,97 años ($DE \pm 15,18$), de las cuales el 57,43 % ($n=5.688$) correspondió a hombres. La prevalencia cruda estimada para el periodo de reporte fue de 187,45 casos por 1.000.000 de habitantes. Así mismo, más de la mitad de los individuos (56,22 %; $n=5.568$) se concentró entre los 40 y 64 años, y el quinquenio de 55 a 59 años presentó la mayor frecuencia de casos, con 483 mujeres (4,88 %) y 704 hombres (7,11 %) (figura 68).



En la plataforma **HIGIA** encontrará la información demográfica detallada y las pirámides poblacionales hasta la desagregación departamental y municipal.

Figura 68. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de trasplante renal, Colombia 2025



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos prevalentes de trasplante renal.

[Descargar figura](#)

En la **tabla 65** se observa que el 30,20 % ($n= 2.991$) de los casos prevalentes de trasplante renal residían en la región Central y la PE más alta se estimó en Bogotá, D. C. Además, el Valle del Cauca ($PE= 319,15$; IC 95 %: 304,22 - 334,65) y Antioquia ($PE= 270,94$; IC 95 %: 259,41 - 282,87) fueron los departamentos con los valores más altos de PE.



En la plataforma **HIGIA** se pueden observar todos los resultados desagregados por departamento y EAPB.



Tabla 65. Prevalencia del trasplante renal por 1.000.000 de habitantes según la región, Colombia 2025

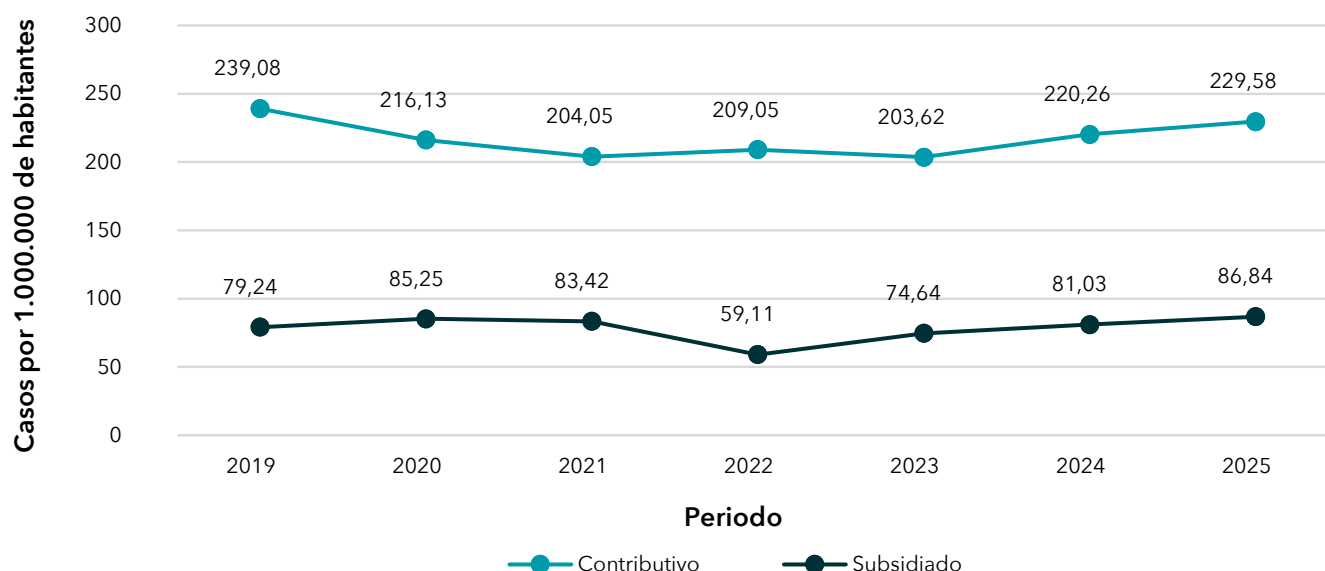
Región	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95 % ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	60	1.555.038	38,58	42,55	32,40	54,85
Bogotá, D. C.	2.335	7.930.764	294,42	256,71	246,34	267,42
Caribe	955	12.203.815	78,25	81,29	76,21	86,62
Central	2.991	12.527.435	238,76	214,41	206,71	222,32
Oriental	1.395	10.027.796	139,11	128,90	122,20	135,88
Pacífica	2.168	8.590.636	252,37	231,74	222,02	241,79
Nacional	9.904	52.835.483	187,45	175,56	172,10	179,07

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95 % para la prevalencia estandarizada.

Adicionalmente, se estimó una PE de trasplante de 229,58 casos por 1.000.000 de afiliados (IC 95 %: 224,49 - 234,77) en el régimen contributivo y de 86,84 (IC 95 %: 82,89 - 90,92) en el subsidiado (**figura 69**). En la EAS027 (PE= 2.323,04; IC 95 %: 759,81 - 5.357,74) y la EAS016 (PE= 1.910,73; IC 95 %: 150,74 - 8.615,30) se estimaron las PE más altas.

Figura 69. Prevalencia estandarizada del trasplante renal según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025



La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

[Descargar figura](#)

9.1.3. Mortalidad por todas las causas en la población con trasplante renal

En el periodo se identificaron 190 fallecidos por todas las causas con trasplante renal. El promedio de la edad fue de 60,03 años (DE $\pm$ 14,90) y el 61,05 % (n= 116) era de sexo masculino. La tasa de mortalidad cruda fue de 3,60 por cada 1.000.000 de habitantes en el país.

El 27,37 % de las personas con trasplante renal residían en la región Central; sin embargo, la TME fue más alta en Bogotá, D. C., seguida de la Pacífica (**tabla 66**). Por departamentos, Vichada presentó la mayor TME (TME= 14,55; IC 95 %: 0,37 - 69,94), seguido de San Andrés, Providencia y Santa Catalina con 14,36 defunciones por cada 1.000.000 de habitantes (IC 95 %: 0,36 - 84,64).

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con enfermedad renal crónica y trasplante renal

www.eurtarealibros.com



En la plataforma **HIGIA** podrá explorar con mayor detalle los resultados demográficos y según el aseguramiento.

Tabla 66. Mortalidad por todas las causas en la población con trasplante renal por 1.000.000 de habitantes según la región, Colombia 2025

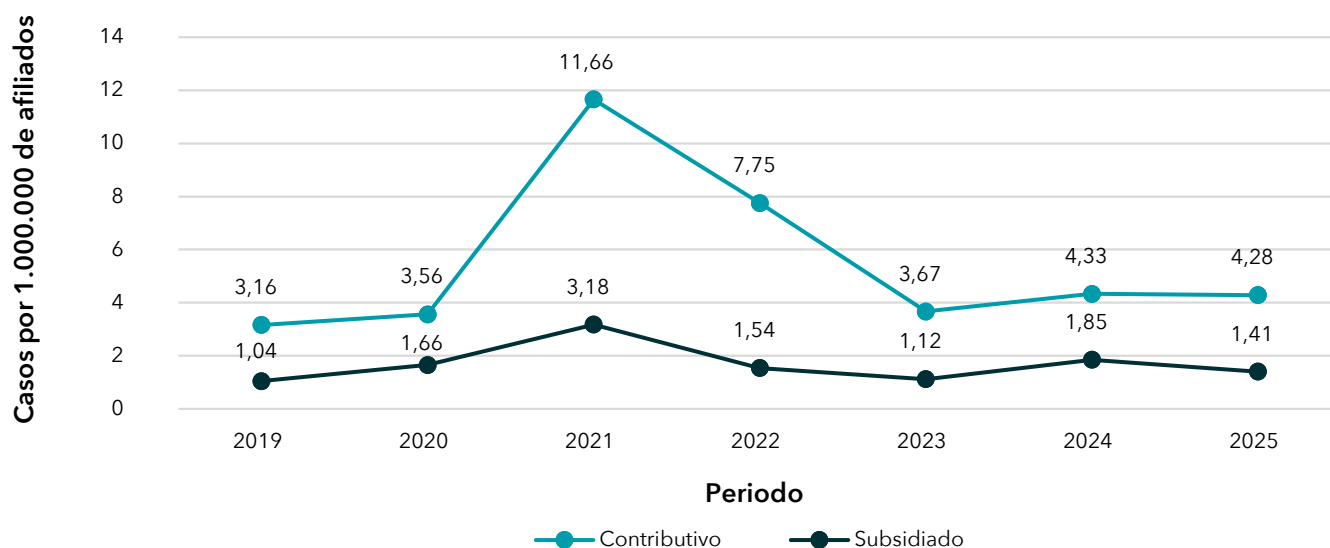
Región	Casos fallecidos	Denominador DANE	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ¹	IC 95 % ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	2	1.555.038	1,29	1,65	0,20	5,69
Bogotá, D. C.	48	7.930.764	6,05	5,01	3,69	6,67
Caribe	15	12.203.815	1,23	1,27	0,71	2,09
Central	52	12.527.435	4,15	3,42	2,55	4,51
Oriental	32	10.027.796	3,19	2,83	1,93	4,01
Pacífica	41	8.590.636	4,77	3,97	2,83	5,42
Nacional	190	52.835.483	3,60	3,17	2,74	3,66

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

² Intervalo de confianza al 95 % para la mortalidad estandarizada.

En el aseguramiento, para el régimen contributivo se estimó una TME de 4,28 casos por 1.000.000 de afiliados (IC 95 %: 3,63 - 5,02), superior a la del subsidiado (TME= 1,41; IC 95 %: 0,96 - 1,99) (**figura 70**). Aunque la EPS037 informó el mayor número de defunciones (25,79 %; n= 49) en las personas con trasplante (TME= 5,71; IC 95 %: 4,17 - 7,69), en la EPS018 se estimó la TME más alta (TME= 11,05; IC 95 %: 5,25 - 20,98).

Figura 70. Mortalidad estandarizada por todas las causas en la población con trasplante renal según el régimen del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025



La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

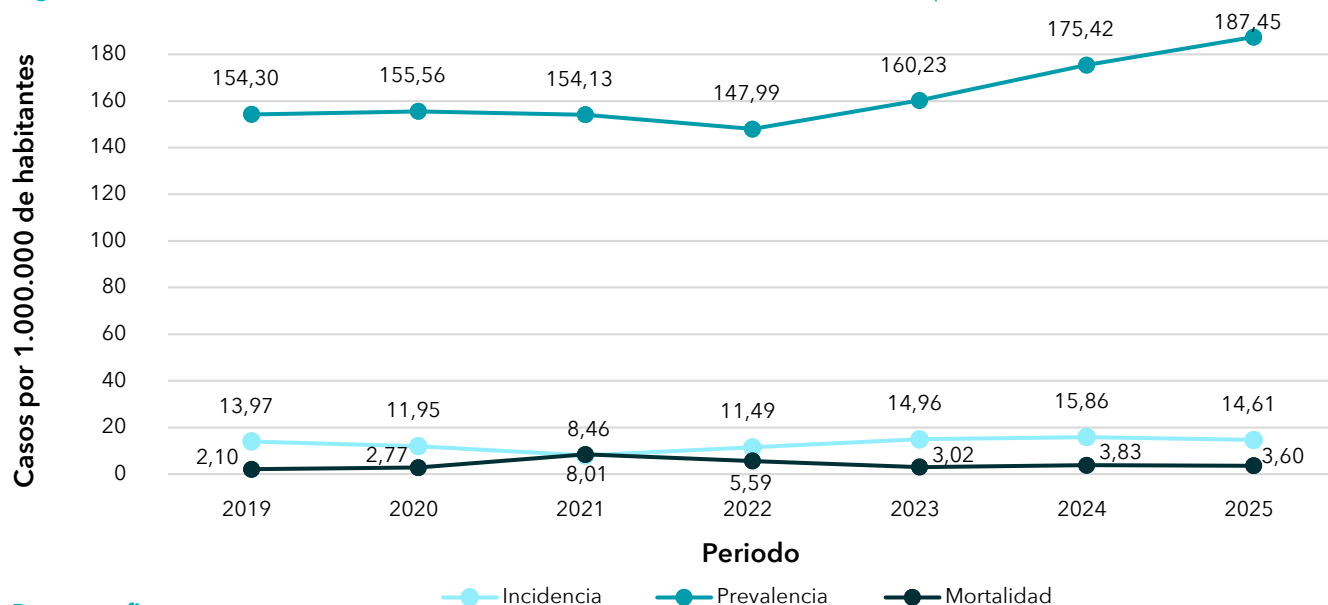
[Descargar figura](#)

El 7,37 % (n= 14) de las personas con trasplante renal fallecieron por infecciones y un porcentaje igual por enfermedad cardiovascular, el 4,74 % (n= 9) por ERC, el 2,11 % (n= 4) por cáncer y el 31,05 % (n= 59) por otras causas. El 47,37 % (n= 90) no tenía información en la historia clínica sobre el motivo de muerte.



En la **figura 71** se observa que la prevalencia del trasplante renal incrementó en un 6,86 %, mientras que la incidencia se redujo en un 7,88 % y la mortalidad en un 6,01 %, comparado con el periodo anterior.

Figura 71. Tendencia de las medidas de morbimortalidad de los casos con trasplante renal, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

9.2. Tratamiento inmunosupresor en trasplante renal

El micofenolato (82,46 %), el tacrolimus (74,76 %) y la prednisona (68,13 %) fueron los medicamentos más utilizados en los esquemas de terapia inmunosupresora de las personas con trasplante renal gestionadas durante el periodo 2025 (**tabla 67**).

Tabla 67. Medicamentos usados en los casos prevalentes de trasplante renal funcional, Colombia

Medicamento inmunosupresor	n	%
Micofenolato	8.167	82,46
Tacrolimus	7.404	74,76
Prednisona	6.748	68,13
Everolimus	1.016	10,26
Ciclosporina	719	7,26
Azatioprina	530	5,35
Belatacept	485	4,90
Sirolimus	277	2,80
Deflazacort	162	1,64
Metilprednisolona	101	1,02

En la **tabla 68** se presentan los esquemas de tratamiento inmunosupresor utilizados con mayor frecuencia en las personas vivas y activas con trasplante renal funcional realizado hace más de un año, según el número de medicamentos reportados. Los esquemas de tres medicamentos fueron los más frecuentes, utilizados en el 64,43 % (n= 5.614) de los casos, seguidos de aquellos de dos medicamentos en el 29,40 % (n= 2.562). El uso de uno solo o de cuatro a cinco medicamentos fue poco frecuente. No se contó con información en 346 casos. Finalmente, entre los esquemas con dos medicamentos, la combinación de micofenolato y tacrolimus fue la más utilizada (64,17 %), mientras que en los esquemas con tres medicamentos predominó la combinación de micofenolato, tacrolimus y prednisona (65,66 %).

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arteria y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con enfermedad renal crónica y trasplante renal

www.eurtraregistry.org

Tabla 68. Esquemas de tratamiento en los casos de trasplante renal funcional realizado hace más de un periodo y que están vivos y activos a la fecha de corte, Colombia 2025

Número de medicamentos	Medicamento inmunosupresor	n	%
1	Micofenolato	45	46,39
	Tacrolimus	24	24,74
	Prednisona	7	7,22
	Belatacept	7	7,22
	Everolimus	7	7,22
	Sirolimus	3	3,09
	Ciclosporina	3	3,09
	Metilprednisolona	1	1,03
2	Micofenolato + Tacrolimus	1.644	64,17
	Micofenolato + Ciclosporina	173	6,75
	Tacrolimus + Prednisona	122	4,76
	Micofenolato + Everolimus	101	3,94
	Micofenolato + Prednisona	79	3,08
	Micofenolato + Belatacept	73	2,85
	Prednisona + Everolimus	60	2,34
	Micofenolato + Sirolimus	59	2,30
	Tacrolimus + Azatioprina	58	2,26
	Tacrolimus + Everolimus	55	2,15
	Prednisona + Sirolimus	24	0,94
	Prednisona + Belatacept	20	0,78
	Prednisona + Azatioprina	19	0,74
	Prednisona + Ciclosporina	19	0,74
	Ciclosporina + Azatioprina	16	0,62
	Tacrolimus + Sirolimus	8	0,31
	Everolimus + Belatacept	7	0,27
	Azatioprina + Everolimus	6	0,23
	Ciclosporina + Everolimus	5	0,20
	Micofenolato + Deflazacort	3	0,12
	Azatioprina + Sirolimus	3	0,12
	Everolimus + Deflazacort	2	0,08
	Tacrolimus + Metilprednisolona	2	0,08
	Micofenolato + Metilprednisolona	1	0,04
	Sirolimus + Deflazacort	1	0,04
	Sirolimus + Metilprednisolona	1	0,04
	Tacrolimus + Belatacept	1	0,04



Tabla 68. Esquemas de tratamiento en los casos de trasplante renal funcional realizado hace más de un periodo y que están vivos y activos a la fecha de corte, Colombia 2025 (continuación)

Número de medicamentos	Medicamento inmunosupresor	n	%
3	Micofenolato + Tacrolimus + Prednisona	3.686	65,66
	Micofenolato + Prednisona + Ciclosporina	373	6,64
	Tacrolimus + Prednisona + Azatioprina	282	5,02
	Micofenolato + Prednisona + Everolimus	277	4,93
	Tacrolimus + Prednisona + Everolimus	271	4,83
	Micofenolato + Prednisona + Belatacept	258	4,60
	Micofenolato + Prednisona + Sirolimus	128	2,28
	Micofenolato + Tacrolimus + Deflazacort	97	1,73
	Prednisona + Everolimus + Belatacept	50	0,89
	Prednisona + Ciclosporina + Azatioprina	49	0,87
	Micofenolato + Tacrolimus + Metilprednisolona	28	0,50
	Prednisona + Azatioprina + Everolimus	14	0,25
	Micofenolato + Ciclosporina + Deflazacort	12	0,21
	Tacrolimus + Azatioprina + Deflazacort	11	0,20
	Tacrolimus + Prednisona + Sirolimus	10	0,18
	Micofenolato + Everolimus + Deflazacort	10	0,18
	Tacrolimus + Everolimus + Deflazacort	7	0,12
	Prednisona + Ciclosporina + Everolimus	7	0,12
	Micofenolato + Tacrolimus + Everolimus	6	0,11
	Micofenolato + Sirolimus + Deflazacort	5	0,09
	Tacrolimus + Prednisona + Belatacept	3	0,05
	Micofenolato + Tacrolimus + Azatioprina	3	0,05
	Prednisona + Azatioprina + Belatacept	3	0,05
	Micofenolato + Tacrolimus + Sirolimus	3	0,05
	Prednisona + Azatioprina + Sirolimus	2	0,04
	Micofenolato + Sirolimus + Metilprednisolona	2	0,04
	Tacrolimus + Prednisona + Ciclosporina	2	0,04
	Prednisona + Ciclosporina + Sirolimus	2	0,04
	Micofenolato + Tacrolimus + Ciclosporina	2	0,04
	Azatioprina + Sirolimus + Deflazacort	1	0,02
	Tacrolimus + Prednisona + Metilprednisolona	1	0,02
	Micofenolato + Ciclosporina + Everolimus	1	0,02
	Tacrolimus + Sirolimus + Deflazacort	1	0,02
	Micofenolato + Everolimus + Metilprednisolona	1	0,02
	Ciclosporina + Azatioprina + Metilprednisolona	1	0,02
	Micofenolato + Belatacept + Deflazacort	1	0,02
	Tacrolimus + Azatioprina + Metilprednisolona	1	0,02
	Micofenolato + Ciclosporina + Belatacept	1	0,02
	Prednisona + Everolimus + Deflazacort	1	0,02
	Micofenolato + Ciclosporina + Sirolimus	1	0,02

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2025

Población con enfermedad renal crónica y trasplante renal

www.ehrrnarenal.minsal.gov.co

De los 772 casos que recibieron trasplante renal durante el periodo 2025, 48 (5,44 %) tenían, en la última prescripción, esquemas de tratamiento que incluían metilprednisolona o antitimocito inmunoglobulina. Entre las personas con uso de metilprednisolona, 4 presentaron rechazo agudo del injerto.

En los demás casos trasplantados, predominaron los esquemas de inmunosupresión de tres medicamentos, utilizados en el 77,21 % (n= 559) de las personas, seguidos por las combinaciones de dos (19,61 %; n= 142) y cuatro medicamentos (0,83 %; n= 6). En 10 personas (1,38 %) no se contó con información. Entre los esquemas de dos medicamentos, la combinación de micofenolato y tacrolimus fue la más frecuente (84,51 %), mientras que en los esquemas de tres medicamentos predominó la combinación de micofenolato, tacrolimus y prednisona (90,34 %) (tabla 69).

Tabla 69. Esquemas de tratamiento en las personas trasplantadas durante el último periodo, Colombia 2025

Número de medicamentos	Medicamento inmunosupresor	n	%
1	Micofenolato	4	57,14
	Tacrolimus	3	42,86
2	Micofenolato + Tacrolimus	120	84,51
	Tacrolimus + Prednisona	11	7,75
	Micofenolato + Ciclosporina	2	1,41
	Prednisona + Everolimus	2	1,41
	Micofenolato + Prednisona	2	1,41
	Tacrolimus + Everolimus	1	0,70
	Micofenolato + Everolimus	1	0,70
	Prednisona + Belatacept	1	0,70
	Micofenolato + Belatacept	1	0,70
	Tacrolimus + Azatioprina	1	0,70
3	Micofenolato + Tacrolimus + Prednisona	505	90,34
	Tacrolimus + Prednisona + Everolimus	15	2,68
	Micofenolato + Prednisona + Belatacept	13	2,33
	Tacrolimus + Prednisona + Azatioprina	11	1,97
	Prednisona + Everolimus + Belatacept	7	1,25
	Micofenolato + Prednisona + Everolimus	5	0,89
	Micofenolato + Prednisona + Ciclosporina	2	0,36
	Micofenolato + Tacrolimus + Belatacept	1	0,18
	Micofenolato + Tacrolimus + Prednisona + Everolimus	2	33,33
4	Micofenolato + Tacrolimus + Prednisona + Rituximab	2	33,33
	Micofenolato + Tacrolimus + Prednisona + Belatacept	1	16,67
	Micofenolato + Tacrolimus + Prednisona + Deflazacort	1	16,67

No se incluyen los casos con esquemas que contenían metilprednisolona o antitimocito inmunoglobulina.

9.3. Indicadores de seguimiento al trasplante renal

En la población con trasplante renal, la evaluación de la gestión del riesgo se fundamenta en indicadores orientados al seguimiento de la función del injerto, la ocurrencia de complicaciones postrasplante y otros resultados clínicos asociados a esta terapia. Así, para su medición se utilizó la definición y operacionalización establecidos en el documento [“Indicadores para seguimiento al trasplante renal en Colombia” \(36\)](#), desarrollado por la CAC mediante el consenso de expertos.



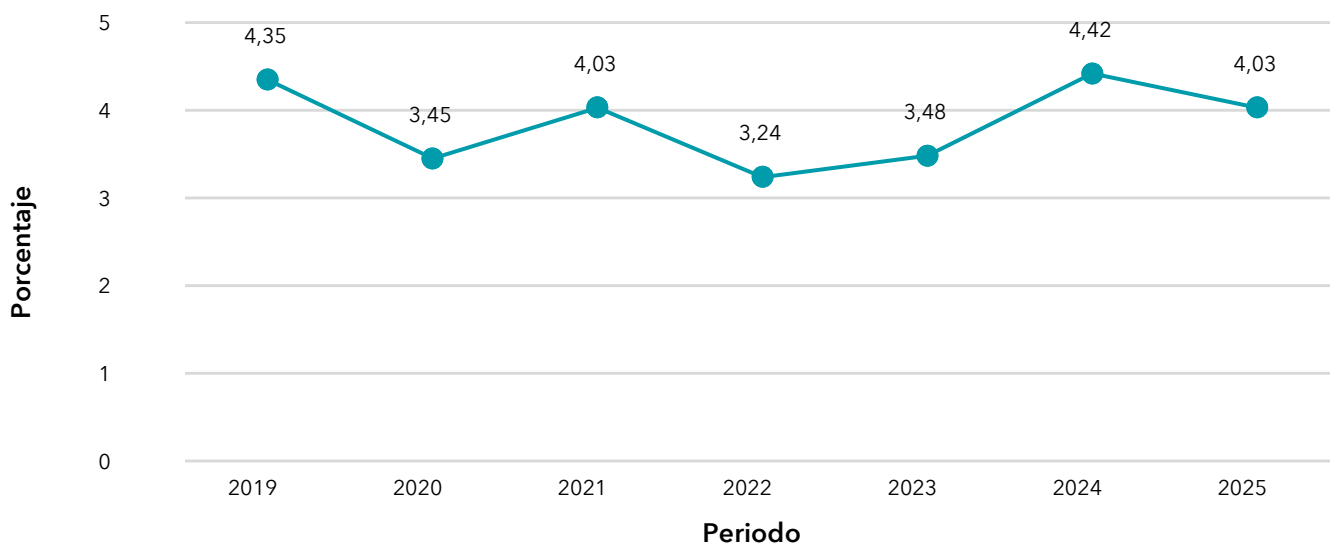
9.3.1. Indicadores de seguimiento del trasplante renal en los mayores de 18 años

9.3.1.1. Complicaciones quirúrgicas

Las complicaciones quirúrgicas posteriores al trasplante renal constituyen un desenlace relevante de la atención perioperatoria, debido a su impacto sobre la función del injerto, la necesidad de reintervenciones y el riesgo de hospitalización. Entre las más frecuentes se incluyen complicaciones vasculares, urológicas, infecciosas y en la herida quirúrgica, las cuales pueden afectar los resultados tempranos del trasplante (52).

Este indicador expresa la proporción de personas trasplantadas durante el último año que presentaron alguna complicación quirúrgica relacionada con el procedimiento, según el reporte realizado por cada entidad. Después de dos periodos con tendencia ascendente, el indicador presentó una reducción del 8,82 %, comparado con el periodo 2024 (**figura 72**). Además, las complicaciones en la herida quirúrgica fueron las más frecuentes y se concentraron especialmente en la región Central (**tabla 70**).

Figura 72. Complicaciones quirúrgicas posteriores al trasplante en los adultos trasplantados durante el periodo de reporte, Colombia 2019 - 2025



La figura incluye complicaciones de tipo vascular, urológicas o de herida quirúrgica.

[Descargar figura](#)

Tabla 70. Complicaciones quirúrgicas posteriores al trasplante en los adultos trasplantados durante el periodo de reporte según la región, Colombia 2025

Región	Tipo de complicación n (%)			
	General	Vascular	Urológica	Herida quirúrgica
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Bogotá, D. C.	10 (5,38)	3 (1,61)	4 (2,15)	6 (3,23)
Caribe	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Central	17 (8,33)	4 (1,96)	8 (3,92)	7 (3,43)
Oriental	2 (1,48)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (1,48)
Pacífica	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Nacional	29 (4,03)	7 (0,97)	12 (1,67)	15 (2,08)

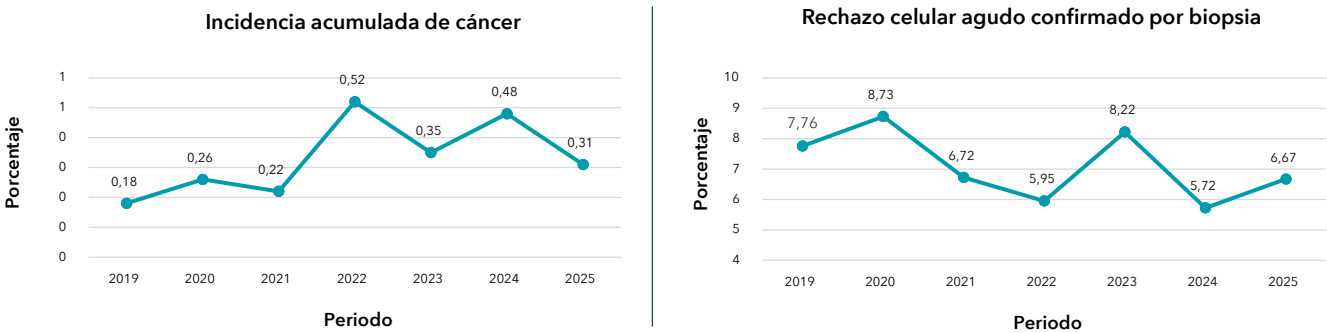
9.3.1.2. Incidencia acumulada del cáncer y rechazo celular agudo confirmado por biopsia

La incidencia acumulada de cáncer en las personas con trasplante renal permite evaluar una de las principales complicaciones asociadas con la inmunosupresión crónica, relacionada con un mayor riesgo de neoplasias y mortalidad postrasplante. Por ello, su seguimiento fortalece las estrategias de vigilancia y detección temprana (53). Este indicador corresponde a la proporción de personas con trasplante renal que desarrollaron cáncer durante el periodo de estudio, entre aquellas que al inicio estaban en riesgo de presentarlo, es decir, sin diagnóstico documentado ni antecedente de la enfermedad.

Por otro lado, el rechazo celular agudo permite evaluar complicaciones inmunológicas tempranas que pueden comprometer la supervivencia y función del injerto renal. Su seguimiento orienta la valoración de la respuesta al tratamiento inmunosupresor y la oportunidad del manejo postrasplante. Este indicador corresponde a la proporción de personas trasplantadas durante el periodo que presentaron rechazo celular agudo, según el reporte realizado por cada entidad (54).

Comparado con el 2024, la incidencia del cáncer disminuyó en un 35,42 %, mientras que el rechazo celular incrementó en un 16,61 % (**figura 73**). La región Central concentró el mayor número de casos para ambos eventos y registró el porcentaje más alto de rechazo celular; por su parte, la mayor proporción de incidencia acumulada de cáncer se observó en la Oriental (**tabla 71**).

Figura 73. Tendencia de la incidencia acumulada de cáncer y el rechazo celular agudo confirmado por biopsia en los adultos trasplantados, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

Tabla 71. Incidencia acumulada del cáncer y rechazo celular agudo confirmado por biopsia en los adultos trasplantados según la región, Colombia 2025

Región	Incidencia acumulada de cáncer n (%)	Rechazo celular agudo confirmado por biopsia n (%)
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	0 (0,00)
Bogotá, D. C.	5 (0,25)	10 (5,38)
Caribe	2 (0,25)	4 (6,35)
Central	10 (0,41)	26 (12,75)
Oriental	6 (0,52)	4 (2,96)
Pacífica	3 (0,16)	4 (3,15)
Nacional	26 (0,31)	48 (6,67)

De los 9.697 adultos prevalentes de trasplante renal gestionados durante el 2025, 389 casos fueron diagnosticados con cáncer posterior al inicio de la terapia (4,01 %). En el primer año de trasplante se reportaron 28 personas y en el segundo 29; en general, el 34,96 % (n= 136) de los individuos se detectaron antes de los 5 años, el 31,88 % (n= 124) entre los 5 y los 9 años y el 33,16 % (n= 129) tras los 10 años. En el periodo 2025 se diagnosticaron 28 de estos casos, de los que el 35,71 % (n= 10) tenía menos de 5 años de trasplantado.



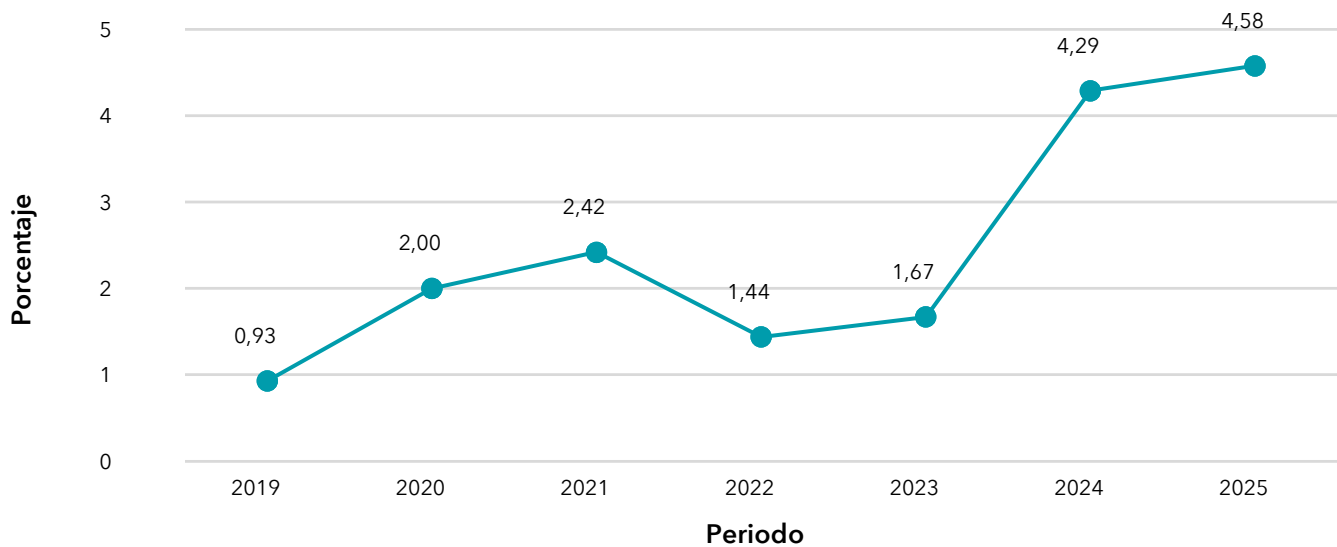
En cuanto al rechazo celular agudo, de los 800 adultos que se trasplantaron en 2024 y se reportaron en el 2025, 62 (7,75 %) presentaron rechazo celular: 43 durante el mismo periodo del trasplante y los restantes 19 en el periodo de reporte actual.

9.3.1.3. Infecciones oportunistas

Las infecciones oportunistas constituyen una de las principales complicaciones posteriores al trasplante renal, debido a su asociación con la inmunosupresión, la hospitalización, la pérdida del injerto y la mortalidad. Su seguimiento permite evaluar eventos infecciosos relacionados con el manejo inmunosupresor y fortalecer las estrategias de prevención, profilaxis y detección temprana (55).

Este indicador expresa la proporción de personas trasplantadas durante el último periodo que presentaron alguna infección oportunista, según la información reportada por cada entidad. En la **figura 74** se observa que las complicaciones en 2025 incrementaron por tercer periodo consecutivo; el tipo más frecuente fue la infección por citomegalovirus y, aunque en la región Central se reportó la mayor cantidad de eventos, fue en la Pacífica en la que se calculó la mayor proporción (**tabla 72**).

Figura 74. Infecciones oportunistas posteriores al trasplante en los adultos durante el periodo de reporte, Colombia 2019 - 2025



La figura representa las infecciones oportunistas por citomegalovirus, hongos o tuberculosis.

[Descargar figura](#)

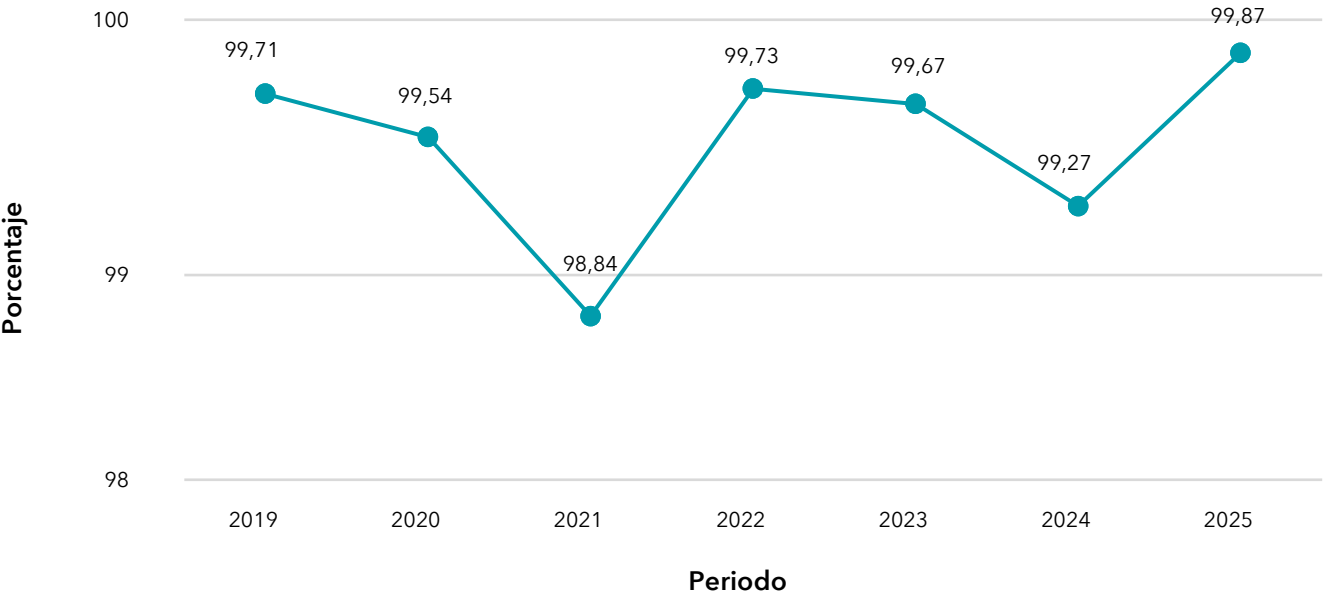
Tabla 72. Infecciones oportunistas posteriores al trasplante en los adultos durante el periodo de reporte según la región, Colombia 2025

Región	Tipo de infección n (%)			
	General	Citomegalovirus	Hongos	Tuberculosis
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Bogotá, D. C.	3 (1,61)	3 (1,61)	0 (0,00)	0 (0,00)
Caribe	3 (4,76)	2 (3,17)	1 (1,59)	0 (0,00)
Central	15 (7,35)	14 (6,86)	1 (0,49)	1 (0,49)
Oriental	2 (1,48)	2 (1,48)	0 (0,00)	0 (0,00)
Pacífica	10 (7,87)	10 (7,87)	0 (0,00)	0 (0,00)
Nacional	33 (4,58)	31 (4,31)	2 (0,28)	1 (0,14)

9.3.1.4. Medición de la creatinina en los casos trasplantados en el periodo anterior

La medición de la creatinina posterior al trasplante renal permite evaluar la función del injerto y detectar tempranamente alteraciones asociadas con el rechazo, la nefrotoxicidad, las infecciones o la progresión de la disfunción renal. Su seguimiento constituye un componente central del monitoreo clínico postrasplante que orienta la oportunidad de intervenciones terapéuticas (56). Así, este indicador corresponde a la proporción de personas trasplantadas en el periodo anterior (2024) a quienes se les realizó la medición de la creatinina durante el periodo actual (2025). De acuerdo con esto, en la **figura 75** se evidencia que el porcentaje de casos a los que se les midió el laboratorio incrementó en un 0,60 %, con respecto al 2024. En cuanto a las regiones, en la Pacífica no se realizó la medición a la totalidad de la población y, en general, el 46,86 % (n= 358) estaba en el rango entre 1,2 y < 2 mg/dL (**tabla 73**).

Figura 75. Medición de la creatinina en el periodo de reporte actual en los adultos trasplantados en el periodo anterior, Colombia 2019 - 2025



[Descargar figura](#)

Tabla 73. Medición de la creatinina en el periodo de reporte actual en los adultos trasplantados en el periodo anterior según la región, Colombia 2025

Región	Medición de la creatinina (mg/dl) n (%)			
	General	Entre 0,5 y < 1,2	Entre 1,2 y < 2	Entre 2 y 9
Amazonía-Orinoquía	4 (100,00)	2 (50,00)	1 (25,00)	1 (25,00)
Bogotá, D. C.	180 (100,00)	65 (36,11)	95 (52,78)	19 (10,56)
Caribe	73 (100,00)	27 (36,99)	31 (42,47)	15 (20,55)
Central	209 (100,00)	89 (42,58)	98 (46,89)	22 (10,53)
Oriental	133 (100,00)	60 (45,11)	61 (45,86)	12 (9,02)
Pacífica	164 (99,39)	75 (45,45)	72 (43,64)	17 (10,30)
Nacional	763 (99,87)	318 (41,62)	358 (46,86)	86 (11,26)



9.3.1.5. Medición de la tasa de filtración glomerular en los casos trasplantados en el periodo anterior

La medición de la TFG, al igual que la creatinina, permite evaluar la función e identificar el riesgo de falla del injerto (56). De las personas trasplantadas durante el periodo 2024, solo el 0,26 % no tenía la información de la medición; el 44,11 % tenía entre 60 y < 90 ml/min/1,73 m² y se resalta que solo el 5,23 % (n= 40) reportó un valor inferior a 30 (**tabla 74**).

Tabla 74. Medición de la TFG (ml/min/1,73m²) en el periodo de reporte actual en los adultos trasplantados en el periodo anterior según la región, Colombia 2025

Región	Tasa de filtración glomerular (ml/min/1,73m ²) n (%)					
	Sin información	Entre 90 y 250	60 a < 90	30 a < 60	15 a < 30	< 15
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (75,00)	0 (0,00)	1 (25,00)	0 (0,00)
Bogotá, D. C.	1 (0,56)	14 (7,78)	83 (46,11)	73 (40,56)	8 (4,44)	1 (0,56)
Caribe	0 (0,00)	11 (15,07)	23 (31,51)	31 (42,47)	8 (10,96)	0 (0,00)
Central	0 (0,00)	23 (11,00)	92 (44,02)	86 (41,15)	8 (3,83)	0 (0,00)
Oriental	0 (0,00)	14 (10,53)	62 (46,62)	50 (37,59)	6 (4,51)	1 (0,75)
Pacífica	1 (0,61)	17 (10,30)	74 (44,85)	66 (40,00)	7 (4,24)	0 (0,00)
Nacional	2 (0,26)	79 (10,34)	337 (44,11)	306 (40,05)	38 (4,97)	2 (0,26)

9.3.2. Indicadores de seguimiento del trasplante renal en los menores de 18 años

En la población menor de 18 años con trasplante renal se presentaron 2 casos de complicaciones quirúrgicas; 1 de tipo vascular y urológico y otro de rechazo celular de tipo agudo confirmado por biopsia. Para los demás indicadores no se informaron casos de los eventos relacionados.

Discusión y conclusiones

Este documento presenta información de 7.074.181 personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano que tienen diagnóstico de HTA, DM o ERC, condiciones que concentran una proporción importante de morbilidad, discapacidad y costos de atención en el país. La magnitud de esta población refleja la relevancia de estas enfermedades como un desafío prioritario para la sostenibilidad del sistema de salud y para el cumplimiento de las metas de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles.

Los resultados de la HTA y la DM muestran una disminución sostenida de la incidencia cruda durante los últimos periodos, tendencia que contrasta con el comportamiento global descrito para estas enfermedades (16,57). Sin embargo, esta reducción debe interpretarse con cautela, dado que al confrontar el año de diagnóstico frente al año de ingreso a la cohorte se evidenciaron retrasos en la notificación. Así, al reclasificar como incidentes los casos diagnosticados en periodos previos que habían sido reportados inicialmente como prevalentes, la incidencia aumentó en ambas enfermedades; los mayores cambios observados en HTA se presentaron durante el año 2019 (pasando de 9,90 a 13,52 casos por 1.000 habitantes) y en DM durante 2022 (pasando de 3,10 a 4,64 casos por 1.000 habitantes). No obstante, la tendencia descendente persistió después del ajuste.

En esa misma línea, los hallazgos sugieren que, además de la notificación tardía, pueden intervenir otros factores relacionados con la detección de casos (58), el acceso a los servicios (59), los procesos diagnósticos (60) o la calidad del registro. Particularmente, la notificación tardía es una limitación reconocida en los registros administrativos, en especial para la estimación de la incidencia y el análisis de tendencias temporales (61). Entre los factores que pueden contribuir a este fenómeno se identifican barreras operativas en los procesos de reporte (30), deficiencias en la calidad y completitud de la información (30) y presiones institucionales relacionadas con incentivos financieros (62) o el cumplimiento de indicadores de desempeño (63).

En consecuencia, los indicadores de morbimortalidad deben analizarse de manera integrada, ya que la incidencia puede subestimarse mientras la prevalencia continúa aumentando por la acumulación de casos, la posterior incorporación de diagnósticos previos y la mayor supervivencia de las personas con HTA y DM. Por ello, fortalecer la oportunidad, completitud y calidad de la información resulta fundamental para mejorar la validez de las estimaciones y respaldar la toma de decisiones en salud pública (30).

Por otra parte, la ERC presentó un aumento importante de la prevalencia durante el periodo analizado. El número de casos pasó de 925.996 en 2019 a 1.502.681 en 2025, mientras que la prevalencia estandarizada aumentó de 1,84 a 2,37 casos por 100 habitantes. Este incremento puede explicarse por la interacción de varios factores, entre ellos una mayor supervivencia, el envejecimiento poblacional, el aumento de condiciones asociadas como la DM y la HTA (64) y una mejor capacidad de identificación y reporte. Por tanto, el aumento observado no solo refleja una mayor ocurrencia de la enfermedad, sino también el efecto de la maduración del registro.

La estadificación de los casos prevalentes mediante la ecuación CKD-EPI 2021 mostró una mayor concentración en los estadios 1 a 3, aunque persiste una proporción considerable de casos con estadio desconocido. Este hallazgo tiene implicaciones relevantes para la gestión del riesgo, pues la identificación de las personas en estadios tempranos representa una oportunidad para implementar intervenciones orientadas a modificar el curso de la enfermedad y reducir la progresión hacia estadios avanzados (64). En este contexto, enfoques recientes en nefrología han ampliado el paradigma tradicional centrado en retrasar la progresión, al incorporar modelos orientados a modificar el curso clínico e, incluso, alcanzar la remisión en determinados



Este documento presenta información de **7.074.181** personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano que tienen diagnóstico de **HTA, DM o ERC**, condiciones que concentran una proporción importante de morbilidad, discapacidad y costos de atención en el país.



perfiles clínicos, bajo condiciones específicas de detección temprana, estratificación del riesgo y tratamiento integral (64).

Por otro lado, en Colombia, la enfermedad vascular renal y la DM fueron las etiologías más frecuentes entre los casos prevalentes de ERC, lo que confirma el papel central de las condiciones cardiometabólicas en la carga de esta enfermedad. Este hallazgo, junto con el reconocimiento de factores de riesgo modificables como la glucosa elevada, el exceso de peso y la presión arterial sistólica elevada (16), refuerza la necesidad de intervenir tempranamente sobre las enfermedades precursoras. No obstante, la persistencia de casos con estadio desconocido limita la estratificación del riesgo y puede dificultar la identificación de pacientes candidatos a intervenciones intensivas, por lo que la completitud de la información clínica y de laboratorio sigue siendo un componente crítico del seguimiento.

Al centrar el análisis en las formas más avanzadas de la enfermedad, la ERC estadio 5, aunque menos frecuente que los estadios tempranos, representa una carga considerable para el sistema de salud. En 2025, la prevalencia estandarizada de la ERC5 (según la ecuación CKD-EPI 2021) fue de 77,67 casos por 100.000 habitantes, mientras que la prevalencia estandarizada de las personas en TRR fue de 92,00 por 100.000 habitantes. Estos valores deben interpretarse con cautela frente a las estimaciones internacionales, debido a las posibles diferencias en las fuentes de información, las definiciones operativas y los métodos de estimación. Por ejemplo, mientras el *Global Burden of Disease* (GBD) reportó para 2023 la prevalencia mundial de la ERC5 en 200 casos por cada 100.000 habitantes (16), el Atlas Global de Salud Renal de la ISN-GKHA estimó la prevalencia mundial de la falla renal tratada en 82,3 por cada 100.000 habitantes, definida únicamente como aquellas personas en diálisis o receptoras de trasplante renal (65). En conjunto, estos análisis ponen en evidencia la carga relevante de la ERC avanzada para los sistemas de salud, dada su complejidad clínica y sus mayores requerimientos de atención especializada, seguimiento continuo y eventual terapia de reemplazo renal.

La prevalencia de las personas en TRR o con falla renal tratada está determinada tanto por la carga de enfermedad avanzada como por la capacidad del sistema de salud para garantizar el acceso, la continuidad y la supervivencia (66). En Colombia, desde 2022 se observó un aumento progresivo en el número de personas tratadas con HD que superó los 30.000 casos en el último periodo analizado. La DP presentó un incremento más discreto, con cerca de 10.000 personas, mientras que el trasplante renal mostró una tendencia levemente ascendente y alcanzó un número de casos similar al observado en DP.

Esta mayor concentración de personas en HD frente a las demás modalidades de TRR es consistente con el patrón descrito en América Latina, en donde la prevalencia de la HD fue de 57,00 casos por cada 100.000 habitantes, en contraste con 8,00 casos por cada 100.000 habitantes para la DP y 2,20 casos por cada 100.000 habitantes para el trasplante renal (67). Esta distribución sugiere la necesidad de analizar los factores clínicos, organizacionales y de acceso que influyen en la selección y disponibilidad de las distintas alternativas terapéuticas.

Otro aspecto relevante es que esta es la primera versión del documento en la que se utiliza la ecuación CKD-EPI 2021 para la estadificación de la ERC en adultos, en concordancia con la actualización del consenso de nefroprotección y las recomendaciones más recientes de la guía KDIGO 2024 (5). La transición desde la ecuación Cockcroft-Gault constituye un cambio metodológico importante, dado que puede modificar la clasificación de los pacientes por estadio y debe considerarse al interpretar la distribución de los casos y los indicadores asociados.

En el análisis de 2025, la comparación entre la ecuación Cockcroft-Gault y la CKD-EPI 2021 mostró un coeficiente kappa ponderado lineal de 0,74, compatible con una concordancia sustancial (68). Sin embargo, el hallazgo más importante no es solo el grado global de acuerdo, sino la magnitud de la reclasificación en puntos de corte clínicamente relevantes. Las discrepancias se concentraron principalmente entre la ERC2 y la ERC3,



Esta es la primera versión del documento **en la que se utiliza la ecuación CKD-EPI 2021 para la estadificación de la ERC en adultos**, en concordancia con la actualización del consenso de nefroprotección y las recomendaciones más recientes de la **guía KDIGO 2024 (5)**.

con 309.723 personas reclasificadas; adicionalmente, 34.739 personas clasificadas en ERC1 o ERC2 por la Cockcroft-Gault fueron reclasificadas a estadios 3, 4 o 5 por la CKD-EPI 2021. Estos cambios pueden modificar el seguimiento clínico, la estratificación del riesgo y la interpretación de los indicadores cuyo reporte obligatorio fue definido con base en la estadificación previa.

Ante este panorama, los indicadores de gestión del riesgo medidos en 2025 deben interpretarse como el inicio de una nueva serie para el seguimiento de la atención en la población con ERC sin diálisis ni trasplante. Los resultados muestran un desempeño heterogéneo; sin embargo, mientras algunos indicadores alcanzaron niveles altos de cumplimiento, otros evidenciaron oportunidades de mejora, especialmente los relacionados con el perfil lipídico, la evaluación integral de la función renal y el control metabólico en las personas con DM. Aunque la medición del colesterol LDL en el último año se realizó en más de la mitad de la población evaluada, el cumplimiento de la meta terapéutica fue bajo, lo que sugiere una brecha entre la evaluación del riesgo cardiovascular y el logro efectivo de los objetivos de control.

Los indicadores de evaluación renal también mostraron brechas relevantes. La medición de la creatinina y de la RAC en el último año tuvo un cumplimiento medio, con un menor desempeño en el régimen subsidiado. Estos resultados son importantes porque la creatinina, la TFGe y la RAC son insumos esenciales para clasificar la ERC, estratificar el riesgo renal y cardiovascular, e identificar oportunamente a las personas con mayor probabilidad de progresión (5). En particular, la medición conjunta de la RAC y la TFGe alcanzó un 41,28 % en el país, lo que indica que una proporción importante de pacientes aún no cuenta con una evaluación renal integral.

Respecto a la progresión de la ERC, la proporción nacional de personas sin pérdida de función renal alcanzó un 79,13 %, lo que sugiere un desempeño favorable. Sin embargo, este resultado debe interpretarse con cautela, dado que solo el 36,16 % de los casos informados en 2024 y 2025 contó con la información necesaria para su medición. Por tanto, el indicador refleja el comportamiento de la población con mediciones disponibles y no necesariamente representa a la totalidad de las personas con ERC registradas. Por su parte, en la población con DM, aunque la medición de la HbA1c alcanzó un cumplimiento intermedio, el logro de la meta de HbA1c < 7 % fue bajo, con resultados cercanos al 23 % - 25 %, lo que evidencia desafíos en la continuidad del seguimiento, la intensificación terapéutica, la adherencia al tratamiento y el abordaje integral de los factores que condicionan el control metabólico (69).



Respecto a la progresión de la ERC, la proporción nacional de personas sin pérdida de función renal alcanzó un 79,13 %, lo que sugiere un desempeño favorable. Sin embargo, este resultado debe interpretarse con cautela, dado que solo el 36,16 % de los casos informados en 2024 y 2025 contó con la información necesaria para su medición.

En los adultos en diálisis, los indicadores muestran un desempeño favorable en adecuación dialítica y control de algunos parámetros bioquímicos; sin embargo, persisten brechas importantes en el tipo de acceso vascular en HD. Particularmente, la proporción de adultos prevalentes en HD con catéter como acceso vascular se mantuvo por encima de la meta esperada durante todo el periodo y mostró una tendencia ascendente, al pasar de 21,07 % en 2019 a 30,62 % en 2025. Este comportamiento fue más marcado en el régimen subsidiado, el cual alcanzó un 34,59 % en 2025, frente a un 27,59 % en el contributivo. Este hallazgo puede reflejar barreras en la planeación oportuna del acceso vascular definitivo y se asocia con un mayor riesgo de complicaciones infecciosas, hospitalizaciones y costos de atención.

En conjunto, los resultados de este informe evidencian que la HTA, la DM y la ERC continúan representando una carga prioritaria para el sistema de salud colombiano, no solo por su magnitud poblacional, sino por su impacto en la progresión de la enfermedad, la demanda de atención especializada y la sostenibilidad del sistema. Desde una perspectiva de salud pública, estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer la detección temprana, la estratificación del riesgo, la continuidad del seguimiento, la calidad del registro clínico y la gestión integral del riesgo cardiometabólico y renal, con énfasis en las poblaciones con mayores brechas de acceso y desempeño. La información generada constituye un insumo estratégico para priorizar intervenciones, orientar recursos, reducir inequidades y sustentar decisiones de política pública basadas en evidencia.



Referencias bibliográficas

1. ElSayed NA, McCoy RG, Aleppo G, Balapattabi K, Beverly EA, Briggs Early K, et al. 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes–2025. *Diabetes Care*. 1.o de enero de 2025;48(Supplement_1):S27–49. doi:10.2337/dc25-S002.
2. Instituto Nacional de Salud. Lineamiento técnico nacional: proceso de la gestión operativa de la donación [en línea]. 2025. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/lineamiento-tecnico-nacional-proceso-de-la-gestion-operativa-de-la-donacion.pdf>
3. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2640 de 2005 [en línea]. Disponible en: https://normograma.supersalud.gov.co/compilacion/docs/resolucion_minproteccion_2640_2005.htm
4. Inker LA, Eneanya ND, Coresh J, Tighiouart H, Wang D, Sang Y, et al. New Creatinine- and Cystatin C-Based Equations to Estimate GFR without Race. *N Engl J Med*. 4 de noviembre de 2021;385(19):1737–49. doi:10.1056/NEJMoa2102953.
5. Stevens PE, Ahmed SB, Carrero JJ, Foster B, Francis A, Hall RK, et al. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. Abril de 2024;105(4):S117–314. doi:10.1016/j.kint.2023.10.018.
6. Bikbov B, Purcell CA, Levey AS, Smith M, Abdoli A, Abebe M, et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. Febrero de 2020;395(10225):709–33. doi:10.1016/S0140-6736(20)30045-3.
7. Rothman K, Greenland S, Lash T. *Modern Epidemiology*. Wilkins LW&, editor. Philadelphia; 2008.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión integral del riesgo en salud. Perspectiva desde el aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud [en línea]. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-perspectiva-desde-aseguramiento.pdf>
9. World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis [en línea]. Geneva: WHO; 2013. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ae47ce04-212d-4e0d-bde0-624ead59211d/content>
10. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*. Junio de 2020;75(6):1334–57. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026.
11. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *J Am Coll Cardiol*. Mayo de 2018;71(19):e127–248. doi:10.1016/j.jacc.2017.11.006.
12. Knechtle SJ, Marson LP. *Kidney Transplantation. Principles and practice*. Elsevier, editor. 2024.
13. Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 4700 de 2008 [en línea]. 2008. Disponible en: https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n_4700_de_2008.pdf
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2463 de 2014 [en línea]. 2014. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2463-de-2014.pdf>
15. Gordis L. *Epidemiology*. Saunders E, editor. Philadelphia; 2014.
16. Mark PB, Stafford LK, Grams ME, Aalruz H, Abd ElHafeez S, Abdelgalil AA, et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease in adults, 1990–2023, and its attributable risk factors: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet*. Noviembre de 2025;406(10518):2461–82. doi:10.1016/S0140-6736(25)01853-7.
17. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas 11th Edition* [en línea]. International Diabetes Federation; 2025. Disponible en: <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>
18. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes*, Bajaj M, McCoy RG, Balapattabi K, Bannuru RR, Bellini NJ, et al. 11. Chronic Kidney Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes–2026. *Diabetes Care*. 1º de enero de 2026;49(Supplement_1):S246–60. doi:10.2337/dc26-S011.
19. De Boer IH, Khunti K, Sadusky T, Tuttle KR, Neumiller JJ, Rhee CM, et al. Diabetes Management in Chronic Kidney Disease: A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Diabetes Care*. 1º de diciembre de 2022;45(12):3075–90. doi:10.2337/dci22-0027.

20. He Y, Tang W, Chen J, Tang J, Zheng Y, Wang X, et al. Global burden of chronic kidney disease due to hypertension (1990–2021): a systematic analysis of epidemiological trends, risk factors, and projections to 2036 from the GBD 2021 study. *BMC Nephrol*. 9 de agosto de 2025;26(1):448. doi:10.1186/s12882-025-04386-8.
21. World Health Assembly. Reducing the burden of noncommunicable diseases through promotion of kidney health and strengthening prevention and control of kidney disease [en línea]. 10 de febrero de 2025. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_20-en.pdf
22. European Renal Association (ERA) Council; Torra R, Goumenos DS, Arici M, Ortiz A, Adamczak M, et al. ERA's ABCDE framework for kidney disease prevention: turning the WHO kidney health resolution into action. *Nephrol Dial Transplant*. 31 de marzo de 2026;41(4):793–801. doi:10.1093/ndt/gfaf198.
23. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [en línea]. 2013. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
24. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Informe Belmont [en línea]. USA; abril de 1979. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-belmont-principios-eticos-directrices-para-proteccion-sujetos-humanos>
25. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y la Organización Mundial de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos [en línea]. 2017. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2018/01/CIOMS-EthicalGuideline_SP_WEB.pdf
26. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 [en línea]. Bogotá, D. C.; 1993. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf>
27. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1377 de 2013 [en línea]. Bogotá, D. C.; 2013. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=53646>
28. Ministerio de Salud. Resolución 1995 de 1999 [en línea]. Bogotá, D. C.; julio de 1995. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16737>
29. Congreso de Colombia. Ley estatutaria 1581 de 2012 [en línea]. Bogotá, D. C.: Congreso de Colombia; octubre de 2012. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
30. Revere D, Hills RH, Dixon BE, Gibson PJ, Grannis SJ. Notifiable condition reporting practices: implications for public health agency participation in a health information exchange. *BMC Public Health*. Diciembre de 2017;17(1):247. doi:10.1186/s12889-017-4156-4.
31. Ahmad OB, Boschi Pinto C, Lopez AD. Age Standardization of Rates: A New WHO Standard [en línea]. 2001. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/gpe_discussion_paper_series_paper31_2001_age_standardization_rates.pdf
32. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Cuenta de Alto Costo. Actualización del consenso basado en la evidencia. Indicadores mínimos para evaluar la gestión de las personas con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica estadios 1 – 4 y 5 sin diálisis ni trasplante [en línea]. 2025. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/wp-content/uploads/2025/06/Consenso-basado-en-la-evidencia-HTA-DM-y-ERC.pdf>
33. Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Consenso basado en evidencias para la elección de indicadores mínimos para el análisis de resultados clínicos en diálisis peritoneal y hemodiálisis en Colombia [en línea]. 2010. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/consenso-basado-en-evidencias-para-la-eleccion-de-indicadores-minimos-para-el-analisis-de-resultados-clinicos-en-dialisis-peritoneal-y-hemodialisis-en-colombia/>
34. Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Uso de catéter y nivel de hemoglobina para el análisis de resultados clínicos en diálisis [en línea]. 2012. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/uso-de-cateter-y-nivel-de-hemoglobina-para-el-analisis-de-resultados-clinicos-en-dialisis/>
35. Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Indicadores mínimos para seguimiento de niños con enfermedad renal crónica en diálisis o trasplante renal en Colombia [en línea]. 2013. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/indicadores-minimos-para-seguimiento-de-ninos-con-erc-en-colombia/>
36. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Indicadores para seguimiento al trasplante renal en Colombia [en línea]. 2012. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/CAC/Indicadores%20para%20seguimiento%20para%20trasplante%20renal%20en%20Colombia.pdf>



37. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J*. 7 de octubre de 2024;45(38):3912-4018. doi:10.1093/eurheartj/ehae178.
38. Rossing P, Caramori ML, Chan JCN, Heerspink HJL, Hurst C, Khunti K, et al. KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. Noviembre de 2022;102(5):S1-127. doi:10.1016/j.kint.2022.06.008.
39. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica [en línea]. Bogotá D. C.; 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-completa-enfermedad-renal-adopcion.pdf>
40. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies [en línea]. Geneva; 2010. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a4b7c7f8-9084-4d76-b512-fa5a7597ec06/content>
41. Moreno-Cortés J, Acevedo-Peña J, Barrero-Garzón L, Morón-Duart L, Cruz-Cantor F, Gutiérrez-Sepúlveda M, et al. Consenso inter-societario para el diagnóstico y tratamiento de personas con hipertensión arterial (PresiónCo). *Rev Colomb Cardiol*. 1º de agosto de 2023;30(3). doi:10.24875/RCCAR.22000078.
42. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension. *J Hypertens*. Diciembre de 2023;41(12):1874-2071. doi:10.1097/HJH.0000000000003480.
43. Mach F, Koskinas KC, Roeters Van Lennep JE, Tokgözoğlu L, Badimon L, Baigent C, et al. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J*. 7 de noviembre de 2025;46(42):4359-78. doi:10.1093/eurheartj/ehaf190.
44. Ross R, Neeland IJ, Yamashita S, Shai I, Seidell J, Magni P, et al. Waist circumference as a vital sign in clinical practice: a Consensus Statement from the IAS and ICCR Working Group on Visceral Obesity. *Nat Rev Endocrinol*. Marzo de 2020;16(3):177-89. doi:10.1038/s41574-019-0310-7.
45. KDIGO 2017 Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). *Kidney Int Suppl*. Julio de 2017;7(1):1-59. doi:10.1016/j.kisu.2017.04.001.
46. Tonelli M, Berns JS, Bozkurt B, Cheung RS, Cuevas Y, Effa EE, et al. KDIGO 2026 Clinical Practice Guideline for the Management of Anemia in Chronic Kidney Disease (CKD). *Kidney Int*. Enero de 2026;109(1):S1-99. doi:10.1016/j.kint.2025.06.006.
47. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Herramienta técnica: contenidos mínimos y suficientes de un programa de nefroprotección [en línea]. Bogotá, D.C.; 2026. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/portal-de-conocimiento/>
48. Lok CE, Huber TS, Lee T, Shenoy S, Yevzlin AS, Abreo K, et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. *Am J Kidney Dis*. Abril de 2020;75(4):S1-164. doi:10.1053/j.ajkd.2019.12.001.
49. Brown EA, Blake PG, Boudville N, Davies S, De Arteaga J, Dong J, et al. International Society for Peritoneal Dialysis practice recommendations: Prescribing high-quality goal-directed peritoneal dialysis. *Perit Dial Int J Int Soc Perit Dial*. Mayo de 2020;40(3):244-53. doi:10.1177/0896860819895364.
50. Daugirdas JT, Depner TA, Inrig J, Mehrotra R, Rocco MV, Suri RS, et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Hemodialysis Adequacy: 2015 Update. *Am J Kidney Dis*. Noviembre de 2015;66(5):884-930. doi:10.1053/j.ajkd.2015.07.015.
51. See E, Ethier I, Cho Y, Htay H, Arruebo S, Caskey FJ, et al. Dialysis Outcomes Across Countries and Regions: A Global Perspective From the International Society of Nephrology Global Kidney Health Atlas Study. *Kidney Int Rep*. Agosto de 2024;9(8):2410-9. doi:10.1016/j.ekir.2024.05.014.
52. Ortved M, Dagnæs-Hansen J, Stroomberg HV, Rohrsted M, Sørensen SS, Røder A. Early surgical complications following kidney transplantation in adults: A systematic review. *Transplant Rev*. Diciembre de 2025;39(4):100963. doi:10.1016/j.trre.2025.100963.
53. Massicotte-Azarniouch D, Noel JA, Knoll GA. Epidemiology of Cancer in Kidney Transplant Recipients. *Semin Nephrol*. Enero de 2024;44(1):151494. doi:10.1016/j.semnephrol.2024.151494.
54. Alasfar S, Kodali L, Schinstock CA. Current Therapies in Kidney Transplant Rejection. *J Clin Med*. 27 de julio de 2023;12(15):4927. doi:10.3390/jcm12154927.
55. Kotton CN, Kumar D, Caliendo AM, Huprikar S, Chou S, Danziger-Isakov L, et al. The Third International Consensus Guidelines on the Management of Cytomegalovirus in Solid-organ Transplantation. *Transplantation*. Junio de 2018;102(6):900-31. doi:10.1097/TP.0000000000002191.

Referencias

www.entrenamientoenrta.org

56. Kasiske BL, Zeier MG, Chapman JR, Craig JC, Ekberg H, Garvey CA, et al. KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients: a summary. *Kidney Int.* Febrero de 2010;77(4):299-311. doi:10.1038/ki.2009.377.
57. World Health Organization. Global report on hypertension 2025: high stakes – turning evidence into action [en línea]. 2025. Disponible en: <https://www.who.int/publications/b/81068>
58. O'Brien MJ, Zhang Y, Bailey SC, Khan SS, Ackermann RT, Ali MK, et al. Screening for Prediabetes and Diabetes: Clinical Performance and Implications for Health Equity. *Am J Prev Med.* Junio de 2023;64(6):814-23. doi:10.1016/j.amepre.2023.01.007.
59. Angier H, Huguet N, Ezekiel-Herrera D, Marino M, Schmidt T, Green BB, et al. New hypertension and diabetes diagnoses following the Affordable Care Act Medicaid expansion. *Fam Med Community Health.* Diciembre de 2020;8(4):e000607. doi:10.1136/fmch-2020-000607.
60. Aggarwal R, Yeh RW, Joynt Maddox KE, Wadhwa RK. Cardiovascular Risk Factor Prevalence, Treatment, and Control in US Adults Aged 20 to 44 Years, 2009 to March 2020. *JAMA.* 21 de marzo de 2023;329(11):899. doi:10.1001/jama.2023.2307.
61. Chen HS, Midthune D, Zou Z, Miller D, Feuer EJ. Modeling Reporting Delay in Cancer Incidence Counts in the Evolving US and Canadian Population-Based Cancer Registry Environment. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 3 de octubre de 2025;34(10):1710-21. doi:10.1158/1055-9965.EPI-25-0423.
62. Gaffney A, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D. Health care in the USA: money has become the mission. *The Lancet.* Noviembre de 2025;406(10519):2588-600. doi:10.1016/S0140-6736(25)01669-1.
63. Meghani A, Rodríguez DC, Peters DH, Bennett S. Understanding reasons for and strategic responses to administrative health data misreporting in an Indian state. *Health Policy Plan.* 13 de febrero de 2023;38(2):150-60. doi:10.1093/heapol/czac065.
64. Tangri N, Neuen BL, Cherney DZ, Tuttle KR, Perkovic V. From progression to remission: a new paradigm for success in chronic kidney disease. *Kidney Int.* Enero de 2026;109(1):17-21. doi:10.1016/j.kint.2025.10.004.
65. International Society of Nephrology. ISN-Global Kidney Health Atlas. Prevalence of chronic kidney disease (CKD), 2023 [en línea]. 2025. Disponible en: <https://gkha.theisn.org/>
66. Robinson BM, Akizawa T, Jager KJ, Kerr PG, Saran R, Pisoni RL. Factors affecting outcomes in patients reaching end-stage kidney disease worldwide: differences in access to renal replacement therapy, modality use, and haemodialysis practices. *The Lancet.* Julio de 2016;388(10041):294-306. doi:10.1016/S0140-6736(16)30448-2.
67. Luxardo R, Ceretta L, González-Bedat M, Ferreiro A, Rosa-Diez G. The Latin American Dialysis and Renal Transplantation Registry: report 2019. *Clin Kidney J.* 22 de febrero de 2022;15(3):425-31. doi:10.1093/ckj/sfab188.
68. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* Marzo de 1977;33(1):159-74. PubMed PMID: 843571.
69. Galindo RJ, Beck RW, Scioscia MF, Umpierrez GE, Tuttle KR. Glycemic Monitoring and Management in Advanced Chronic Kidney Disease. *Endocr Rev.* 1º de octubre de 2020;41(5):756-74. doi:10.1210/endo/bnaa017.

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



ELEVATE'S
Media, talent and impact

Revisión y corrección de estilo

Adriana Yulieth Guzmán Matamoros

Correctora de estilo

Elevate's | Media, Talent and Impact

Diseño y diagramación

Angie Tatiana Silva Salamanca

Líder de diseño editorial

Elevate's | Media, Talent and Impact

Agosto, 2026

¡TAMBIÉN LO PUEDE ESCUCHAR!

Este contenido también está disponible en formato podcast. Escanee el código QR e ingrese a **Del libro a tu oído** para acceder al episodio.



Disponible en:





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

Proceso estadístico
Certificado - DANE

NTC PE 1000: 2020
25 - PE - E123 - OE531