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

2025

CAC
Cuenta de Alto Costo

Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo



EVIDENCIA ACTIVA

Datos confiables. **Innovación** aplicada. **Impacto** en el sistema.

CAC
Cuenta de Alto Costo

Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2025

Cuenta de Alto Costo
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2025

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

ISSN: 2539-2301

Periodicidad: una edición anual

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

© Todos los derechos reservados

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

Luz Amparo Ramírez Becerra
Subdirectora 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

Lorena Viviana López Reyes
Epidemióloga

Sandra Milena Puentes Sánchez
Especialista en Analítica

Oscar Giovanny Romero Díaz
Epidemiólogo

Jean Carlo Pineda Lozano
Epidemiólogo

Sandra Liliana Sabogal Rincón
Coordinadora de Auditoría

Comité editorial

Lizbeth Acuña Merchán
Presidenta

Ana María Valbuena García
Secretaria

María Teresa Daza Fonseca
Vocal

Luis Alberto Soler Vanoy
Vocal

Miguel Ángel García Gómez
Vocal

Liliana Barbosa Vaca
Vocal

Luisa Giraldo Marín
Vocal

Revisores clínicos

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

Claudia Sossa Melo
Hematóloga

Diana Marcela Cuervo Lozada
Hematóloga

Diego Gómez Abreo
Oncólogo clínico

Henry Vargas Díaz
Oncólogo clínico

Javier Mauricio Segovia Gómez
Hematólogo y oncólogo

Kelman Ojeda Rodríguez
Oncólogo clínico

Jairo Andrés Zuluaga León
Oncólogo clínico

Mario Ernesto Correa Correa
Hematólogo y oncólogo

Matilde Chinchia Arias
Hematóloga y oncóloga

Maycos Zapata Muñoz
Oncólogo clínico

Ricardo Brugés Maya
Oncólogo clínico

Delegado de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC):

Jaime Alberto González Díaz
Hematólogo y oncólogo

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 del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2025	1.0	16 de octubre de 2026.	
	1.1	22 de octubre de 2026.	**Ajustes en la semaforización:** tablas 2.13, 7.12, 8.12 y 12.11.
	1.2	3 de noviembre de 2026.	**Página 257, ajuste en la cifra de casos prevalentes de mieloma múltiple notificados:** pasó de 8.852 a 5.852.

EVIDENCIA ACTIVA

Conozca lo que encontrará EN ESTE INFORME

2025

Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2025

Este informe presenta **una mirada integral sobre la situación de las personas adultas (mayores de 18 años) con cáncer en Colombia,** a partir del análisis de la información reportada a la Cuenta de Alto Costo.



1 Caracterización de la población con cáncer

Conozca las **principales características demográficas, sociodemográficas y clínicas de las personas adultas con cáncer en Colombia,** incluyendo edad, sexo, región de residencia, régimen de afiliación y características de los casos nuevos.

2 Comportamiento epidemiológico

Explore la **proporción de casos nuevos, la prevalencia y mortalidad del cáncer en Colombia** y su comportamiento según el territorio, el aseguramiento y los diferentes tipos de cáncer priorizados.

3 Principales tipos de cáncer

Conozca la situación de los **11 tipos de cáncer priorizados,** incluyendo cáncer de mama, próstata, cuello uterino, colon y recto, estómago, pulmón, melanoma, linfomas y leucemias, entre otros.

4 Diagnóstico y tratamiento

Encuentre información sobre la **estadificación, oportunidad de la confirmación diagnóstica y del inicio del tratamiento,** así como las principales modalidades terapéuticas utilizadas en los casos nuevos.

5 Gestión del riesgo y oportunidades de mejora

Identifique los principales resultados de los indicadores de gestión del riesgo, así como las brechas y oportunidades para fortalecer la atención oncológica, **mejorar los resultados en salud y favorecer una toma de decisiones basada en evidencia.**

CAC 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 **30**

Lista de las entidades que reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis **32**

Glosario **35**

Introducción **38**

Referencias bibliográficas **38**

Aspectos éticos y legales **40**

Aspectos metodológicos **41**

Auditoría de la información 41

Generalidades del reporte 41

Población de interés, población auditada y periodo evaluado 41

Calidad de la información 42

i) Malla de validación en los sistemas de información 42

ii) Verificación de la información con fuentes externas 42

iii) Auditoría de campo 42

Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría 43

Ajuste de datos posterior a la auditoría 43

Análisis epidemiológico 44

Generalidades 44

Análisis descriptivo 44

Estimación de la morbilidad y la mortalidad 44

Análisis de los indicadores de la gestión del riesgo 45

Suplemento 1 49

Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría 49

Referencias bibliográficas 51

1. Generalidades del cáncer **53**

Contenido infográfico capítulo 1 54

1.1. Descripción general de los casos reportados 55

1.2. Casos nuevos reportados de cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas 56

1.3. Mortalidad general del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas 57

1.4. Morbimortalidad del cáncer general en la población evaluada 58

1.4.1. PCNR del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según la región y la entidad territorial 58

1.4.2. PCNR del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 59
1.4.3. Prevalencia del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según la región y la entidad territorial 60
1.4.4. Prevalencia del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 60
1.4.5. Mortalidad general en las personas con cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según la región y la entidad territorial 61
1.4.6. Mortalidad general en las personas con cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 62
1.4.7. Evolución del registro de cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas en el aseguramiento en Colombia 62
1.5. Caracterización de los casos nuevos reportados de cáncer 63
1.5.1. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer 63
1.5.2. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos reportados de cáncer 65
1.5.3. Oportunidad de la atención en los casos nuevos reportados de cáncer 66
1.6. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer 68
1.6.1. Caracterización clínica de los casos prevalentes de cáncer reportados 68
1.6.2. Caracterización del tratamiento en los casos prevalentes de cáncer 68
2. Cáncer de mama 70
Contenido infográfico capítulo 2 71
2.1. Morbimortalidad del cáncer de mama 72
2.1.1. PCNR de cáncer de mama según la región y la entidad territorial 72
2.1.2. PCNR de cáncer de mama según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 73
2.1.3. Prevalencia del cáncer de mama según la región y la entidad territorial 73
2.1.4. Prevalencia del cáncer de mama según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 74
2.1.5. Mortalidad en las mujeres con cáncer de mama según la región y la entidad territorial 75
2.1.6. Mortalidad del cáncer de mama según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 75
2.1.7. Evolución del registro de cáncer de mama en el aseguramiento en Colombia 76
2.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de mama 77
2.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de mama 77
2.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de mama reportados 77
2.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de mama 80
2.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de mama 82
2.4. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama 83
Referencias bibliográficas 90

3. Cáncer de próstata 91
Contenido infográfico capítulo 3 92
3.1. Morbimortalidad del cáncer de próstata 93
3.1.1. PCNR de cáncer de próstata según la región y la entidad territorial 93
3.1.2. PCNR de cáncer de próstata según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 94
3.1.3. Prevalencia del cáncer de próstata según la región y la entidad territorial 95
3.1.4. Prevalencia del cáncer de próstata según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 95
3.1.5. Mortalidad del cáncer de próstata según la región y la entidad territorial 96
3.1.6. Mortalidad del cáncer de próstata según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 97
3.1.7. Evolución del registro de cáncer de próstata en el aseguramiento en Colombia 98
3.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de próstata 98
3.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de próstata 98
3.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer de próstata 99
3.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de próstata 101
3.3. Caracterización de los casos prevalente de cáncer de próstata 102
3.4. Indicadores de gestión del riesgo en el cáncer de próstata 103
Referencias bibliográficas 106
4. Cáncer de cuello uterino 107
Contenido infográfico capítulo 4 108
4.1. Morbimortalidad del cáncer de cuello uterino 109
4.1.1. PCNR de cáncer de cuello uterino según la región y la entidad territorial 109
4.1.2. PCNR de cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 110
4.1.3. Prevalencia del cáncer de cuello uterino según la región y la entidad territorial 111
4.1.4. Prevalencia del cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 112
4.1.5. Mortalidad general del cáncer de cuello uterino invasivo según la región y la entidad territorial 113
4.1.6. Mortalidad general del cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 114
4.1.7. Evolución del registro de cáncer de cuello uterino en el aseguramiento en Colombia 115
4.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino 116
4.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino 116
4.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino reportados 116
4.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino 117

4.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de cuello uterino....119
4.4. Indicadores de gestión del riesgo en el cáncer de cuello uterino....119
Referencias bibliográficas....123
5. Cáncer de colon y recto....124
Contenido infográfico capítulo 5....125
5.1. Morbimortalidad del cáncer de colon y recto....126
5.1.1. PCNR de cáncer de colon y recto según la región y la entidad territorial....126
5.1.2. PCNR de cáncer de colon y recto según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora....127
5.1.3. Prevalencia del cáncer de colon y recto según la región y la entidad territorial....127
5.1.4. Prevalencia del cáncer de colon y recto según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora....128
5.1.5. Mortalidad en las personas con cáncer de colon y recto según la región y la entidad territorial....129
5.1.6. Mortalidad del cáncer de colon y recto según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora....129
5.1.7. Evolución del registro de cáncer de colon y recto en el aseguramiento en Colombia....130
5.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de colon y recto....131
5.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de colon y recto....131
5.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer de colon y recto....132
5.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de colon y recto....132
5.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de colon y recto....134
5.4. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de colon y recto....134
Referencias bibliográficas....140
6. Cáncer de estómago....141
Contenido infográfico capítulo 6....142
6.1. Morbimortalidad del cáncer de estómago....143
6.1.1. PCNR de cáncer de estómago según la región y la entidad territorial....143
6.1.2. PCNR de cáncer de estómago según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora....144
6.1.3. Prevalencia del cáncer de estómago según la región y la entidad territorial....144
6.1.4. Prevalencia del cáncer de estómago según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora....145
6.1.5. Mortalidad en las personas con cáncer de estómago según la región y la entidad territorial....146
6.1.6. Mortalidad del cáncer de estómago según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora....146
6.1.7. Evolución del registro de cáncer de estómago en el aseguramiento en Colombia....147

6.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de estómago 148
6.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de estómago 148
6.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer de estómago 148
6.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de estómago 149
6.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de estómago 150
6.4. Indicadores de gestión del riesgo en cáncer de estómago 151
Referencias bibliográficas 155
7. Cáncer de pulmón 156
Contenido infográfico capítulo 7 157
7.1. Morbimortalidad del cáncer de pulmón 158
7.1.1. PCNR de cáncer de pulmón según la región y la entidad territorial 158
7.1.2. PCNR de cáncer de pulmón según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora ... 159
7.1.3. Prevalencia del cáncer de pulmón según la región y la entidad territorial 159
7.1.4. Prevalencia del cáncer de pulmón según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 160
7.1.5. Mortalidad en las personas con cáncer de pulmón según la región y la entidad territorial 161
7.1.6. Mortalidad del cáncer de pulmón según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 161
7.1.7. Evolución del registro de cáncer de pulmón en el aseguramiento en Colombia 162
7.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de pulmón 163
7.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de pulmón 163
7.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer de pulmón 163
7.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de pulmón 164
7.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de pulmón 166
7.4. Indicadores de gestión del riesgo en cáncer de pulmón 166
Referencias bibliográficas 170
8. Melanoma 171
Contenido infográfico capítulo 8 172
8.1. Morbimortalidad del melanoma 173
8.1.1. PCNR de melanoma según la región y la entidad territorial 173
8.1.2. PCNR de melanoma según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 174
8.1.3. Prevalencia del melanoma según la región y la entidad territorial 174
8.1.4. Prevalencia del melanoma según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 175
8.1.5. Mortalidad en las personas con melanoma según la región y la entidad territorial 175
8.1.6. Mortalidad del melanoma según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 176

8.1.7. Evolución del registro de melanoma en el aseguramiento en Colombia 177
8.2. Caracterización de los casos nuevos de melanoma 177
8.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de melanoma 177
8.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de melanoma 178
8.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de melanoma 179
8.3. Caracterización de los casos prevalentes de melanoma 181
8.4. Indicadores de gestión del riesgo en melanoma 182
Referencias bibliográficas 186
9. Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población adulta 187
Contenido infográfico capítulo 9 188
9.1. Morbimortalidad del LNH en la población adulta 189
9.1.1. PCNR de LNH en la población adulta según la región y la entidad territorial 189
9.1.2. PCNR de LNH en la población adulta según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 190
9.1.3. Prevalencia del LNH en la población adulta según la región y la entidad territorial 190
9.1.4. Prevalencia del LNH en la población adulta según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 191
9.1.5. Mortalidad del LNH en la población adulta según la región y la entidad territorial 191
9.1.6. Mortalidad del LNH en la población adulta según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 192
9.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LNH en el aseguramiento en Colombia 193
9.2. Caracterización de los casos nuevos de LNH en la población adulta 194
9.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LNH 194
9.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LNH 194
9.2.3. Caracterización según el linaje celular y el comportamiento biológico 195
9.2.4. Caracterización del tratamiento de los casos nuevos de LNH 196
9.3. Caracterización de los casos prevalentes de LNH en la población adulta 198
9.4. Indicadores de gestión del riesgo en la población adulta con LNH 198
Referencias bibliográficas 202
10. Linfoma Hodgkin (LH) en la población adulta 203
Contenido infográfico capítulo 10 204
10.1. Morbimortalidad del LH en la población adulta 205
10.1.1. PCNR de LH en la población adulta según la región y la entidad territorial 205
10.1.2. PCNR de LH en la población adulta según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 206
10.1.3. Prevalencia del LH en la población adulta según la región y la entidad territorial 206

10.1.4. Prevalencia del LH en la población adulta según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 207
10.1.5. Mortalidad del LH en la población adulta según la región y la entidad territorial 207
10.1.6. Mortalidad del LH en la población adulta según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 208
10.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LH en el aseguramiento en Colombia 209
10.2. Caracterización de los casos nuevos de LH en la población adulta 209
10.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LH 209
10.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LH 210
10.2.3. Caracterización del tratamiento de los casos nuevos de LH 211
10.3. Caracterización de los casos prevalentes de LH en la población adulta 212
10.4. Indicadores de gestión del riesgo en la población adulta con LH 213
Referencias bibliográficas 217
11. Leucemia linfoide aguda (LLA) en la población adulta 218
Contenido infográfico capítulo 11 219
11.1. Morbimortalidad de la LLA en la población adulta 220
11.1.1. PCNR de LLA en la población adulta según la región y la entidad territorial 220
11.1.2. PCNR de LLA en la población adulta según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 221
11.1.3. Prevalencia de la LLA en la población adulta según la región y la entidad territorial 221
11.1.4. Prevalencia de la LLA en la población adulta según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 222
11.1.5. Mortalidad de la LLA en la población adulta según la región y la entidad territorial 223
11.1.6. Mortalidad de la LLA en la población adulta según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 224
11.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LLA en el aseguramiento en Colombia 224
11.2. Caracterización de los casos nuevos de LLA en la población adulta 225
11.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LLA 225
11.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LLA 226
11.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LLA 227
11.3. Caracterización de los casos prevalentes de LLA en la población adulta 228
11.4. Indicadores de gestión del riesgo en la población adulta con LLA 229
Referencias bibliográficas 233
12. Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población adulta 234
Contenido infográfico capítulo 12 235
12.1. Morbimortalidad de la LMA en la población adulta 236

12.1.1. PCNR de LMA en los adultos según la región y la entidad territorial 236
12.1.2. PCNR de LMA en los adultos según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 237
12.1.3. Prevalencia de la LMA en la población adulta según la región y la entidad territorial..... 237
12.1.4. Prevalencia de la LMA en la población adulta según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 238
12.1.5. Mortalidad de la LMA en la población adulta según la región y la entidad territorial 238
12.1.6. Mortalidad de la LMA en los adultos según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora 239
12.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LMA en el aseguramiento en Colombia..... 240
12.2. Caracterización de los casos nuevos de LMA en los adultos 241
12.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LMA 241
12.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LMA 241
12.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de la LMA 242
12.3. Caracterización de los casos prevalentes de LMA en los adultos 245
12.4. Indicadores de gestión del riesgo en la población adulta con LMA 245
Referencias bibliográficas..... 250
13. Descripción especial: mieloma múltiple y otras neoplasias hematológicas* 251
Contenido infográfico capítulo 13 252
13.1. Características sociodemográficas de los casos reportados de mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias..... 253
13.2. Indicadores de la gestión del riesgo en mieloma múltiple 257
Referencias bibliográficas..... 261
14. Otros tipos de cáncer 262
Contenido infográfico capítulo 14 263
14.1. Morbilidad y mortalidad de los otros tipos de cáncer reportados..... 264
Discusión y conclusiones 267
Gestión del riesgo..... 269
Detección temprana 269
Oportunidad del inicio del tratamiento oncológico 271
Conclusión..... 273
Referencias bibliográficas..... 273

Lista de tablas

Tabla 1. Entidades activas que deben reportar la información según la Resolución 0247 de 2014 41

Tabla 2. Calidad de la información reportada en la cohorte de las personas con cáncer en la auditoría del 2025 según el renglón del aseguramiento 43

Tabla de hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la cohorte de las personas con cáncer 49

Tabla 1.1. Descripción general de la población con cáncer reportada en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 55

Tabla 1.2. PCNR del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 59

Tabla 1.3. PCNR del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 59

Tabla 1.4. Prevalencia del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 60

Tabla 1.5. Prevalencia del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 61

Tabla 1.6. Mortalidad general del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 61

Tabla 1.7. Mortalidad general del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 62

Tabla 1.8. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 64

Tabla 1.9. Caracterización del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 65

Tabla 1.10. Caracterización del tratamiento prescrito en los casos prevalentes en el periodo según el régimen del aseguramiento, 2025 69

Tabla 2.1. Medidas de frecuencia del cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 72

Tabla 2.2. PCNR de cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 73

Tabla 2.3. PCNR del cáncer de mama según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 73

Tabla 2.4. Prevalencia del cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 74

Tabla 2.5. Prevalencia del cáncer de mama según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 74

Tabla 2.6. Mortalidad general del cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 75

Tabla 2.7. Mortalidad general del cáncer de mama según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 76

Tabla 2.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de mama reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 77

Tabla 2.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de mama reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 78

Tabla 2.10. Concordancia entre los resultados de las pruebas HER2 y FISH en los casos nuevos de cáncer de mama reportados en el marco del aseguramiento, Colombia 2025..... 79

Tabla 2.11. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de mama según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2025..... 81

Tabla 2.12. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de mama según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 83

Tabla 2.13. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025..... 88

Tabla 3.1. Medidas de frecuencia del cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 93

Tabla 3.2. PCNR de cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025..... 94

Tabla 3.3. PCNR de cáncer de próstata según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 94

Tabla 3.4. Prevalencia del cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 95

Tabla 3.5. Prevalencia del cáncer de próstata según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 96

Tabla 3.6. Mortalidad general del cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 97

Tabla 3.7. Mortalidad general del cáncer de próstata según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 97

Tabla 3.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de próstata reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 99

Tabla 3.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de próstata reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 100

Tabla 3.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de próstata según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 101

Tabla 3.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de próstata según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 103

Tabla 3.12. Indicadores de gestión del riesgo en cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025..... 106

Tabla 4.1. Medidas de frecuencia del cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 109

Tabla 4.2. PCNR de cáncer de cuello uterino invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 110

Tabla 4.3. PCNR de carcinoma *in situ* según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025.....110

Tabla 4.4. PCNR del cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 111

Tabla 4.5. Prevalencia del cáncer de cuello uterino invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 112

Tabla 4.6. Prevalencia del cáncer de carcinoma *in situ* según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 112

Tabla 4.7. Prevalencia del cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 113

Tabla 4.8. Mortalidad general del cáncer de cuello uterino invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 114

Tabla 4.9. Mortalidad general del cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 115

Tabla 4.10. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 116

Tabla 4.11. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 117

Tabla 4.12. Frecuencia del tratamiento reportado en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 118

Tabla 4.13. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de cuello uterino según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 119

Tabla 4.14. Indicadores de gestión del riesgo en cáncer de cuello uterino según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 122

Tabla 5.1. Medidas de frecuencia del cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 126

Tabla 5.2. PCNR de cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 127

Tabla 5.3. PCNR de cáncer de colon y recto según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 127

Tabla 5.4. Prevalencia de cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 128

Tabla 5.5. Prevalencia de cáncer de colon y recto según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 128

Tabla 5.6. Mortalidad general de cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 129

Tabla 5.7. Mortalidad general del cáncer de colon y recto según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 130

Tabla 5.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de colon y recto reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 131

Tabla 5.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de colon y recto reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 132

Tabla 5.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de colon y recto según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 133

Tabla 5.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de colon y recto según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 134

Tabla 5.12. Indicadores de gestión del riesgo en cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 139

Tabla 6.1. Medidas de frecuencia del cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 143

Tabla 6.2. PCNR del cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025..... 144

Tabla 6.3. PCNR de cáncer de estómago según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 144

Tabla 6.4. Prevalencia del cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 145

Tabla 6.5. Prevalencia del cáncer de estómago según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 ... 145

Tabla 6.6. Mortalidad general del cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 146

Tabla 6.7. Mortalidad general del cáncer de estómago según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 147

Tabla 6.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de estómago reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 148

Tabla 6.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de estómago reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 149

Tabla 6.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de estómago según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 150

Tabla 6.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de estómago según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 151

Tabla 6.12. Indicadores de gestión del riesgo en cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025..... 154

Tabla 7.1. Medidas de frecuencia del cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 158

Tabla 7.2. PCNR de cáncer de pulmón según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025..... 158

Tabla 7.3. PCNR de cáncer de pulmón según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 159

Tabla 7.4. Prevalencia del cáncer de pulmón según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 160

Tabla 7.5. Prevalencia del cáncer de pulmón según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 160

Tabla 7.6. Mortalidad general del cáncer de pulmón según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 161

Tabla 7.7. Mortalidad general del cáncer de pulmón según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 162

Tabla 7.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de cáncer de pulmón según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 163

Tabla 7.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de pulmón reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 164

Tabla 7.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de pulmón según el estadio clínico, Colombia 2025..... 165

Tabla 7.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de pulmón según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 166

Tabla 7.12. Indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de pulmón según la región de residencia, Colombia 2025..... 170

Tabla 8.1. Medidas de frecuencia del melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 173

Tabla 8.2. PCNR de melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 173

Tabla 8.3. PCNR de melanoma según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025.....174

Tabla 8.4. Prevalencia del melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025..... 175

Tabla 8.5. Prevalencia del melanoma según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 175

Tabla 8.6. Mortalidad general estandarizada del melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 176

Tabla 8.7. Mortalidad general del melanoma según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 176

Tabla 8.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de melanoma reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 178

Tabla 8.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de melanoma reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 179

Tabla 8.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de melanoma según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 180

Tabla 8.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de melanoma según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 181

Tabla 8.12. Indicadores de la gestión del riesgo en melanoma según la región de residencia en marco del aseguramiento, Colombia 2025 185

Tabla 9.1. Medidas de frecuencia del LNH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 189

Tabla 9.2. PCNR de LNH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025..... 189

Tabla 9.3. PCNR de LNH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 190

Tabla 9.4. Prevalencia del LNH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 191

Tabla 9.5. Prevalencia del LNH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 191

Tabla 9.6. Mortalidad general del LNH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 192

Tabla 9.7. Mortalidad general del LNH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 193

Tabla 9.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LNH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 194

Tabla 9.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LNH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 195

Tabla 9.10. Clasificación por linaje celular y comportamiento biológico de los casos nuevos reportados de LNH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 196

Tabla 9.11. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de LNH en los adultos según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 197

Tabla 9.12. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LNH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 198

Tabla 9.13. Indicadores de gestión del riesgo en la población adulta con LNH según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 202

Tabla 10.1. Medidas de frecuencia del LH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 205

Tabla 10.2. PCNR de LH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025..... 205

Tabla 10.3. PCNR de LH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 206

Tabla 10.4. Prevalencia del LH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 207

Tabla 10.5. Prevalencia del LH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 207

Tabla 10.6. Mortalidad general del LH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 208

Tabla 10.7. Mortalidad general del LH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 208

Tabla 10.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 210

Tabla 10.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 211

Tabla 10.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de LH en los adultos según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 211

Tabla 10.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 213

Tabla 10.12. Indicadores de gestión del riesgo en la población adulta con LH según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 216

Tabla 11.1. Medidas de frecuencia de la LLA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 220

Tabla 11.2. PCNR de LLA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 221

Tabla 11.3. PCNR de LLA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 221

Tabla 11.4. Prevalencia de la LLA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 222

Tabla 11.5. Prevalencia de la LLA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 223

Tabla 11.6. Mortalidad general de la LLA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 223

Tabla 11.7. Mortalidad general de la LLA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 224

Tabla 11.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LLA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 226

Tabla 11.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LLA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 226

Tabla 11.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LLA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 229

Tabla 11.11. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LLA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025..... 233

Tabla 12.1. Medidas de frecuencia de la LMA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 236

Tabla 12.2. PCNR de LMA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025..... 236

Tabla 12.3. PCNR de LMA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 237

Tabla 12.4. Prevalencia de la LMA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 238

Tabla 12.5. Prevalencia de la LMA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 238

Tabla 12.6. Mortalidad general de la LMA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 239

Tabla 12.7. Mortalidad general de la LMA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 240

Tabla 12.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LMA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 241

Tabla 12.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LMA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025 242

Tabla 12.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LMA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025..... 245

Tabla 12.11. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LMA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025..... 249

Tabla 13.1. Características sociodemográficas y clínicas de los casos con otras neoplasias hematológicas en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 254

Tabla 13.2. Indicadores de la gestión del riesgo en la población con mieloma múltiple según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 260

Tabla 14.1. Número de casos y medidas de morbimortalidad de los otros tipos de cáncer según el CIE-10 en el aseguramiento, Colombia 2025 264

Lista de figuras

Figura 1. Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2025 46

Mapa 1. Distribución geográfica de las regiones de Colombia según el DANE, 2020 47

Figura 2. Proyección de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud según la Entidad Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2025 48

Figura 1.1. Distribución porcentual de los casos nuevos reportados según el tipo de cáncer y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 56

Figura 1.2. Distribución porcentual de los CNR de cáncer invasivo para los tipos de mayor frecuencia según el sexo y el grupo de edad en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 57

Figura 1.3. Distribución porcentual de las muertes según el tipo de cáncer y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 57

Figura 1.4. Relación entre la PCNR y la mortalidad general en los tipos de cáncer priorizados en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 58

Figura 1.5. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2025 63

Figura 1.6. Tendencia de la oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 – 2025 66

Figura 1.7. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de cáncer según el régimen del aseguramiento, Colombia 2020 – 2025 67

Figura 1.8. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de cáncer según el régimen del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025 67

Figura 1.9. Distribución porcentual de los casos prevalentes según el tipo de cáncer priorizado y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 68

Figura 2.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2025 76

Figura 2.2. Distribución de los casos nuevos de cáncer de mama reportados según los resultados de las pruebas hormonales y HER2 en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 80

Figura 2.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de mama según el estadio en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 82

Figura 2.4. Proporción de los casos nuevos de cáncer de mama en estadios localizados al momento del diagnóstico en cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 85

Figura 2.5. Oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 86

Figura 2.6. Oportunidad del inicio del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 86

Figura 2.7. Esquema de las oportunidades en la atención de los casos nuevos de cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 87

Figura 3.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2025 98

Figura 3.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 102

Figura 3.3. Tendencia de la proporción de los casos nuevos localizados (estadios 0, I y II) en el momento del diagnóstico de cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025 104

Figura 3.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025..... 105

Figura 3.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 – 2025 105

Figura 4.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2025 115

Figura 4.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 118

Figura 4.3. Tendencia de la proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino con estadificación en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025 121

Figura 4.4. Tendencia de la proporción de casos prevalentes de cáncer de cuello uterino con estadificación en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025 121

Figura 4.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025..... 122

Figura 5.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento en Colombia, 2015 - 2025..... 130

Figura 5.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2025..... 133

Figura 5.3. Tendencia de la proporción de pacientes con cáncer de colon y recto identificados en estadios tempranos (I a IIa) en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025 136

Figura 5.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica en los casos nuevos de cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025 137

Figura 5.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 – 2025..... 138

Figura 6.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2025 147

Figura 6.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2025..... 150

Figura 6.3. Tendencia de la proporción de los casos nuevos en estadios tempranos en el momento del diagnóstico en cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025 153

Figura 6.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 – 2025 153

Figura 6.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 – 2025 154

Figura 7.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2025 162

Figura 7.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 165

Figura 7.3. Tendencia de la proporción de los casos nuevos en estadios tempranos en el momento del diagnóstico en cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 – 2025 168

Figura 7.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025..... 168

Figura 7.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025..... 169

Figura 8.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2025..... 177

Figura 8.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2025..... 180

Figura 8.3. Tendencia de la proporción de los casos nuevos en estadios I y II en el momento del diagnóstico de melanoma cutáneo en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025 183

Figura 8.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025 183

Figura 8.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025 184

Figura 9.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del LNH en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2025 193

Figura 9.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LNH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 197

Figura 9.3. Tendencia de la proporción de casos nuevos en estadios I y II al momento del diagnóstico de LNH de la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025.....200

Figura 9.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de LNH en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025 200

Figura 9.5. Tendencia de la oportunidad de inicio del tratamiento en los casos nuevos de LNH en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025 201

Figura 10.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la población adulta con LH en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2025 209

Figura 10.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 212

Figura 10.3. Tendencia de la proporción de casos nuevos en estadios I y II al momento del diagnóstico de LH en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025..... 214

Figura 10.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de LH en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025 215

Figura 10.5. Tendencia de la oportunidad de inicio del tratamiento de los casos nuevos de LH en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025 215

Figura 11.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la población adulta con LLA en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2025 225

Figura 11.2. Distribución porcentual de los tipos de trasplante en los casos nuevos de LLA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 227

Figura 11.3. Frecuencia de uso de la terapia sistémica en los casos nuevos de LLA en los adultos según los grupos de riesgo y etario en el marco del aseguramiento, Colombia 2025.....227

Figura 11.4. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LLA en los adultos según el grupo etario en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 228

Figura 11.5.1. Tendencia de la proporción de casos nuevos de LLA en la población adulta con clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025 230

Figura 11.5.2. Tendencia de la proporción de casos prevalentes de LLA en la población adulta con clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025 231

Figura 11.6. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de LLA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025 231

Figura 11.7. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de LLA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025 232

Figura 12.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la población adulta con LMA en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2025 240

Figura 12.2. Distribución porcentual de los tipos de trasplante en los casos nuevos de LMA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 243

Figura 12.3. Frecuencia de uso de la terapia sistémica en los casos nuevos de LMA en los adultos según los grupos de riesgo y etario en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 243

Figura 12.4. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LMA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 244

Figura 12.5.1. Tendencia de la proporción de casos nuevos de LMA en la población adulta con clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025 246

Figura 12.5.2. Tendencia de la proporción de casos prevalentes de LMA en la población adulta con clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025 247

Figura 12.6. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de LMA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025 247

Figura 12.7. Tendencia de la oportunidad de inicio del tratamiento de los casos nuevos de LMA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025 248

Figura 13.1. Distribución de los casos nuevos de otras neoplasias hematológicas según el grupo etario y el sexo en el marco de aseguramiento, Colombia 2025 253

Figura 13.2. Distribución de los medicamentos prescritos en los casos nuevos de otras neoplasias hematológicas frecuentes en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 256

Figura 13.3. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de mieloma múltiple en el marco del aseguramiento, Colombia 2022 – 2025 258

Figura 13.4. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de mieloma múltiple en el marco del aseguramiento, Colombia 2022 - 2025 259

Abreviaturas

AJCC:	*American Joint Committee on Cancer*.
ACHO:	Asociación Colombiana de Hematología y Oncología.
BDUA:	Base de Datos Única de Afiliados.
CAC:	Cuenta de Alto Costo.
CIE-10:	Clasificación Internacional de Enfermedades 10° Revisión.
CIE-O-3:	Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, 3ra Edición.
CNR:	casos nuevos reportados (diagnosticados durante el periodo de análisis).
CN:	casos nuevos.
CCU:	cáncer de cuello uterino.
DANE:	Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
DDDS:	Direcciones Departamentales y Distritales de Salud.
DE:	desviación estándar.
EAPB:	Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.
EAPVS:	Entidades Administradoras de Planes Voluntarios de Salud.
EPS:	Entidad Promotora de Salud.
EPSI:	Entidad Promotora de Salud Indígena.
EOC:	Entidades Obligadas a Compensar.
EORTC:	*European Organization for Research and Treatment of Cancer*.
FIGO:	*International Federation of Gynecology and Obstetrics*.
FISH:	*fluorescence in situ hybridization* - hibridación fluorescente *in situ*.
HER2:	receptor 2 de factor de crecimiento epidérmico humano.
IARC:	*International Agency for Research on Cancer* (Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer).
IC:	intervalo de confianza.
IPS:	Institución Prestadora de Servicios.
LAC:	Latinoamérica y el Caribe.
LLA:	leucemia linfoide aguda.
LLC:	leucemia linfoide crónica.
LMA:	leucemia mieloide aguda.
LMC:	leucemia mieloide crónica.
LH:	linfoma Hodgkin.
LNH:	linfoma no Hodgkin.
MALT:	linfoma de la zona marginal extranodal.
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social.

Abreviaturas

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados (diagnosticados en el periodo).

PSA: antígeno prostático específico.

RE: receptor de estrógeno.

RIC: rango intercuartílico.

RSD: registro simplificado de datos.

PGR: receptor de progesterona.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SNC: sistema nervioso central.

TNM: el sistema TNM clasifica la extensión del cáncer mediante tres componentes: tumor primario (T), ganglios linfáticos regionales (N) y metástasis a distancia (M).

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 2 de enero de 2024 al 1° de enero 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 EPS - S.O.S. EPS
EPS037	Nueva EPS
EPS042	Coosalud EPS
EPS046	Salud Mía EPS
EPS047	Salud Bolívar EPS
EPS048	Mutual Ser EPS
	Régimen subsidiado
CCF050	Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano - ComfaOriente
CCF055	Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico
CCF102	Caja de Compensación Familiar del Choco - ComfaChocó
EPS025	Caja de Previsión Social y Seguridad del Casanare – Capresoca EPS
EPSI01	Asociación de Cabildos indígenas del Cesar y La Guajira – Dusakawi EPSI
EPSI03	Asociación Indígena del Cauca – A.I.C. EPSI
EPSI04	Anas Wayuu EPSI
EPSI05	Mallamas EPSI
EPSI06	Pijaos Salud EPSI
EPSS34	Capital Salud EPS
EPSS40	Savia Salud EPS
EPSS41	Nueva EPS
ESS024	Coosalud ESS
ESS062	Asmet Salud EPS
ESS118	Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud - Emssanar ESS
ESS207	Mutual Ser EPS
	Régimen especial
EMP002	Mediplus Medicina Prepagada S.A.
EMP015	Medisánitas S.A. Compañía de Medicina Prepagada
EMP023	Empresa de Medicina Prepagada Colsanitas S.A.
EMP029	Colpatria Medicina Prepagada S.A.

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 2 de enero de 2024 al 1° de enero de 2025.

Código	Nombre de la Empresa Administradora de Planes de Beneficios
PVS1333	Liberty Seguros
RES006	Universidad Industrial de Santander
RES007	Universidad del Valle
RES008	Universidad Nacional de Colombia
RES009	Universidad del Cauca
RES011	Universidad de Antioquia
RES012	Universidad de Córdoba
RES014	Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
REUE05	Universidad de Nariño
REUE09	Universidad del Atlántico
	Régimen de excepción
RES002	Ecopetrol
RES003	Fuerzas Militares
RES004	Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio
	No asegurado
05000	Secretaría Departamental de Salud de Antioquia
08000	Secretaría Departamental de Salud de Atlántico
11001	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.
13000	Secretaría Departamental de Salud de Bolívar
15000	Secretaría Departamental de Salud de Boyacá
19000	Secretaría Departamental de Salud del Cauca
23000	Secretaría Departamental de Salud de Córdoba
25000	Secretaría Departamental de Salud de Cundinamarca
41000	Secretaría Departamental de Salud del Huila
44000	Secretaría Departamental de La Guajira
47000	Secretaría Departamental de Magdalena
50000	Secretaría Departamental de Salud del Meta
52000	Secretaría Departamental de Salud de Nariño
54000	Secretaría Departamental de Salud de Norte de Santander
63000	Secretaría Departamental de Salud de Quindío
66000	Secretaría Departamental de Salud de Risaralda
68000	Secretaría Departamental de Salud de Santander
70000	Secretaría Departamental de Salud de Sucre
76000	Secretaría Departamental de Salud del Valle
85000	Secretaría Departamental de Salud de Casanare
86000	Secretaría Departamental de Salud de Putumayo
94000	Secretaría Departamental de Salud de Guainía
99000	Secretaría Departamental de Salud de Vichada

Glosario

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

1. **Anticuerpos monoclonales:** es un tipo de proteína creado en laboratorio, cuya función es estimular una reacción inmunitaria que destruye células neoplásicas.
2. **Antineoplásicos:** medicamentos que bloquean el crecimiento neoplásico.
3. **Biopsia:** remoción de células o tejido, para ser examinados por el patólogo.
4. **Cáncer:** células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos.
5. **Cáncer primario:** es un término usado para describir dónde se desarrolló el tumor original.
6. **Citotóxico:** sustancia que elimina células, como las cancerosas. Estos medicamentos pueden impedir que las células cancerosas se dividan y crezcan, y pueden disminuir el tamaño de los tumores.
7. **Clasificación de Dukes:** es un sistema de estadificación usado para describir la extensión del cáncer de colon y recto.
8. **Diagnóstico histopatológico:** confirmación de un tipo de cáncer o neoplasia, a través del estudio de tejidos y células.
9. **Escala Gleason:** es un sistema para graduar los tejidos de cáncer de próstata, basado en la histología. Se clasifica de 2 a 10 indicando el riesgo de infiltración. Un Gleason bajo es similar a una próstata normal, un Gleason de alto grado significa que el tejido neoplásico es diferente del tejido normal circundante, e implica un alto riesgo de infiltración.

Glosario

10 **Estadificación FIGO:** de sus siglas en francés, *Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique*. Sistema de clasificación en cáncer ginecológico exceptuando al cáncer de mama.

11 **HER2:** receptor 2 de factor de crecimiento epidérmico humano, es un marcador tumoral, empleado en el proceso diagnóstico de algunos tipos de cáncer.

12 **Histología:** el estudio de los tejidos y las células bajo el microscopio.

13 ***In situ:*** células anormales que se encuentran en el lugar donde se formaron inicialmente y no se han diseminado.

14 **Inmunoterapia:** tipo de terapia biológica en la que se usan sustancias para estimular o inhibir el sistema inmunitario a fin de ayudar al cuerpo a combatir el cáncer, las infecciones y otras enfermedades.

15 **Invasivo o infiltrante:** cáncer que se ha diseminado más allá de la capa de tejido de la cual se desarrolló, infiltrando el tejido sano.

16 **Metástasis:** diseminación de células cancerígenas del lugar de donde inicialmente se originaron a otras partes del cuerpo.

17 **Neoplasia:** crecimiento celular anormal descontrolado. Para efectos del documento sinónimo de cáncer.

18 **PSA:** antígeno prostático específico, es una glicoproteína producida por las células prostáticas, su elevación está relacionada con las alteraciones de la glándula prostática.

19 **Quimioterapia:** tratamiento usado para detener el crecimiento de las células neoplásicas.

20 **Quimioterapia intratecal:** tratamiento con medicamentos antineoplásicos que son inyectados entre las capas de tejido que recubren el cerebro y la médula espinal.

21 **Radioterapia:** es el uso de radiación de alta energía proveniente de rayos gamma, rayos x, protones, neutrones y otras fuentes, para detener el crecimiento del cáncer.

22 **Terapia biológica:** es un tipo de tratamiento que usa organismos vivos, sustancias procedentes de los mismos o versiones producidas en el laboratorio de estas sustancias, para el tratamiento de enfermedades como el cáncer.

23 **Terapia hormonal:** tratamiento que detiene el crecimiento de algunos tipos de cáncer (próstata y mama).

Glosario

24 **TNM:** es un sistema que se usa para describir la cantidad de cáncer y su diseminación en el cuerpo de un paciente. La letra T describe el tamaño del tumor y la diseminación del cáncer al tejido cercano; la letra N describe la diseminación del cáncer a los ganglios linfáticos cercanos y la letra M describe las metástasis (diseminación del cáncer a otras partes del cuerpo).

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

Resumen
EJECUTIVO

El informe de situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2025 presenta un panorama integral de la situación del cáncer en la población adulta del país, a partir de la información reportada por los aseguradores y prestadores al sistema de salud. El documento busca aportar evidencia que contribuya a la comprensión de la enfermedad y a la toma de decisiones informadas en torno a su atención y gestión.

El libro aborda las generalidades del cáncer, incluyendo la descripción de los casos reportados, su comportamiento en términos de morbimortalidad y las principales características de la población afectada. Asimismo, presenta una caracterización sociodemográfica y clínica de los casos nuevos y prevalentes, permitiendo comprender diferentes aspectos de la población oncológica atendida en el sistema de salud.

De manera particular, el informe profundiza en los principales tipos de cáncer priorizados, entre ellos mama, próstata, cuello uterino, colon y recto, estómago, pulmón, melanoma, linfoma no Hodgkin, linfoma Hodgkin, mieloma múltiple y leucemias agudas, describiendo para cada uno su comportamiento epidemiológico y las características de los casos diagnosticados.

El documento también analiza aspectos relacionados con la atención y el tratamiento de los casos nuevos y prevalentes, así como variables clínicas relevantes para el seguimiento de la población con cáncer. Esto permite aproximarse a las diferentes etapas de la atención oncológica y a las características de los procesos de diagnóstico y tratamiento.

Otro componente fundamental del informe corresponde a la evaluación de la gestión del riesgo en cáncer, mediante indicadores relacionados con la detección temprana, la estadificación, la oportunidad de la confirmación diagnóstica y del tratamiento, así como otros aspectos específicos de la atención según cada tipo de cáncer. En conjunto, el informe constituye una herramienta de consulta para comprender la situación del cáncer en la población adulta en Colombia, identificar tendencias y características de la atención, y reconocer oportunidades para fortalecer la gestión del riesgo y la atención integral de las personas con cáncer.

Introducción

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

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

Asimismo, en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, los países se han comprometido a fortalecer el abordaje de las enfermedades no transmisibles, incluido el cáncer. En particular, para 2030 se busca reducir la mortalidad prematura por estas enfermedades y avanzar hacia la cobertura universal en salud, lo que implica garantizar la protección frente al riesgo financiero, la provisión de servicios de salud de calidad y el acceso equitativo a medicamentos y tecnologías esenciales (5).

En concordancia con estos compromisos internacionales, en Colombia se ha establecido un marco normativo orientado al control del cáncer, que contempla la atención integral de las personas con este diagnóstico a lo largo de todo el curso de la enfermedad —desde la promoción de la salud y la detección temprana hasta el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos—, así como la organización del sistema de atención oncológica y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la gestión del conocimiento.(6). Estas estrategias se encuentran articuladas con las políticas nacionales de salud pública, particularmente con el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031 (7).

Además, la prevalencia del cáncer mantiene un incremento constante, en el marco del aseguramiento en salud en Colombia, según la información entregada a la Cuenta de Alto Costo (CAC) (8). En este contexto, los sistemas de información, los registros de cáncer y el monitoreo de indicadores de gestión del riesgo constituyen herramientas fundamentales para orientar la toma de decisiones, evaluar el desempeño del sistema de salud y fortalecer la atención de la población con cáncer en el país.

Este documento actualiza la situación del cáncer general y 11 cánceres priorizados en adultos, de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 0247 de 2014. En él se presentan los datos acerca de la situación actual del cáncer en la población en Colombia en el marco del aseguramiento en salud. Para este análisis, se utilizó la información reportada por los aseguradores y por los prestadores entre el 2 de enero del 2024 y el 1° de enero del 2025. Su objetivo es describir las características clínicas y sociodemográficas de la población oncológica, así como los resultados de los indicadores de la gestión del riesgo. Con esta información, se busca proporcionar evidencia de calidad que permita a los actores del sistema de salud tomar decisiones informadas, mejorar la atención en salud y contribuir al bienestar integral de la población colombiana.

Referencias bibliográficas

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. 2024 [en línea]. [Citado el 5 de mayo de 2024]. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today/en/data-sources-methods

2. OMS. Crece la carga mundial de cáncer en medio de una creciente necesidad de servicios [en línea]. 2024 [Citado el 20 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services

3. Tolba M, Skelton M, Abdul Sater Z, Fadhil I, Al-Zahrani A, Kutluk T, et al. Cancer Research in Vulnerable Populations: A Call for Collaboration and Sustainability From MENAT Countries. JCO Glob Oncol. 2023 Sep;9(9):e2300201. doi:10.1200/GO.23.00201 PubMed PMID: 38096463.

4. Jemal J, Torre L, Soerjomataram I, Bray F. The Cancer Atlas, 3rd edition [en línea]. 2019 [citado el 5 de mayo de 2024]. 1–69 p. Disponible en: www.cancer.org

5. Naciones Unidas. Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development: Sustainable Development Knowledge Platform [en línea]. 2015 [citado el 9 de marzo de 2025]. Disponible en: https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication

6. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1384 de 2010. Ley Sandra Ceballos. Colombia; 2010.

7. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035 de 2022. Colombia; 2022.

8. Cuenta de Alto Costo (CAC) FC de E de AC. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024 [en línea]. Bogotá D.C; 2025 [citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/wp-content/uploads/2025/09/Situacion-del-cancer-en-la-poblacion-adulta-2024-2.pdf

Aspectos éticos y legales

La información presentada en este documento corresponde al análisis de los datos obtenidos del reporte obligatorio que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) realizaron a la CAC durante el periodo comprendido entre el 2 de enero de 2024 y el 1° de enero de 2025.

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

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

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

Aspectos metodológicos

Auditoría de la información

Generalidades del reporte

Los datos presentados a continuación corresponden a la información notificada con corte al 1° de enero de 2025 a la Cuenta de Alto Costo (CAC) por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las pertenecientes a los regímenes especiales y de excepción, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud. Lo anterior, en cumplimiento de la Resolución 0247 de 2014 (1) que establece la obligatoriedad del reporte anual de la población con cáncer que fue atendida en el marco del sistema de salud colombiano. La información recolectada hace parte de la bodega de datos de la CAC y se estructura según el instructivo definido en la misma resolución.

El reporte para el periodo 2025 se obtuvo de las siguientes entidades:

- 31 EAPB pertenecientes a los regímenes contributivo y subsidiado.
- 36 entes territoriales.
- 9 entidades del régimen especial que incluye universidades y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios.
- 4 entidades administradoras de planes de medicina prepagada.
- 4 entidades del régimen de excepción (Policía Nacional, Ecopetrol, Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio y Fuerzas Militares).

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

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

Tipo de entidad	Entidades existentes	Entidades que reportaron casos de la condición	Entidades que reportan no tener casos	Entidades que no reportaron a la CAC en el periodo
EAPVS	8	4	2	2
EPS	32	31	0	1
Secretarías departamentales y distritales	38	25	11	2
EAPB especial	10	9	0	1
EAPB de excepción	4	4	0	0
Fondo de atención en salud para PPL	1	1	0	0
Total	**93**	**74**	**13**	**6**

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

Población de interés, población auditada y periodo evaluado

La población objeto del reporte está conformada por todas las personas afiliadas a las EAPB o aquellas informadas por las secretarías de salud departamentales o distritales, que tienen diagnóstico histopatológico o clínico de lesiones *in situ* o cáncer invasivo y que fueron atendidas entre el 2 de enero de 2024 y el 1° de enero de 2025. Asimismo, están incluidos los casos prevalentes reportados en periodos anteriores y la actualización de sus datos para el presente periodo.

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

Calidad de la información

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

i) Malla de validación en los sistemas de información

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

ii) Verificación de la información con fuentes externas

Posteriormente se verificaron los casos a través del cruce con la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y se identificó la situación administrativa relacionada con el estado de afiliación y las novedades asociadas con el estado vital.

iii) Auditoría de campo

En el proceso de verificación de los datos, se aplicó la calificación de la calidad de la información y las entidades tuvieron derecho a la objeción de los hallazgos. Esto, con el fin de establecer una base de datos robusta y confiable para realizar el análisis epidemiológico, la evaluación de los indicadores en salud y la gestión del riesgo de la cohorte. Esta base de datos proporciona información veraz que apoya la asignación eficiente de recursos sanitarios, por lo que se dispone al MSPS para facilitar la toma de decisiones informadas y la elaboración de políticas en salud.

Para el periodo 2025, las entidades radicaron un total de 1.377.215 registros, de los cuales 455.099 fueron inactivados previo al proceso de auditoría debido a cambios en el tipo y el número de identificación, y a casos sin diagnóstico o reportados por más de una EAPB que fueron identificados al cruzar información con la BDUA. Es importante mencionar que estas inactivaciones se mantuvieron dentro del registro de la cohorte.

En consecuencia, durante la auditoría fueron inactivados 112.339 registros identificados a través de fuentes de triangulación, los cuales habían sido reportados con diagnóstico de cáncer en otros sistemas de vigilancia y monitoreo del sistema de salud. Sin embargo, para estos casos el diagnóstico fue descartado o se encontraba pendiente por confirmación. De esta manera, la auditoría permitió validar el descarte de aquellos registros que contaban con soportes clínicos suficientes para demostrar la ausencia de la enfermedad. En los casos en los que aún no ha sido posible confirmar la veracidad del diagnóstico, la verificación se realizará en el siguiente periodo de seguimiento, momento en el que se definirá su inclusión o exclusión de la cohorte.

Asimismo, se inactivaron 40.758 registros por ausencia o invalidez de los soportes clínicos y de laboratorio requeridos para sustentar el diagnóstico, los cuales serán necesarios para la validación en el próximo periodo. Finalmente, 16.815 registros fueron inactivados por corresponder a diagnósticos descartados.

Tabla 2. Calidad de la información reportada en la cohorte de las personas con cáncer en la auditoría del 2025 según el renglón del aseguramiento

Régimen	Casos auditados (n)	Número de inconsistencias[1] (n)	Inconsistencias (%)	Datos de calidad[2] (%)	Datos ajustados[3] (%)	Datos no soportados[4] (%)	Datos no gestionados[5] (%)
EAPB del contributivo	551.413	29.206	5,30	80,65	2,17	13,91	3,28
EAPB del subsidiado	203.465	13.272	6,52	77,39	3,16	16,57	2,87
EAPB de excepción	44.510	3.335	7,49	76,75	3,45	16,17	3,62
EAPB prepagadas	3.731	5	0,13	96,76	1,06	0,27	1,90
EAPB especiales	2.511	102	4,06	84,20	3,09	8,79	3,92
Entes territoriales	873	215	24,63	32,75	1,26	63,39	2,61
Total	**806.503**	**46.135**	**5,72**	**79,62**	**2,50**	**14,68**	**3,19**

[1] **Inconsistencia:** caso reportado por primera vez a la CAC en el cual no se logró evidenciar el sustento del diagnóstico.
[2] **Dato de calidad:** dato reportado por la EAPB acorde al dato observado en los soportes clínicos.
[3] **Dato ajustado:** dato reportado por la EAPB que no coincide con el observado en los soportes y se corrige en lo descrito en el soporte clínico.
[4] **Dato no soportado:** dato reportado por la EAPB que no cuenta con soportes verificables por la auditoría.
[5] **Dato no gestionado:** corresponde a un dato que da cuenta de la no realización de una actividad del seguimiento anual para los pacientes con cáncer.

En línea con la calidad y la coherencia de la información, la auditoría contó con la participación de un comité de expertos clínicos delegado por la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología (ACHO) ante el cual se presentaron casos relevantes y contextos específicos identificados en la cohorte para su análisis técnico. En este espacio se enfatizó en la responsabilidad de los aseguradores y prestadores de servicios de salud en garantizar que los diagnósticos histopatológicos estén debidamente respaldados por los informes de patología emitidos por las entidades responsables del procesamiento de la muestra. Este soporte es fundamental para verificar la oportunidad de procesamiento y análisis de dichas muestras, aspectos clave para asegurar una atención oncológica de calidad. Asimismo, el comité resaltó la importancia del registro adecuado en la historia clínica de los estudios realizados para el diagnóstico del cáncer, ya sea histopatológico o clínico.

Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría

La auditoría de 2025 evidenció una disminución de los casos reportados por primera vez a la CAC que tenían diagnóstico confirmado en periodos anteriores y no recibieron atención médica durante el periodo, al pasar de 22.186 casos en 2024 a 18.925 en 2025. Este hallazgo, aunque positivo, mantiene la necesidad de fortalecer la articulación entre aseguradores e IPS para garantizar el seguimiento activo, la atención especializada oportuna, la detección de nuevas lesiones primarias y la prevención de recaídas.

Adicionalmente, se identificaron oportunidades de mejora en la captura de información sobre las terapias con intención curativa, dado que parte de los datos consignados en los soportes clínicos no fueron reportados por las entidades. Esto resalta la importancia de robustecer la integración de la información entre los prestadores y los aseguradores, con el fin de mejorar la calidad del dato, la trazabilidad de la atención y la gestión del riesgo en cáncer.

Finalmente, la inclusión tardía de los pacientes oncológicos a la cohorte continúa siendo un aspecto crítico, ya que limita el seguimiento clínico, afecta la calidad de los análisis epidemiológicos y puede impactar en la planificación y asignación de recursos. Por tanto, es necesario fortalecer los sistemas de identificación, reporte y seguimiento oportuno de los pacientes con cáncer. Otros hallazgos importantes posteriores a la auditoría pueden ser consultados en el **suplemento 1.**

Ajuste de datos posterior a la auditoría

Una vez finalizada la auditoría de campo y realizados los ajustes definitivos, todos los registros (auditados o no) se revisaron en tres puntos esenciales: fallecidos antes del periodo, pacientes auditados con inconsistencias según el motivo y casos duplicados. En este último, se incluyeron en el análisis los casos con presencia de tumores dobles o múltiples, así como aquellos compartidos entre entidades o reportados en más de una ocasión por error, esto con el fin de mantener la información del seguimiento y la atención.

En este periodo, se identificaron 754.960 casos reportados con diagnóstico de cáncer en la base de datos posterior a la auditoría. Luego de la depuración de la información, se excluyeron 6.012 registros por los siguientes motivos: fallecidos antes del periodo (n= 4.917) y duplicados no válidos (n= 1.095).

Adicionalmente, del total de inconsistencia por auditoría, 2.755 casos correspondieron a"cáncer diferente al reportado", lo que implica la existencia de un diagnóstico de la enfermedad confirmado, pero en el que la EAPB reportó un tipo de neoplasia diferente, según la histología y las demás características; estos casos fueron incluidos en los análisis con el ajuste del diagnóstico correcto. Así, la población que se incluyó en los análisis epidemiológicos estuvo conformada por 746.756 casos.

Por otro lado, para la estimación de los indicadores de la gestión del riesgo, fueron añadidos 2.192 registros, para un total de 748.948; este número fue mayor debido a la posibilidad de que una persona reciba atención por una EAPB y por la entidad de medicina prepagada, lo que conduce a una duplicidad válida. Por lo tanto, deben incluirse en las dos entidades para evaluar la gestión del riesgo de cada una de ellas. Sin embargo, estos casos reportados por más de una entidad no se incluyeron en el análisis epidemiológico.

De otra parte, 10.749 casos de cáncer se adicionaron a la base de datos después de la auditoría, correspondientes a las EAPB liquidadas en los años previos y que no se encontraron en el reporte 2025, pero que se tenían en los análisis de los periodos previos como prevalentes. Además, se identificó que 658 de estos fallecieron entre el 2 de enero de 2024 y el 1° de enero de 2025. Los casos en mención fueron tenidos en cuenta únicamente para el análisis de la morbimortalidad a nivel demográfico debido a que no se cuenta con la información actualizada del seguimiento clínico y farmacoterapéutico.

Análisis epidemiológico

Generalidades

Las neoplasias priorizadas se clasifican en los mismos grupos definidos por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés) según el CIE-10 (3). A su vez, en el registro se incluyen los casos de lesiones *in situ* o cáncer invasivo que comienzan por la letra "D"; el uso de este parámetro de clasificación obedece a su ausencia en la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O-3) que además las agrupa de forma histológica (4). Los códigos CIE-10 y CIE-O-3 se presentan al inicio de cada capítulo. Es importante señalar que para los análisis de la morbimortalidad solo se utilizaron los códigos de cáncer invasivo (letra C), exceptuando el cáncer de cuello uterino en el que se incluyeron tumores *in situ* (letra D).

Análisis descriptivo

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

Estimación de la morbilidad y la mortalidad

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

- PCNR: agrupa el número de casos nuevos reportados (CNR), definidos como aquellos con fecha de diagnóstico oncológico (histopatológico o clínico) durante el periodo de reporte. Se informó como el número de CNR por 100.000 habitantes/afiliados.
- Prevalencia: es el número total de las personas con diagnóstico de cáncer que fue reportado a la CAC en el periodo analizado, independiente del estado vital a la fecha de corte, es decir, se calculó una prevalencia de periodo. Se reportó como el número de casos por 100.000 habitantes/afiliados.

- Mortalidad: es informada para las personas reportadas que hacen parte de la cohorte. Los fallecimientos se definieron según las novedades administrativas relacionadas con la muerte, informadas por las entidades y validadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en la base de datos de mortalidad de la BDUA, que constituye la fuente oficial. Se reportó como el número de defunciones por cualquier causa por 100.000 habitantes/afiliados.

Las medidas de morbimortalidad para la desagregación demográfica se calcularon tomando como referencia a la población colombiana estimada por el DANE (n= 52.613.753), con corte al 30 de junio de 2024 **(figura 2).** Para el cáncer de mama y el de cuello uterino, el denominador DANE se restringió al total de las mujeres (n= 26.836.155); en próstata, a la población masculina (n= 25.777.598) y en las neoplasias hematológicas, a las personas con edad ≥ 18 años (n= 38.139.404); estos datos fueron tomados posterior a la actualización por COVID-19.

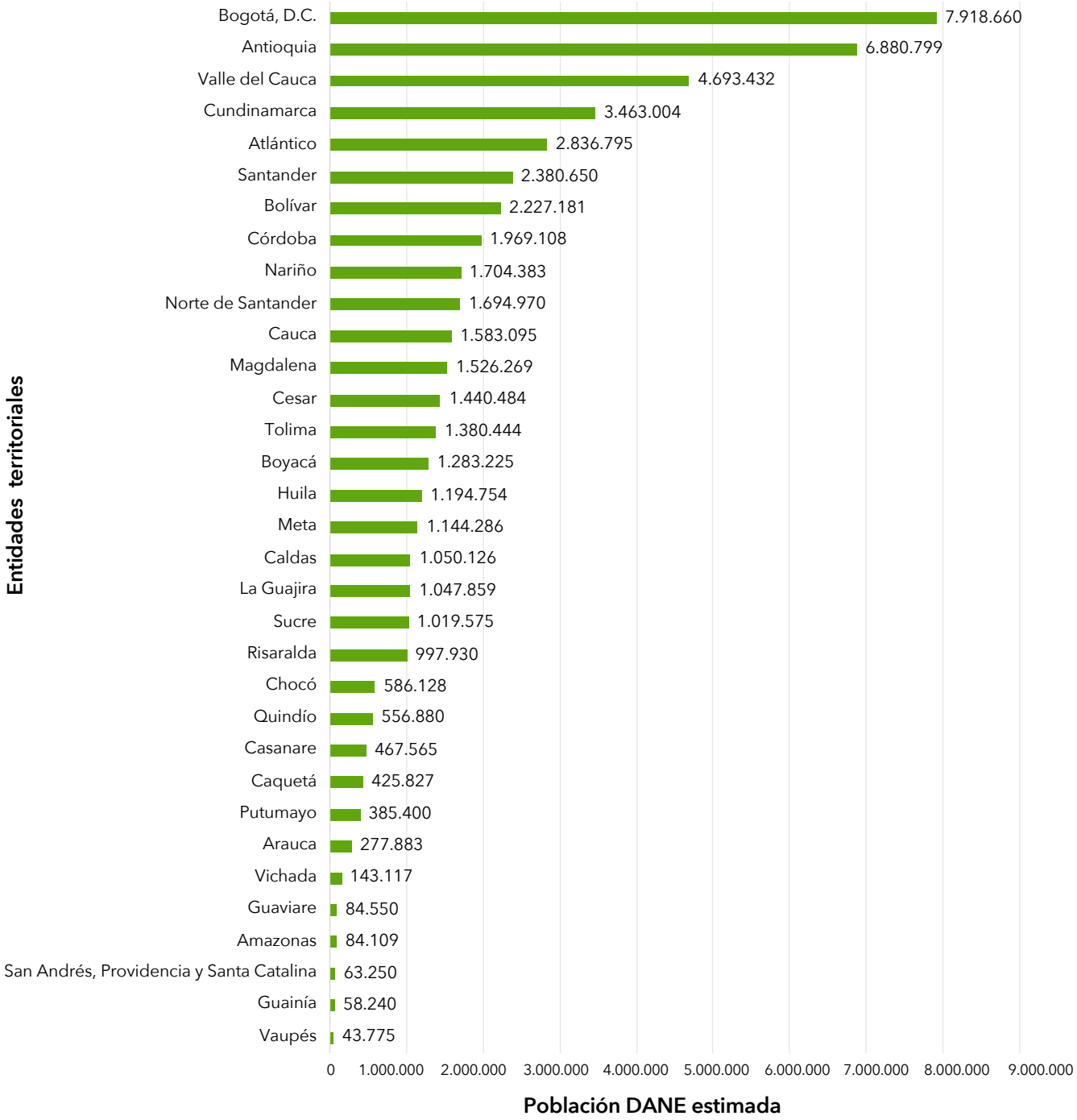
Asimismo, la morbimortalidad se calculó para las regiones del país, definidas por el DANE según el producto interno bruto **(mapa 1).** Además, las medidas de morbilidad y mortalidad se estandarizaron por la edad mediante el método directo, utilizando como población de referencia a la estándar de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2001 (5).

En los análisis que tuvieron como denominador la población afiliada al sistema de salud colombiano, se usó el conteo de afiliados para cada EAPB con corte al 30 de junio de 2024, obtenido de la BDUA, la cual incluye la información de la población afiliada a los regímenes especiales (RES011) y de excepción (RES003, RES001) (n= 51.206.742); la información se obtuvo a través de los datos de afiliados proporcionados por las entidades **(figura 3).** Para las estimaciones de cáncer de mama y de cuello uterino se utilizó el total de las mujeres afiliadas (n= 26.223.845) en próstata, el de los hombres (n= 24.982.897) y en los tumores hematolinfáticos, el de la población adulta (n= 38.762.864).

Análisis de los indicadores de la gestión del riesgo

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

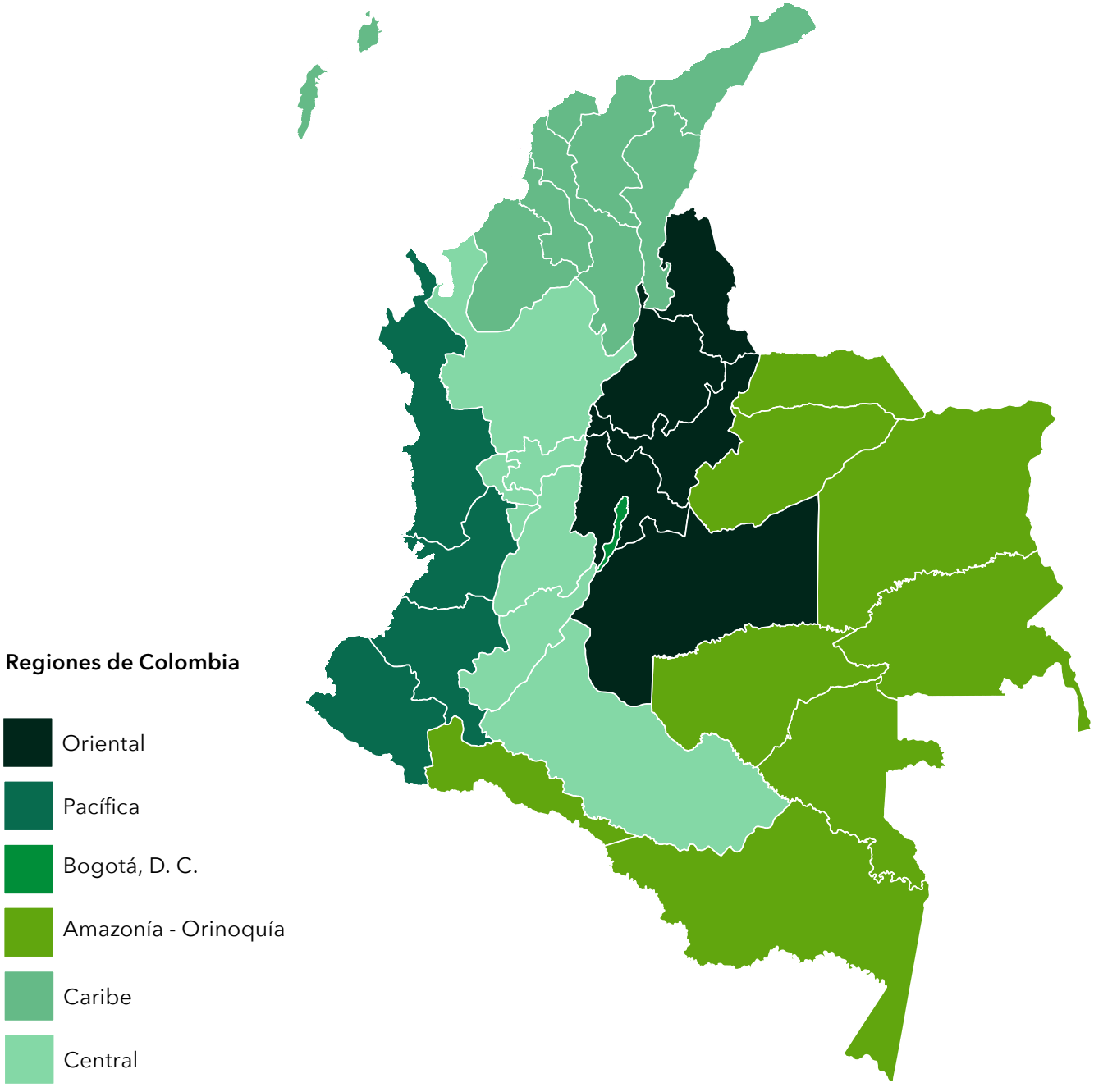
Figura 1. Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2025



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyección al 30 de junio de 2024, posterior a la actualización por COVID-19.

Descargar figura

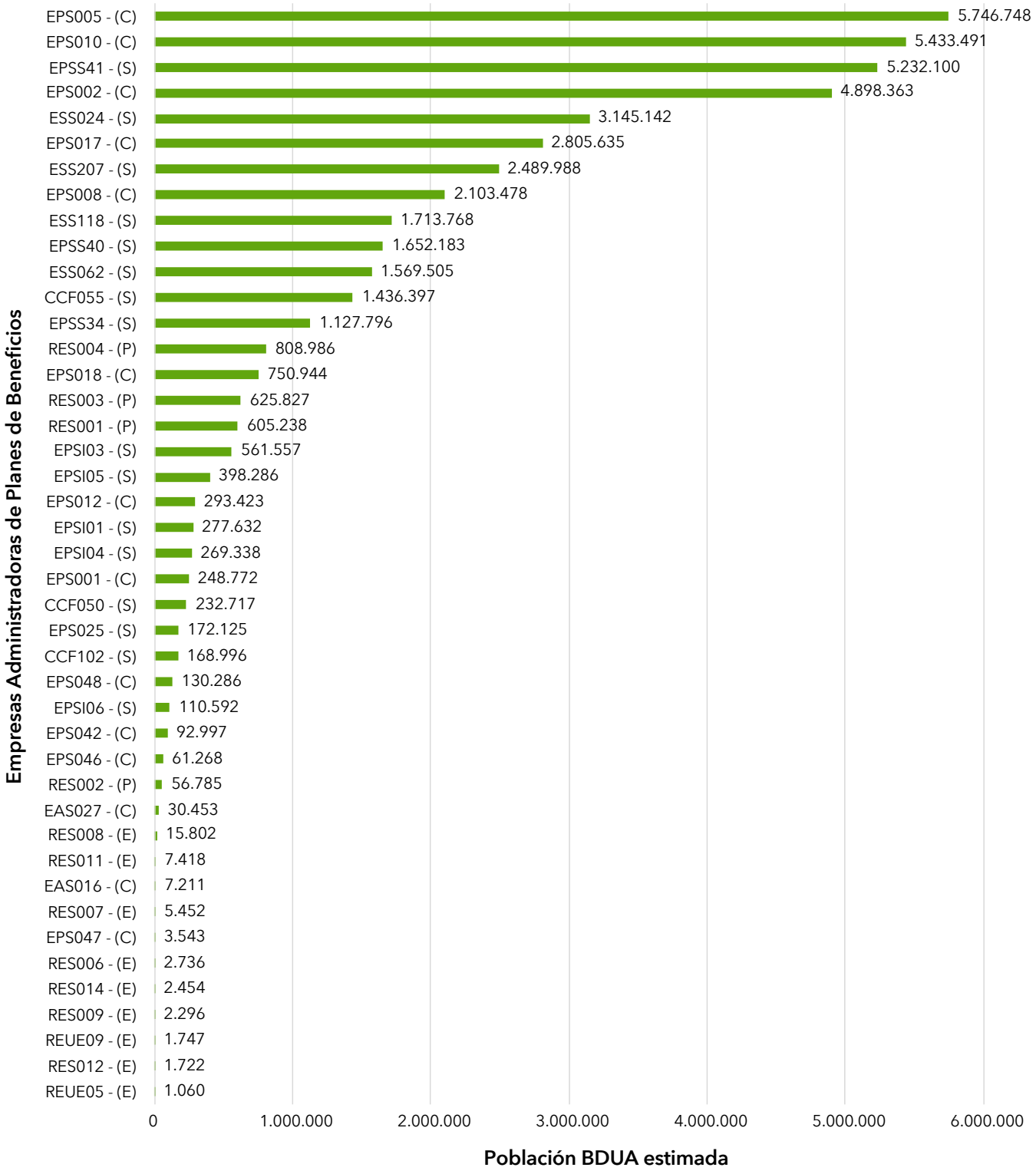
Mapa 1. Distribución geográfica de las regiones de Colombia según el DANE, 2020



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Clasificación 2020.

Descargar figura

Figura 2. Proyección de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud según la Entidad Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2025



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados, Ministerio de Salud y Protección Social, con corte al 30 de junio de 2024.

Descargar figura

Suplemento 1

Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría

A continuación, se presentan los principales hallazgos derivados de la auditoría 2025, los cuales integran aspectos clínicos, de aseguramiento y calidad en la gestión y construcción de la información disponible.

En cuanto a los casos reportados por primera vez a la CAC que tenían diagnóstico nuevo de cáncer confirmado en periodos anteriores y que no recibieron atención médica para el manejo o el seguimiento del cáncer en el periodo, se observa una disminución: pasó de 22.186 casos en el periodo 2024 a 18.925 en el periodo 2025. No obstante, esta reducción subraya la necesidad de continuar fortaleciendo la articulación entre los aseguradores y la red de prestadores de atención del cáncer, en aras de mejorar el seguimiento activo de los pacientes con la enfermedad. Por lo anterior, se debe garantizar el acceso oportuno a los servicios especializados que favorezcan la remisión de la enfermedad, la detección de nuevas lesiones primarias y la educación en prevención de recaídas.

En cuanto a la prescripción de terapias con intención curativa, se identificó la necesidad de capturar información descrita en los soportes clínicos que no había sido informada por las entidades. Esto resalta la necesidad de robustecer el sistema de integración de datos entre las IPS y los aseguradores, lo cual permitirá una gestión más efectiva del riesgo, el acceso a información confiable y un seguimiento oportuno para la gestión de la cohorte.

Por otra parte, la incorporación tardía de los pacientes oncológicos a la cohorte constituye un aspecto crítico que debe ser priorizado por las entidades responsables. La ausencia de estos pacientes en los sistemas de seguimiento no solo limita la trazabilidad de las atenciones en salud, sino que también afecta la calidad y oportunidad de los análisis epidemiológicos. Asimismo, esta situación genera distorsiones en la planificación y asignación eficiente de los recursos dentro del sistema de salud, lo que compromete la toma de decisiones basadas en evidencia y la adecuada gestión del riesgo en cáncer.

Tabla de hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la cohorte de las personas con cáncer

Agrupador	Descripción de hallazagos
Cáncer de mama	Conforme las guías de práctica clínica, la realización de los biomarcadores en los pacientes con cáncer de mamá (expresión del receptor de estrógeno (ER), expresión del receptor de progesterona (PR) y expresión de HER2), son fundamentales en la definición del pronóstico de la enfermedad y la toma de decisiones terapéuticas. En ese sentido, se evidenció que el 19,12 % (3.545/18.539) de los casos reportados por primera vez a la CAC con cáncer de mama en estadio invasivo no tienen información de realización del HER2 al momento del diagnóstico, de los cuales el 18,87 % (669) tuvieron diagnóstico posterior al 1° enero de 2024. En este último contexto, se evidenció que el 8,06 % (769) de los casos no tuvieron información para los receptores hormonales (PR – ER) al momento del diagnóstico. Por lo anterior, es prioridad continuar garantizando la realización de los biomarcadores y disponer la información al proceso de la auditoría. La realización de biopsia del ganglio centinela se reconoce como un factor pronóstico clave en las etapas tempranas del cáncer de mama, dado que constituye el primer sitio potencial de diseminación metastásica. Se evidenció que en el 99,95 % (9.546/9.551) de los casos con diagnóstico de mama en el periodo no dispusieron al proceso los soportes clínicos para la captura de este dato, por lo cual es necesario que las entidades garanticen la disponibilidad y calidad de los soportes de información, de manera que permitan la adecuada captura de datos clínicos y su posterior análisis. Esto resulta fundamental para la construcción de indicadores en salud confiables, que orienten la toma de decisiones, el seguimiento de resultados y la mejora continua en la atención oncológica. También, se identificó que el 92,62 % de la población con cáncer de mama no tiene registro de la aplicación de escalas de calidad de vida en el periodo, por lo cual es necesario fortalecer el registro de la información y el adecuado detalle tanto del instrumento utilizado como de los resultados obtenidos. La disponibilidad de estos datos permite realizar un seguimiento integral y contribuye a la evaluación de desenlaces centrados en el paciente y a la mejora continua de la calidad de la atención en salud.

Tabla de hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la cohorte de las personas con cáncer (continuación)

Agrupador	Descripción de hallazagos
Cáncer de próstata	Se identificó que el 24,87 % de los casos reportados por primera vez a la CAC carecen de estadificación TNM, lo que representa un área crítica de mejora, por lo que requiere acciones de capacitación continua a los médicos tratantes y actividades de sensibilización del registro de información en la historia clínica, para garantizar que todas las personas cuenten con esta clasificación internacional debidamente sustentadas en los soportes clínicos. También, se evidenció que el registro de la escala de Gleason en la historia clínica está ausente en el 3,81 % (279) de los pacientes con diagnóstico en el periodo. Esta escala constituye un elemento fundamental para la estratificación del riesgo y la definición del manejo terapéutico en este tipo de cáncer, su ausencia no solo limita la adecuada evaluación de los criterios diagnósticos, sino que también dificulta el seguimiento de la evolución clínica y la valoración de los desenlaces en los pacientes. Por otro lado, se evidenció que el registro del antígeno prostático específico (PSA) no se encuentra documentado en los soportes clínicos del 6,97 % (507) de los pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata durante el periodo evaluado. La ausencia de este biomarcador limita la adecuada monitorización de la respuesta al tratamiento, así como la evaluación de la adherencia terapéutica y la detección oportuna de posibles recaídas. En este contexto, resulta prioritario fortalecer las estrategias orientadas a garantizar la realización del registro completo y oportuno de esta información, dada su relevancia para el seguimiento clínico.
Cáncer de colon y recto	El porcentaje de ausencia de la estadificación TNM en los casos diagnosticados durante el periodo fue del 17,84 %, lo que evidencia una mejora significativa en comparación con periodos previos (30,97 % en 2023 y 23,58 % en 2024). Este avance refleja el impacto de las acciones implementadas para fortalecer la calidad del registro clínico; no obstante, se resalta la necesidad de continuar consolidando estos esfuerzos para garantizar la completitud, consistencia y oportunidad del registro de la información en los soportes clínicos, dado su papel esencial en la caracterización del estadio de la enfermedad, la definición del manejo terapéutico y el seguimiento de los desenlaces en salud. Los criterios de calidad en la patología postquirúrgica del cáncer colorrectal son fundamentales para la adecuada caracterización de la enfermedad, ya que permiten identificar micro-metástasis mediante la evaluación de los ganglios resecados, examinados y positivos, así como determinar el estado de los márgenes de resección, el tamaño tumoral y el grado histológico. No obstante, se identificó que el reporte de patología postquirúrgica en el 25,50 % (749) presenta ausencia de uno o varios de los ítems mencionados. Esta situación limita la adecuada toma de decisiones clínicas, el seguimiento de los pacientes y la evaluación de resultados en salud, por lo que se hace necesario fortalecer los procesos de registro, estandarización y control de calidad en los servicios de patología. Se identificó que el 10,39 % de los casos con cirugía curativa en el periodo no cuenta con soportes de atención por nutrición posterior al manejo quirúrgico. La atención nutricional oportuna contribuye a mejorar la recuperación clínica, reducir complicaciones y optimizar los desenlaces en salud, por lo que su integración en el seguimiento postquirúrgico resulta esencial dentro del abordaje integral del paciente oncológico.
Cáncer de cuello uterino	Se evidenció una mejora significativa en el registro de la clasificación TNM al momento del diagnóstico en los casos reportados por primera vez a la CAC, pasando de un 28,03 % en el periodo 2024 a un 10,19 % en el 2025. Este avance refleja el impacto positivo de las estrategias implementadas en materia de fortalecimiento del registro clínico. No obstante, se resalta la importancia de mantener y consolidar las acciones de capacitación continua y sensibilización dirigidas al talento humano en salud, con el fin de garantizar que la totalidad de los pacientes cuenten con esta clasificación debidamente consignada en la historia clínica, dada su relevancia para la estadificación, la toma de decisiones terapéuticas.
Cáncer de estómago	El 96,30 % de los casos con diagnóstico en el periodo no logran completar la valoración integral con equipo multidisciplinario (cirugía digestiva, oncología, radioterapia, patología, radiología, nutrición, dolor y cuidados paliativos), lo cual constituye una alerta relevante para la gestión de la cohorte. La garantía de estas valoraciones, así como su adecuado registro, es fundamental para asegurar un abordaje integral que contribuya a la recuperación y a un mejor pronóstico del paciente. En este contexto, resulta prioritario fortalecer el seguimiento y la completitud de estas atenciones dentro de los soportes clínicos. Asimismo, para los procesos de auditoría, es indispensable contar con la documentación que respalde dichas intervenciones, con el fin de garantizar la calidad, trazabilidad y confiabilidad de la información en la atención oncológica.

Tabla de hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la cohorte de las personas con cáncer (continuación)

Agrupador	Descripción de hallazagos
Cáncer de pulmón	Los estudios morfológicos e inmunológicos completos de las células y la histología del tumor en este tipo de cáncer permiten caracterizar de manera precisa la enfermedad y establecer el plan terapéutico adecuado. No obstante, en el periodo 2025 se evidenció que aumentó la ausencia de datos en los soportes clínicos relacionados con estos estudios, pasando del 85,23 % en el periodo 2024 al 96,30 % en el 2025. En este contexto, se requiere implementar estrategias dirigidas a la red de prestadores encargados del análisis de muestras de tejido pulmonar, con el fin de asegurar que los informes describan de manera detallada los hallazgos morfológicos e inmunológicos. Garantizar la calidad y completitud de estos estudios es fundamental para la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia y para optimizar los resultados en la atención oncológica.
Melanoma	En el periodo 2025 se evidenció que el 55,67 % (609) de los casos con diagnóstico en el periodo tienen ausencia de la descripción de la técnica utilizada (biopsia escisional o incisional), la cual permite al equipo clínico definir con precisión el plan terapéutico, evaluar riesgos de recurrencia y establecer estrategias de seguimiento individualizadas, contribuyendo así a la optimización de los resultados clínicos y a la mejora de la calidad de la atención oncológica.
Seguimiento a la cohorte	Las EAPB e IPS son responsable del seguimiento de los pacientes durante el periodo mediante las rutas de atención y los equipos de navegación del paciente, por lo cual la identificar brechas en la atención es prioritario. A continuación, aspectos relevantes para la gestión: • Se evidenció un aumento significativo de pacientes sin tratamiento ni seguimiento oncológico, evidente porque el registro pasó de 352.257 casos en el periodo 2024 a 371.957 casos en el periodo 2025. • Asimismo, se evidenció que 14.876 pacientes con diagnóstico en el periodo no tuvieron sustento de soportes de administración de tratamiento oncológico para los diferentes tipos de cáncer, entre los cuales se destaca el cáncer de próstata, mama, piel, órganos digestivos y glándulas tiroides y endocrinas. La inclusión de los casos con diagnóstico reciente de cáncer al seguimiento de la cohorte permite identificar la oportunidad de mejora en los datos de administración de las terapias y las estrategias de atención en salud en cada territorio. • Los pacientes pueden tener dos o más lesiones primarias de cáncer. En el periodo 2025, se evidenciaron 67.045 pacientes en esta condición, por lo cual se deben monitorear en clúster de seguimiento de la cohorte, en aras de garantizar el tratamiento y el seguimiento. • El diagnóstico de cáncer de tiroides está aumentando, ya que se identificaron 8.795 casos en el periodo 2024 y 11.179 en el periodo 2025. En este contexto, la verificación del sustento del diagnóstico con reporte de patología y la caracterización de la población permiten identificar los territorios que presentan dicho comportamiento.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0247 del 2014. Bogotá D.C.; 2014. p. 1–22. Disponible en: https://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/resolucion_minsaludps_0247_2014.htm

2. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3974 del 2009. Bogotá D.C.; 2009. p. 1–4. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/compilacion/docs/resolucion_minproteccion_3974_2009.htm

3. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Demografía y Epidemiología. Catálogo de patologías CIE-10. Actualización 26-01-2019.

4. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. Tercera Edición. Primera Revisión. [En línea]; 2016. Disponible en: https://cpage.mpr.gob.es/producto/clasificacion-internacional-de-enfermedades-para-oncologia-cie-o/

5. Monitoring health for the SDGs. The global health observatory [en línea]. Geneva: World Health Organization; (https://www.who.int/data/gho/data/themes/world-health-statistics, accessed 13 May 2024).

6. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia de indicadores de gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de mama y cuello uterino en Colombia [en línea]. Bogotá, D.C.; 2016. 1–115 p. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/indicadores-prioritarios-para-la-medicion-evaluacion-y-monitoreo-de-la-gestion-de-riesgo-por-parte-de-aseguradores-y-prestadores-en-pacientes-con-cancer-de-mama-y-cuello-uterino-en-colombia/

7. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia de indicadores de gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de próstata en Colombia [en línea]. 2017. p. 1-44. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/consenso-basado-en-evidencia-para-la-definicion-de-indicadores-prioritarios-para-la-medicion-evaluacion-y-monitoreo-de-la-gestion-de-riesgo-por-parte-de-aseguradores-y-prestadores-en-pacientes-con-ca/

8. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia de indicadores de gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer gástrico y cáncer de colon y recto en Colombia [en línea]. Bogotá, D.C.; 2017. 1–86 p. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/consenso-basado-en-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-pacientes-con-cancer-gastrico-y-cancer-de-colon-y-recto-en-colombia/

9. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia indicadores de gestión del riesgo en pacientes con cáncer de pulmón en Colombia [en línea]. Bogotá, D.C.; 2018. 1–98 p. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-pacientes-con-cancer-de-pulmon-en-colombia/

10. Cuenta de Alto Costo. Indicadores de gestión del riesgo en adultos con linfoma no Hodgkin y linfoma Hodgkin en Colombia [en línea]. Bogotá, D.C.; 2018. 1–114 p. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-adultos-con-linfoma-no-hodgkin-y-linfoma-hodgkin-en-colombia/

11. Cuenta de Alto Costo. Indicadores de gestión del riesgo en adultos con leucemia linfoide y leucemia mieloide aguda en Colombia [en línea]. Bogotá, D.C.; 2018. 1–74 p. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-adultos-con-leucemia-linfoide-aguda-y-leucemia-mieloide-aguda-en-colombia/

12. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en la evidencia para la definición de indicadores de gestión del riesgo en pacientes con melanoma cutáneo en Colombia [en línea]. Bogotá, D.C.; 2020. 1–105 p. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-para-la-definicion-de-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-pacientes-con-melanoma-cutaneo-en-colombia/

13. Cuenta de Alto Costo Consenso basado en la evidencia: Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas con mieloma múltiple atendidas en el marco del sistema de salud colombiano [en línea]. Bogotá, D.C.; 2022. 1–58 p. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/consensos/consenso-mieloma-multiple/

CAC
Cuenta de Alto Costo

1

Generalidades del cáncer

RESUMEN infográfico

Generalidades del cáncer

1

2 de enero de 2024 al 1° de enero de 2025

Descripción general de los casos reportados

En el país se notificaron **759.390 casos de cáncer.**

Se identificaron **64.480 casos nuevos reportados (CNR),** de los cuales el 93,64 % (n= 60.713) fueron invasivos.

Se informaron **38.262 fallecimientos** por todas las causas, el 90,16 % (n= 34.496) ocurrieron en personas con algún cáncer sólido - *in situ* e invasivos.

Los tipos de cáncer de mayor frecuencia, en los casos nuevos en el sexo femenino fueron: mama (24,62 %), cuello uterino (10,30 %) y colon y recto (6,68 %).

En el masculino, los más comunes fueron el de próstata (24,05 %), el de colon y recto (7,70 %) y el de estómago (5,59 %).

Morbimortalidad del cáncer general invasivo

La PCNR cruda aumentó de 111,19 por cada 100.000 habitantes en 2024 a 124,39 en el periodo 2025.

La mortalidad general estandarizada fue de 59,59 muertes por cada 100.000 habitantes (IC 95 %: 58,98 – 60,20).

Caracterización clínica de los casos nuevos

El 93,20 % de los casos nuevos fueron tumores sólidos, el 3,29 % linfomas y el 1,44 % leucemias.

La proporción de casos nuevos que no recibieron ningún tipo de tratamiento fue del 28,94 %, 6,84 puntos porcentuales menos que el periodo anterior.

Descargar infografía

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

1. Generalidades del cáncer

1.1. Descripción general de los casos reportados

En el periodo 2025, la cohorte en seguimiento alcanzó un total de 759.390 casos prevalentes en todas las edades. El número de casos nuevos reportados (CNR) de los tipos de cáncer sólido fue de 64.840, de los cuales el 93,64 % (n= 60.713) correspondió a tumores de tipo invasivo. Por otro lado, fueron informados 38.262 fallecimientos por todas las causas, de cuales el 90,16 % (n= 34.496) ocurrieron en casos con algún cáncer sólido *in situ* e invasivos. En el país, en términos de las medidas de frecuencia estandarizadas, la PCNR fue de 108,96, la prevalencia de 1.181,50 y la mortalidad general de 59,59 defunciones por 100.000 habitantes.

En cuanto a los CNR, el 56,38 % fueron mujeres, la mediana de la edad fue de 65 años (RIC: 52 - 74), el 66,55 % estaba afiliado al régimen contributivo y el 26,94 % se concentró en la región Central. En esta oportunidad, un caso prevalente de otro tipo de leucemias linfoides (CIE-10 C917) fue notificado por el fondo de atención para las personas privadas de la libertad. En la **tabla 1.1** se describen las características generales de los CNR, prevalentes y fallecidos.

Tabla 1.1. Descripción general de la población con cáncer reportada en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	CNR	Prevalentes	Fallecidos[2]
Casos totales	69.571	759.390	38.262
Casos sólidos	64.840 (93,20)	695.445 (91,58)	34.496 (90,16)
Casos invasivos	60.713 (93,64)	648.033 (93,18)	33.603 (97,41)
Medida de frecuencia estandarizada (IC 95 %)[3,4]	108,96 (108,12 - 109,81)	1.181,50 (1.178,74 - 1.184,26)	59,59 (58,98 - 60,20)
Sexo			
Femenino	39.226 (56,38)	472.012 (62,16)	20.060 (52,43)
Masculino	30.345 (43,62)	287.367 (37,84)	18.202 (47,57)
Edad (RIC)	65 (52 - 74)	65 (53 - 75)	72 (60 - 82)
Régimen del aseguramiento[5]			
Contributivo	46.302 (66,55)	516.131 (67,97)	23.065 (60,28)
Subsidiado	19.514 (28,05)	185.189 (24,39)	13.212 (34,53)
Excepción	3.358 (4,83)	40.063 (5,28)	1.249 (3,26)
Especial	195 (0,28)	2.331 (0,31)	54 (0,14)
Planes voluntarios en salud	177 (0,25)	2.412 (0,32)	22 (0,06)
No asegurado	25 (0,04)	629 (0,08)	10 (0,03)
Fondo de atención en salud para PPL	0 (0,00)	1 (0,00)	0 (0,00)
Entidades liquidadas	0 (0,00)	12.634 (1,66)	650 (1,70)
Región de residencia[5]			
Amazonía-Orinoquía	730 (1,05)	8.713 (1,15)	536 (1,40)
Bogotá, D. C.	17.115 (24,60)	182.462 (24,09)	7.847 (20,51)
Caribe	11.247 (16,17)	99.002 (13,07)	6.402 (16,73)
Central	18.741 (26,94)	226.573 (29,91)	10.732 (28,05)
Oriental	11.028 (15,85)	123.184 (16,26)	6.337 (16,56)
Pacífica	10.710 (15,39)	117.571 (15,52)	6.408 (16,75)

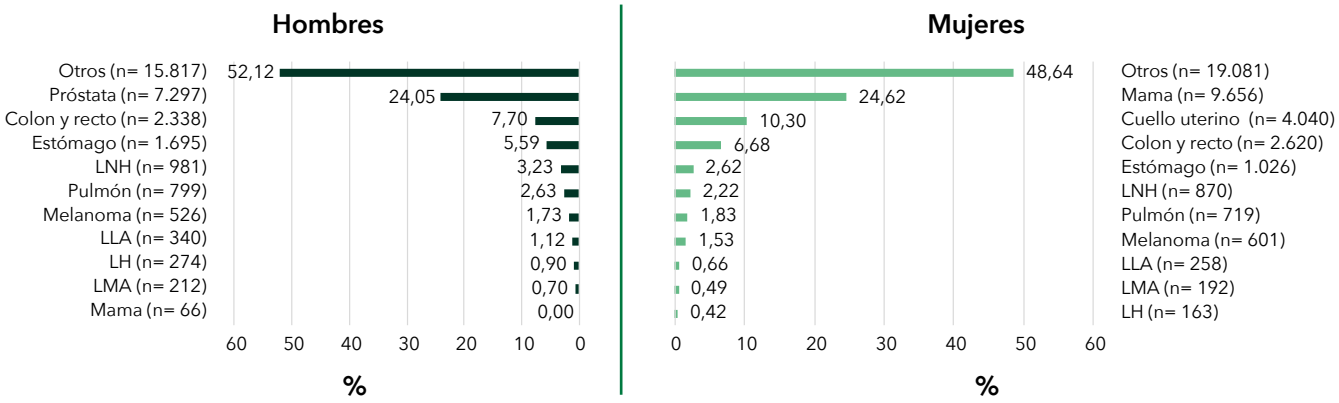
[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad, en la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).
[2] Casos fallecidos por todas las causas de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[3] Incluye los casos de las neoplasias hematológicas y los tumores sólidos invasivos en la población pediátrica, de la cohorte seguida por la CAC.
[4] Se presentan los valores estandarizados por la edad, reportados por 100.000 habitantes, con sus intervalos de confianza al 95 %. Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] La descripción de las variables sociodemográficas se realizó sobre el total de los casos sólidos (*in situ* e invasivos) y las neoplasias hematológicas.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **RIC:** rango intercuartílico.

1.2. Casos nuevos reportados de cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas

De acuerdo con la agrupación de los tipos de neoplasia por los códigos CIE-10, entre los CN el cáncer de mama fue el más frecuente (n= 9.772; 13,97 %) entre los CN, seguido por los tumores de próstata (n= 7.297; 10,49 %) y las neoplasias en colon y recto (n= 4.958; 7,13 %).

En la **figura 1.1** se observa la distribución de los casos nuevos reportados para los tipos de cáncer priorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, según el sexo. En las mujeres, el cáncer de mama (24,62 %), el de cuello uterino (10,30 %) y el de colon y recto (6,68 %) fueron los más frecuentes. Por su parte, en los hombres, los más comunes fueron los tumores de próstata (24,05 %), las neoplasias en colon y recto (7,70 %) y los de estómago (5,59 %). Es importante señalar que cerca del 50 % de los casos nuevos correspondió a otros tipos de cáncer diferentes a los priorizados, el detalle de estos se presenta en el capítulo 14 denominado "otros tipos de cáncer".

Figura 1.1. Distribución porcentual de los casos nuevos reportados según el tipo de cáncer y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2025



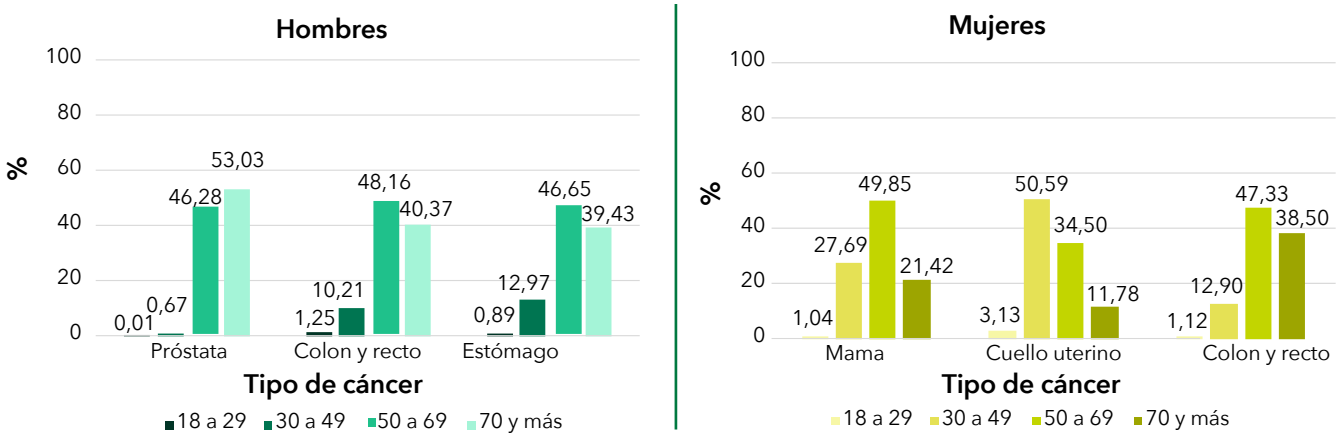
Incluye todos los casos nuevos de cáncer de todas las edades que fueron informados en el periodo.
Se muestran los 11 tipos de cáncer priorizados y la categoría "otros" que reúne los demás tipos de cáncer reportados.

Descargar figura

La **figura 1.2** muestra la distribución de los CNR para los tipos de cáncer priorizados más frecuentes por el sexo y por los grupos de edad, en las personas de 18 años o más. Particularmente, es destacable que, en los hombres, el cáncer de próstata presentó el porcentaje más alto (53,03 %) en el grupo de edad de 70 años o más, lo cual es consistente con el comportamiento de una neoplasia asociada al envejecimiento. Para las neoplasias de estómago y colorrectal, se presentó una concentración superior al 80 % en personas con 50 años o más.

En las mujeres, el rango de edad en el que se registraron más CN de cáncer de mama fue entre los 50 y los 69 años. En cuanto al cáncer de cuello uterino, la mitad de los nuevos diagnósticos se presentó en las mujeres entre los 30 y los 49 años. Por último, en las neoplasias de colon y recto, el comportamiento fue similar al rango de edades para los hombres, con una concentración de más del 80 % en mayores de 50 años.

Figura 1.2. Distribución porcentual de los CNR de cáncer invasivo para los tipos de mayor frecuencia según el sexo y el grupo de edad en el marco del aseguramiento, Colombia 2025



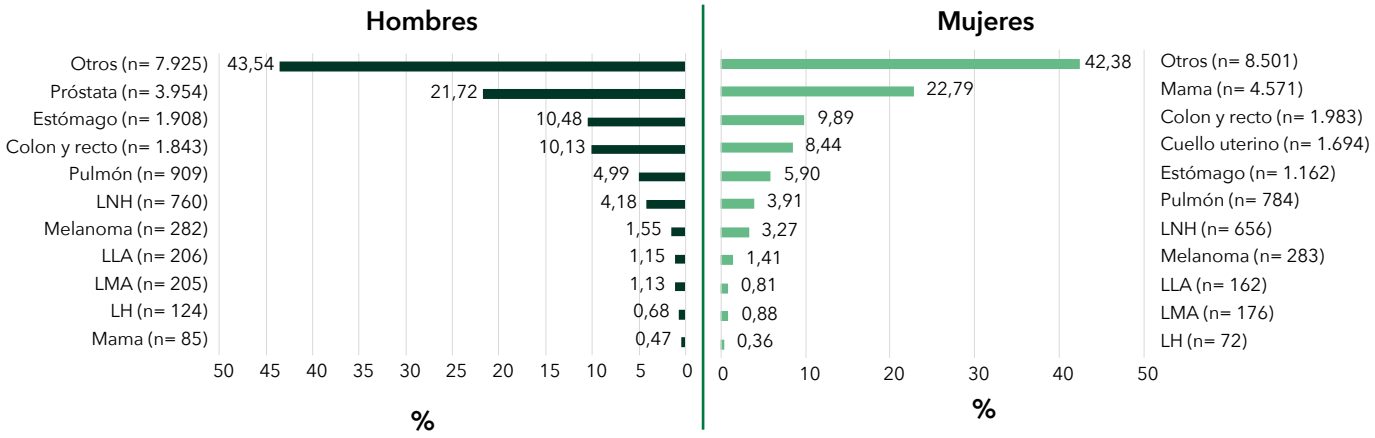
Incluye únicamente los casos invasivos en las personas de 18 años o más.

Descargar figura

1.3. Mortalidad general del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas

Como se observa en la **figura 1.3,** entre las mujeres de la cohorte en seguimiento, la mayor proporción de fallecimientos por todas las causas se registró en aquellas con cáncer de mama, colon y recto y cuello uterino. En los hombres, los tipos de cáncer en los que se reportó la mayor cantidad de muertes fueron próstata, estómago y colon y recto.

Figura 1.3. Distribución porcentual de las muertes según el tipo de cáncer y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2025



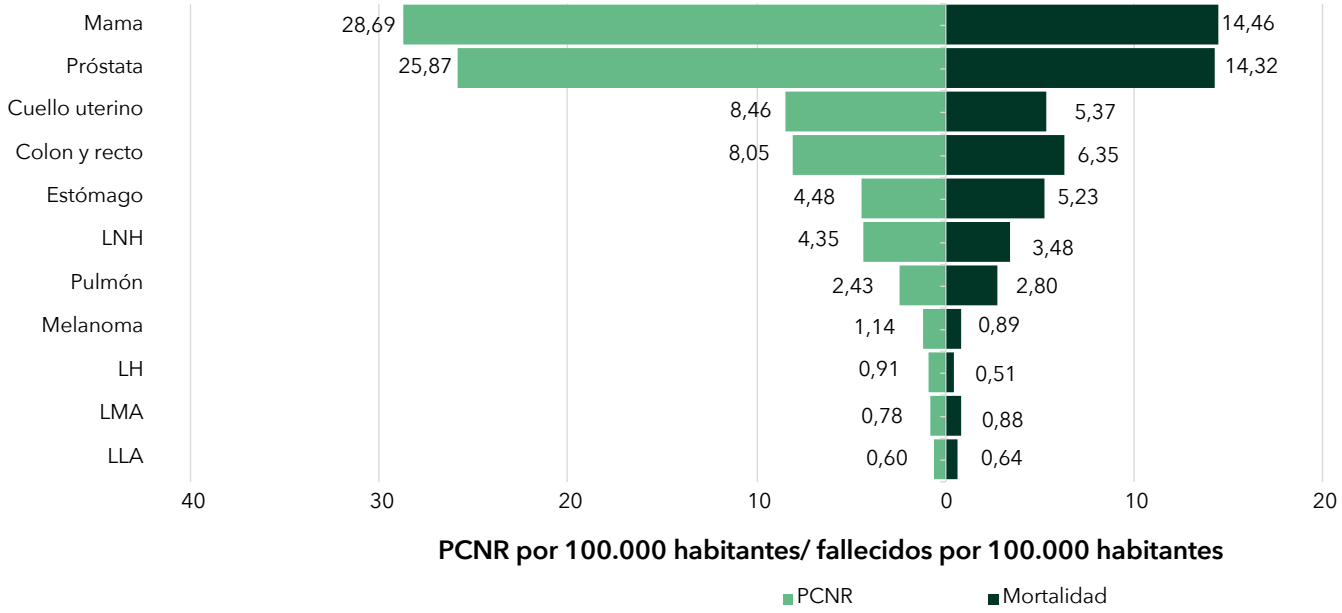
Incluye los fallecimientos por todas las causas de la cohorte en seguimiento por la CAC, independiente de la edad.
Se muestran los 11 tipos de cáncer priorizados y la categoría "otros" que reúne los demás tipos de cáncer reportados.

Descargar figura

La **figura 1.4** muestra la relación entre la PCNR y la mortalidad general estandarizadas por la edad para los 11 tipos de cáncer priorizados. Los tipos de cáncer con la mayor PCNR fueron mama, próstata y cuello uterino. De manera similar, las tasas de la mortalidad general más altas se presentaron en mama y próstata, mientras que el tercer lugar lo ocuparon los fallecimientos en pacientes con neoplasias de colon y recto. Este patrón sugiere que los tipos de tumores con mayor número de nuevos diagnósticos también aportan una gran proporción de los fallecimientos en las personas con cáncer.

No obstante, la relación entre los casos nuevos y la mortalidad por todas las causas varía según el tipo de cáncer. En cáncer de mama, próstata y cuello uterino, la cifra de CN fue superior a los fallecimientos. En cambio, en cáncer de estómago, pulmón, LMA y LLA, las defunciones fueron iguales o ligeramente superior a la PCNR, lo que podría reflejar una mayor letalidad de estas neoplasias, un diagnóstico en estadios avanzados o las diferencias en la oportunidad diagnóstica y de tratamiento.

Figura 1.4. Relación entre la PCNR y la mortalidad general en los tipos de cáncer priorizados en el marco del aseguramiento, Colombia 2025



Medidas estandarizadas por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
Incluyen los casos invasivos de los tumores sólidos y los casos de neoplasias hematológicas en adultos.
La mortalidad presentada es general, es decir, corresponde a los casos fallecidos por todas las causas de la cohorte en seguimiento por la CAC.
LNH: linfoma no Hodgkin; **LH:** linfoma Hodgkin; **LMA:** leucemia mieloide aguda; **LLA:** leucemia linfoide aguda; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados.

Descargar figura

1.4. Morbimortalidad del cáncer general en la población evaluada

1.4.1. PCNR del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según la región y la entidad territorial

Al analizar el comportamiento de la PCNR estandarizada entre las regiones, Bogotá, D. C., presentó la cifra más alta, la cual fue superior a la estimada para el país **(tabla 1.2).** Entre los departamentos, Risaralda tuvo la más alta con 133,70 casos por 100.000 habitantes (IC 95 %: 127,42 – 140,24), mientras que la más baja se presentó en Guainía con 11,11 (IC 95 %: 3,25 – 27,07).

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

Tabla 1.2. PCNR del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	710	1.544.639	45,97	55,82	51,76 - 60,11
Bogotá, D. C.	15.693	7.918.660	198,18	167,37	164,75 - 170,03
Caribe	10.772	12.130.521	88,80	90,65	88,94 - 92,38
Central	17.725	12.486.760	141,95	113,10	111,42 - 114,80
Oriental	10.450	9.966.135	104,86	90,84	89,10 - 92,62
Pacífica	10.094	8.567.038	117,82	97,99	96,07 - 99,95
Nacional	**65.444**	**52.613.753**	**124,39**	**108,96**	**108,12 - 109,81**

[1] Incluye todos los casos nuevos de cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas de la cohorte en seguimiento por la CAC, sin discriminar por el sexo, la edad o el tipo de cáncer.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La PCNR es informada por 100.000 habitantes.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

1.4.2. PCNR del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

La PCNR estandarizada fue mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado **(tabla 1.3).** Entre las entidades aseguradoras, la EAS016, con 416,53 casos nuevos por 100.000 afiliados (n= 160; IC 95 %: 351,36 – 977,18), y la EPS047, con 408,92 (n= 6; IC 95 %: 116,64 – 941,55), presentaron las proporciones estandarizadas más altas, aunque con marcadas diferencias en el número de casos y amplios intervalos de confianza. Por el contrario, las entidades con la PCNR más bajas en el periodo fueron la ESS062 y la EPSI03 con 16,00 (n= 283, IC 95 % 14,16 – 18,03) y 10,20 (n= 56, IC 95 % 7,68 – 13,28) casos por cada 100.000 afiliados, en ese orden.

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 1.3. PCNR del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	43.089	28.511.097	151,13	119,49	118,35 - 120,64
Subsidiado	18.764	20.558.122	91,27	75,72	74,62 - 76,83
Excepción	3.239	2.096.836	154,47	98,03	94,51 - 101,67
Especial	188	40.687	462,06	178,38	124,70 - 249,26
Planes voluntarios en salud	139	SD	SD	SD	SD
No asegurado	25	SD	SD	SD	SD
Fondo de atención en salud para PPL	0	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye todos los casos nuevos de cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas de la cohorte en seguimiento por la CAC, sin discriminar por el sexo, la edad o el tipo de cáncer.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La PCNR es informada por cada 100.000 afiliados.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud y en el Fondo de atención en salud para PPL, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **PPL:** personas privadas de la libertad; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

1.4.3. Prevalencia del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según la región y la entidad territorial

La región con la prevalencia estandarizada más alta fue Bogotá, D. C., mientras que la más baja se presentó en la región Amazonía-Orinoquía **(tabla 1.4).** Además, la prevalencia estimada para Bogotá, D. C., fue superior a la nacional. Por su parte, al analizar las entidades territoriales, después de Bogotá, D. C., Risaralda presentó la mayor prevalencia, con 1.646,12 casos por 100.000 habitantes (IC 95 %: 1.624,09 – 1.668,40). En contraste, la menor estimación correspondió al departamento de Guainía, con 231,60 casos por 100.000 habitantes (IC 95 %: 184,51 – 286,49).

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

Tabla 1.4. Prevalencia del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia cruda[3]	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	8.048	1.544.639	521,03	629,74	615,95 - 643,75
Bogotá, D. C.	171.043	7.918.660	2.160,00	1.822,76	1.814,09 - 1.831,47
Caribe	93.525	12.130.521	770,99	783,84	778,82 - 788,89
Central	213.130	12.486.760	1.706,85	1.361,09	1.355,24 - 1.366,96
Oriental	115.998	9.966.135	1.163,92	1.006,07	1.000,25 - 1.011,92
Pacífica	110.234	8.567.038	1.286,72	1.060,09	1.053,76 - 1.066,46
Nacional	**711.978**	**52.613.753**	**1.353,22**	**1.181,50**	**1.178,74 - 1.184,26**

[1] Incluye todos los casos de cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas de la cohorte en seguimiento por la CAC, sin discriminar por el sexo, la edad o el tipo de cáncer.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La prevalencia es informada por cada 100.000 habitantes.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

1.4.4. Prevalencia del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada fue significativamente mayor en el régimen contributivo con respecto al subsidiado, con una diferencia de 629,07 casos por cada 100.000 afiliados **(tabla 1.5).** Entre tanto, los valores más altos se presentaron en las entidades: EAS016, EPS001 y EPS046 con 3.646,53, 1.972,49 y 1.797,14, respectivamente. En contraste, las medidas más bajas se calcularon en la EPSI04 (352,99), la EPSI03 (355,48) y la EPSI01 (380,09). Todas las EAPB de los regímenes contributivo y subsidiado, reportaron casos prevalentes de cáncer.

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 1.5. Prevalencia del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia cruda[3]	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	483.080	28.511.097	1.694,36	1.330,05	1.326,27 - 1.333,85
Subsidiado	173.985	20.558.122	846,31	700,98	697,63 - 704,35
Excepción	38.146	2.096.836	1.819,22	1.144,92	1.132,88 - 1.157,08
Especial	2.204	40.687	5.416,96	1.640,84	1.517,71 - 1.775,19
Planes voluntarios en salud	2.138	SD	SD	SD	SD
No asegurado	609	SD	SD	SD	SD
Fondo de atención en salud para PPL	1	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	11.815	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye todos los casos nuevos de cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas de la cohorte en seguimiento por la CAC, sin discriminar por el sexo, la edad o el tipo de cáncer.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La PCNR es informada por 100.000 afiliados.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud, el Fondo de atención en salud para PPL y en las entidades liquidadas, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos reportados para el periodo.
PPL: personas privadas de la libertad; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

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

Para la cohorte en seguimiento, la mortalidad general estandarizada más alta según la región de residencia se estimó en Bogotá, D. C., mientras que la más baja se presentó en la Amazonía-Orinoquía **(tabla 1.6).** Entre ambas regiones se calculó una diferencia absoluta de 37,41 muertes por 100.000 habitantes. Al analizar por las entidades territoriales, después de Bogotá, D. C., Risaralda presentó la segunda mortalidad más alta, con 73,21 muertes por 100.000 habitantes (IC 95 %: 68,81 - 77,84). En contraste, la menor mortalidad se evidenció en el departamento de Vaupés, con 16,46 muertes por 100.000 habitantes (IC 95 %: 4,96 - 39,34).

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

Tabla 1.6. Mortalidad general del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Muertes[1]	Denominador[2]	Mortalidad cruda[3]	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	520	1.544.639	33,66	42,26	38,68 - 46,06
Bogotá, D. C.	7.664	7.918.660	96,78	79,67	77,89 - 81,49
Caribe	6.254	12.130.521	51,56	51,64	50,36 - 52,93
Central	10.475	12.486.760	83,89	63,26	62,04 - 64,50
Oriental	6.193	9.966.135	62,14	51,49	50,21 - 52,80
Pacífica	6.263	8.567.038	73,11	56,69	55,28 - 58,14
Nacional	**37.369**	**52.613.753**	**71,03**	**59,59**	**58,98 - 60,20**

[1] Incluye todos los casos de cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas de la cohorte en seguimiento por la CAC, sin discriminar por el sexo, la edad o el tipo de cáncer.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La mortalidad es informada por 100.000 habitantes.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

1.4.6. Mortalidad general en las personas con cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

En la cohorte en seguimiento, la mortalidad general estandarizada en las personas con cáncer invasivo fue mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado **(tabla 1.7).** Al analizar por la EAPB, las cifras más altas se observaron en la EAS016 (218,67 muertes por 100.000 afiliados; n= 34; IC 95 % 42,10 – 931,36), la EAS027 (141,54; n= 149; IC 95 % 35,21 – 381,96) y la EPSS34 (93,25; n= 1.591; IC 95 % 88,52 – 98,18). Por el contrario, la EPSI01, la EPSI06 y la ESS062 reportaron las medidas más bajas en el periodo (23,49, 27,79 y 28,40 defunciones por 100.000 afiliados). La EPS047 no reportó fallecimientos por cualquier causa en las personas con diagnóstico de cáncer para este periodo.

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 1.7. Mortalidad general del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Muertes[1]	Denominador[2]	Mortalidad cruda[3]	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	22.462	28.511.097	78,78	59,22	58,44 - 60,01
Subsidiado	12.979	20.558.122	63,13	49,18	48,32 - 50,06
Excepción	1.222	2.096.836	58,28	34,56	32,55 - 36,68
Especial	51	40.687	125,35	23,13	16,42 - 48,44
Planes voluntarios de salud	21	SD	SD	SD	SD
No asegurado	10	SD	SD	SD	SD
Fondo de atención en salud para PPL	0	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	624	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas de la cohorte en seguimiento por la CAC, sin discriminar por el sexo, la edad o el tipo de cáncer.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La mortalidad es informada por 100.000 afiliados.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud, el Fondo de atención en salud para PPL y en las entidades liquidadas, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.
PPL: personas privadas de la libertad; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

1.4.7. Evolución del registro de cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas en el aseguramiento en Colombia

Como se observa en la **figura 1.5,** la prevalencia y la PCNR aumentaron en 15,89 % y 11,03 %, respectivamente, mientras que la mortalidad general registró un aumento del 8,54 %. Aunque las tres medidas de morbimortalidad muestran una tendencia creciente, este comportamiento es más marcado en la prevalencia. Desde 2015 se observa una acumulación progresiva de casos, posiblemente relacionada con factores que favorecen la supervivencia de las personas diagnosticadas con cáncer a lo largo del tiempo. Por su parte, el aumento en la mortalidad debe interpretarse considerando también el incremento en la prevalencia y en los casos nuevos reportados.

Figura 1.5. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2025



Incluye todos los casos de cáncer sólido invasivo y neoplasias hematológicas de la cohorte en seguimiento por la CAC, sin discriminar por la edad o el tipo de cáncer.
Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 100.000 habitantes.
Mortalidad: corresponde al número de casos fallecidos por todas las causas de la cohorte en seguimiento por la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

Descargar figura

1.5. Caracterización de los casos nuevos reportados de cáncer

1.5.1. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer

La **tabla 1.8** describe las características clínicas de los CNR. En general dentro de los casos diagnosticados en el periodo, la mayoría estaba afiliado al régimen contributivo y la mayor proporción correspondió a tumores sólidos, seguidos de los linfomas. Este patrón es similar entre los regímenes de afiliación.

En cuanto a la estadificación clínica, el 57,95 % de los tumores sólidos fueron clasificados al momento del diagnóstico, siendo esta proporción mayor en los casos pertenecientes a los planes voluntarios de salud (n= 152), en contraste con los del régimen subsidiado con estadificación, pero con menor proporción, respecto del total de casos nuevos (n= 10.799). En los linfomas, el porcentaje de estadificación alcanzó un 71,15 % de los CNR, dentro de estos la mayoría se encontraban en estadio avanzado. Adicionalmente, de los CN de las leucemias que contaron con clasificación del riesgo (n= 714) el 49,44 % estaba en riesgo alto, al momento de su diagnóstico.

Debe considerarse que, en términos generales, los estadios I y II corresponden a fases tempranas de la enfermedad. No obstante, existen Excepciónes en algunos tipos de cáncer, como cuello uterino y pulmón, en los cuales la enfermedad puede clasificarse como avanzada desde el estadio II, debido a su pronóstico desfavorable y a la elevada mortalidad asociada a estos tumores. Por su parte, los casos identificados en estadios III

y IV suelen considerarse enfermedad en etapa tardía. Mientras que, en los linfomas, se suele hacer referencia a enfermedad limitada y enfermedad avanzada, con diferencias entre los linfomas Hodgkin y los no Hodgkin.

Tabla 1.8. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento					Total[2]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	Planes voluntarios de salud	
	n= 46.302	n= 19.514	n= 3.358	n= 195	n= 177	n= 69.571
	(66,55 %)	(28,05 %)	(4,83 %)	(0,28 %)	(0,25 %)	(100,00 %)
Extensión[3]						
In situ	3.213 (7,45)	750 (4,13)	119 (3,78)	7 (4,02)	38 (21,84)	4.127 (6,36)
Invasivo	39.930 (92,55)	17.425 (95,87)	3.032 (96,22)	167 (95,98)	136 (78,16)	60.713 (93,64)
Clasificación general[4]						
Tumores sólidos	43.143 (93,18)	18.175 (93,14)	3.151 (93,84)	174 (89,23)	174 (98,31)	64.840 (93,20)
Linfomas	1.587 (3,43)	567 (2,91)	123 (3,66)	9 (4,62)	1 (0,56)	2.288 (3,29)
Leucemias	616 (1,33)	352 (1,80)	28 (0,83)	3 (1,53)	2 (1,13)	1.002 (1,44)
Otros hematológicos	956 (2,06)	420 (2,15)	56 (1,67)	9 (4,62)	0 (0,00)	1.441 (2,07)
Estadificación (sí)[5]						
Tumores sólidos	25.062 (58,09)	10.799 (59,42)	1.469 (46,62)	84 (48,28)	152 (87,36)	37.576 (57,95)
Linfomas	1.147 (72,27)	386 (68,08)	86 (69,92)	7 (77,78)	1 (100,00)	1.628 (71,15)
Estadio al diagnóstico (tumores sólidos)[5,6]						
In situ	3.361 (13,41)	851 (7,88)	128 (8,71)	12 (14,29)	41 (26,98)	4.393 (11,69)
I	5.844 (23,32)	1.686 (15,61)	345 (23,49)	25 (29,76)	44 (28,95)	7.944 (21,14)
II	6.615 (26,39)	2.788 (25,82)	439 (29,88)	21 (25,00)	46 (30,26)	9.911 (26,38)
III	4.984 (19,89)	2.924 (27,08)	285 (19,40)	7 (8,33)	18 (11,84)	8.222 (21,88)
IV	4.250 (16,96)	2.546 (23,58)	272 (18,52)	19 (22,62)	3 (1,97)	7.094 (18,88)
V[7]	8 (0,03)	4 (0,03)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	12 (0,03)
Estadio al diagnóstico (linfomas)[6]						
Enfermedad limitada	318 (27,73)	106 (27,46)	30 (34,88)	2 (28,57)	0 (0,00)	456 (28,01)
Enfermedad avanzada	823 (71,75)	273 (70,73)	56 (65,12)	5 (71,43)	1 (100,00)	1.159 (71,19)
Extraganglionar	6 (0,52)	7 (1,81)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	13 (0,80)
Clasificación del riesgo (sí)[8]						
Leucemias agudas	436 (70,78)	256 (72,73)	16 (57,14)	3 (100,00)	2 (100,00)	714 (71,26)
Linfomas	995 (62,70)	344 (60,67)	64 (52,03)	5 (55,56)	0 (0,00)	1.409 (61,58)
Clasificación del riesgo (leucemias agudas)[8]						
Estándar	77 (17,66)	54 (21,09)	1 (6,25)	1 (33,33)	0 (0,00)	134 (18,77)
Intermedio	144 (33,03)	75 (29,30)	6 (37,50)	0 (0,00)	2 (100,00)	227 (31,79)
Alto	215 (49,31)	127 (49,61)	9 (56,25)	2 (66,67)	0 (0,00)	353 (49,44)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables.
[2] Para los valores totales se tienen en cuenta 25 casos en la población no asegurada.
[3] Definida según el código CIE-10 solo en tumores sólidos.
[4] Definida según el código CIE-10.
[5] Definida según la clasificación TNM.
[6] Incluye todos los casos nuevos informados en el periodo, que fueron estadificados, sin discriminar por el sexo o la edad. En el caso de los linfomas, la enfermedad limitada corresponde a los estadios I y II y, la enfermedad avanzada a los III-IV, de acuerdo con la clasificación Ann Arbor-Lugano. Los tumores linfáticos extraganglionares incluyen: extranodal, primario del sistema nervioso central, primario mediastinal o primario de otros órganos.
[7] Corresponde a 12 casos de neoplasias no priorizadas, clasificadas como otros tipos de cáncer.
[8] Los grupos de riesgo citogenético-molecular fueron definidos según la guía de práctica clínica colombiana para las leucemias.

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

En la **tabla 1.9** se describe el tratamiento administrado a los casos nuevos y su ubicación temporal según el régimen del aseguramiento. Para este análisis, no se tuvo en cuenta si el tratamiento fue prescrito de forma concomitante con otra de las alternativas terapéuticas.

La cirugía fue la opción de tratamiento más frecuente, indicada principalmente en el manejo inicial de la enfermedad, con algunas diferencias entre regímenes de afiliación y con un porcentaje importante en los planes voluntarios de salud. La terapia sistémica fue la opción de tratamiento en cerca del 38 % de los casos nuevos, su indicación estuvo orientada como neoadyuvancia principalmente (35,45 %), seguida del uso como terapia inicial curativa (27,03 %) y como tercera opción de tratamiento su elección fue en el contexto de adyuvancia (22,20 %). Por otra parte, la radioterapia fue el tratamiento de elección en el 11,79 % de los casos nuevos, con un uso similar entre adyuvancia y terapia inicial curativa. La proporción de casos nuevos que no recibió ningún tipo de tratamiento fue de 28,94 %. Este porcentaje incluye diferentes situaciones, como aquellos que fueron diagnosticados cerca de la fecha de corte, aquellos que estaban en observación, los que estaban en manejo por cuidado paliativo o quienes fallecieron antes del inicio del tratamiento, entre otras causas. Sin embargo, para el 2025, este porcentaje presentó una disminución de 6,84 puntos porcentuales, respecto al periodo anterior.

Tabla 1.9. Caracterización del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Tratamiento/ubicación temporal[1,2,3]	Régimen del aseguramiento					Total[4]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	Planes voluntarios de salud	
	n= 46.302	n= 19.514	n= 3.358	n= 195	n= 177	n= 69.571
	(66,55 %)	(28,05 %)	(4,83 %)	(0,28 %)	(0,25 %)	(100,00 %)
Cirugía (sí)	21.509 (46,79)	6.657 (34,53)	1.195 (36,23)	79 (41,15)	121 (68,36)	29.563 (42,88)
Manejo inicial	21.356 (99,29)	6.582 (98,87)	1.176 (98,41)	77 (97,47)	121 (100,00)	29.314 (99,16)
Manejo de recaída	17 (0,08)	5 (0,08)	3 (0,25)	0 (0,00)	0 (0,00)	25 (0,09)
Manejo de enfermedad metastásica	135 (0,63)	70 (1,05)	16 (1,34)	2 (2,53)	0 (0,00)	223 (0,75)
Sin información	1 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,00)
Terapia sistémica (sí)[5]	16.505 (35,90)	8.282 (42,96)	1.043 (31,63)	63 (32,81)	93 (52,54)	25.995 (37,71)
Neoadyuvancia	5.830 (35,32)	2.967 (35,82)	364 (34,90)	10 (15,87)	41 (44,09)	9.216 (35,45)
Tratamiento inicial curativo (sin cirugía)	4.330 (26,23)	2.395 (28,92)	269 (25,79)	20 (31,75)	7 (7,53)	7.025 (27,03)
Adyuvancia	3.873 (23,47)	1.595 (19,26)	240 (23,01)	20 (31,75)	44 (47,31)	5.772 (22,20)
Manejo de enfermedad metastásica	953 (5,78)	419 (5,06)	78 (7,48)	5 (7,93)	0 (0,00)	1.456 (5,60)
Manejo paliativo	1.519 (9,20)	906 (10,94)	92 (8,82)	8 (12,70)	1 (1,07)	2.526 (9,72)
Radioterapia (sí)	5.263 (11,45)	2.500 (12,97)	310 (9,40)	16 (8,33)	37 (20,90)	8.128 (11,79)
Neoadyuvancia	1.005 (19,10)	507 (20,28)	90 (29,03)	1 (6,25)	0 (0,00)	1.603 (19,72)
Tratamiento inicial curativo (sin cirugía)	1.570 (29,83)	971 (38,84)	74 (23,87)	6 (37,50)	2 (5,41)	2.625 (32,30)
Adyuvancia	1.992 (37,85)	555 (22,20)	102 (32,90)	7 (43,75)	35 (94,59)	2.691 (33,11)
Manejo de enfermedad metastásica	337 (6,40)	172 (6,88)	23 (7,42)	1 (6,25)	0 (0,00)	533 (6,56)
Manejo paliativo	270 (5,13)	250 (10,00)	14 (4,52)	1 (6,25)	0 (0,00)	535 (6,58)
Sin información	89 (1,69)	45 (1,80)	7 (2,26)	0 (0,00)	0 (0,00)	141 (1,73)
Sin tratamiento[6]	12.588 (27,19)	6.123 (31,38)	1.330 (39,61)	68 (34,87)	10 (5,65)	20.132 (28,94)

[1] No se tuvo en cuenta si el tratamiento fue prescrito de forma concomitante con otra de las alternativas terapéuticas.
[2] La ubicación temporal se definió según el instructivo de reporte y corresponde al primer o único tratamiento/esquema recibido en el periodo para cada alternativa terapéutica (cirugía, terapia sistémica o radioterapia).
[3] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables.
[4] Para los valores totales se tienen en cuenta 25 casos en la población no asegurada.
[5] En este grupo se incluye la quimioterapia y otras terapias sistémicas.
[6] Corresponde a los casos que no recibieron tratamiento por múltiples causas dentro de las que se encuentran: diagnósticos cerca a la fecha de corte, personas bajo observación, fallecidos antes de iniciar un tratamiento, entre otras.

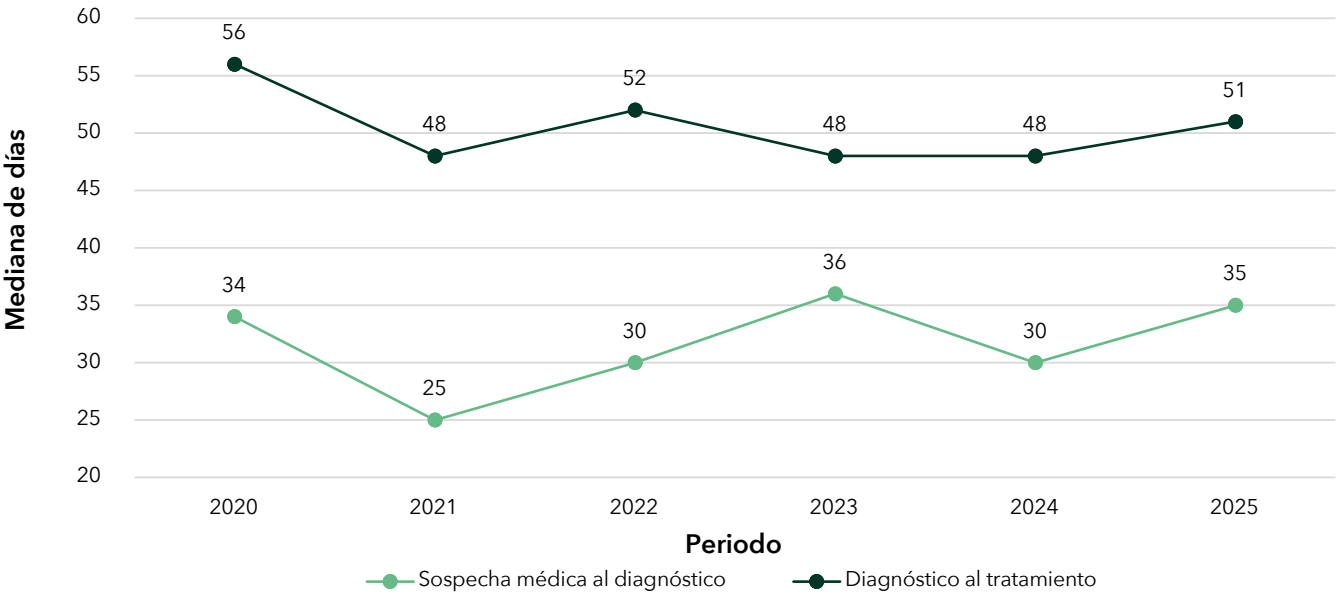
1.5.3. Oportunidad de la atención en los casos nuevos reportados de cáncer

La operacionalización de la oportunidad de la atención fue definida previamente en la sección de aspectos metodológicos. En la **figura 1.6** se observa la tendencia de la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento para los CNR de cáncer en el país.

La mediana del tiempo de espera desde la sospecha clínica hasta el resultado de la histopatología fue de 35 días, mientras que entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento fue de 51. Estos resultados muestran que, de manera constante, el intervalo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento representa la mayor demora en el ciclo de atención de los casos nuevos de cáncer, con medianas superiores a los 48 días durante el tiempo de seguimiento. En contraste, el tiempo entre la sospecha médica y el diagnóstico presenta medianas que no superan los 36 días a lo largo de todos los periodos de seguimiento aunque con mayor variabilidad entre estos, lo que indica un menor tiempo para la confirmación diagnóstica.

En conjunto, los datos sugieren que el principal reto no se concentra en el intervalo diagnóstico, sino en el proceso posterior a este, es decir, en el acceso efectivo al tratamiento. No obstante, el tiempo hasta el diagnóstico también requiere seguimiento, con el fin de mantener un lapso menor a los 30 días.

Figura 1.6. Tendencia de la oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 – 2025



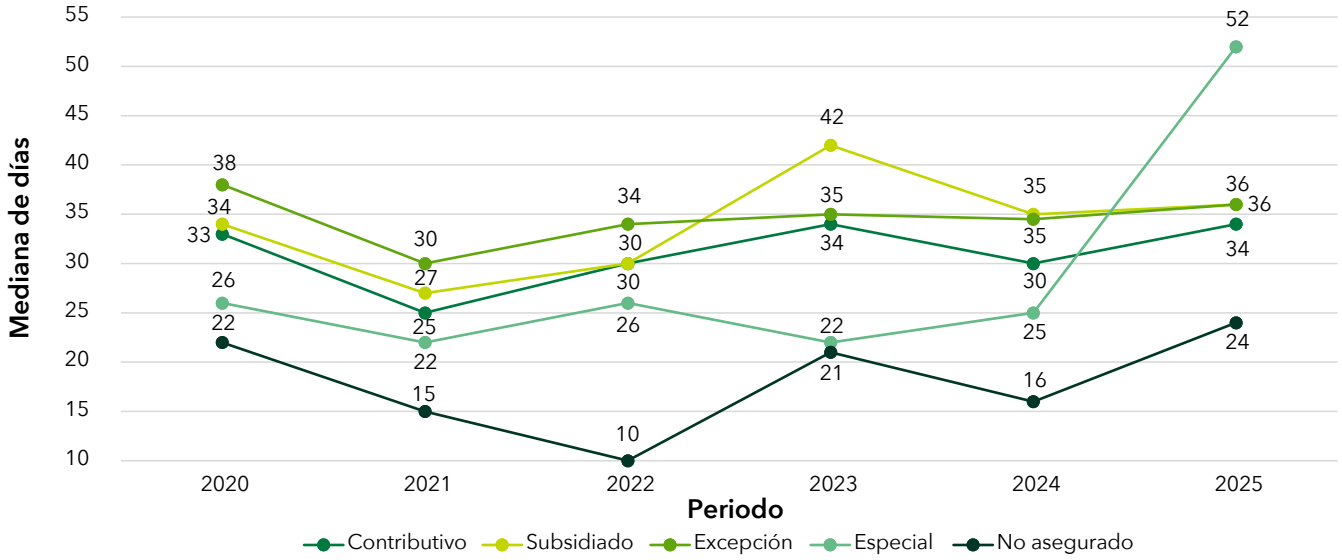
Incluye cáncer *in situ* e invasivo, ambos sexos, todas las edades y tipos de cáncer reportados.
La media (desviación estándar) para la sospecha medica al diagnóstico en el 2025 fue: 58,67 días (± 72,55); la media (desviación estándar) entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en el 2025 fue: 65,39 días (± 55,43).
La mediana (rango intercuartílico) para la sospecha medica al diagnóstico en el 2025 fue: 35 días (RIC: 17 - 69); la mediana (rango intercuartílico) entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en el 2025 fue: 51 días (RIC: 25 – 92).

Descargar figura

En las **figuras 1.7 y 1.8** se presentan el seguimiento a la oportunidad diagnóstica y del tratamiento entre los periodos 2020 y 2025, según el régimen del aseguramiento. Con respecto al periodo anterior, la mediana del tiempo hasta la confirmación diagnóstica aumento en todos los regímenes.

El principal cambio se observó en el régimen especial, en el cual la mediana se duplicó y alcanzó el mayor tiempo de espera entre los regímenes durante el periodo de análisis. En contraste, la mediana más baja se registró en los pacientes no asegurados; sin embargo, esta diferencia debe analizarse a la luz del menor número de casos reportados en este grupo.

Figura 1.7. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de cáncer según el régimen del aseguramiento, Colombia 2020 – 2025

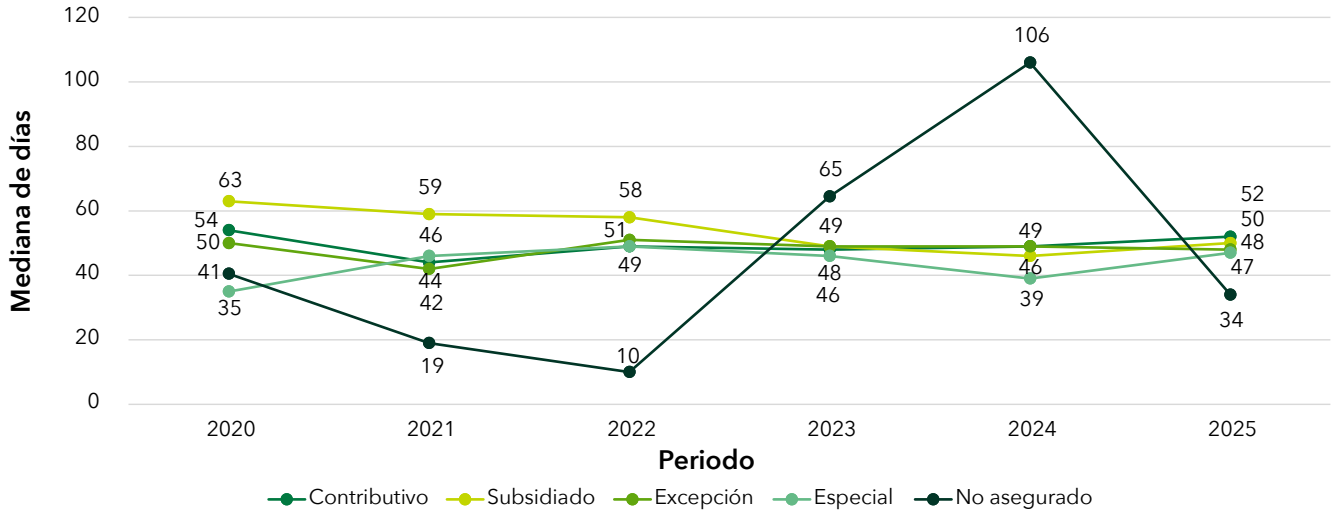


Incluye cáncer *in situ* e invasivo, ambos sexos, todas las edades y tipos de cáncer reportados.
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: contributivo 55,33 días (± 66,46), subsidiado 65,37 días (± 82,51), excepción 70,63 días (± 92,75), especial 39,04 días (± 76,78) y no asegurado 34,60 días (± 34,52).
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: contributivo 34 días (RIC: 14 - 64), subsidiado 36 días (RIC: 18 - 79), excepción 36 días (RIC: 15 – 82), especial 52 días (RIC: 15 – 93) y no asegurado 24 días (RIC: 18 – 26).

Descargar figura

En cuanto a la oportunidad del tratamiento, los regímenes de afiliación presentaron una tendencia relativamente estable en comparación con el periodo 2024. La variación más importante se observó en los casos no asegurados, grupo que históricamente ha mostrado mayores fluctuaciones durante el seguimiento, en concordancia con las barreras que pueden presentarse para el acceso efectivo al tratamiento.

Figura 1.8. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de cáncer según el régimen del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025



Incluye cáncer *in situ* e invasivo, ambos sexos, todas las edades y tipos de cáncer reportados.
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: contributivo 66,36 días (± 55,48), subsidiado 64,17 días (± 55,99), excepción 60,67 días (± 51,68), especial 59,38 días (± 53,19) y no asegurado 45,30 días (± 43,78).
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: contributivo 52 días (RIC: 26 - 93), subsidiado 50 días (RIC: 22 - 91), excepción 48 días (RIC: 23 - 85), especial 47 días (RIC: 14 - 80) y no asegurado 35 días (RIC: 3 - 84).

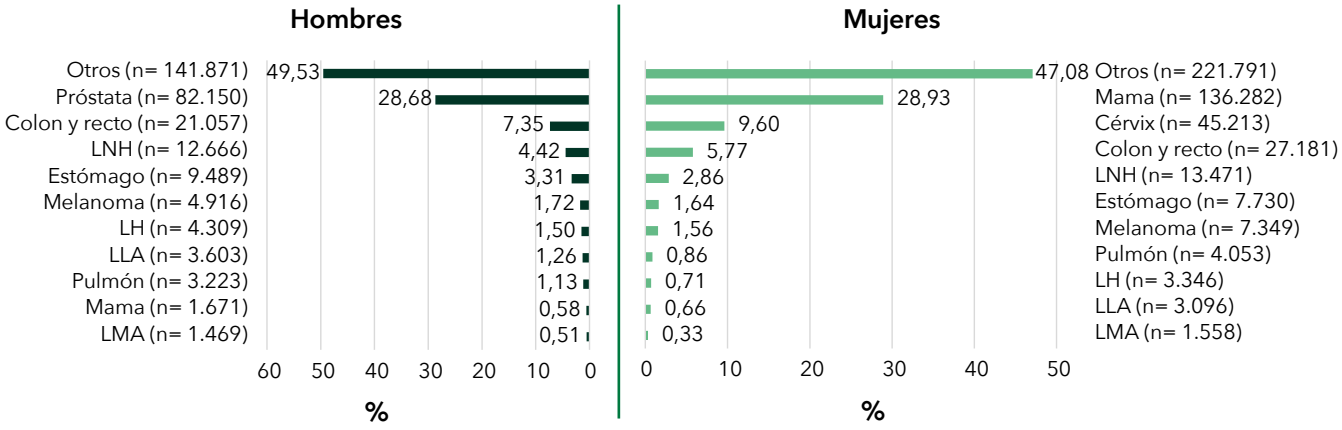
Descargar figura

1.6. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer

1.6.1. Caracterización clínica de los casos prevalentes de cáncer reportados

Del total de casos en seguimiento, el 91,72 % (n= 694.763) de los casos prevalentes correspondió a tumores sólidos y, de ellos, el 93,18 % (n= 647.353) fue clasificado de tipo invasivo. La **figura 1.9** muestra la distribución según el sexo y el tipo de cáncer, excluyendo aquellos que no son priorizados según el Ministerio de Salud y Protección Social. El cáncer de próstata se mantiene como el más frecuente en los hombres, seguido por el de cáncer de colon y recto y el LNH. Entre tanto, el cáncer de mama, el de cuello uterino y el de colon y recto, fueron las neoplasias con mayor prevalencia entre las mujeres.

Figura 1.9. Distribución porcentual de los casos prevalentes según el tipo de cáncer priorizado y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2025



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

Descargar figura

1.6.2. Caracterización del tratamiento en los casos prevalentes de cáncer

La **tabla 1.10** presenta la distribución de los tipos de tratamiento recibidos por los casos prevalentes y su ubicación temporal, según el régimen del aseguramiento. La información presentada refleja la administración no excluyente de las diferentes alternativas terapéuticas durante el periodo.

En el periodo de análisis, las terapias sistémicas fueron el tratamiento con mayor indicación, en especial cuando su elección fue como adyuvancia (29,59 %), mientras que se prescribió como neoadyuvancia en un 23,26 % y como opción de manejo inicial en un 19,64 %.

De otra parte, el 7,95 % de los casos prevalentes fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos, principalmente como manejo inicial de la neoplasia y en porcentajes mínimos en situación de recaída o enfermedad en estado metastásico. De los casos que recibieron radioterapia, el 34,00 % correspondió a su uso como adyuvancia, seguida de su uso como primera opción de tratamiento 25,82 %.

De acuerdo con el régimen del aseguramiento, los casos del subsidiado mostraron una mayor proporción en la administración de terapia sistémica y radioterapia, en comparación con los casos del contributivo, aunque las indicaciones de manejo tuvieron un comportamiento similar al presentado en el cálculo nacional.

El porcentaje de casos prevalentes que no reportó algún tipo de terapia administrada durante el periodo fue menor al registrado en el periodo anterior. Es importante señalar que este grupo incluye los casos que finalizaron el tratamiento inicial y se encuentran en seguimiento (31,92 %), aquellos que abandonaron el tratamiento (41,85 %), quienes tuvieron indicación de manejo paliativo con otras terapias (2,79 %), los fallecidos en el periodo (6,99 %), se encuentran en manejo expectante antes de iniciar el tratamiento (1,75 %), entre otras causas menos frecuentes.

Tabla 1.10. Caracterización del tratamiento prescrito en los casos prevalentes en el periodo según el régimen del aseguramiento, 2025

Tratamiento/ubicación temporal[1,2,3]	Régimen del aseguramiento					Total[4,5]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	Planes voluntarios de salud	
	n= 516.131	n= 185.189	n= 40.063	n= 2.331	n= 2.412	n= 746.756
	(69,12 %)	(24,80 %)	(5,36 %)	(0,31 %)	(0,32 %)	(100,00 %)
Cirugía (sí)	42.248 (8,21)	13.867 (7,51)	2.690 (6,78)	176 (7,62)	175 (7,26)	59.158 (7,95)
Manejo inicial	41.081 (97,24)	13.480 (97,21)	2.582 (95,99)	166 (94,32)	175 (100)	57.486 (97,17)
Manejo de recaída	569 (1,35)	176 (1,27)	66 (2,45)	5 (2,84)	0 (0,00)	816 (1,38)
Manejo de enfermedad metastásica	597 (1,41)	211 (1,52)	42 (1,56)	5 (2,84)	0 (0,00)	855 (1,45)
Sin información	1 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,00)
Terapia sistémica (sí)[6]	87.529 (17,01)	37.069 (20,09)	7.759 (19,54)	421 (18,22)	772 (32,02)	133.565 (17,95)
Neoadyuvancia	19.354 (22,11)	9.311 (25,12)	2.223 (28,65)	113 (26,84)	70 (9,07)	31.075 (23,26)
Tratamiento inicial curativo (sin cirugía)	16.513 (18,87)	8.207 (22,14)	1.404 (18,09)	56 (13,30)	46 (5,96)	26.231 (19,64)
Adyuvancia	26.989 (30,83)	9.857 (26,59)	1.934 (24,93)	101 (23,99)	635 (82,25)	39.519 (29,59)
Manejo de recaída	5.308 (6,06)	1.671 (4,51)	532 (6,86)	44 (10,45)	2 (0,26)	7.558 (5,66)
Manejo de enfermedad metastásica	6.149 (7,03)	2.140 (5,77)	358 (4,61)	36 (8,55)	14 (1,81)	8.699 (6,51)
Manejo paliativo	6.938 (7,93)	4.312 (11,63)	564 (7,27)	42 (9,98)	3 (0,39)	11.859 (8,88)
Sin información	6.278 (7,17)	1.571 (4,24)	744 (9,59)	29 (6,89)	2 (0,26)	8.624 (6,46)
Radioterapia (sí)	15.695 (3,05)	6.835 (3,70)	931 (2,35)	39 (1,68)	49 (2,03)	23.555 (3,17)
Neoadyuvancia	2.169 (13,82)	1.103 (16,14)	187 (20,09)	3 (7,69)	1 (2,04)	3.463 (14,70)
Tratamiento inicial curativo (sin cirugía)	3.787 (24,13)	2.088 (30,55)	191 (20,52)	11 (28,21)	2 (4,08)	6.082 (25,82)
Adyuvancia	5.733 (36,53)	1.944 (28,44)	271 (29,11)	14 (35,90)	45 (91,84)	8.009 (34,00)
Manejo de recaída	603 (3,84)	103 (1,51)	46 (4,94)	2 (5,13)	0 (0,00)	754 (3,20)
Manejo de enfermedad metastásica	1.640 (10,44)	557 (8,15)	68 (7,30)	2 (5,13)	1 (2,04)	2.269 (9,63)
Manejo paliativo	891 (5,68)	624 (9,13)	62 (6,66)	1 (2,56)	0 (0,00)	1.578 (6,70)
Sin información	872 (5,56)	416 (6,08)	106 (11,38)	6 (15,38)	0 (0,00)	1.400 (5,95)
Sin tratamiento[7]	396.242 (76,77)	137.636 (74,32)	30.269 (75,55)	1.768 (75,85)	1.524 (63,18)	568.049 (76,07)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables.
[2] No se tuvo en cuenta si el tratamiento fue prescrito de forma concomitante con otra de las alternativas terapéuticas.
[3] La ubicación temporal se definió según el instructivo de reporte y corresponde a primer o único tratamiento/esquema recibido en el periodo para cada alternativa terapéutica (cirugía, terapia sistémica o radioterapia).
[4] Para los valores totales se tienen en cuenta 629 casos en la población no asegurada y un caso perteneciente al Fondo de atención en salud para personas privadas de la libertad.
[5] No se incluyeron los datos de 12.364 casos prevalentes, que no se reportaron en el periodo actual porque pertenecen a entidades liquidadas.
[6] En este grupo se incluye la quimioterapia y otras terapias sistémicas.
[7] Corresponde a los casos que no recibieron tratamiento por múltiples causas dentro de las que se encuentra: diagnósticos cerca a la fecha de corte, se encontraban bajo observación, fallecieron antes de iniciar un tratamiento, entre otras.

CAC
Cuenta de Alto Costo

2

Cáncer de mama

RESUMEN infográfico

Cáncer de mama

2 de enero de 2024 al 1° de enero de 2025

2

Morbimortalidad del cáncer de mama

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

Se notificaron **8.876** **casos nuevos invasivos** lo que corresponde a una PCNR estandarizada de 28,69 casos nuevos por cada 100.000 mujeres (IC 95 %: 28,09 – 29,30).

Se registraron **4.883** **muertes en las mujeres** con cáncer invasivo, lo que representa una mortalidad estandarizada de 14,46 fallecimientos por cada 100.000 mujeres (IC 95 %: 14,05 – 14,88).

Desde el periodo 2020, la PCNR presentó un crecimiento del 27,58 %, mientras que la prevalencia aumentó en 190,74 casos por 100.00 habitantes.

Caracterización de los casos nuevos de cáncer de mama

El 91,92 % de los casos correspondieron a neoplasias invasivas, con una distribución similar entre los regímenes, con excepción de los CNR por los planes voluntarios de salud, en los que el 22,97 % fueron diagnosticados en etapa *in situ*.

El 82,17 % de los casos fueron manejados con terapia sistémica.

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

La proporción de los casos nuevos en estadios localizados al momento del diagnóstico alcanzó el 49,15 % a nivel nacional, el contributivo tuvo valores más altos que el subsidiado, pero ninguno alcanzó la meta del 60 %.

El **21,35 %** **de mujeres prevalentes con cáncer de mama** fueron evaluadas con una escala de calidad de vida.

Descargar infografía

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

2. Cáncer de mama

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

2.1. Morbimortalidad del cáncer de mama

El cáncer de mama continúa siendo la neoplasia más frecuente entre los 11 tipos priorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social. En 2025, este tumor representó el 24,62 % de los casos nuevos en mujeres y el 28,93 % de los prevalentes. Al considerar los tumores *in situ* e invasivos, se reportaron 136.282 casos de cáncer de mama en el sexo femenino, de los cuales el 7,09 % (n= 9.656) correspondió a diagnósticos realizados durante el periodo. Además, se registraron 5.034 muertes por todas las causas en mujeres con este diagnóstico.

Este capítulo hace referencia exclusivamente al cáncer de mama en la población femenina. No obstante, se destaca que también fueron reportados 1.671 diagnósticos de esta neoplasia en hombres, de los cuales 66 correspondieron a casos nuevos del periodo. Asimismo, es de resaltar que las medidas de morbimortalidad presentadas en la **tabla 2.1** corresponden únicamente a los casos invasivos.

Tabla 2.1. Medidas de frecuencia del cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Medida	Casos[1]	Medida cruda[2,3]	Medida ajustada[2,4]	IC 95 %[5]
PCNR	8.876	33,07	28,69	(28,09 - 29,30)
Prevalencia	127.117	473,68	391,83	(389,65 - 394,01)
Mortalidad[6]	4.883	18,20	14,46	(14,05 - 14,88)

[1] Incluye todos los casos de cáncer de mama invasivo en las mujeres de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Informadas por 100.000 mujeres.
[3] La población corresponde a la proyectada por el DANE para el año 2024.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
[6] **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, de la cohorte en seguimiento por la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

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

La región Central y Bogotá, D. C., presentaron la PCNR estandarizada más alta con más de 30 casos nuevos por 100.000 mujeres, por su parte en la Amazonía-Orinoquía se registró la más baja con menos de 20 nuevos diagnósticos **(tabla 2.2).** Los departamentos con la PCNR más alta fueron Atlántico, Antioquia y Bolívar, con 37,84, 36,40 y 36,14 respectivamente. Mientras que Vichada y Vaupés informaron menos de 10 casos nuevos en el periodo. En todos los departamentos del país fueron diagnosticados casos nuevos de cáncer de mama en mujeres.

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

Tabla 2.2. PCNR de cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	99	761.812	13,00	15,53	(12,61 - 18,91)
Bogotá, D. C.	2.018	4.088.532	49,36	39,73	(38,01 - 41,52)
Caribe	1.757	6.128.647	28,67	28,76	(27,43 - 30,14)
Central	2.428	6.401.037	37,93	30,56	(29,33 - 31,82)
Oriental	1.359	5.032.335	27,01	23,30	(22,07 - 24,59)
Pacífica	1.215	4.423.792	27,47	22,98	(21,69 - 24,34)
Nacional	**8.876**	**26.836.155**	**33,07**	**28,69**	**(28,09 - 29,30)**

[1] Incluye todos los casos nuevos de cáncer de mama invasivo en mujeres de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] La población de referencia corresponde a la proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La PCNR es informada por 100.000 mujeres.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

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

En el régimen contributivo la PCNR fue mayor que en el subsidiado **(tabla 2.3).** Entre las EAPB, la PCNR más alta se observó en las entidades EPS048, EPS046 y EPS005 con 49,84, 43,02 y 42,81 casos nuevos por 100.000 mujeres afiliadas, en ese orden. Mientras que en la EPSI03, la ESS062, la EPSI06 y la EPS037 fueron diagnosticados menos de 10 CN en el periodo, dentro de la población femenina afiliada.

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

Tabla 2.3. PCNR del cáncer de mama según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	5.726	14.533.010	39,40	30,56	(29,76 - 31,37)
Subsidiado	2.608	10.681.309	24,42	21,35	(20,53 - 22,20)
Excepción	405	987.631	41,01	24,96	(22,37 - 27,81)
Planes voluntarios de salud	114	SD	SD	SD	SD
Especial	20	21.895	91,35	40,52	(20,42 - 99,80)
No asegurado	3	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye todos los casos nuevos de cáncer de mama invasivo en las mujeres de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La PCNR es informada por 100.000 mujeres afiliadas.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada y los planes voluntarios de salud, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

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

La prevalencia estandarizada más alta se registró en Bogotá, D. C., seguida de la región Central. En el caso de la Amazonía-Orinoquía, presentó una cifra significativamente menor de los casos de este cáncer en mujeres, en comparación del resto del país **(tabla 2.4).** A su vez, excluyendo a Bogotá, D. C., las entidades territoriales con la mayor prevalencia fueron Antioquia, Risaralda y Quindío con más de 450 casos por 100.000 mujeres; en contraste, los departamentos de Vaupés, Vichada y Guainía presentaron menos de 100 casos. En todos los departamentos del país se identificaron casos prevalentes de cáncer de mama en la población femenina.

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

Tabla 2.4. Prevalencia del cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia cruda[3]	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	1.139	761.812	149,51	183,28	(172,75 - 194,26)
Bogotá, D. C.	28.164	4.088.532	688,85	531,35	(525,12 - 537,65)
Caribe	21.330	6.128.647	348,04	342,57	(337,98 - 347,22)
Central	37.881	6.401.037	591,79	444,82	(440,27 - 449,41)
Oriental	19.229	5.032.335	382,11	315,93	(311,43 - 320,47)
Pacífica	19.374	4.423.792	437,95	342,43	(337,54 - 347,37)
Nacional	**127.117**	**26.836.155**	**473,68**	**391,83**	**(389,65 - 394,01)**

[1] Incluye todos los casos de cáncer de mama invasivo en las mujeres de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] La población de referencia corresponde a la proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La prevalencia es informada por 100.000 mujeres.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

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

La prevalencia estandarizada fue 1,81 veces mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado **(tabla 2.5).** Adicionalmente, la cantidad de casos invasivos atendidos en los planes voluntarios de salud fue superior a los del régimen especial.

Al comparar por las entidades de los regímenes contributivo y subsidiado, los valores más altos se registraron en la EAS016 con 692,21 casos por 100.000 mujeres afiliadas y la EPS001 con 648,80 casos por 100.000 mujeres afiliadas. En contraste, la prevalencia más baja se evidenció en la EPSI03 con menos de 100 casos (90,24).

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 2.5. Prevalencia del cáncer de mama según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia cruda[3]	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	84.816	14.533.010	583,61	430,93	(428,00 - 433,87)
Subsidiado	30.402	10.681.309	284,63	237,71	(235,00 - 240,43)
Excepción	8.138	987.631	823,99	435,67	(425,61 - 445,96)
Planes voluntarios de salud	1.564	SD	SD	SD	SD
Especial	336	21.895	1.534,60	485,08	(417,07 - 577,19)
No asegurado	88	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	1.773	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye todos los casos de cáncer de mama invasivo en mujeres de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La prevalencia es informada por 100.000 mujeres afiliadas.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, entidades liquidadas y los planes voluntarios de salud, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solo se presenta el número de casos notificados.
IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

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

En el periodo en Bogotá, D. C., presentó la mayor mortalidad general estandarizada, seguida de la región Caribe **(tabla 2.6).** Por el contrario, la cifra más baja se presentó en la Amazonía - Orinoquía.

Los departamentos con la mayor mortalidad general estandarizada fueron: San Andrés, Providencia y Santa Catalina (20,39), Atlántico (19,68) y Valle del Cauca (17,86). Sin embargo, aunque San Andrés, Providencia y Santa Catalina presentó la cifra más alta, el número de defunciones fueron de 8 mujeres con cáncer de mama durante el periodo. En contraste, Guaviare y Amazonas presentaron las cifras más bajas con 5,96 y 6,63, respectivamente. Por último, Vaupés y Guainía, con 4 y 12 casos prevalentes, respectivamente, no informaron fallecimientos en mujeres con este tipo de tumor.

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

Tabla 2.6. Mortalidad general del cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Muertes[1]	Denominador[2]	Mortalidad cruda[3]	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	65	761.812	8,53	10,47	(8,07 - 13,33)
Bogotá, D. C.	901	4.088.532	22,04	16,30	(15,25 - 17,42)
Caribe	973	6.128.647	15,88	15,33	(14,38 - 16,33)
Central	1.346	6.401.037	21,03	14,96	(14,16 - 15,80)
Oriental	732	5.032.335	14,55	11,59	(10,75 - 12,47)
Pacífica	866	4.423.792	19,58	14,60	(13,62 - 15,64)
Nacional	**4.883**	**26.836.155**	**18,20**	**14,46**	**(14,05 - 14,88)**

[1] Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de mama invasivo, de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La mortalidad es informada por 100.000 mujeres.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

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

En el periodo, el régimen contributivo presentó 0,72 más defunciones por todas las causas por 100.000 mujeres afiliadas, en comparación con el subsidiado **(tabla 2.7);** por su parte, en la población no asegurada y en el régimen especial, se notificaron menos de 10 fallecimientos.

Con respecto a las entidades, las mayores cifras se observaron en la EPS012 con 26,62 y la EAS0247 con 26,04. Por otro lado, las cifras más bajas se hallaron en las entidades EPSI06, EPSI01 y EPS04, con 2,34, 2,90 y 4,92 defunciones por 100.000 mujeres afiliadas, en ese orden. En la EPS047, no reportó fallecimientos dentro de las mujeres aseguradas con este diagnóstico.

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 2.7. Mortalidad general del cáncer de mama según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Muertes[1]	Denominador[2]	Mortalidad cruda[3]	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	2.842	14.533.010	19,56	13,63	(13,13 - 14,15)
Subsidiado	1.706	10.681.309	15,97	12,91	(12,30 - 13,56)
Excepción	169	987.631	17,11	8,56	(7,23 - 10,13)
Planes voluntarios de salud	28	SD	SD	SD	SD
Especial	8	21.895	36,54	5,36	(2,18 - 62,84)
No asegurado	1	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	129	SD	SD	SD	SD

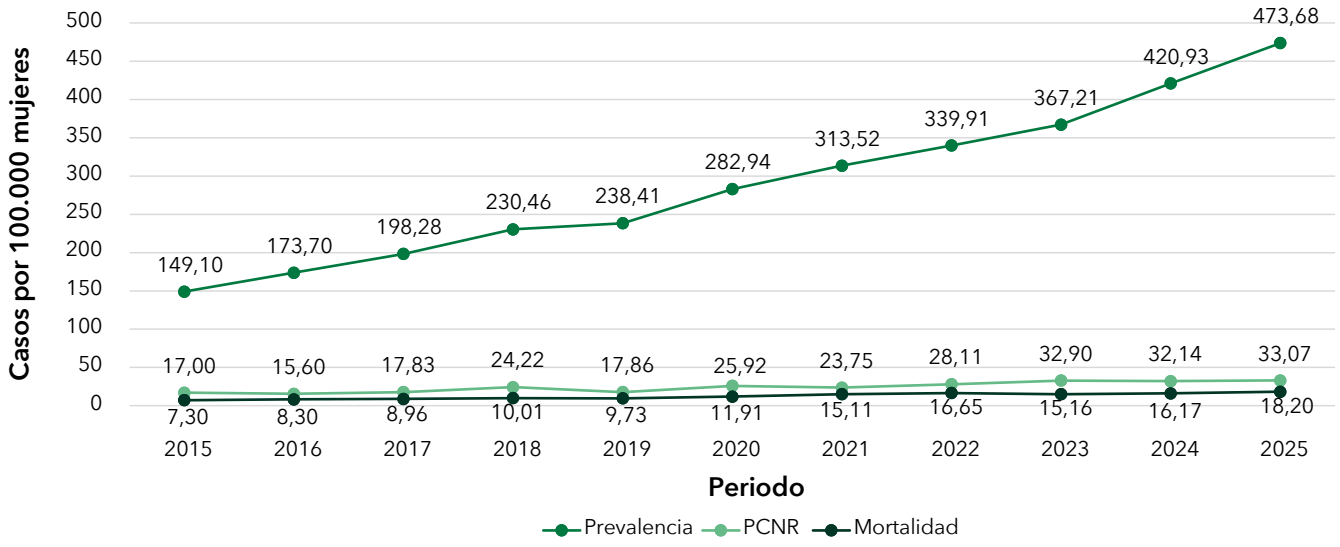
[1] Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de mama invasivo, de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La mortalidad es informada por 100.000 mujeres afiliadas.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud y las entidades liquidadas, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solo se presenta el número de fallecidos notificados.
IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

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

En la **figura 2.1** se presenta la tendencia de la morbimortalidad del cáncer de mama registrada desde 2015. A partir del periodo 2019, la prevalencia de los casos invasivos de este tipo de cáncer ha mostrado una tendencia sostenida al incremento; puntualmente, en el último periodo aumentó 12,60 % con respecto al 2024. Asimismo, los casos nuevos reportados también han aumentado; en 2025 se registraron un 2,89 % más en comparación con el periodo anterior. En conjunto, las tres medidas de morbimortalidad han incrementado durante tiempo de seguimiento.

El aumento observado en estos indicadores puede estar relacionado tanto con cambios en la frecuencia del cáncer de mama como con el fortalecimiento de los procesos de identificación, registro y reporte de los casos a la CAC, lo que ha favorecido una mayor captación de casos.

Figura 2.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2025



Incluye los casos de cáncer de mama invasivo en las mujeres de la cohorte en seguimiento por la CAC.
Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 100.000 mujeres.
Mortalidad: corresponde al número de casos fallecidos por todas las causas de la cohorte en seguimiento por la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados.
Descargar figura

2.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de mama

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

La **tabla 2.8** presenta la caracterización general de los casos nuevos de cáncer de mama reportados en el periodo según el régimen del aseguramiento. Los casos diagnosticados presentaron una mediana de la edad de 58 años, el 3,16 % se presentó en mujeres de las etnias indígena, negra u otra y el 50,48 % residían en la región Central y en Bogotá, D. C.

Los casos de del régimen de excepción y especial presentaron una mediana de la edad mayor en comparación con el resto de los regímenes. En la distribución regional, también se observan diferencias en el aseguramiento, con una mayor concentración de los casos en la región Caribe para el subsidiado y en Bogotá, D. C., para los planes voluntarios de salud. En la población no asegurada se informaron dos casos en la región Central y uno en Bogotá, D. C.

Tabla 2.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de mama reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento					Total[2]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	Planes voluntarios de salud	
	n= 6.291	n= 2.755	n= 437	n= 22	n= 148	n= 9.656
	(65,15 %)	(28,53 %)	(4,53 %)	(0,23 %)	(1,53 %)	(100,00 %)
Edad	58 (48 - 68)	59 (48 - 67)	63 (53 - 72)	68 (50 - 74)	59 (48 - 68)	58 (48 - 68)
Etnia						
Ninguna	6.061 (96,34)	2.685 (97,46)	432 (98,86)	22 (100,00)	148 (100,00)	9.351 (96,84)
Indígena	11 (0,18)	40 (1,45)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	51 (0,53)
Negro	175 (2,78)	28 (1,02)	3 (0,69)	0 (0,00)	0 (0,00)	206 (2,13)
Otro[3]	44 (0,70)	2 (0,07)	2 (0,46)	0 (0,00)	0 (0,00)	48 (0,50)
Región de residencia						
Amazonía-Orinoquía	33 (0,52)	59 (2,14)	10 (2,29)	0 (0,00)	1 (0,68)	103 (1,07)
Bogotá, D. C.	1.856 (29,50)	199 (7,20)	93 (21,28)	0 (0,00)	88 (59,46)	2.237 (23,17)
Caribe	829 (13,18)	1.020 (37,02)	66 (15,10)	2 (9,09)	9 (6,08)	1.926 (19,95)
Central	1.743 (27,71)	704 (25,55)	157 (35,93)	12 (54,55)	19 (12,84)	2.637 (27,31)
Oriental	955 (15,18)	378 (13,72)	77 (17,62)	4 (18,18)	23 (15,54)	1.437 (14,88)
Pacífica	875 (13,91)	395 (14,34)	34 (7,78)	4 (18,18)	8 (5,40)	1.316 (13,63)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad en la que se presenta le mediana (rango intercuartílico).
[2] Para los valores totales se tienen en cuenta tres casos de la población no asegurada.
[3] Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

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

A continuación, se describen las características clínicas de los casos nuevos de cáncer de mama según su afiliación al sistema de salud **(tabla 2.9).** El 91,92 % de los casos diagnosticados durante el periodo correspondió a neoplasias invasivas. Esta proporción fue similar en la mayoría de los regímenes, con excepción de los casos nuevos reportados por los planes voluntarios de salud, en los que el 22,97 % fueron diagnosticados en etapa *in situ*.

Por segundo periodo consecutivo, la proporción de casos con estadificación se mantuvo por encima del 90,00 %. Entre los casos estadificados, la mayoría fue diagnosticada en los estadios II y III, en ese orden. Asimismo, desde 2023, la proporción de casos diagnosticados en estadio IV se ha mantenido alrededor del 6,00 %.

La edad según el estadio clínico presentó rangos intercuartílicos cercanos, por lo que no se observaron diferencias relevantes en la distribución etaria de acuerdo con la estadificación. En general, la mediana de edad en los grupos con estadio *in situ*, localizados y avanzados se ubicó entre los 58 y los 61 años.

Tabla 2.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de mama reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento					Total[2]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	Planes voluntarios de salud	
	n= 6.291	n= 2.755	n= 437	n= 22	n= 148	n= 9.656
	(65,15 %)	(28,53 %)	(4,53 %)	(0,23 %)	(1,53 %)	(100,00 %)
Extensión[3]						
In situ	565 (8,98)	147 (5,34)	32 (7,32)	2 (9,09)	34 (22,97)	780 (8,08)
Invasivo	5.726 (91,02)	2.608 (94,66)	405 (92,68)	20 (90,91)	114 (77,03)	8.876 (91,92)
Estadificación (sí)[4]	5.918 (94,07)	2.602 (94,45)	392 (89,70)	20 (90,91)	138 (93,24)	9.070 (93,93)
Estadio al diagnóstico[4,5]						
In situ	592 (9,41)	153 (5,55)	34 (7,78)	2 (9,09)	37 (25,00)	818 (8,47)
Estadio I	1.342 (21,33)	367 (13,32)	83 (18,99)	7 (31,82)	42 (28,38)	1.841 (19,07)
Estadio II	2.513 (39,95)	1.024 (37,17)	165 (37,76)	7 (31,82)	42 (28,38)	3.751 (38,85)
Estadio III	1.201 (19,09)	827 (30,02)	74 (16,93)	2 (9,09)	16 (10,81)	2.120 (21,96)
Estadio IV	270 (4,29)	231 (8,38)	36 (8,24)	2 (9,09)	1 (0,68)	540 (5,59)
HER2[6]						
Sí	5.465 (86,87)	2.333 (84,68)	351 (80,32)	18 (81,82)	113 (76,35)	8.282 (85,77)
No	282 (4,48)	268 (9,73)	49 (11,21)	1 (4,55)	3 (2,03)	604 (6,26)
No aplica[7]	520 (8,27)	128 (4,65)	29 (6,64)	2 (9,09)	32 (21,62)	711 (7,36)
Desconocido	24 (0,38)	26 (0,94)	8 (1,83)	1 (4,55)	0 (0,00)	59 (0,61)
Resultado del HER2[8]						
Positivo (+++)	1.007 (18,43)	479 (20,53)	78 (22,22)	3 (16,67)	13 (11,50)	1.581 (19,09)
Negativo (+ o 0)	3.770 (68,98)	1.639 (70,25)	240 (68,38)	12 (66,67)	87 (76,99)	5.749 (69,42)
Equívoco/indeterminado (++)	685 (12,53)	215 (9,22)	33 (9,40)	3 (16,67)	13 (11,50)	949 (11,46)
Desconocido	3 (0,05)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,04)
Estudio de receptores hormonales						
Sí	5.811 (92,37)	2.420 (87,84)	364 (83,30)	20 (90,91)	138 (93,24)	8.755 (90,67)
No	388 (6,17)	317 (11,51)	50 (11,44)	1 (4,55)	1 (0,68)	758 (7,85)
No aplica/desconocido	92 (1,46)	18 (0,65)	23 (5,26)	1 (4,55)	9 (6,08)	143 (1,48)
Resultado de los receptores hormonales[9]						
Positivo PgR (+) y RE (+)	3.972 (68,35)	1.453 (60,04)	247 (67,84)	15 (75,00)	100 (72,46)	5.787 (66,10)
Positivo PgR (+) o RE (+)	640 (11,01)	289 (11,94)	38 (10,44)	2 (10,00)	14 (10,14)	985 (11,25)
Negativo PgR (-) y RE (-)	1.196 (20,58)	678 (28,02)	78 (21,43)	3 (15,00)	24 (17,39)	1.979 (22,60)
PgR (no se realizó) y RE (-)	1 (0,02)	0 (0,00)	1 (0,27)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,02)
PgR (-) y RE (no se realizó)	2 (0,03)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,02)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %), para todas las variables.
[2] Para los valores totales se tienen en cuenta tres casos de la población no asegurada.
[3] Definida según el código CIE-10.
[4] Definida según la clasificación TNM.
[5] Incluye todos los casos nuevos de cáncer de mama que fueron estadificados.
[6] Determinado utilizando la técnica de inmunohistoquímica.
[7] La categoría de "no aplica" se refiere a las mujeres con cáncer de mama *in situ*.
[8] Incluye solo los casos nuevos de cáncer de mama a los que se les realizó la prueba HER2 durante el periodo.
[9] Incluye solo los casos nuevos de cáncer de mama a los que se les realizó la prueba de receptores hormonales durante el periodo.
RE: receptor de estrógeno; **PgR:** receptor de progesterona.

Con respecto a las pruebas de biomarcadores tumorales, el 93,31 % de los CNR invasivos contó con estudio de HER2, prueba indicada para este grupo de casos. Por su parte, los receptores hormonales fueron reportados en el 90,67 % del total de los casos invasivos como los *in situ*. Este porcentaje varió entre regímenes y fue mayor en el contributivo **(tabla 2.9).**

En aquellos casos a los que se les practicó la prueba de receptores hormonales, más del 60,00 % obtuvieron resultado positivo para estrógenos y progesterona. Por su parte el 22,60 % de los casos diagnosticados durante el periodo, no se les identificó alguno de estos. Aunque la proporción de casos sin evaluación de ambos receptores fue baja, es fundamental realizar las dos pruebas, dado que la expresión de estrógenos y progesterona puede diferir entre sí y su identificación conjunta aporta información clave para definir el perfil biológico del tumor y orientar el manejo terapéutico.

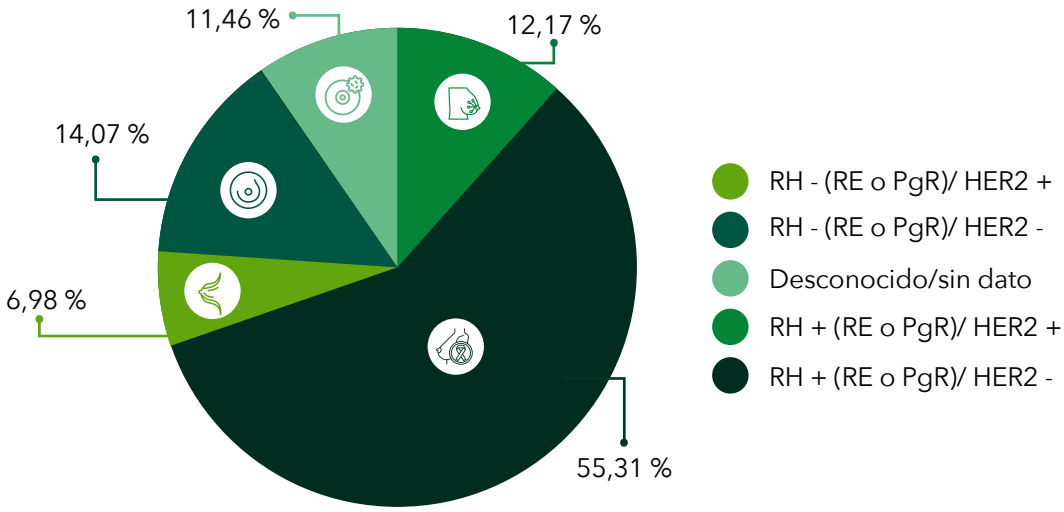
En las mujeres con resultado HER2 equívoco o indeterminado (n= 949), el algoritmo diagnóstico recomienda la realización de una prueba confirmatoria de hibridación *in situ* (FISH, SISH o DISH) para establecer el estado definitivo del biomarcador. Sin embargo, en el 54,79 % de estos casos no se reportó la realización de este estudio. Entre las pacientes con prueba confirmatoria reportada, el 18,90 % obtuvo resultado positivo (81/429) y el 81,10 % resultado negativo (348/429). Estos hallazgos evidencian una oportunidad de mejora en la realización y el reporte de las pruebas confirmatorias requeridas en los casos con resultados HER2 equívocos o indeterminados.

Tabla 2.10. Concordancia entre los resultados de las pruebas HER2 y FISH en los casos nuevos de cáncer de mama reportados en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Resultado del FISH	Resultado HER2 equívoco o indeterminado
	n (%)
Positivo	81 (8,54)
Negativo	348 (36,67)
No se realizó/desconocido	520 (54,79)
Total	**949 (100,00)**

Finalmente, las mujeres con resultados de estas dos pruebas (receptores hormonales y HER2) se dividieron acorde a los resultados, en donde el 55,31 % eran del subtipo RH positivo y HER2 negativo, seguido del 14,07 % para las que obtuvieron RH negativos y HER2 negativo, y el 12,72 % con positividad en ambas pruebas. Comparado con el periodo anterior, la proporción fue similar en aquellos casos considerados como triples negativos, a quienes se les atribuye un mayor riesgo de metástasis y recurrencia.

Figura 2.2. Distribución de los casos nuevos de cáncer de mama reportados según los resultados de las pruebas hormonales y HER2 en el marco del aseguramiento, Colombia 2025



Incluye solo los casos nuevos de cáncer de mama a los que se les realizó la prueba de receptores hormonales y la prueba HER2 durante el periodo.
RE: receptor de estrógeno; **PgR:** receptor de progesterona.

Descargar figura

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

Durante el periodo, el 85,37 % del total de casos nuevos recibió algún tipo de tratamiento. Las terapias sistémicas fueron la intervención terapéutica más frecuente, administradas al 82,17 % de los casos. Por su parte, el 54,92 % de los CN fue sometido a cirugía; de estos, el 8,80 % (n= 66) correspondió a procedimientos quirúrgicos reconstructivos. La radioterapia fue administrada al 21,10 % de los casos nuevos. En cuanto a los cuidados paliativos, 3.919 casos recibieron este tipo de atención, de los cuales el 62,52 % se encontraba en estadios II y III.

De los casos que no reportaron tratamiento durante el periodo (n= 1.413), el 36,52 % (n= 516) correspondió a mujeres diagnosticadas en los dos meses previos a la fecha de corte del seguimiento, 88 fallecieron antes de iniciar tratamiento y en 156 casos se desconocía el estadio clínico.

En la **tabla 2.11** se presenta la distribución del tratamiento reportado según la estadificación clínica a momento del diagnóstico. La terapia sistémica fue administrada con mayor frecuencia en los casos diagnosticados en estadios III y IV. Por su parte, la cirugía fue la modalidad de tratamiento más frecuente en los casos *in situ* y en estadio I, mientras que la radioterapia presentó la mayor proporción en el estadio II. En cuanto a los procedimientos reconstructivos, estos se realizaron con mayor frecuencia en los casos *in situ* y en los estadios I y II.

Tabla 2.11. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de mama según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

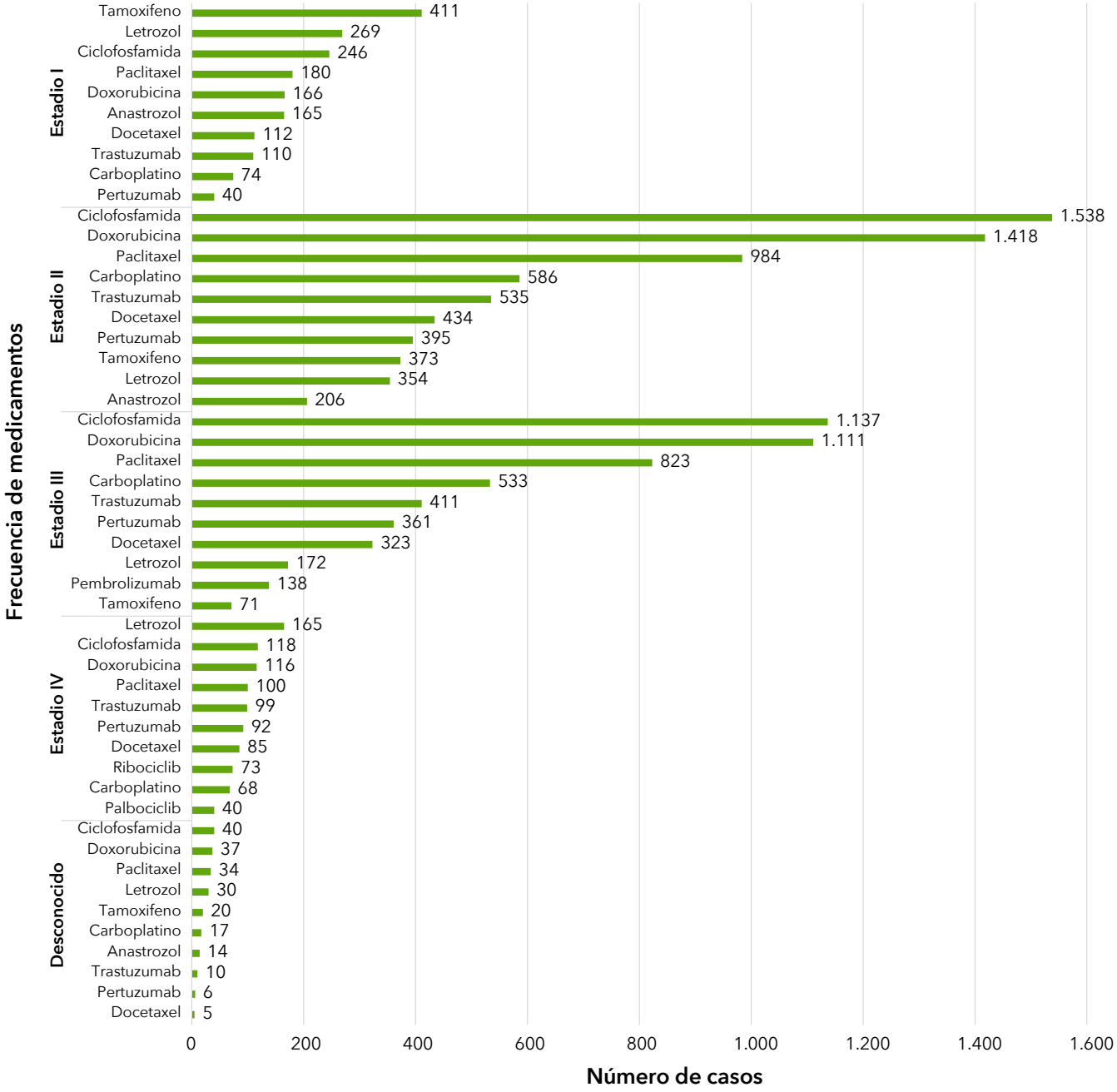
Variables	Estadio al diagnóstico						
	In situ	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	Desconocido	Total
	n= 818	n= 1.841	n= 3.751	n= 2.120	n= 540	n= 586	n= 9.656
	(8,47 %)	(19,07 %)	(38,85 %)	(21,96 %)	(5,59 %)	(6,07 %)	(100,00 %)
Casos que recibieron algún tratamiento	723 (88,39)	1.642 (89,19)	3.294 (87,82)	1.886 (88,96)	475 (87,96)	223 (38,05)	8.243 (85,37)
Tipo de tratamiento prescritos[1]							
Terapia sistémica[2]	375 (51,87)	1.132 (68,94)	2.867 (87,04)	1.833 (97,19)	442 (93,05)	124 (55,61)	6.773 (82,17)
Cirugía	670 (92,67)	1.447 (88,12)	1.726 (52,40)	501 (26,56)	43 (9,05)	140 (62,78)	4.527 (54,92)
Radioterapia	216 (29,88)	625 (38,06)	589 (17,88)	164 (8,70)	111 (23,37)	34 (15,25)	1.739 (21,10)
Cirugia reconstructiva	14 (1,94)	19 (1,16)	21 (0,64)	7 (0,37)	2 (0,42)	3 (1,35)	66 (8,80)

[1] Las categorías de tratamiento no son mutuamente excluyentes; un mismo paciente pudo haber recibido más de un tipo de tratamiento.
[2] En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

La **figura 2.3** describe los medicamentos administrados con mayor frecuencia en las mujeres con nuevo diagnóstico de cáncer de mama. Durante 2025, las moléculas terapéuticas administradas con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de mama variaron según el estadio clínico. En los estadios II y III predominaron los medicamentos asociados a esquemas de quimioterapia, terapias dirigidas e inmunoterapia, como la ciclofosfamida, la doxorrubicina, el paclitaxel, el carboplatino, el docetaxel, el trastuzumab y el pembrolizumab, además de terapias endocrinas como el letrozol, el anastrozol y el tamoxifeno. En los estadios avanzados también se identificó el uso de moléculas como el ribociclib y el palbociclib, inhibidores de CDK4/6 indicados en este tipo de estadio. En contraste, en los casos *in situ* y en estadio I, los medicamentos más frecuentes fueron el tamoxifeno y el letrozol.

Es importante puntualizar que los datos presentados corresponden a las frecuencias de prescripción, sin tener en cuenta el uso concomitante de uno o más fármacos.

Figura 2.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de mama según el estadio en el marco del aseguramiento, Colombia 2025



Incluye casos de cáncer invasivo y todas las edades.

Descargar figura

2.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de mama

En los casos prevalentes de cáncer de mama informados en el periodo, la mediana de la edad fue de 64 años (RIC: 54 - 72), la población no asegurada presentó la mediana más baja, mientras que en el régimen especial se observaron edades más altas, sin que esto implique necesariamente una mayor proporción de casos avanzados.

La mayoría residían en Bogotá, D. C., y la región Central y un 1,26 % de los casos pertenecían a la etnia negra. Según el régimen del aseguramiento, la mayor proporción de casos en población indígena se concentró en el régimen subsidiado, mientras que los casos en la población afrodescendiente fueron más frecuentes en el contributivo.

La distribución geográfica según la región de residencia también mostró variaciones entre los grupos del aseguramiento. Los casos en la población no asegurada se concentraron en la región Oriental, los afiliados a planes voluntarios de salud en Bogotá, D. C., y los del régimen subsidiado en la región Caribe.

Tabla 2.12. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de mama según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento						Total[2]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	Planes voluntarios de salud	No asegurado	
	n= 91.596	n= 31.911	n= 8.592	n= 374	n= 1.786	n= 90	n= 134.349
	(68,18 %)	(23,75 %)	(6,40 %)	(0,28 %)	(1,33 %)	(0,07 %)	(100,00 %)
Edad	64 (55 - 72)	62 (53 - 71)	67 (58 - 75)	71 (63 - 78)	64 (54 - 74)	58 (46 - 67)	64 (54 - 72)
Etnia							
Ninguna	90.325 (98,61)	30.979 (97,08)	8.356 (97,25)	374 (100,00)	1.783 (99,83)	90 (100,00)	131.907 (98,18)
Indígena	54 (0,06)	518 (1,62)	5 (0,06)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	577 (0,43)
Negro	1.093 (1,19)	374 (1,17)	220 (2,56)	0 (0,00)	1 (0,06)	0 (0,00)	1.688 (1,26)
Otro[3]	124 (0,14)	40 (0,13)	11 (0,13)	0 (0,00)	2 (0,11)	0 (0,00)	177 (0,13)
Región de residencia							
Amazonía-Orinoquía	471 (0,51)	615 (1,93)	100 (1,16)	0 (0,00)	9 (0,50)	0 (0,00)	1.195 (0,89)
Bogotá, D. C.	23.291 (25,43)	3.494 (10,95)	1.635 (19,03)	33 (8,82)	1.073 (60,08)	19 (21,11)	29.545 (21,99)
Caribe	10.660 (11,64)	9.894 (31,00)	1.657 (19,29)	22 (5,88)	167 (9,35)	3 (3,33)	22.403 (16,68)
Central	29.678 (32,40)	7.979 (25,00)	2.615 (30,44)	161 (43,05)	171 (9,57)	15 (16,67)	40.619 (30,23)
Oriental	13.460 (14,69)	4.695 (14,71)	1.528 (17,78)	50 (13,37)	207 (11,59)	47 (52,22)	19.987 (14,88)
Pacífica	14.036 (15,32)	5.234 (16,40)	1.057 (12,30)	108 (28,88)	159 (8,90)	6 (6,67)	20.600 (15,33)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad en la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).
[2] No se incluyen los datos de 1.933 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene la información actualizada.
[3] Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia y palenqueros de San Basilio.

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

Los siguientes son los indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y de los prestadores en las mujeres con cáncer de mama en el marco del aseguramiento en Colombia, los cuales fueron definidos en la actualización del consenso 2025 (1):

- **1.1.** Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM en CNR.
- **1.2.** Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM en prevalentes.
- **2.** Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como carcinomas *in situ* al momento del diagnóstico.
- **3.** Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como localizado al momento del diagnóstico.
- **4.1.** Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como localmente avanzado en el momento del diagnóstico.
- **4.2.** Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como metastásico en el momento del diagnóstico.

5. Proporción de mujeres con diagnóstico histopatológico antes de la cirugía.
6. Proporción de mujeres con cáncer de mama con resultado de receptores hormonales (estrógenos/progesterona).
7. Proporción de mujeres con cáncer de mama invasivo con estudio de HER2.
7.1. Proporción de mujeres con cáncer de mama invasivo con estudio de HER2 equívoco o indeterminado (inmunohistoquímica ++) y una prueba de hibridación *in situ* (ISH).
8. Proporción de mujeres incidentes con cáncer de mama de 50 años o menos, en las que se realizó un panel multigénico.
9. Proporción de mujeres incidentes con cáncer de mama invasivo y axila clínicamente negativa, que se sometieron a una biopsia de ganglio centinela antes del inicio del tratamiento.
10.1. Proporción de mujeres con cáncer de mama *in situ* a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama.
10.2. Proporción de mujeres con cáncer de mama localizado a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama.
10.3. Proporción de mujeres con cáncer de mama localmente avanzado a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama.
11. Proporción de pacientes con cáncer de mama a quienes se les realizó radioterapia después de la cirugía conservadora de la mama.
12. Proporción de mujeres con receptores hormonales positivos a quienes se les administra bloqueo hormonal como tratamiento.
13. Proporción de mujeres con resultado positivo para HER2 en inmunohistoquímica que recibieron terapia anti-HER2.
14.1. Proporción de mujeres incidentes con cáncer de mama metastásico y valoración por cuidados paliativos.
14.2. Proporción de mujeres prevalentes con cáncer de mama metastásico y valoración por cuidados paliativos.
15. Proporción de mujeres incidentes con cáncer de mama y mastectomía radical que fueron a radioterapia.
16. **Oportunidad de la atención general:** tiempo entre la consulta por presencia de síntomas hasta el primer tratamiento.
17. **Oportunidad de la atención en cáncer:** tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento.
18. **Oportunidad de la atención por el médico tratante:** tiempo entre el informe histopatológico válido y la atención por el médico tratante.
19. **Oportunidad de inicio del tratamiento:** tiempo entre la atención por el médico tratante hasta el primer tratamiento.
20. **Oportunidad de inicio de terapia adyuvante:** tiempo desde la cirugía hasta primer tratamiento postquirúrgico (quimioterapia/radioterapia/bloqueo hormonal).
21. **Oportunidad de inicio del tratamiento quirúrgico posterior a la quimioterapia neoadyuvante:** tiempo desde el último ciclo de neoadyuvancia con quimioterapia hasta la cirugía de control local o locorregional del cáncer.
22. **Oportunidad del diagnóstico:** tiempo entre la primera consulta por sospecha de cáncer de mama y la confirmación histopatológica.
23. **Oportunidad para la realización de la prueba de hibridación *in situ* (ISH):** tiempo transcurrido desde la fecha del resultado indeterminado de HER2 equívoco o indeterminado (inmunohistoquímica ++) y la prueba de hibridación *in situ* (ISH).
24.1. Letalidad de cáncer de mama (estadios localizados).
24.2. Letalidad de cáncer de mama (localmente avanzados).

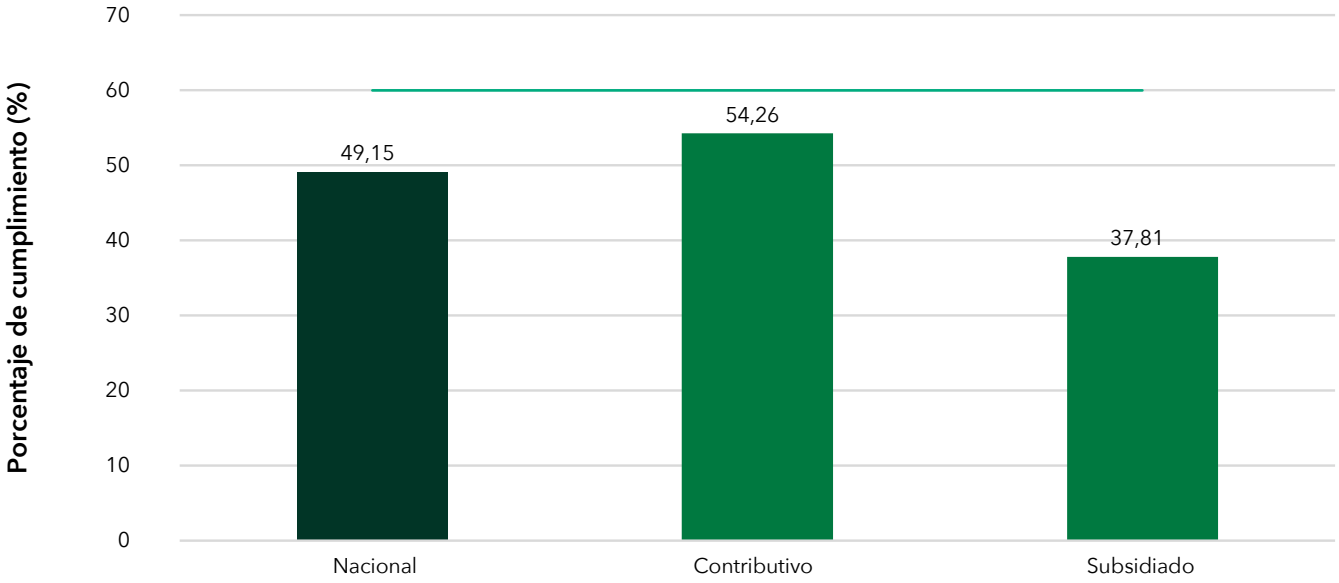
25. Mortalidad general en mujeres con cáncer de mama.
26. Supervivencia general a los 5 años.
27. Fragmentación de la atención en las mujeres prevalentes con cáncer de mama.
28. Proporción de mujeres incidentes con cáncer de mama invasivo que iniciaron tratamiento con diagnóstico inmunohistoquímico incompleto.
29. Proporción de mujeres prevalentes con cáncer de mama que completan el esquema de terapia antineoplásica prescrito.
30.1. Proporción de mujeres incidentes con cáncer de mama evaluadas con una escala de calidad de vida.
30.2. Proporción de mujeres prevalentes con cáncer de mama evaluadas con una escala de calidad de vida.
31. Proporción de mujeres con cáncer de mama con novedad de abandono en el periodo evaluado.

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

La información de los indicadores 9, 25 y 26 no se presenta para este periodo por las siguientes razones. El indicador relacionado con la mortalidad se presenta en la sección de morbimortalidad de este capítulo. Con respecto al de supervivencia, se presentaron nuevas estimaciones para el periodo 2024 en el informe especial "Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo 2014-2022" (2). Por otro lado, para este periodo no se realizó la medición de la proporción de mujeres con cáncer de mama invasivo y axila clínicamente negativa, que se sometieron a una biopsia de ganglio centinela antes del inicio del tratamiento; esto, por falta de información adicional a la solicitada según la resolución para el reporte de las entidades para cáncer.

También, con la actualización de los indicadores, se ajustó la meta de la detección en estadios localizados al 60 %, el resultado del país no alcanzó un cumplimiento para este indicador. Sin embargo, entre los regímenes de afiliación se presenta una brecha con un mayor alcance en las afiliadas al régimen contributivo.

Figura 2.4. Proporción de los casos nuevos de cáncer de mama en estadios localizados al momento del diagnóstico en cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

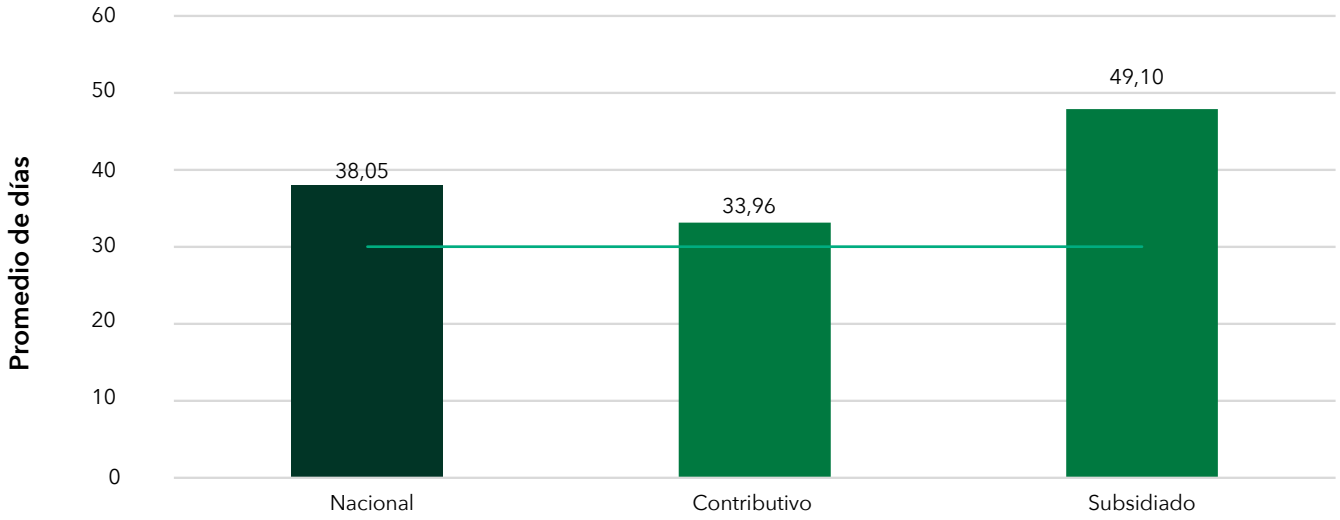


Incluye los estadios IA, IB y IIA.

Descargar figura

Uno de los nuevos indicadores definidos por el consenso de expertos es la oportunidad en la confirmación diagnóstica, la cual que define el lapso entre la remisión o sospecha hasta el diagnóstico histopatológico. Los primeros resultados calculados para esta oportunidad nos indican que en el país se supera por 8 días en promedio, la meta de los 30 días. A su vez, La diferencia entre los regímenes fue de cerca de 15 días en promedio, siendo más prolongada la espera para aquellas mujeres afiliadas al régimen subsidiado.

Figura 2.5. Oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

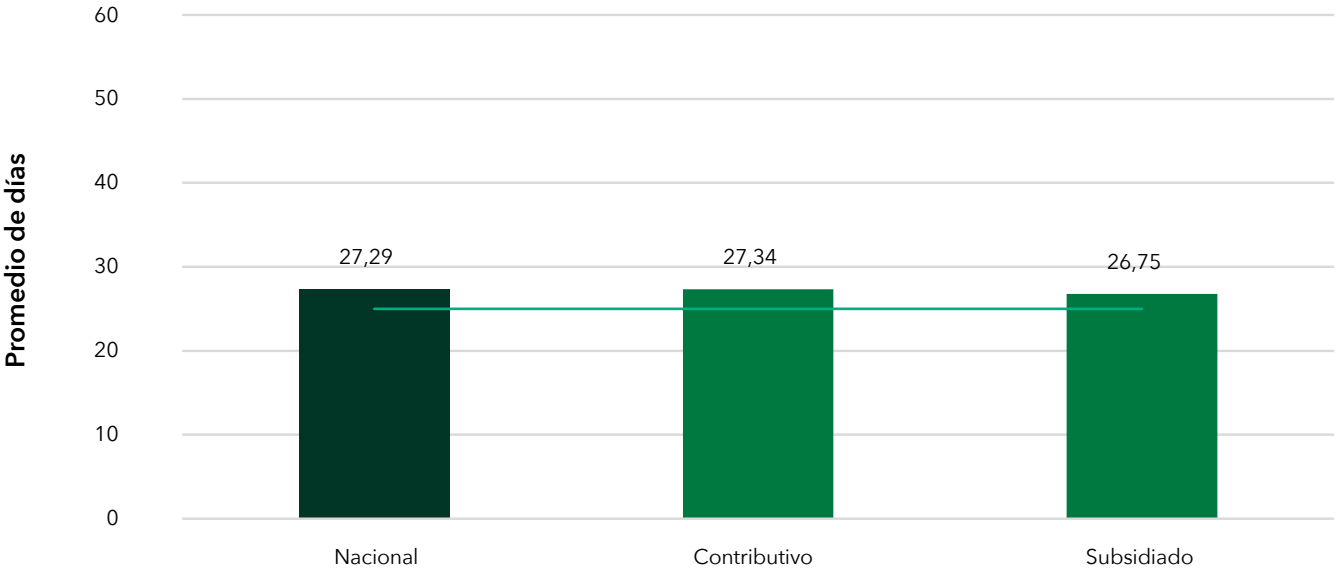


Tiempo transcurrido desde la realización de la mamografía o la consulta por presencia de síntomas hasta la confirmación diagnóstica.

Descargar figura

Con respecto al tiempo entre la atención del médico tratante y el inicio del primer tratamiento, se evidenció un tiempo promedio de 27 días, similar a los calculados para los regímenes contributivo y subsidiado; este resultado supera en cerca de 2 días la nueva meta definida de los 25 días.

Figura 2.6. Oportunidad del inicio del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

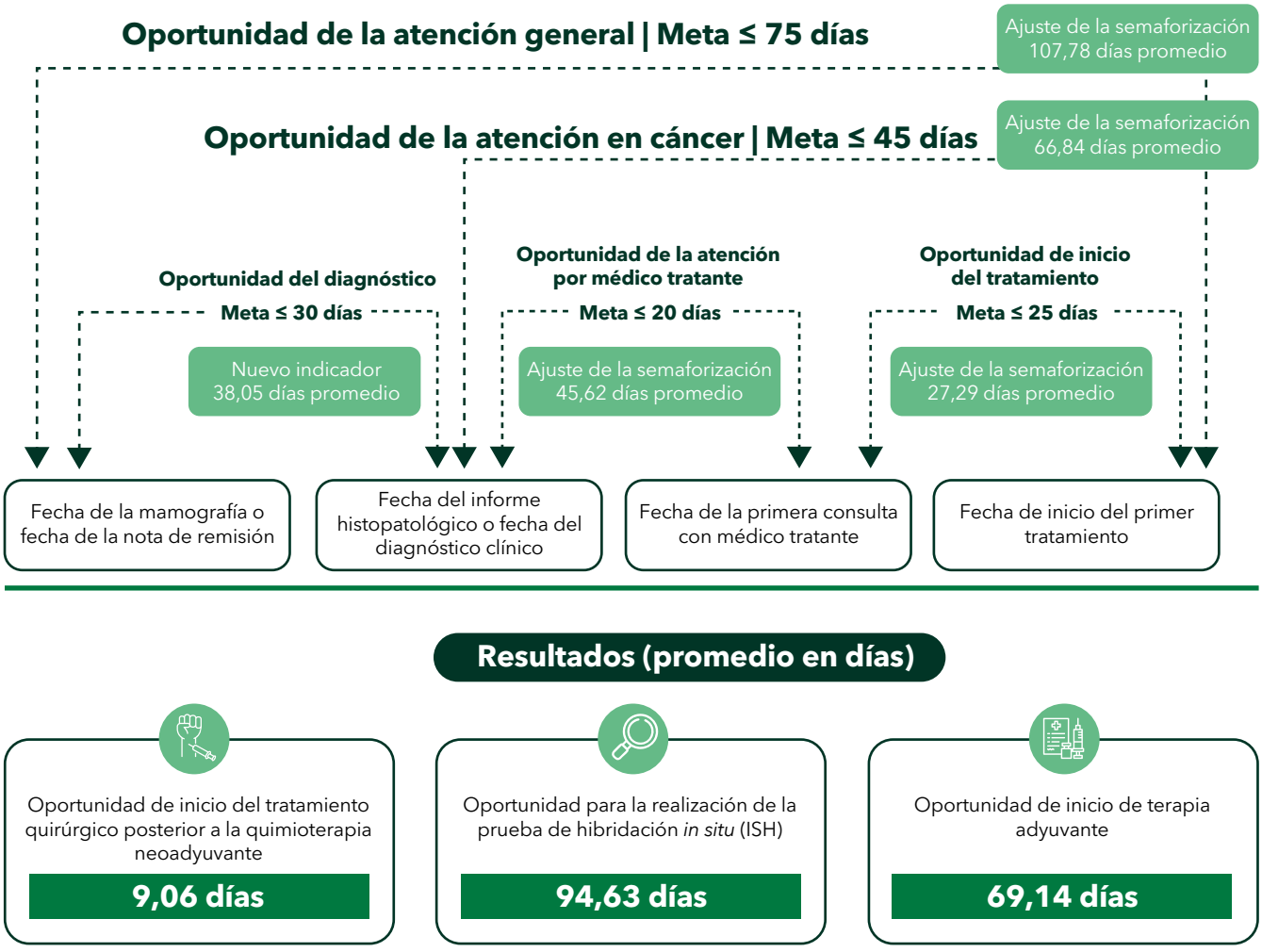


Tiempo entre la atención del médico tratante y el primer tratamiento.

Descargar figura

Con la actualización de los indicadores que evalúan la oportunidad de la atención, se definieron nuevos tiempos de seguimiento en la gestión y atención de las mujeres con este diagnóstico y algunos cambios en las metas, de acuerdo con los lineamientos de la política del Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031 (3) y los lineamientos internacionales. En el siguiente esquema **(figura 2.7),** se muestran los resultados de la medición de estas oportunidades, así como los ajustes en los indicadores que se habían definido en el anterior consenso y los nuevos.

Figura 2.7. Esquema de las oportunidades en la atención de los casos nuevos de cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2025



Descargar figura

Los indicadores de gestión de la atención en las mujeres con cáncer de mama fueron modificados y actualizados en el consenso 2025, por lo que en este periodo se presentan sus primeras mediciones. En relación con la etapa diagnóstica, la estadificación de los casos nuevos se realizó en más del 90% en todo el territorio nacional; sin embargo, cerca del 40 % fue detectado en estadios avanzados, con proporciones superiores en las regiones Caribe y Amazonía-Orinoquía. Adicionalmente, en más del 90 % de los casos se confirmó el diagnóstico antes de la intervención quirúrgica.

En los casos nuevos residentes en Bogotá, D. C., y en la región Central fue más frecuente la realización de las pruebas de receptores hormonales y HER2, así como la de hibridación *in situ* (ISH) en quienes obtuvieron

resultado HER2 equívoco o indeterminado. Por otra parte, al 6,06 % de las mujeres menores de 50 años se les realizó la prueba de panel multigénico. La realización de estas pruebas cobra relevancia en tanto que las guías internacionales destacan la importancia de contar con una adecuada caracterización del perfil tumoral para definir el manejo clínico, incluyendo la cirugía, la radioterapia, la terapia endocrina, la terapia anti-HER2, la quimioterapia o la inmunoterapia, según el subtipo y el estadio de la enfermedad.

En cuanto al manejo terapéutico, la cirugía conservadora se realizó principalmente en los casos *in situ* (72,30 %) y localizados (79,54 %), y en menor proporción en los avanzados (43,97 %). Asimismo, menos del 50 % de los casos nuevos recibió radioterapia posterior a la cirugía o la terapia hormonal cuando el resultado fue positivo para los receptores hormonales. En contraste, la terapia anti-HER2 fue administrada en el 62,13 % de los casos con esta indicación, y el 56,16 % de los casos metastásicos confirmados durante el periodo recibió atenciones relacionadas con cuidado paliativo.

Finalmente, como parte de la actualización del consenso, se incluyeron indicadores de seguimiento relacionados con la fragmentación de la atención, la aplicación de escalas de calidad de vida, el cumplimiento de la terapia sistémica según indicación y el inicio del tratamiento con diagnóstico inmunohistoquímico incompleto. Estas mediciones son clave para evaluar no solo el acceso inicial al tratamiento, sino también la integralidad, oportunidad y calidad de la ruta oncológica. Los primeros resultados nacionales y regionales de estos indicadores se presentan en la **tabla 2.13.**

Tabla 2.13. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Número		1.1.	1.2.	2.	3.	4.1.	4.2.	5.	6.
Código[1]		MAM_22_1	MAM_22_2	MAM_23	MAM_24	MAM_25_1	MAM_25_2	MAM_26	MAM_27
Semaforización		≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 12 %	≥ 60 %	Por definir	Por definir	≥ 90 %	≥ 95 %
		80 a 90 %	80 a 90 %	6 a < 12 %	52 a < 60 %			≥ 70 a < 90 %	≥ 75 a < 95 %
		< 80 %	< 80 %	< 6 %	< 52 %			< 70 %	< 75 %
Región	Amazonía-Orinoquía	95,79	67,14	5,26	43,33	46,67	5,56	100,00	87,37
	Bogotá, D. C.	94,17	63,97	10,41	53,48	35,75	4,21	91,95	96,43
	Caribe	97,68	70,48	9,18	42,76	47,44	7,24	93,03	89,85
	Central	97,29	72,45	8,20	54,83	35,66	6,57	95,66	95,49
	Oriental	94,61	66,90	5,93	44,44	42,55	7,28	91,41	93,30
	Pacífica	94,41	67,90	8,47	45,64	41,15	7,10	93,71	89,72
Nacional		**95,85**	**68,69**	**8,57**	**49,15**	**39,95**	**6,35**	**93,62**	**93,36**

Tabla 2.13. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 (continuación)

Número		7.	7.1.	8.	10.1.	10.2.	10.3	11.
Código[1]		MAM_28	MAM_28_1	MAM_29	MAM_31_1	MAM_31_2	MAM_31_3	MAM_32
Semaforización		≥ 95 %	Por definir	≥ 90 %	≥ 90 %	Por definir	Por definir	≥ 90 %
		≥ 75 a < 95 %		70 a < 90 %	70 a < 90 %			70 a < 90 %
		< 75 %		< 70 %	< 70 %			< 70 %
Región	Amazonía-Orinoquía	87,78	30,00	0,00	75,00	94,74	60,00	29,63
	Bogotá, D. C.	96,13	52,85	8,46	75,71	83,36	47,06	37,19
	Caribe	91,89	49,31	3,17	61,19	68,87	32,20	40,85
	Central	96,87	51,45	8,15	72,28	80,24	42,68	49,46
	Oriental	95,01	46,96	5,08	83,33	79,11	52,58	34,34
	Pacífica	92,36	45,95	3,85	75,58	84,19	54,40	40,48
Nacional		**94,71**	**49,66**	**6,06**	**72,30**	**79,54**	**43,97**	**41,91**

Tabla 2.13. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 (continuación)

Número		12.	13.	14.1.	14.2.	15.	16.	17.
Código[1]		MAM_33	MAM_34	MAM_35_1	MAM_35_2	MAM_36	MAM_37	MAM_38
Semaforización		≥ 90 %	≥ 90 %	Por definir	Por definir	≥ 95 %	≤ 75 días	≤ 45 días
		80 a < 90 %	≥ 54,1 a < 90 %			90 a < 95 %	≤ 90 a > 75 días	≤ 60 a > 45 días
		< 80 %	< 54,1 %			< 90 %	> 90 días	> 60 días
Región	Amazonía-Orinoquía	19,35	55,56	40,00	19,44	25,00	167,22	102,87
	Bogotá, D. C.	34,59	69,33	58,67	28,69	18,99	89,74	62,24
	Caribe	41,61	58,90	55,17	23,85	13,97	110,87	56,91
	Central	48,40	66,89	68,03	39,51	38,20	94,84	55,22
	Oriental	27,27	52,59	42,70	19,11	13,16	138,21	92,99
	Pacífica	41,19	58,06	49,37	22,37	29,09	124,96	81,78
Nacional		**39,39**	**62,13**	**56,16**	**28,09**	**25,31**	**107,78**	**66,84**

Tabla 2.13. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 (continuación)

Número		18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.1.
Código[1]		MAM_39	MAM_40	MAM_41	MAM_42	MAM_43	MAM_44	MAM_18_1
Semaforización		≤ 20 días	≤ 25 días	≤ 42 días	≤ 42 días	≤ 30 días	Por definir	≤ 1,3 %
		≤ 35 a > 20 días	≤ 40 a > 25 días	≤ 56 a > 42 días	≤ 56 a > 42 días	≤ 45 a > 30 días		> 1,3 a ≤ 2 %
		> 35 días	> 40 días	> 56 días	> 56 días	> 45 días		> 2 %
Región	Amazonía-Orinoquía	74,42	40,52	65,27	3,74	54,46	185,00	1,74
	Bogotá, D. C.	42,29	25,00	75,31	9,35	29,59	109,70	1,43
	Caribe	37,94	22,54	75,63	8,48	48,61	87,83	2,14
	Central	36,34	24,45	59,48	11,80	35,43	67,98	1,96
	Oriental	62,18	38,47	80,37	6,41	41,22	105,66	1,68
	Pacífica	60,60	31,44	64,25	7,85	37,50	83,06	2,57
Nacional		**45,62**	**27,29**	**69,14**	**9,06**	**38,05**	**94,63**	**1,92**

Tabla 2.13. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 (continuación)

Número		24.2.	27.	28.	29.	30.1.	30.2.	31.
Código[1]		MAM_18_2	MAM_45	MAM_46	MAM_47	MAM_48_1	MAM_48_2	MAM_49
Semaforización		≤ 4,4 %	Por definir	0 %	Por definir	Por definir	Por definir	Por definir
		> 4,4 a ≤ 5 %						
		> 5 %		> 0 %				
Región	Amazonía-Orinoquía	7,91	2,68	20,48	19,74	0,97	0,08	23,89
	Bogotá, D.C.	5,33	3,03	10,03	22,36	10,86	0,91	9,86
	Caribe	7,03	3,45	13,85	27,05	4,83	0,48	7,93
	Central	5,42	4,17	7,39	19,87	3,94	0,37	5,21
	Oriental	6,17	2,81	13,26	21,81	6,26	0,63	16,18
	Pacífica	6,26	3,12	13,63	16,66	3,65	0,31	9,25
Nacional		**6,00**	**3,46**	**11,13**	**21,35**	**6,00**	**0,53**	**9,16**

[1] Código del indicador en HIGIA.

Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia de indicadores de gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de mama y cuello uterino en Colombia. 2016. 1–115 p.
2. Cuenta de Alto Costos. Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014 - 2022 [en línea]. Bogotá, D. C.; abril de 2025 [citado el 20 de abril de 2025]. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/informe-de-supervivencia-2014-2022/
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2367 de 2023. Bogotá, D. C.; el 29 de diciembre de 2023.

CAC
Cuenta de Alto Costo

3

Cáncer de próstata

RESUMEN infográfico

Cáncer de próstata

3

2 de enero de 2024 al 1° de enero de 2025

Morbimortalidad del cáncer de próstata

Ocupó el **segundo lugar** entre los 11 tipos de cáncer priorizados y el primero en la población masculina con el 50,23 % del total de los casos nuevos en los **hombres.**

Se notificaron **7.288** **casos nuevos invasivos** lo que corresponde a una PCNR estandarizada de 25,87 casos nuevos por cada 100.000 hombres (IC 95 %: 25,28 - 26,47).

Se registraron **4.107** **muertes por todas las causas** en los hombres con cáncer invasivo, lo que representa una mortalidad estandarizada de 14,32 fallecimientos por cada 100.000 hombres (IC 95 %: 13,88 – 14,76).

El número total de casos nuevos, prevalentes y fallecidos en el periodo fue de 7.297, 81.423 y 4.107, respectivamente.

Caracterización de los casos nuevos de cáncer de próstata

La mediana de la edad fue de 70 años (RIC: 65 – 76).

La terapia sistémica fue el tratamiento más frecuente.

En el país, la estadificación TNM se realizó en el 83,57 % de los CNR.

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

En 2025, la oportunidad diagnóstica continúa con una tendencia al aumento, llegando a 92,64 días en promedio. Entre el régimen contributivo y subsidiado hubo una diferencia de 26,37 días entre los promedios

Se continúan presentando dificultades para la detección temprana de este cáncer, solo el **56,17 %** fueron diagnosticados en estadios 0, I y II.

Descargar infografía

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

3. Cáncer de próstata

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

3.1. Morbimortalidad del cáncer de próstata

El cáncer de próstata ocupó el segundo lugar en frecuencia de casos nuevos, entre las 11 neoplasias priorizadas para el seguimiento por la Cuenta de Alto Costo (CAC), superado únicamente por el cáncer de mama. En la población masculina, continúa siendo la neoplasia más común, al concentrar el 50,23 % de los CNR. Durante el periodo analizado – según el código CIE-10 - se identificaron 7.297 casos *in situ* e invasivos de los cuales solo el 0,12 % (n= 9) correspondió a lesiones *in situ*. En cuanto a la mortalidad, se reportaron 4.107 fallecimientos por todas las causas en las personas diagnosticadas con esta neoplasia **(tabla 3.1).**

Tabla 3.1. Medidas de frecuencia del cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Medida	Casos[1]	Medida cruda[2,3]	Medida estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
PCNR	7.288	28,27	25,87	(25,28 - 26,47)
Prevalencia	81.243	315,87	287,21	(285,24 - 289,19)
Mortalidad[6]	4.107	15,93	14,32	(13,88 - 14,76)

[1] Incluye todos los casos de cáncer de próstata invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Informados por 100.000 hombres.
[3] La población de referencia corresponde a la proyectada por el DANE para el año 2024.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
[6] **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, de la cohorte en seguimiento por la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

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

La región del país con la PCNR estandarizada más alta fue Bogotá, D. C., con un valor superior al nacional. En contraste, la más baja se registró en Amazonía-Orinoquía **(tabla 3.2).** En cuanto a las entidades territoriales, después de Bogotá, D. C., San Andrés, Providencia y Santa Catalina, presentó la segunda cifra más alta, con 63,96 casos por 100.000 hombres (IC 95 %: 40,17 - 97,25). Por su parte, el valor más bajo se registró en Vichada, con 2,69 casos por 100.000 hombres (IC 95 %: 0,07 - 12,98). Durante el periodo analizado, Guainía y Vaupés no reportaron casos nuevos de cáncer de próstata.

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

Tabla 3.2. PCNR de cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	63	782.827	8,05	10,70	(8,21 - 13,66)
Bogotá, D. C.	1.728	3.830.128	45,12	42,12	(40,16 - 44,16)
Caribe	1.816	6.001.874	30,26	32,55	(31,07 - 34,09)
Central	1.654	6.085.723	27,18	21,97	(20,93 - 23,06)
Oriental	1.047	4.933.800	21,22	18,91	(17,78 - 20,09)
Pacífica	980	4.143.246	23,65	20,22	(18,98 - 21,54)
Nacional	**7.288**	**25.777.598**	**28,27**	**25,87**	**(25,28 - 26,47)**

[1] Incluye todos los casos nuevos de cáncer de próstata invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La PCNR es informada por 100.000 hombres.
[4] Estandarización por la edad con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

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

La PCNR estandarizada fue significativamente mayor en los regímenes contributivo y especial en comparación con el subsidiado **(tabla 3.3).** Adicionalmente, se informaron cuatro casos nuevos en las secretarías de salud y 7 en los Planes voluntarios de salud.

En cuanto a las EAPB, las PCNR estandarizadas más altas se observaron en la EPS047, la RES012 y la EAS016 con 112,69, 107,82 y 100,02 casos por 100.000 hombres afiliados, respectivamente. Por otra parte, las más bajas se identificaron en la EPS025, la ESS062 y la RES008, cada una con 1,84, 3,65 y 6,72, en ese orden. Por su parte, la EPSI03 y la EPSI06 no reportaron nuevos diagnósticos en el periodo; ambas entidades prestan atención en salud a la población indígena.

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 3.3. PCNR de cáncer de próstata según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	4.962	13.978.087	35,50	29,19	(28,38 - 30,02)
Subsidiado	1.939	9.876.813	19,63	14,73	(14,08 - 15,40)
Excepción	351	1.109.205	31,64	22,50	(20,19 - 25,03)
Especial	25	18.792	133,04	25,86	(15,56 - 76,55)
Planes voluntarios de salud	7	SD	SD	SD	SD
No asegurado	4	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye todos los casos nuevos de cáncer de próstata invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La PCNR es informada por 100.000 hombres afiliados.
[4] Estandarización por la edad con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada y los planes voluntarios de salud, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

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

Las regiones del país con la prevalencia estandarizada más alta fueron Bogotá, D. C., y la Central. En contraste, la medida más baja se presentó en la Amazonía-Orinoquía **(tabla 3.4).** Al analizar las entidades territoriales, San Andrés, Providencia y Santa Catalina presentó una cifra superior a la de Bogotá, D. C., con 613,89 casos por 100.000 hombres (IC 95 %: 528,78 - 708,74). Por su parte, Vaupés presentó la menor prevalencia estandarizada, con 7,59 casos por 100.000 hombres (IC 95 %: 0,19 - 39,27).

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

Tabla 3.4. Prevalencia del cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia cruda[3]	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	617	782.827	78,82	106,72	(98,45 - 115,46)
Bogotá, D. C.	18.726	3.830.128	488,91	465,94	(459,28 - 472,68)
Caribe	14.943	6.001.874	248,97	267,86	(263,58 - 272,19)
Central	22.017	6.085.723	361,78	290,64	(286,81 - 294,51)
Oriental	12.130	4.933.800	245,86	217,44	(213,59 - 221,35)
Pacífica	12.990	4.143.246	313,52	258,82	(254,37 - 263,33)
Nacional	**81.423**	**25.777.598**	**315,87**	**287,21**	**(285,24 - 289,19)**

[1] Incluye todos los casos de cáncer de próstata invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La prevalencia es informada por 100.000 hombres.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

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

Según el régimen de aseguramiento, la prevalencia estandarizada fue más alta en los regímenes especial y de excepción **(tabla 3.5),** mientras que el valor más bajo correspondió al régimen subsidiado.

Por lo que corresponde a las entidades, la EAS016, la RES012 y la RES002 registraron las mayores prevalencias, con 896,50, 714,64 y 703,98 casos por cada 100.000 hombres afiliados, respectivamente. Por otro lado, las cifras más bajas se observaron en la EPSI03 (50,93), la EPSI06 (55,73) y la EPSI04 (58,89).

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 3.5. Prevalencia del cáncer de próstata según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia cruda[3]	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	58.634	13.978.087	419,47	346,32	(343,52 - 349,13)
Subsidiado	15.765	9.876.813	159,62	115,76	(113,95 - 117,60)
Excepción	5.780	1.109.205	521,09	357,42	(348,21 - 366,85)
Especial	378	18.792	2.011,49	383,99	(339,14 - 452,55)
Planes voluntarios de salud	70	SD	SD	SD	SD
No asegurado	19	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	777	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye todos los casos de cáncer de próstata invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La prevalencia es informada por 100.000 hombres afiliados.
[4] Estandarización por la edad con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud y en las entidades liquidadas, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.
IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

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

Para la cohorte en seguimiento, la región Amazonía-Orinoquía presentó la menor mortalidad por todas las causas estandarizada entre las regiones analizadas. Sin embargo, la interpretación de este hallazgo debe considerar el número de fallecimientos y el tamaño de la población de referencia de la región. Estas condiciones pueden dar lugar a estimaciones con menor precisión e intervalos de confianza más amplios, por lo que los resultados no permiten concluir un comportamiento más favorable de la mortalidad en comparación con las demás regiones.

Dentro de las mediciones más altas están Bogotá, D. C., y el Caribe. Entre estas hubo una diferencia absoluta fue de 4,26 muertes por 100.000 hombres, lo que representa una cifra mayor de 1,26 veces en Bogotá, D. C., respecto a la observada en el Caribe.

Según el ente territorial de residencia, después de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, que registró ocho fallecimientos durante el periodo evaluado, y de Bogotá, D. C., la mayor mortalidad general se observó en el Atlántico, con 20,11 muertes por cada 100.000 hombres (IC 95 %: 18,73 - 21,57; n= 246). Mientras que la mortalidad general más baja se presentó en Guainía. Sin embargo, debido a que solo reportó un caso, su precisión es limitada. Por lo tanto, la segunda entidad territorial con la mortalidad más baja fue Caldas con 7,26 muertes por 100.000 hombres (5,50 – 9,49; n= 57).

Además, el departamento del Amazonas, con 28 casos prevalentes, no presentó defunciones durante este periodo.

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

Tabla 3.6. Mortalidad general del cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Muertes[1]	Denominador[2]	Mortalidad cruda[3]	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	50	782.827	6,39	8,75	(6,49 - 11,50)
Bogotá, D. C.	791	3.830.128	20,65	20,11	(18,73 - 21,57)
Caribe	890	6.001.874	14,83	15,85	(14,83 - 16,93)
Central	1.040	6.085.723	17,09	13,60	(12,79 - 14,46)
Oriental	627	4.933.800	12,71	11,07	(10,22 - 11,98)
Pacífica	709	4.143.246	17,11	13,59	(12,60 - 14,63)
Nacional	**4.107**	**25.777.598**	**15,93**	**14,32**	**(13,88 - 14,76)**

[1] Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de próstata invasivo, de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La mortalidad es informada por 100.000 hombres.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

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

Entre los regímenes de afiliación, la mortalidad estandarizada fue mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado. No obstante, este hallazgo no implica que el régimen del aseguramiento constituya, por sí mismo, un factor de riesgo para la mortalidad. Las diferencias observadas podrían estar influenciadas por otros factores.

En cuanto a las entidades, con más de cinco muertes en el periodo, la mortalidad más alta fue la para la EPS042, del contributivo, con 33,28 muertes por 100.000 hombres afiliados (IC 95 %: 20,00 – 52,79; n= 19). Por su parte, las medidas de mortalidad estandarizada más bajas se estimaron en las EPS indígenas del régimen subsidiado EPSI04 y EPSI03, con 3,50 (IC 95 %: 1,06 - 8,77; n= 5) y 5,27 muertes por 100.000 hombres afiliados (IC 95 %: 3,00 - 8,65; n= 16), respectivamente.

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 3.7. Mortalidad general del cáncer de próstata según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

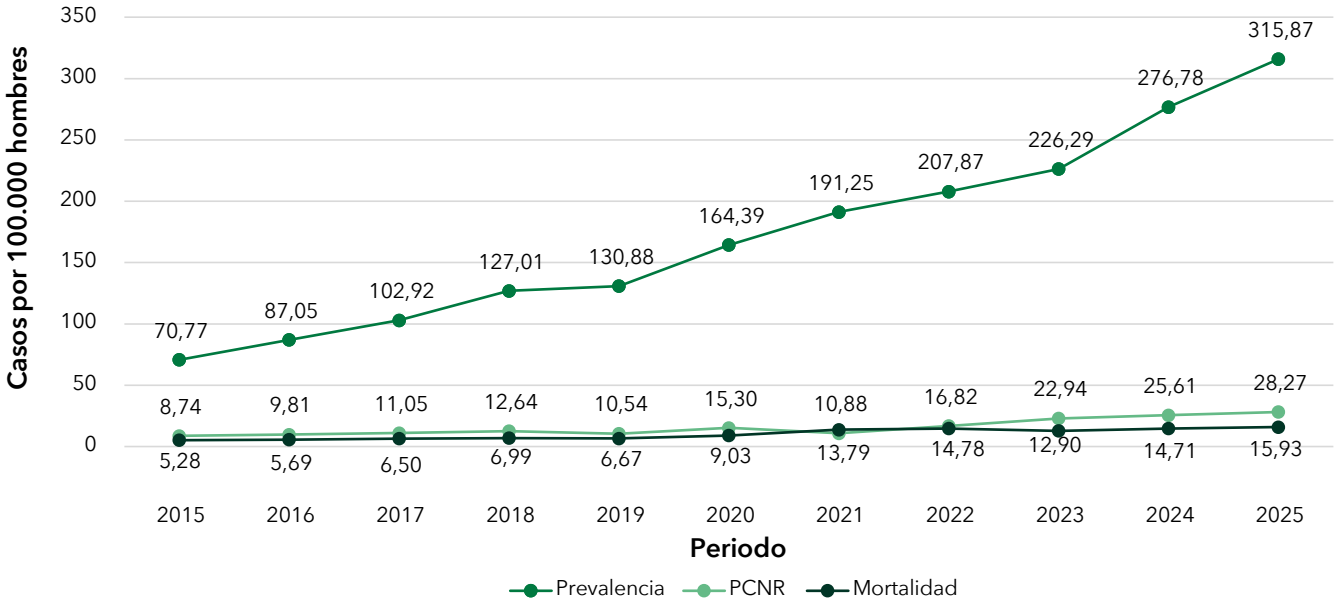
Régimen	Muertes[1]	Denominador[2]	Mortalidad cruda[3]	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	2.608	13.978.087	18,66	15,41	(14,83 - 16,02)
Subsidiado	1.221	9.876.813	12,36	8,57	(8,09 - 9,07)
Excepción	178	1.109.205	16,05	10,54	(9,04 - 12,26)
Especial	10	18.792	53,21	7,98	(3,74 - 60,69)
Planes voluntarios de salud	1	SD	SD	SD	SD
No asegurado	0	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	89	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de próstata invasivo, de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La mortalidad es informada por 100.000 hombres afiliados.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud y en las entidades liquidadas, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.
IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

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

Como se observa en la **figura 3.1,** el cáncer de próstata ha presentado una tendencia ascendente en los tres indicadores de morbimortalidad. Para 2025, la prevalencia y la PCNR registraron aumentos relativos de 14,12 % y 10,38 %, respectivamente, en comparación con el periodo anterior. En cuanto a la mortalidad general, se observó un incremento de 1,22 muertes por cada 100.000 hombres.

Figura 3.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2025



Incluye los casos con cáncer de próstata invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 100.000 hombres.
Mortalidad general: corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, de la cohorte en seguimiento por la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

Descargar figura

3.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de próstata

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

En la caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de próstata, los nueve casos reportados como *in situ* correspondieron a afiliados del régimen contributivo. En el país, la mediana de la edad fue de 70 años (RIC: 65 - 76). Sin embargo, al analizarla esta medida según el régimen de aseguramiento, se observó un menor promedio de edad en los casos nuevos del contributivo y una mayor en el especial.

Respecto a la pertenencia étnica, la proporción de nuevos casos reportados en la población negra fue mayor en el contributivo que en el subsidiado. En contraste la población indígena presentó una mayor proporción en el subsidiado que en el contributivo siendo casi tres veces superior en el primero.

En cuanto a la región de residencia, el 54,66 % de los casos nuevos del régimen contributivo se concentró en Bogotá, D. C., (23,69 %) y en la región Central (22,74 %). Por su parte, en el régimen subsidiado el 49,46 % de los casos residía en la región Caribe. En los regímenes de excepción y especial, la mayoría de los casos se registró en la región Central **(tabla 3.8).**

Tabla 3.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de próstata reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento				
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	Total[2]
	n= 4.971	n= 1.939	n= 351	n= 25	n= 7.297
	(68,12 %)	(26,57 %)	(4,81 %)	(0,34 %)	(100,00 %)
Edad	69 (64 - 75)	72 (66 - 77)	71 (66 - 76)	75 (73 - 79)	70 (65 - 76)
Etnia					
Ninguna	4.758 (95,72)	1.883 (97,11)	345 (98,29)	25 (100,00)	7.022 (96,23)
Indígena	15 (0,30)	17 (0,88)	0 (0,00)	0 (0,00)	32 (0,44)
Negro	159 (3,20)	37 (1,91)	5 (1,43)	0 (0,00)	201 (2,76)
Otro[3]	39 (0,78)	2 (0,10)	1 (0,28)	0 (0,00)	42 (0,58)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	36 (0,72)	19 (0,98)	8 (2,28)	0 (0,00)	63 (0,86)
Bogotá, D. C.	1.461 (29,39)	166 (8,56)	100 (28,49)	0 (0,00)	1.729 (23,69)
Caribe	802 (16,13)	959 (49,46)	45 (12,82)	4 (16,00)	1.816 (24,89)
Central	1.256 (25,27)	280 (14,44)	109 (31,05)	11 (44,00)	1.659 (22,74)
Oriental	718 (14,44)	249 (12,84)	79 (22,51)	1 (4,00)	1.047 (14,35)
Pacífica	698 (14,04)	266 (13,72)	10 (2,85)	9 (36,00)	983 (13,47)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad en la que se presenta le mediana (rango intercuartílico).
[2] Para los valores totales se tienen en cuenta siete casos de los planes voluntarios de salud y cuatro de la población no asegurada.
[3] Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia y palenqueros de San Basilio.

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

En la **tabla 3.9** se describen las características de los casos nuevos de cáncer de próstata según el régimen del aseguramiento al sistema de salud. En relación con la extensión de la enfermedad, clasificada mediante el código CIE-10, el 99,88 % de los tumores de próstata fueron catalogados como invasivos. En el país, la estadificación TNM se realizó en el 83,57 % de los CNR.

Entre los casos con clasificación TNM (n= 6.098), el estadio II fue el más frecuente, con el 38,47 % (n= 2.346). Por su parte, los estadios III y IV agruparon el 43,41 %. Al comparar por el régimen de aseguramiento, se observó una mayor concentración de casos en los estadios avanzados en el subsidiado, en donde los estadios III y IV representaron el 57,80 % de los casos.

En cuanto a la clasificación tumoral, se identificaron nueve casos reportados como *in situ*. Por otra parte, aunque la AJCC no establece la categoría *in situ* para el cáncer de próstata, en la variable TNM se registraron 12 casos en estadio 0. Esta diferencia podría estar relacionada con la temporalidad del registro, ya que el código CIE-10 puede asignarse en una etapa distinta del proceso diagnóstico, mientras que la clasificación TNM se registra una vez completados los estudios de extensión o al momento de definir el tratamiento.

De otra parte, el 93,33 % de los CNR contó con la clasificación de Gleason. Dentro de los clasificados, el 27,68 % se clasificó en el Grupo 1 (≤ 6), mientras que los grupos 4 y 5 (Gleason 8 – 10), asociados a la enfermedad de alto riesgo, representaron el 33,51 % de los casos, lo que refleja una mayor agresividad al momento del diagnóstico. Entre los regímenes del aseguramiento, tanto el contributivo como el subsidiado concentran la mayor proporción de casos en el grupo 1. Sin embargo, el porcentaje de casos en el grupo 4 del régimen subsidiado, fue superior en comparación con el resto del aseguramiento, lo que sugiere un mayor número de casos con enfermedad de alto riesgo.

La medición del antígeno prostático específico (PSA) al momento del diagnóstico constituye un componente central en el proceso diagnóstico, la toma de decisiones terapéuticas y la estimación del pronóstico; esta prueba se realizó en el 92,99 % de los casos diagnosticados durante el periodo. La mediana de la prueba de PSA fue mayor en los casos del régimen subsidiado (29,00 ng/mL), lo que podría asociarse con una mayor probabilidad de alto riesgo, aunque, su interpretación debe integrarse con otras variables pronósticas, particularmente con el grupo de clasificación Gleason y el estadio clínico, para una adecuada clasificación del riesgo.

En cuanto al seguimiento, el PSA fue medido posterior al tratamiento en el 56,65 % de los casos, con una mayor proporción en el régimen subsidiado.

Tabla 3.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de próstata reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1,2]	Régimen del aseguramiento				
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	Total[3]
	n= 4.971	n= 1.939	n= 351	n= 25	n= 7.297
	(68,12 %)	(26,57 %)	(4,81 %)	(0,34 %)	(100,00 %)
Extensión[4]					
In situ	9 (0,18)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	9 (0,12)
Invasivo	4.962 (99,82)	1.939 (100,00)	351 (100,00)	25 (100,00)	7.288 (99,88)
Estadificación (sí)[5]	4.212 (84,73)	1.583 (81,64)	275 (78,35)	21 (84,00)	6.098 (83,57)
Estadio al diagnóstico[6]					
In situ	9 (0,21)	3 (0,19)	0 (0,00)	0 (0,00)	12 (0,20)
Estadio I	850 (20,18)	185 (11,69)	55 (20,00)	3 (14,29)	1.093 (17,92)
Estadio II	1.727 (41,00)	480 (30,32)	125 (45,45)	10 (47,62)	2.346 (38,47)
Estadio III	822 (19,52)	364 (22,99)	41 (14,91)	3 (14,29)	1.230 (20,17)
Estadio IV	804 (19,09)	551 (34,81)	54 (19,64)	5 (23,81)	1.417 (23,24)
Clasificación de Gleason (sí)[7]	4.672 (93,99)	1.774 (91,49)	329 (93,73)	24 (96,00)	6.810 (93,33)
Agrupación Gleason[7]					
Grupo 1	1.341 (28,70)	474 (26,72)	65 (19,76)	4 (16,67)	1.885 (27,68)
Grupo 2	1.004 (21,49)	364 (20,52)	86 (26,14)	6 (25,00)	1.461 (21,45)
Grupo 3	797 (17,06)	300 (16,91)	78 (23,71)	5 (20,83)	1.182 (17,36)
Grupo 4	1.019 (21,81)	430 (24,24)	69 (20,97)	7 (29,17)	1.528 (22,44)
Grupo 5	511 (10,94)	206 (11,61)	31 (9,42)	2 (8,33)	754 (11,07)
PSA al diagnóstico (sí)	4.663 (94,37)	1.726 (89,48)	324 (92,57)	24 (96,00)	6.747 (92,99)
PSA (ng/ml)	12,32 (7,40 - 30,00)	29,00 (12,00-100,00)	10,41 (6,32 - 21,00)	9,5 (6,00 - 14,40)	14,43 (8,00 - 42,00)
PSA posterior al tratamiento (sí)	2.728 (54,88)	1.214 (62,61)	179 (51,00)	11 (44,00)	4.134 (56,65)
Frecuencia de la PSA postratamiento					
Una vez al año	1.590 (31,99)	761 (39,25)	97 (27,64)	6 (24,00)	2.456 (33,66)
Dos veces al año	714 (14,36)	328 (16,92)	47 (13,39)	3 (12,00)	1.092 (14,97)
Tres veces al año	328 (6,60)	94 (4,85)	30 (8,55)	1 (4,00)	453 (6,21)
Más de tres veces al año	96 (1,93)	31 (1,60)	5 (1,42)	1 (4,00)	133 (1,82)
No se le realizó/desconocido	2.243 (45,12)	725 (37,39)	172 (49,00)	14 (56,00)	3.163 (43,35)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %), excepto para los valores del PSA, para los cuales se presenta la mediana (rango intercuartílico).
[2] Los valores reportados incluyen casos *in situ* e invasivos.
[3] Para los valores totales se tienen en cuenta siete casos de los planes voluntarios de salud y cuatro en la población no asegurada.
[4] Definida según el código CIE-10.
[5] Definida según la clasificación TNM (para el cáncer de próstata, *in situ* no fue establecido por el Comité Estadounidense Conjunto sobre el Cáncer [AJCC, por sus siglas en inglés], sin embargo, se tiene el reporte de casos en estadio 0).
[6] Incluye todos los casos nuevos de cáncer de próstata que fueron estadificados.
[7] **Grupo 1:** Gleason ≤ 6, **grupo 2:** Gleason 3 + 4 = 7 (el primer valor determina el patrón principal de crecimiento celular), **grupo 3:** Gleason 4 + 3 = 7, **grupo 4:** Gleason 8 y **grupo 5:** Gleason 9 - 10.
PSA: antígeno prostático específico.

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

La **tabla 3.10** muestra que, de los casos nuevos reportados, el 78,57 % (n= 5.733) recibió algún tratamiento para el cáncer de próstata. Según la estadificación TNM, el estadio con mayor acceso a los tratamientos durante el periodo, fueron aquellos diagnosticados en el estadio IV, mientras que entre los 1.199 casos con TNM desconocido el 57,63 % recibieron algún tratamiento.

Durante el periodo analizado, la terapia sistémica constituyó la modalidad terapéutica utilizada con mayor frecuencia y predominó en los estadios III y IV. En contraste, el abordaje quirúrgico fue principalmente empleado en los casos *in situ* y en el estadio I. La radioterapia fue la segunda modalidad terapéutica con mayor frecuencia de uso en los estadios III y IV **(tabla 3.10).**

Por otra parte, de los 7.297 casos nuevos de cáncer de próstata reportados, el 21,43 % (n= 1.564) no registró prescripción de tratamiento.

La mediana de edad de estos casos fue de 69 años (RIC: 64 - 75). En cuanto al puntaje de Gleason, este se reportó en el 92,84 % de los casos que no recibieron tratamiento durante el periodo analizado. Entre ellos, el 37,18 % correspondió al grupo 1, seguido del grupo 2 con el 17,95 %. Los grupos 3, 4 y 5 representaron el 13,33 %, 16,73 % y 7,88 %, respectivamente.

Respecto a la determinación del PSA, esta se realizó en el 99,04 % de los casos. La mediana del resultado fue de 12,66 ng/ml (RIC: 7,39 - 39).

Dentro de este grupo, el 32,48 % (n= 508) no contaba con información de estadificación TNM, el 33,44 % (n= 523) correspondía a diagnósticos recientes (90 días o menos, previos a la fecha de corte) y el 10,93 % (n= 171) recibió atenciones por cuidados paliativos. Estos hallazgos podrían explicar la ausencia en el manejo terapéutico la cual puede estar relacionada con limitaciones en la información clínica, la temporalidad del diagnóstico o la orientación del manejo hacia objetivos paliativos.

Tabla 3.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de próstata según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Estadio al diagnóstico						
	In situ	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	Desconocido	Total
	n= 12	n= 1.093	n= 2.346	n= 1.230	n= 1.417	n= 1.199	n= 7.297
	(0,16 %)	(14,98 %)	(32,15 %)	(16,86 %)	(19,42 %)	(16,43 %)	(100,00 %)
Casos de recibieron algún tratamiento	10 (83,33)	779 (71,27)	1.890 (80,56)	1.042 (84,72)	1.321 (93,23)	691 (57,63)	5.733(78,57)
Tipo de tratamientos prescritos[2]							
Terapia sistémica[3]	0 (0,00)	293 (37,61)	1.031 (54,55)	798 (76,58)	1.178 (89,17)	441 (63,82)	3.741 (65,25)
Cirugía	9 (90,00)	443 (56,87)	869 (45,98)	287 (27,54)	336 (25,44)	241 (34,88)	2.185 (38,11)
Radioterapia	1 (10,00)	201 (25,80)	566 (29,95)	368 (35,32)	361 (27,33)	145 (20,98)	1.642 (28,64)

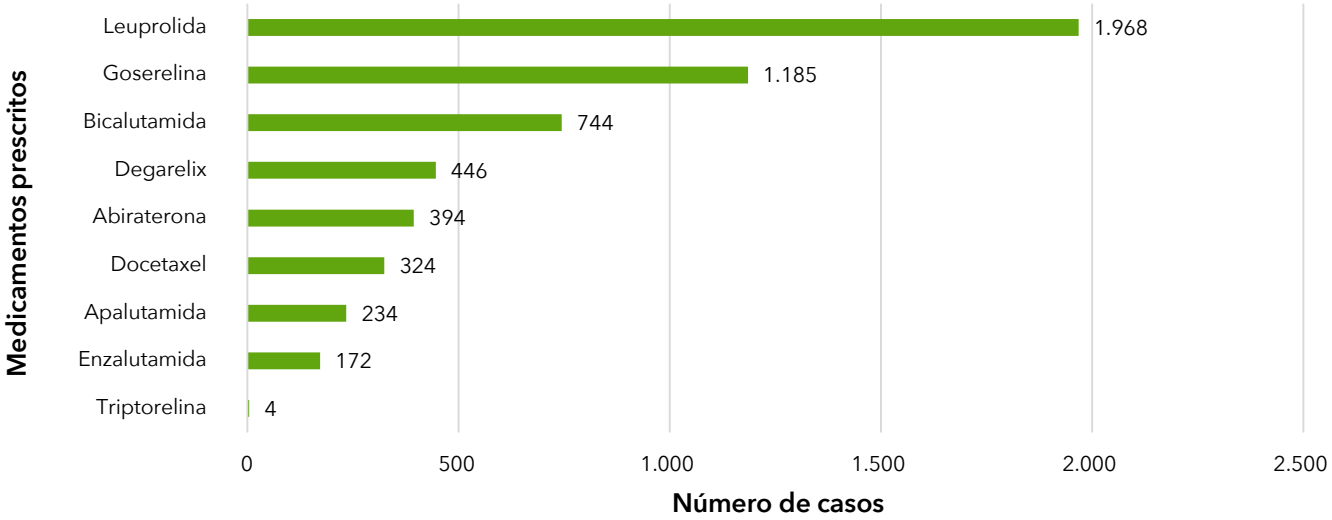
[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables.
[2] El tipo de tratamiento no es mutuamente excluyente; un mismo paciente pudo haber recibido más de un tipo de terapia.
[3] En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

Enseguida, la **figura 3.2** muestra los medicamentos administrados con mayor frecuencia en los CNR de cáncer de próstata. Entre ellos se encuentran la leuprorelina, la goserelina y la bicalutamida, principios activos considerados dentro de la terapia hormonal. Estos agentes reducen las concentraciones de andrógenos o bloquean su acción, por lo que, en casos sensibles a la castración, impide la progresión del cáncer de próstata.

Es importante puntualizar que los datos presentados corresponden a las frecuencias de uso, es decir que no se tiene en cuenta el uso concomitante de uno o más fármacos, ni los medicamentos que, a pesar de estar reportados, no corresponden al tratamiento de elección para este tipo de cáncer.

Asimismo, de los casos de esta neoplasia registrados en los CNR con información de estadificación TNM disponible, 167 recibieron tratamiento de soporte con ácido zoledrónico y 69 con denosumab.

Figura 3.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2025



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

Descargar figura

3.3. Caracterización de los casos prevalente de cáncer de próstata

A continuación, se describen las características sociodemográficas de los casos prevalentes de cáncer de próstata. El 72,72 % correspondió a afiliados del régimen contributivo y la mediana de la edad fue de 74 años (RIC: 68 - 80). Además, la mayoría de los casos en la población indígena pertenecía al subsidiado, mientras que el mayor número de casos con etnia negra pertenecía al contributivo.

Según el lugar de residencia, el 27,06 % del total de los casos se concentró en la región Central, patrón que también se observó en los regímenes contributivo y especial. En contraste, en el régimen subsidiado la mayor proporción de los casos se ubicó en la región Caribe, mientras que en el régimen de excepción el 24,76 % de los casos residían en Bogotá, D. C., **(tabla 3.11).**

Tabla 3.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de próstata según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento						
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	Planes voluntarios de salud	No asegurado	Total[2,3]
	n= 59.167	n= 15.881	n= 5.840	n= 389	n= 71	n= 19	n= 81.367
	(72,72 %)	(19,52 %)	(7,18 %)	(0,48 %)	(0,09 %)	(0,02 %)	(100,00 %)
Edad	74 (68 - 80)	75 (69 - 81)	74 (69 - 80)	77 (73 - 82)	69 (63 - 75)	75 (66 - 79)	74 (68 - 80)
Etnia							
Ninguna	58.005 (98,04)	15.308 (96,39)	5.655 (96,83)	388 (99,74)	71 (100,00)	19 (100,00)	79.446 (97,64)
Indígena	42 (0,07)	298 (1,88)	5 (0,09)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	345 (0,42)
Negro	1.019 (1,72)	262 (1,65)	168 (2,88)	1 (0,26)	0 (0,00)	0 (0,00)	1.450 (1,78)
Otra[4]	101 (0,17)	13 (0,08)	12 (0,21)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	126 (0,15)
Región de residencia							
Amazonía-Orinoquía	268 (0,45)	299 (1,88)	50 (0,86)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	617 (0,76)
Bogotá, D. C.	15.881 (26,84)	1.212 (7,63)	1.446 (24,76)	44 (11,31)	37 (52,11)	1 (5,26)	18.621 (22,89)
Caribe	7.377 (12,47)	6.430 (40,49)	1.135 (19,43)	25 (6,43)	11 (15,49)	3 (15,79)	14.981 (18,41)
Central	17.358 (29,34)	3.090 (19,46)	1.391 (23,82)	162 (41,65)	11 (15,49)	9 (47,37)	22.021 (27,06)
Oriental	8.717 (14,73)	2.282 (14,37)	1.088 (18,63)	38 (9,77)	9 (12,68)	5 (26,32)	12.139 (14,92)
Pacífica	9.566 (16,17)	2.568 (16,17)	730 (12,50)	120 (30,85)	3 (4,23)	1 (5,26)	12.988 (15,96)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad en la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).
[2] El número total de casos prevalentes incluyen 71 casos de los planes voluntarios de salud y 19 en la población no asegurada.
[3] No se incluyeron los datos de 790 casos prevalentes, que no se reportaron en el periodo actual porque pertenecen a entidades liquidadas.
[4] Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia y palenqueros de San Basilio.

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

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

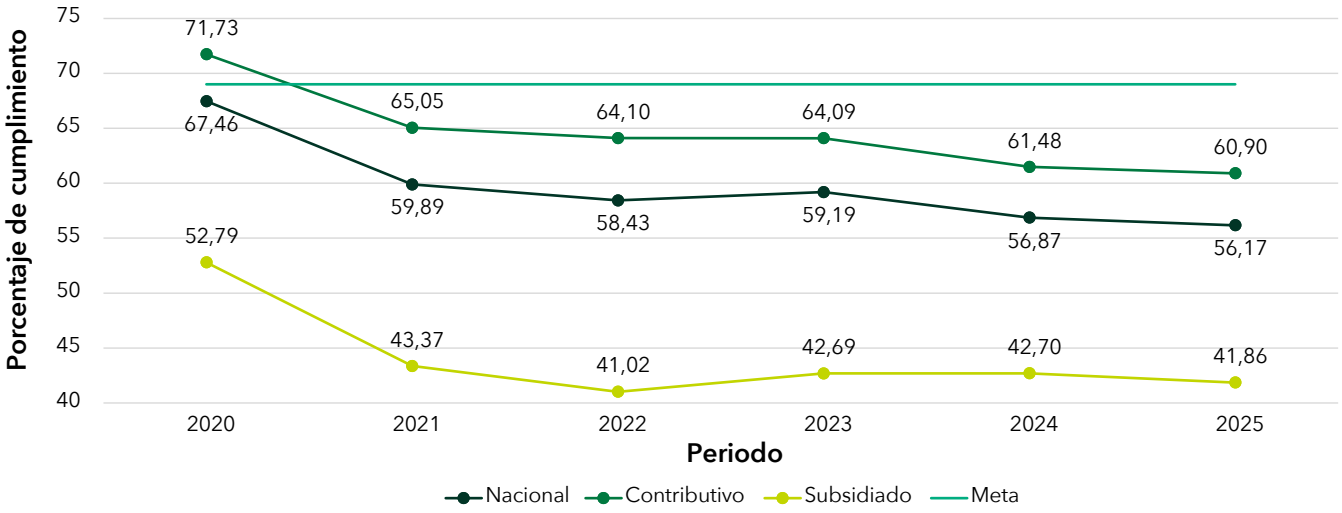
1. **Oportunidad de diagnóstico (en días):** tiempo entre la consulta donde se realiza la remisión por sospecha clínica o paraclínica, asociada al cáncer de próstata hasta el diagnóstico.
2. Proporción de pacientes con cáncer de próstata estadificados en TNM.
3. Proporción de pacientes con cáncer de próstata localizado (estadios 0, I y II).
4. Proporción de pacientes con cáncer de próstata localmente avanzado y avanzado (pacientes en estadios III y IV).
5. Proporción de pacientes estadificados en Gleason score.
6. **Oportunidad de tratamiento (en días):** tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento.
7. Seguimiento de PSA postratamiento en cáncer de próstata.
8. Supervivencia global (5 años).
9. Calidad de vida.

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

Los resultados más recientes del indicador 8 se presentaron en el informe especial "Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo 2014-2022" (2). Por último, es de destacar que en el momento no se dispone de las variables necesarias para la evaluación del indicador 9.

Como se observa en la **figura 3.3,** desde el periodo 2020 se ha identificado una tendencia descendente en la proporción de casos nuevos localizados (0, I y II). Para el periodo 2025 se calculó el valor más bajo, por lo cual este indicador se mantuvo por debajo de la meta establecida. En el régimen contributivo se presentó una mayor proporción de casos nuevos en estadios localizados, mientras que en el subsidiado cerca de seis de cada diez casos fueron detectados en estadios avanzados.

Figura 3.3. Tendencia de la proporción de los casos nuevos localizados (estadios 0, I y II) en el momento del diagnóstico de cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025

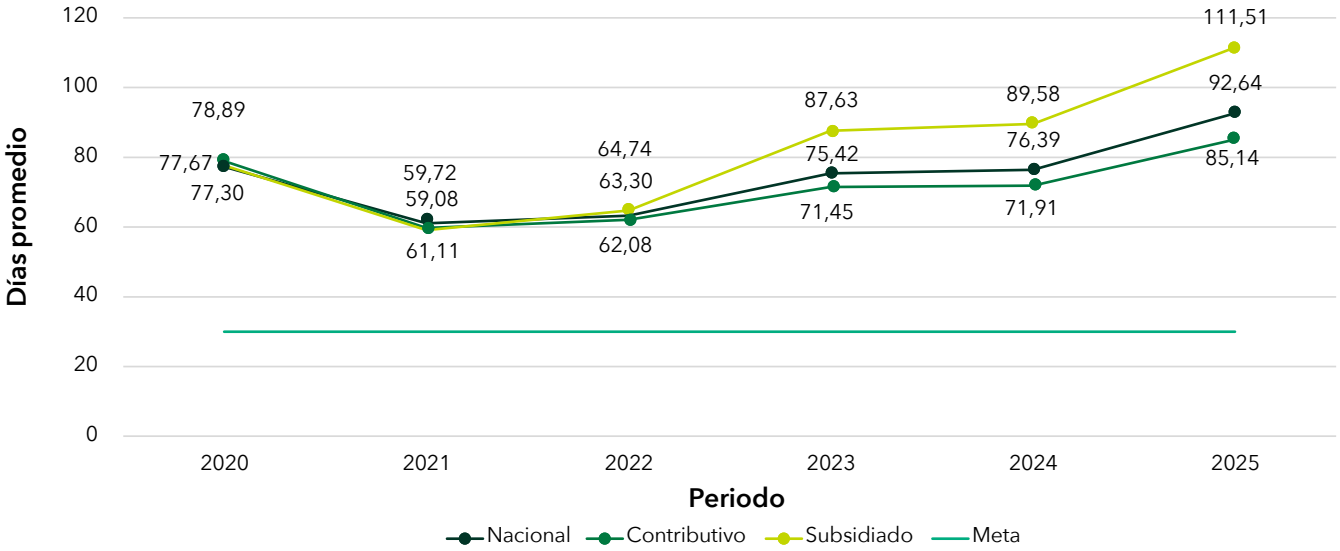


Incluye los estadios 0, I y II.

Descargar figura

El tiempo transcurrido entre la consulta por sospecha clínica y la confirmación diagnóstica ha aumentado en los últimos cuatro periodos. Particularmente, en comparación con el 2024, este periodo la medida incrementó en 16 días promedio. Por otro lado, los tiempos más prolongados se observaron en el régimen subsidiado, en donde la brecha con el contributivo ha venido incrementándose en los últimos tres periodos **(figura 3.4).**

Figura 3.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025



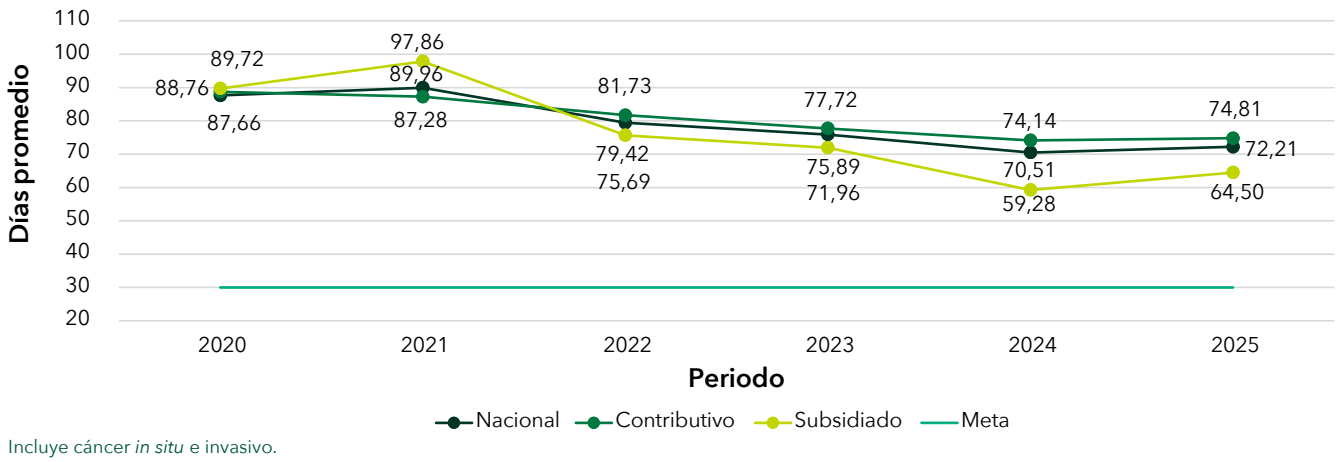
Incluye cáncer *in situ* e invasivo.
Oportunidad diagnóstica: tiempo entre la consulta por sospecha de síntomas y la confirmación diagnóstica.
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: de 92,64 días (± 95,51) en la medición nacional, de 85,14 días (± 89,04) en el régimen contributivo y de 111,51 días (± 107,67) en el subsidiado.
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: de 62 días (RIC: 31 - 119) en la medición nacional, de 59 días (RIC: 30 - 107) en el régimen contributivo y de 80 días (RIC: 35 - 153) en el subsidiado.

Descargar figura

En relación con el inicio del tratamiento, los tiempos de atención mostraron una tendencia descendente desde el 2021, alcanzando en el último periodo una oportunidad nacional similar a la observada en el 2024.

Entre los regímenes del aseguramiento, el subsidiado ha presentado de manera consistente menores tiempos de espera que el contributivo. No obstante, para el 2025 se observó un aumento en el promedio de días para el régimen subsidiado con un aumento de 5,22 promedio de días, respecto al periodo anterior **(figura 3.5).**

Figura 3.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 – 2025



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.
Oportunidad del tratamiento: tiempo entre el diagnóstico histológico y el primer tratamiento. La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2025 fue: nacional 72,21 días (± 55,86), contributivo 74,81 días (± 55,05), y subsidiado 64,50 días (± 56,07).
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del tratamiento en el 2025 fue: nacional 58 días (RIC: 31 - 99), contributivo 62 días (RIC: 34 - 102), y subsidiado 48,5 días (RIC: 22 - 92).

Descargar figura

La estadificación de pacientes con cáncer de próstata mostró, en todas las regiones del país **(tabla 3.12),** un cumplimiento entre el 60,00 % y el 90,00 %. Sin embargo, la proporción de pacientes clasificados en estadios localizados fue baja en la mayoría de las regiones, excepto en Bogotá, D. C., donde se alcanzó un cumplimiento intermedio en la detección temprana. De manera similar, Bogotá, D. C., presentó el mejor resultado en la identificación de casos nuevos en estadios localmente avanzados y avanzados (33,07 %), lo que la ubicó en un nivel de cumplimiento medio. En el resto de las regiones, este porcentaje superó el 37,00 % y se clasificó en un nivel de cumplimiento bajo.

En todas las regiones, la proporción de casos nuevos con clasificación de Gleason fue mayor al 90,00 %. Por su parte, la realización de al menos una medición del PSA dentro del primer año posterior al tratamiento alcanzó el 70,73 % en la región Central, seguida del Caribe con 68,97 %.

Tabla 3.12. Indicadores de gestión del riesgo en cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Número		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Código[1]		PRO_01	PRO_02	PRO_03	PRO_04	PRO_05	PRO_06	PRO_07
Semaforización		< 30 días	> 90%	> 69%	< 31%	> 90%	< 30 días	Por definir
		30 a < 60 días	60 a 90 %	> 62 a 69 %	31 a < 37 %	85 a 90 %	30 a < 60 días	
		≥ 60 días	< 60 %	≤ 62 %	≥ 37 %	< 85 %	≥ 60 días	
Región	Amazonía-Orinoquía	79,96	79,69	47,06	52,94	96,72	102,00	58,14
	Bogotá, D. C.	86,28	86,30	66,93	33,07	97,63	74,46	49,68
	Caribe	102,14	84,32	53,16	46,84	98,41	54,28	68,97
	Central	97,22	86,63	54,24	45,76	96,30	78,79	70,73
	Oriental	84,33	84,59	52,76	47,24	94,67	83,81	59,66
	Pacífica	87,58	84,01	49,64	50,36	94,72	82,83	64,19
Nacional		**92,64**	**84,59**	**56,17**	**43,83**	**96,70**	**72,21**	**63,19**

[1] Código del indicador en HIGIA.

Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia de indicadores de gestión del riesgo por parte de asegurado-res y prestadores en pacientes con cáncer de próstata en Colombia [en línea]. 2017. p. 1-44. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-evidencia-para-la-definicion-de-indicadores-prio-ritarios-para-la-medicion-evaluacion-y-monitoreo-de-la-gestion-de-riesgo-por-parte-de-aseguradores-y-prestado-res-en-pacientes-con-ca/

2. Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014-2022; Bogotá, D. C. 2025. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/informe-de-supervivencia-2014-2022/

CAC
Cuenta de Alto Costo

4

Cáncer de cuello uterino

RESUMEN infográfico

Cáncer de cuello uterino

2 de enero de 2024 al 1° de enero de 2025

4

Morbimortalidad del cáncer de cuello uterino

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

Se notificaron **2.461 casos nuevos invasivos** lo que corresponde a una PCNR estandarizada de 8,46 casos nuevos por cada 100.000 mujeres (IC 95 %: 8,13 - 8,80).

Para los casos invasivos, la PCNR y la mortalidad fueron más altas en la **región Caribe** mientras que la prevalencia fue mayor en Amazonía-Orinoquía.

En el periodo, incluyendo los tumores *in situ* e invasivos, se reportaron 45.217 mujeres con la enfermedad, de los cuales el 8,93 % (n= 4.040) fueron casos nuevos.

Caracterización de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino

La mediana de la edad fue de 44 años (RIC: 36 - 55), con mayor edad en el de excepción.

En el régimen subsidiado la mayoría se diagnosticó en el estadio III (33,74 %).

El 61,31 % de las mujeres diagnosticadas con esta enfermedad estaban afiliadas al régimen contributivo.

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

En el país y en el régimen contributivo, continúa una tendencia hacia la disminución en el tiempo entre la atención del médico tratante y el inicio del tratamiento. En el subsidiado este promedio aumentó 1,86 días.

En ninguna región del país se alcanzó un **cumplimiento alto** en los indicadores de **oportunidad en la atención general y oncológica.**

Descargar infografía

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

4. Cáncer de cuello uterino

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

4.1. Morbimortalidad del cáncer de cuello uterino

En términos de la PCNR, el cáncer de cuello uterino (CCU) ocupó el cuarto lugar en frecuencia entre las 11 neoplasias priorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y el segundo entre las mujeres. Durante este periodo, al considerar tanto los casos de carcinoma *in situ* como los de cáncer invasivo, se reportaron 45.217 mujeres con este diagnóstico, de las cuales el 8,93 % (n= 4.040) correspondió a casos nuevos. Para los análisis de morbimortalidad, la clasificación de carcinoma *in situ* se definió de acuerdo con los códigos correspondientes de la CIE-10.

El número de defunciones por todas las causas fue de 1.780. Las medidas de morbimortalidad para las neoplasias invasivas se presentan en la **tabla 4.1.**

Tabla 4.1. Medidas de frecuencia del cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Extensión	Indicador	Casos[1]	Medida cruda[2,3]	Medida estandarizada[2,4]	IC 95 %[5]
Cáncer invasivo	PCNR	2.461	9,17	8,46	(8,13 - 8,80)
	Prevalencia	30.437	113,42	100,69	(99,55 - 101,84)
	Mortalidad[6]	1.695	6,32	5,37	(5,11 - 5,63)
Carcinoma *in situ*	PCNR	1.579	5,88	5,71	(5,43 - 6,00)
	Prevalencia	14.780	53,92	50,92	(50,08 - 51,76)

[1] Incluye todos los casos de cáncer de cuello uterino de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Informadas por 100.000 mujeres.
[3] La población de referencia corresponde a la proyectada por el DANE para el año 2024.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
[6] **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

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

En el país, la PCNR estandarizada de CCU invasivo tuvo su valor más alto en la región Caribe y el más bajo en la región Pacífica. En los departamentos, La Guajira presentó la proporción más alta con 18,54 casos invasivos por 100.000 mujeres (IC 95 %: 14,56 - 23,23; n= 75). En contraste, la cifra más baja se observó en Vichada con 1,77 (IC 95 %: 0,44 - 11,62; n= 1).

Para el periodo de análisis, en el departamento del Vaupés no se reportaron nuevos diagnósticos de CCU invasivo durante el periodo.

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

Tabla 4.2. PCNR de cáncer de cuello uterino invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	57	761.812	7,48	8,66	(6,55 - 11,22)
Bogotá, D. C.	475	4.088.532	11,62	9,90	(9,02 - 10,83)
Caribe	643	6.128.647	10,49	10,69	(9,88 - 11,55)
Central	507	6.401.037	7,92	7,17	(6,56 - 7,84)
Oriental	450	5.032.335	8,94	8,20	(7,45 - 9,00)
Pacífica	329	4.423.792	7,44	6,73	(6,01 - 7,50)
Nacional	**2.461**	**26.836.155**	**9,17**	**8,46**	**(8,13 - 8,80)**

[1] Incluye todos los casos nuevos de cáncer de cuello uterino invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La PCNR es informada por 100.000 mujeres.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

Por otra parte, Bogotá, D. C., registró la PCNR estandarizada más alta de las lesiones *in situ*, mientras que la más baja se observó en la región Amazonía-Orinoquía **(tabla 4.3).** Entre los entes territoriales, después de Bogotá, D. C., Nariño presentó la segunda PCNR más alta, con 9,21 casos por 100.000 mujeres (n= 80), mientras que Putumayo registró la más baja con 0,57 casos por 100.000 mujeres (n= 1). Durante el periodo de análisis, este departamento reportó 13 casos nuevos al considerar conjuntamente las lesiones *in situ* y los casos invasivos.

Los departamentos del Amazonas, Chocó, Guainía, Vaupés y Vichada, no reportaron casos de carcinoma *in situ* en el periodo analizado. Si bien esto puede corresponder a una ausencia de casos, también puede estar relacionado a las diferencias en la implementación de actividades de detección, limitaciones para el reporte, entre otras.

Tabla 4.3. PCNR de carcinoma *in situ* según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	7	761.812	0,92	0,99	(0,40 - 2,05)
Bogotá, D. C.	689	4.088.532	16,85	14,73	(13,65 - 15,87)
Caribe	203	6.128.647	3,31	3,46	(3,00 - 3,97)
Central	186	6.401.037	2,91	2,83	(2,43 - 3,27)
Oriental	267	5.032.335	5,31	5,11	(4,52 - 5,76)
Pacífica	227	4.423.792	5,13	5,02	(4,39 - 5,72)
Nacional	**1.579**	**26.836.155**	**5,88**	**5,71**	**(5,43 - 6,00)**

[1] Incluye todos los casos nuevos de cáncer de cuello uterino *in situ* de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La PCNR es informada por 100.000 mujeres.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

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

En el CCU invasivo, la PCNR estandarizada fue superior en el régimen subsidiado; en comparación con el periodo 2024, esta proporción, pasó de 8,83 a 10,37 CNR por 100.000 afiliadas. Por otra parte, en los CNR como *in situ*, la PCNR del régimen subsidiado fue menor que la del contributivo, con 2,75 (IC 95 %: 2,77 - 2,46) frente a 7,59 (IC 95 %: 7,18 - 8,02), respectivamente **(tabla 4.4).**

Los dos valores más altos, así como el más bajo, se observaron en las entidades que prestan servicios a poblaciones indígenas: la EPSI04 (n= 33) y la EPSI01 (n= 22), con 22,68 y 22,12 CNR por 100.000 afiliadas, respectivamente. Asimismo, el más bajo se presentó en la EPSI03 (n= 5) con una PCNR de 1,87 casos invasivos por cada 100.000 mujeres afiliadas.

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 4.4. PCNR del cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	1.202	14.533.010	8,27	6,91	(6,52 - 7,32)
Subsidiado	1.196	10.681.309	11,20	10,37	(9,78 - 10,98)
Excepción	54	987.631	5,47	4,15	(3,04 - 5,56)
No asegurado	5	SD	SD	SD	SD
Planes voluntarios de salud	4	SD	SD	SD	SD
Especial	0	21.895	NA	NA	NA

[1] Incluye todos los casos nuevos de cáncer de cuello uterino invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La PCNR es informada por 100.000 mujeres afiliadas.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada y los planes voluntarios de salud, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato; **NA:** no aplica.

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

La región del país con la mayor prevalencia estandarizada de CCU invasivo fue la Amazonía-Orinoquía, mientras que la menor se presentó en la región Pacífica **(tabla 4.5).** En contraste, para el carcinoma *in situ*, en la Amazonía-Orinoquía se observó el valor más bajo. Mientras que Bogotá, D. C., aunque también presentó uno de los resultados más altos de cáncer invasivo, tuvo la prevalencia más alta de carcinoma *in situ* con 79,03 casos por 100.000 mujeres (IC 95 %: 76,50 - 81,62) **(tabla 4.6).**

Por su parte, el departamento del Casanare presentó la prevalencia más alta con 141,93 casos invasivos por 100.000 mujeres (IC 95 %: 126,37 - 158,86; n= 305). En contraste, la menor se identificó en el Chocó con 51,52 casos (IC 95 %: 46,66 - 61,60; n= 120).

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

Tabla 4.5. Prevalencia del cáncer de cuello uterino invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	741	761.812	97,27	115,85	(107,63 - 124,53)
Bogotá, D. C.	5.178	4.088.532	126,65	104,64	(101,79 - 107,55)
Caribe	6.471	6.128.647	105,59	106,16	(103,58 - 108,79)
Central	8.251	6.401.037	128,90	108,75	(106,37 - 111,16)
Oriental	5.134	5.032.335	102,02	90,35	(87,88 - 92,88)
Pacífica	4.662	4.423.792	105,38	90,27	(87,66 - 92,94)
Nacional	**30.437**	**26.836.155**	**113,42**	**100,69**	**(99,55 - 101,84)**

[1] Incluye todos los casos de cáncer de cuello uterino invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La prevalencia es informada por 100.000 mujeres.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

En cuanto a la prevalencia estandarizada por entidad territorial, Risaralda presentó el valor más alto, con 126,65 casos por 100.000 mujeres (IC 95 %: 117,31 - 136,53; n= 696). Entretanto, la prevalencia más baja se observó en Chocó, con 2,36 casos por 100.000 mujeres (IC 95 %: 0,86 - 5,12; n= 6).

Tabla 4.6. Prevalencia del cáncer de carcinoma *in situ* según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	305	761.812	40,04	45,49	(40,50 - 50,91)
Bogotá, D. C.	3.730	4.088.532	91,23	79,03	(76,50 - 81,62)
Caribe	2.050	6.128.647	33,45	34,40	(32,93 - 35,93)
Central	3.444	6.401.037	53,80	49,56	(47,90 - 51,26)
Oriental	2.535	5.032.335	50,37	47,26	(45,43 - 49,15)
Pacífica	2.716	4.423.792	61,40	57,74	(55,57 - 59,97)
Nacional	**14.780**	**26.836.155**	**55,07**	**52,03**	**(51,19 - 52,88)**

[1] Incluye todos los casos de cáncer de cuello uterino *in situ* de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La prevalencia es informada por 100.000 mujeres.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

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

La prevalencia estandarizada de CCU invasivo fue significativamente mayor en el régimen subsidiado que en el contributivo **(tabla 4.7).** Al analizar este indicador por EAPB, las cifras más altas se observaron en la EPSS34 y la EPS025, ambas del subsidiado, con 167,52 y 165,10 casos por 100.000 afiliadas, respectivamente. En contraste, la prevalencia más baja de la serie se registró en la EAS016, del contributivo, con 32,04 casos por 100.000 afiliadas.

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

Tabla 4.7. Prevalencia del cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	15.421	14.533.010	106,11	84,89	(83,55 - 86,26)
Subsidiado	13.441	10.681.309	125,84	111,31	(109,41 - 113,23)
Excepción	841	987.631	85,15	57,43	(53,28 - 61,85)
No asegurado	103	SD	SD	SD	SD
Especial	21	21.895	95,91	62,29	(21,70 - 146,71)
Planes voluntarios de salud	9	SD	NA	NA	NA
Entidades liquidadas	601	SD	NA	NA	NA

[1] Incluye todos los casos de cáncer de cuello uterino invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La prevalencia es informada por 100.000 mujeres afiliadas.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud y en las entidades liquidadas, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.
IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato; **NA:** no aplica.

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

En la cohorte en seguimiento, la mortalidad general estandarizada por la edad fue más baja en la región de Bogotá, D. C., mientras que en el Caribe y la Amazonía-Orinoquía se identificó las más altas **(tabla 4.8).** Entre estas regiones se presentó una diferencia absoluta de 2,91 muertes por 100.000 mujeres, por lo que, la mortalidad estandarizada del Caribe fue 1,62 veces la observada en Bogotá, D. C.

Del total de muertes por todas las causas en el periodo, el 54,28 % (n= 920) se concentraron en Bogotá, D. C., Antioquia, Valle del Cauca, Bolívar y Córdoba. De estas, la mortalidad general ajustada fue más alta para el Atlántico con 8,22 muertes (IC 95 %: 6,88 - 9,75; n= 134), seguida de Córdoba con 7,97 fallecimientos (IC 95 %: 6,34 - 9,90; n= 84).

La cifra más baja se presentó en San Andrés, Providencia y Santa Catalina con 1,94 defunciones por 100.000 mujeres con CCU (IC 95 %: 0,05 - 14,53; n= 1). Entre tanto, el departamento de Vaupés, con 12 casos prevalentes de CCU, no presentó defunciones durante este periodo.

La distribución de la mortalidad general constituye un análisis descriptivo de los casos fallecidos sobre la cohorte. En este sentido, las diferencias observadas entre las entidades territoriales pueden estar relacionadas tanto con las características de la población en riesgo, así como con los procesos de captación y seguimiento de los eventos durante el periodo de análisis.

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

Tabla 4.8. Mortalidad general del cáncer de cuello uterino invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Muertes[1]	Denominador[2]	Mortalidad	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	43	761.812	5,64	6,93	(5,01 - 9,33)
Bogotá, D. C.	242	4.088.532	5,92	4,67	(4,10 - 5,31)
Caribe	478	6.128.647	7,80	7,68	(7,00 - 8,40)
Central	379	6.401.037	5,92	4,72	(4,25 - 5,23)
Oriental	283	5.032.335	5,62	4,81	(4,26 - 5,41)
Pacífica	270	4.423.792	6,10	4,92	(4,34 - 5,56)
Nacional	**1.695**	**26.836.155**	**6,32**	**5,37**	**(5,11 - 5,63)**

[1] Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de cuello uterino invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La mortalidad es informada por 100.000 mujeres.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

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

En el periodo, la mortalidad en el régimen subsidiado fue mayor que en el contributivo **(tabla 4.9).** Del total de muertes por todas las causas reportadas en el periodo el 51,39 % (n= 871) muertes se concentraron en seis entidades. De estas, la mortalidad general más alta fue la estimada en la ESS207, del subsidiado, con 9,24 muertes por 100.000 mujeres afiliadas (IC 95 %: 7,78 - 10,90; n= 149). Seguida de la ESS024 con 7,80 (IC 95 %: 6,57 - 9,20; n= 146).

Por otro lado, las dos tasas más bajas se presentaron en las EAPB del régimen especial (RES002 y RES004). En la tercera posición se situó la EPS008 con 2,63 muertes por 100.000 mujeres afiliadas (IC 95 %: 1,87 - 3,65; n= 39). A diferencia de la EPSI04 en la que se calcularon 16,17 muertes por cada 100.000 mujeres afiliadas (IC 95 %: 9,72 - 25,13; n= 19).

La distribución de la mortalidad general constituye un análisis descriptivo de los casos fallecidos sobre la cohorte. En este sentido, las diferencias observadas entre las entidades territoriales pueden estar relacionadas tanto con las características de la población en riesgo, así como con los procesos de captación y seguimiento de los eventos durante el periodo de análisis.

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 4.9. Mortalidad general del cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

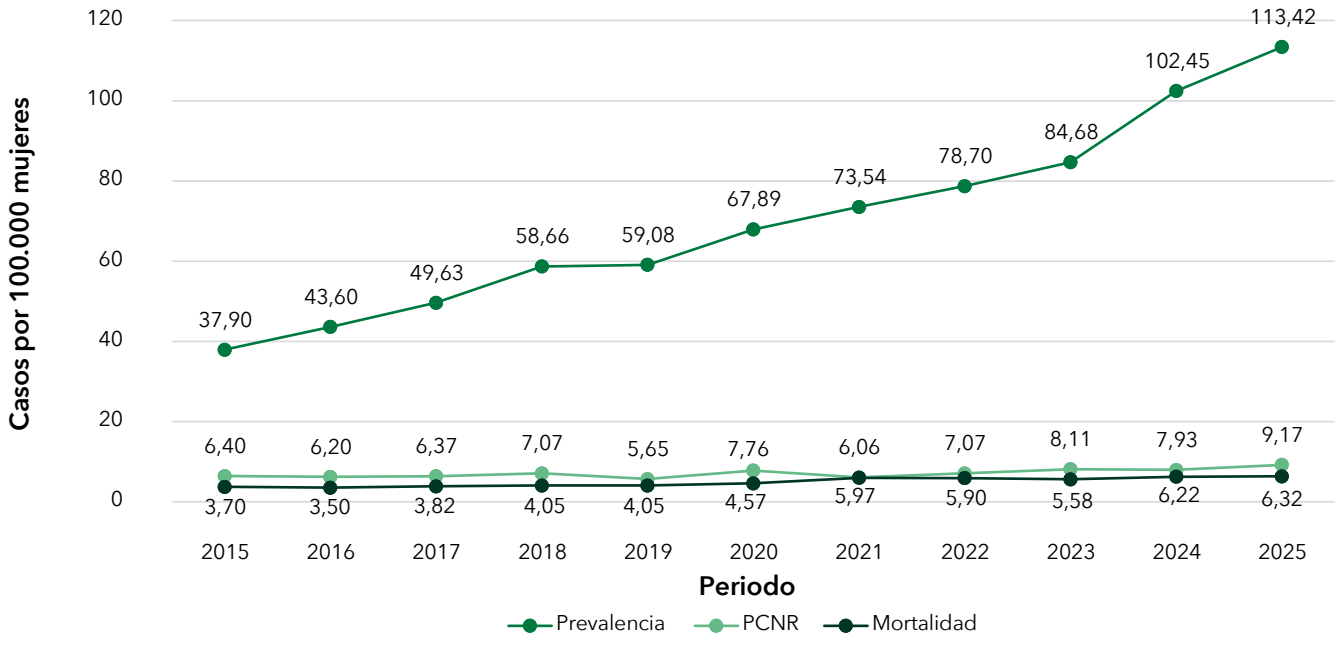
Régimen	Muertes[1]	Denominador[2]	Mortalidad	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	724	14.533.010	4,98	3,79	(3,51 - 4,08)
Subsidiado	901	10.681.309	8,44	7,17	(6,70 - 7,66)
Excepción	42	987.631	4,25	2,60	(1,81 - 3,69)
No asegurado	4	SD	SD	SD	SD
Especial	1	21.895	4,57	0,56	(0,01 - 60,29)
Planes voluntarios de salud	1	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	22	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de cuello uterino invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La mortalidad es informada por 100.000 mujeres afiliadas.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud y en las entidades liquidadas, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.
IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

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

Como se observa en la **figura 4.1,** durante los últimos 10 años la prevalencia ha mantenido una tendencia ascendente; puntualmente, en 2025 presentó una variación del 8,52 % respecto al periodo anterior. La PCNR ha mostrado un comportamiento variable a lo largo del seguimiento y, frente a 2024, registró un crecimiento del 15,64 %. Por su parte, la mortalidad por todas las causas en las mujeres con CCU mostró una leve variación del 0,16 %.

Figura 4.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2025



Incluye los casos de cáncer de cuello uterino invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 100.000 mujeres.
Mortalidad: corresponde al número de casos fallecidos por todas las causas de la cohorte en seguimiento por la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados.
Descargar figura

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

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

La **tabla 4.10** presenta la caracterización general de los CNR del periodo según el régimen de aseguramiento, incluyendo los casos de carcinoma *in situ* e invasivo. La mediana de la edad global fue de 44 años (RIC: 36 - 55). La frecuencia de mujeres de etnia negra fue más alta en el régimen contributivo, mientras que en el subsidiado predominaron los casos de mujeres indígenas.

Respecto a la región de residencia, en el régimen contributivo Bogotá, D. C., concentró el 41,14 % de los casos, mientras que en el subsidiado el 42,08 % se presentó en la región Caribe. En ambos regímenes, la menor proporción de casos se observó en la Amazonía-Orinoquía. En el de excepción se identificó una distribución similar, con una mayor concentración en Bogotá, D. C., (25,81 %).

Tabla 4.10. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento				Total[2]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	
	n= 2.477	n= 1.490	n= 62	n= 1	n= 4.040
	(61,31 %)	(36,88 %)	(1,53 %)	(0,02 %)	(100,00 %)
Edad	41 (34 - 51)	48 (40 - 61)	52 (42 - 68)	53 (53 - 53)	44 (36 - 55)
Etnia					
Ninguna	2.379 (96,04)	1.397 (93,76)	62 (100,00)	1 (100,00)	3.849 (95,27)
Negro	69 (2,79)	22 (1,48)	0 (0,00)	0 (0,00)	91 (2,25)
Indígena	5 (0,20)	71 (4,77)	0 (0,00)	0 (0,00)	76 (1,88)
Otra[3]	24 (0,97)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	24 (0,59)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	20 (0,81)	43 (2,89)	0 (0,00)	0 (0,00)	64 (1,58)
Bogotá, D. C.	1.019 (41,14)	125 (8,39)	16 (25,81)	0 (0,00)	1.164 (28,81)
Caribe	206 (8,32)	627 (42,08)	11 (17,74)	0 (0,00)	846 (20,94)
Central	469 (18,93)	208 (13,96)	14 (22,58)	0 (0,00)	693 (17,15)
Oriental	476 (19,22)	225 (15,10)	15 (24,19)	0 (0,00)	717 (17,75)
Pacífica	287 (11,59)	262 (17,58)	6 (9,68)	1 (100,00)	556 (13,76)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta le mediana (rango intercuartílico).
[2] Para los valores totales se tienen en cuenta cinco casos reportados en el régimen especial y cinco en la población no asegurada.
[3] Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

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

La **tabla 4.11** describe las características clínicas de los CNR según el régimen del aseguramiento. En el país, el 60,92 % de los casos nuevos correspondió a tumores invasivos, identificados mediante el código CIE-10 C53. Por su parte, la estadificación TNM/FIGO estuvo disponible en el 93,84 % de los CNR; dentro de este grupo, el 56,71 % correspondió a cáncer invasivo.

De acuerdo con la estadificación TNM/FIGO, el carcinoma *in situ*, en general, fue el grupo más frecuente, con el 43,29 %, seguido del estadio III, con el 20,55 %. Además, los regímenes subsidiado y de excepción presentaron proporciones menores de carcinoma *in situ* en comparación con el contributivo, en el que este grupo representó el 55,55 % de los CNR estadificados.

Tabla 4.11. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento				Total[2]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	
	n= 2.477	n= 1.490	n= 62	n=1	n= 4.040
	(61,31 %)	(36,88 %)	(1,53 %)	(0,02 %)	(100,00 %)
Extensión[3]					
Carcinoma *in situ*	1.275 (51,47)	294 (19,73)	8 (12,90)	1 (100,00)	1.579 (39,08)
Invasivo	1.202 (48,53)	1.196 (80,27)	54 (87,10)	0 (0,00)	2.461 (60,92)
Estadificación (sí)[4]	2.353 (94,99)	1.378 (92,48)	51 (82,26)	1 (100,00)	3.791 (93,84)
Estadio al diagnóstico[4,5]					
Carcinoma *in situ*	1.307 (55,55)	324 (23,51)	8 (15,69)	1 (100,00)	1.641 (43,29)
Estadio I	403 (17,32)	190 (13,79)	15 (29,41)	0 (0,00)	609 (16,06)
Estadio II	268 (11,39)	290 (21,04)	10 (19,61)	0 (0,00)	569 (15,01)
Estadio III	298 (12,66)	465 (33,74)	12 (23,53)	0 (0,00)	779 (20,55)
Estadio IV	77 (3,27)	109 (7,91)	6 (11,76)	0 (0,00)	193 (5,09)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables.
[2] Para los valores totales se tienen en cuenta cinco casos reportados en el régimen especial y cinco en la población no asegurada.
[3] Definida según el código CIE-10.
[4] Definida según la clasificación TNM.
[5] Incluye todos los casos nuevos de cáncer de cuello uterino que fueron estadificados.

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

En la **tabla 4.12** se observa que, entre los casos que recibieron algún tratamiento, en general, la cirugía fue la modalidad terapéutica más frecuente. Este comportamiento también se evidenció en los casos nuevos *in situ*, en estadio I y en aquellos con estadio desconocido al momento del diagnóstico. Para los casos *in situ*, se identificó que el 82,96 % (n= 1.183) de los procedimientos quirúrgicos correspondieron a conización cervical.

Por su parte, en los estadios II, III y IV, la terapia sistémica fue la más comúnmente utilizada. En cuanto a la radioterapia, en los estadios II y III, fue la segunda modalidad terapéutica más frecuente.

Por otro lado, el 18,89 % de las mujeres con esta neoplasia no recibió ningún tipo de tratamiento. En comparación con el periodo anterior, se evidenció una disminución del 13,00 %, pasando de 877 a 763 casos en este periodo.

La sección 4.4 de indicadores del riesgo en cáncer de cuello uterino contiene información detallada sobre la distribución de las modalidades terapéuticas de acuerdo con la estadificación de la enfermedad, según la región de residencia de los casos.

Entre las mujeres que no recibieron tratamiento, el 19,27 % (n= 147) no contaba con estadificación TNM, y en aquellos casos que fueron estadificados, el 27,65 % (n= 211) correspondieron a carcinoma *in situ*. Asimismo, cabe resaltar que el 38,13 % (n= 291) fueron diagnosticadas en los tres meses previos a la fecha de corte, lo que podría explicar, en parte, la ausencia de tratamiento registrado. Adicionalmente, aunque estos casos no reportaron tratamientos curativos durante el periodo, el 13,24 % (n= 101) de estas mujeres recibió atención por cuidado paliativo.

Tabla 4.12. Frecuencia del tratamiento reportado en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

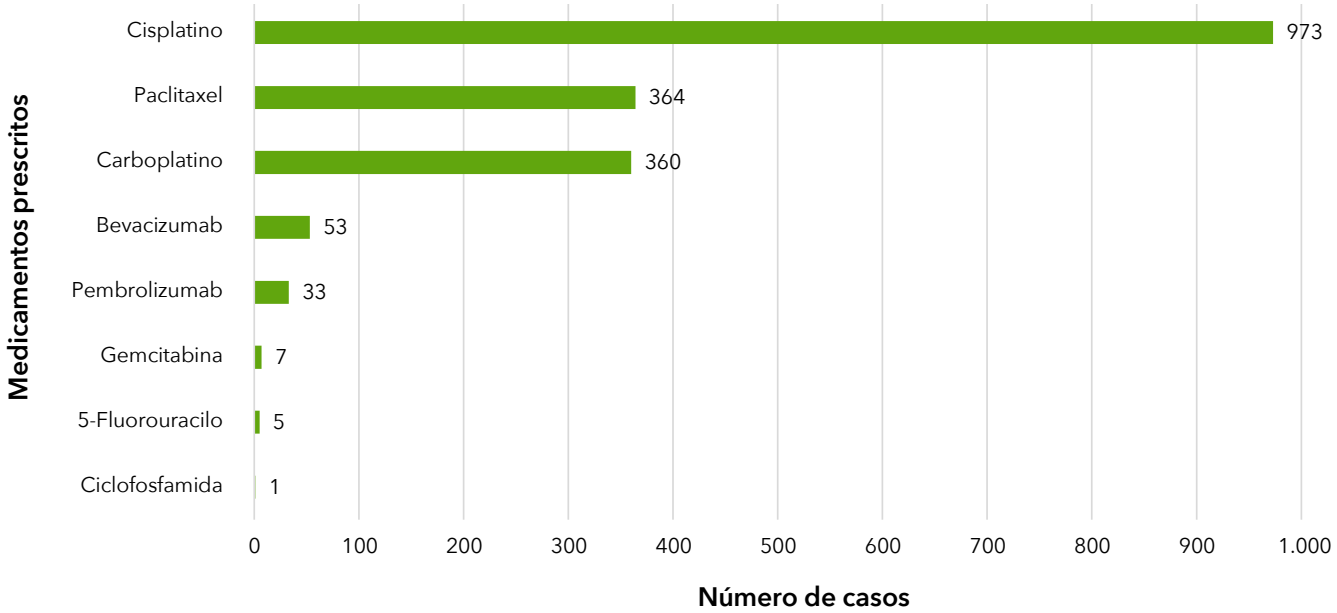
Variables[1]	Estadio al diagnóstico						Total
	Carcinoma *in situ*	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	Desconocido	
	n= 1.641	n= 609	n= 569	n= 779	n= 193	n= 249	n= 4.040
	(40,62 %)	(15,07 %)	(14,08 %)	(19,28 %)	(4,78 %)	(6,16 %)	(100,00 %)
Casos que recibieron algún tratamiento	1.430 (87,14)	518 (85,06)	460 (80,84)	628 (80,62)	139 (72,02)	102 (40,96)	3.277 (81,11)
Tipo de tratamiento prescritos[2]							
Terapia sistémica[3]	0 (0,00)	121 (23,36)	408 (88,70)	549 (87,42)	122 (87,77)	26 (25,49)	1.226 (37,41)
Cirugía	1.427 (99,79)	437 (84,36)	50 (10,87)	44 (7,01)	6 (4,32)	75 (73,53)	2.039 (62,22)
Radioterapia	8 (0,56)	136 (26,25)	352 (76,52)	495 (78,82)	81 (58,27)	15 (14,71)	1.087 (33,17)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n,%) para todas las variables.
[2] El tipo de tratamiento no es mutuamente excluyente, un mismo caso pudo haber recibido más de un tipo de terapia.
[3] En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

La **figura 4.2** muestra los medicamentos administrados con mayor frecuencia en los casos nuevos de CCU. Es importante señalar que los datos presentados corresponden a las frecuencias absolutas de uso y no se tiene en cuenta el uso concomitante de uno o más fármacos.

Durante este periodo predominó el uso del cisplatino, seguido por el paclitaxel y el carboplatino. Esta distribución podría explicarse por los esquemas terapéuticos habituales: el cisplatino se emplea con frecuencia como radiosensibilizador en la quimiorradioterapia concomitante, mientras que el paclitaxel suele combinarse con un agente de platino, como el cisplatino o el carboplatino.

Figura 4.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento, Colombia 2025



Incluye carcinoma *in situ* y cáncer invasivo y todas las edades.
Descargar figura

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

La **tabla 4.13** presenta la caracterización general de los casos prevalentes reportados en el periodo (incluyendo carcinoma *in situ* y el cáncer invasivo). En este grupo, la mediana de edad fue de 52 años (RIC: 42 - 63). También, el 55,29 % de los casos se presentó en el régimen contributivo, seguido del subsidiado con el 41,83 %.

De otra parte, la mayor mediana de la edad se observó en el régimen especial, mientras que la menor se registró en el contributivo. La proporción de mujeres de etnia negra fue más alta en el régimen contributivo, mientras que los casos de mujeres indígenas predominaron en el subsidiado.

Según el lugar de residencia, en el régimen contributivo, el 51,74 % los casos se concentraron en Bogotá, D. C., (28,75 %) y en la región Central (22,99 %). En contraste, en el subsidiado, el 53,41 % se identificó en las regiones Caribe (31,85 %) y Central (21,56 %). Adicionalmente los casos en la población no asegurada residían en su mayoría en la región Oriental (54,05 %) y los de los planes voluntarios de salud en Bogotá, D. C., (53,85 %).

Tabla 4.13. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de cuello uterino según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento				Total[2,3]
	Contributivo	Subsidiado	Excepció	Especial	
	n= 24.496	n= 18.533	n= 1.126	n= 27	n= 44.306
	(55,29 %)	(41,83 %)	(2,54 %)	(0,06 %)	(100,00 %)
Edad	49 (39 - 61)	55 (45 - 65)	57 (46 - 67)	62 (49 - 75)	52 (42 - 63)
Etnia					
Ninguna	24.123 (98,48)	17.418 (93,98)	1.100 (97,69)	27 (100,00)	42.791 (96,58)
Negro	281 (1,15)	324 (1,75)	25 (2,22)	0 (0,00)	630 (1,42)
Indígena	36 (0,15)	768 (4,14)	0 (0,00)	0 (0,00)	805 (1,82)
Otra[4]	56 (0,23)	23 (0,12)	1 (0,09)	0 (0,00)	80 (0,18)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	256 (1,05)	743 (4,01)	36 (3,20)	0 (0,00)	1.040 (2,35)
Bogotá, D. C.	7.043 (28,75)	1.382 (7,46)	201 (17,85)	5 (18,52)	8.653 (19,53)
Caribe	2.231 (9,11)	5.902 (31,85)	197 (17,50)	0 (0,00)	8.342 (18,83)
Central	7.102 (28,99)	3.995 (21,56)	378 (33,57)	9 (33,33)	11.502 (25,96)
Oriental	4.558 (18,61)	2.664 (14,37)	207 (18,38)	3 (11,11)	7.493 (16,91)
Pacífica	3.306 (13,50)	3.847 (20,76)	107 (9,50)	10 (37,04)	7.276 (16,42)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).
[2] Para los valores totales se tienen en cuenta 13 casos reportados por planes voluntarios de salud y 111 de la población no asegurada.
[3] No se incluyeron los datos de 911 casos prevalentes, que no se reportaron en el periodo actual porque pertenecen a entidades liquidadas.
[4] Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

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

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

1.1. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó estadificación clínica (CNR).

1.2. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó estadificación clínica (prevalentes).

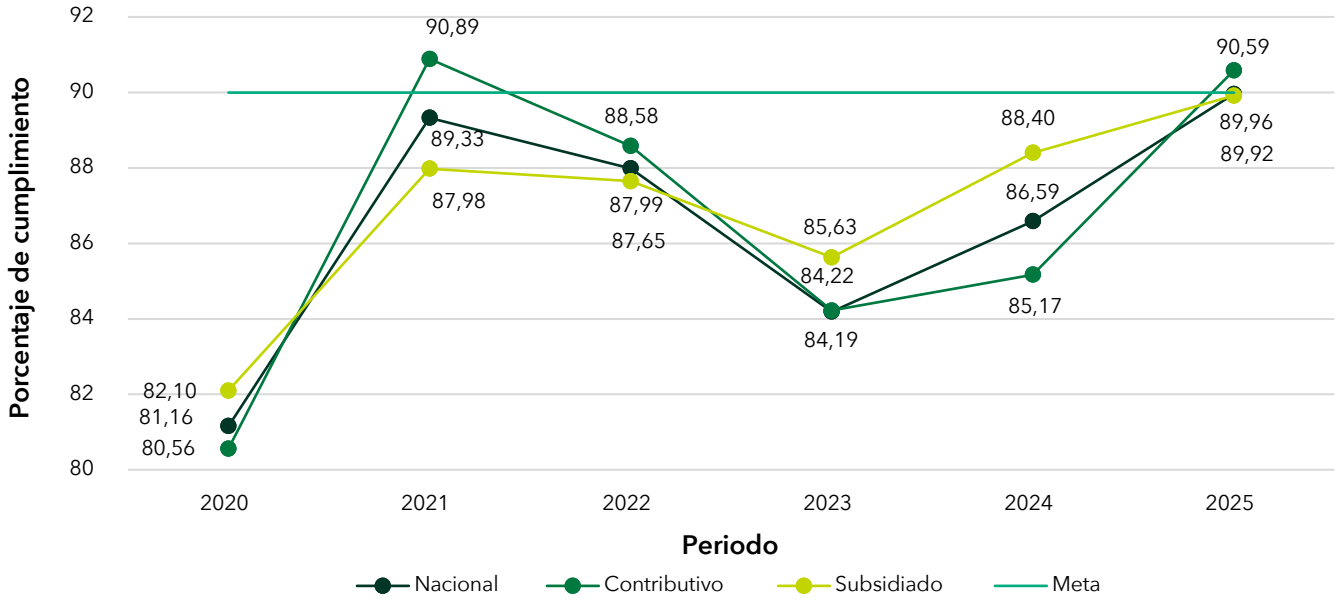
2. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA-IB2 que recibieron algún procedimiento curativo (conización/cirugía).
3. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio II-IV a quienes se les suministró radioterapia.
4. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio II-IV a quienes se les suministró quimioterapia.
5. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio II-IV a quienes se les suministró quimioterapia y radioterapia concomitante con la braquiterapia.
6.1. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino con valoración por cuidado paliativo, estadios avanzados (CNR).
6.2. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino con valoración por cuidado paliativo, estadios avanzados (prevalentes).
7. Oportunidad de la atención general.
8. Oportunidad de la atención en cáncer.
9. Oportunidad por médico tratante.
10. Oportunidad de inicio del tratamiento.
11. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino con diagnóstico nuevo (dentro del periodo de reporte).
12. Mortalidad general en mujeres con cáncer de cuello uterino.
13. Supervivencia general a los 5 años.
14. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino que cumplen criterio de seguimiento.

Es de destacar que los indicadores 11 y 12 se desarrollan en la sección de morbimortalidad, ubicada al inicio del capítulo. Los resultados del indicador 13 se presentan en el informe especial "Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificados a la Cuenta de Alto Costo 2014 2022". Por el último, el indicador 14 no pudo ser calculado, ya que actualmente no se cuenta con las variables necesarias para su medición. Asimismo, dado que la CAC se encuentra en proceso de actualización de los indicadores para evaluar la gestión del riesgo en las mujeres con CCU, en el siguiente periodo se estarán actualizando estas métricas.

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

En el país y por régimen del aseguramiento el porcentaje de estadificación presentó un aumento **(figura 4.3).** Específicamente el régimen contributivo tuvo un incremento del 6,00 %, respecto al periodo anterior, lo que lo sitúa en un nivel de cumplimiento alto. Se resalta que el resultado entre regímenes fue cercano, lo cual disminuyó la brecha que se presentó en los dos periodos anteriores. En contraste, la estadificación en los casos prevalentes se ubicó por debajo del 90,00 % en los regímenes y en la medición nacional, con lo cual su cumplimiento fue de nivel medio **(figura 4.4).**

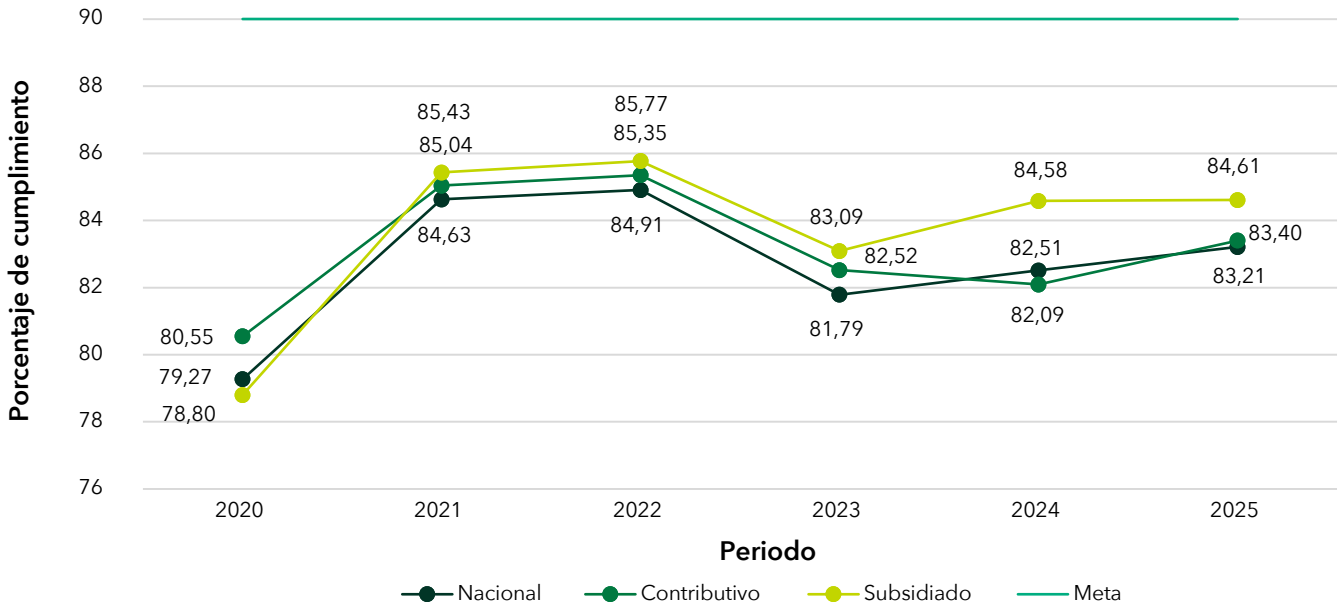
Figura 4.3. Tendencia de la proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino con estadificación en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025



Incluye carcinoma *in situ* y cáncer invasivo.

Descargar figura

Figura 4.4. Tendencia de la proporción de casos prevalentes de cáncer de cuello uterino con estadificación en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025

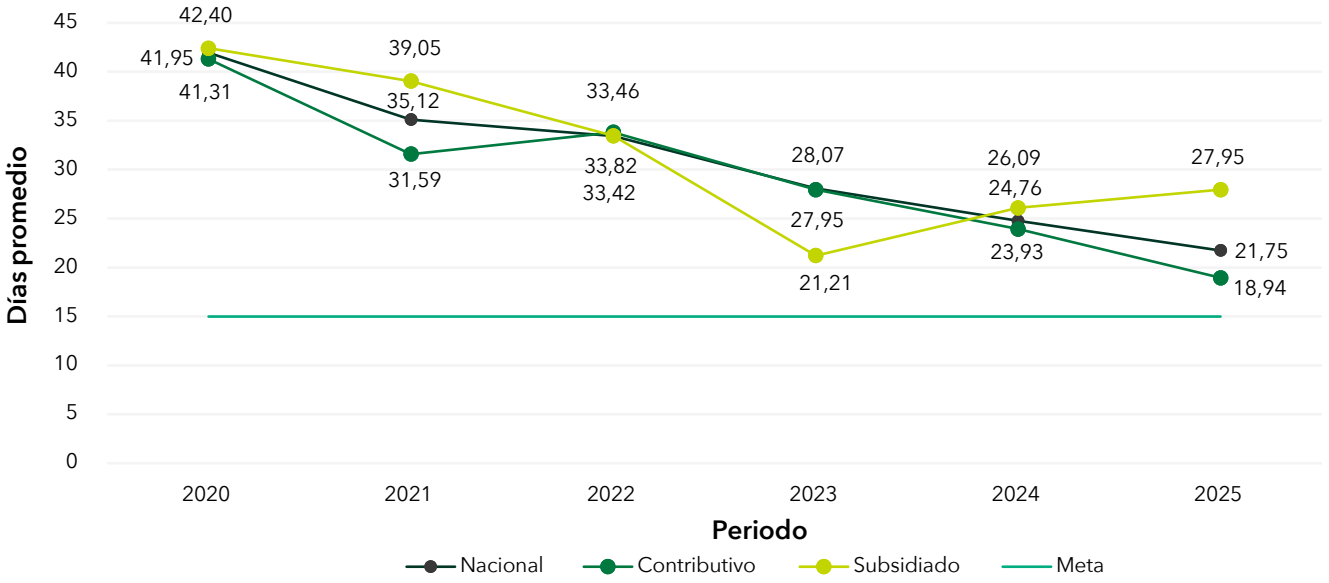


Incluye carcinoma *in situ* y cáncer invasivo.

Descargar figura

En cuanto a la oportunidad de inicio del tratamiento, se evidenció una disminución en el promedio de días entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en el país. En el régimen contributivo se observó la menor oportunidad. No obstante, en el subsidiado se presentó un aumento de 1,86 días promedio **(figura 4.5).**

Figura 4.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025



Incluye carcinoma *in situ* y cáncer invasivo.
Oportunidad del tratamiento: tiempo entre la atención del médico tratante y el primer tratamiento.
La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2025 fue: de 21,75 días (± 30,79) en la medición nacional, de 18,94 días (± 26,79) en el régimen contributivo y de 27,95 días (± 37,31) en el subsidiado.
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del tratamiento en el 2025 fue: de 12 días (RIC: 0 - 31) en la medición nacional, de 9 días (RIC: 0 - 28) en el régimen contributivo y de 16 días (RIC: 1 - 36) en el subsidiado.

Descargar figura

En el marco de los indicadores de gestión del riesgo durante la etapa del tratamiento, las mujeres con CCU en estadio II - IV, fueron tratadas con radioterapia, en la mayoría de las regiones, por lo que se alcanzó un nivel de cumplimiento medio para este indicador. No obstante, a nivel nacional, así como en Bogotá, D. C., y la región Caribe, el resultado fue inferior al 60,00 %.

En este mismo grupo (estadios II – IV), la aplicación de esquemas de quimioterapia en todas las regiones se ubicó entre el 60,00 y el 90,00 %, lo que corresponde a un cumplimiento medio según la meta definida. Por su parte, la administración concomitante de quimioterapia y radioterapia con braquiterapia presentó un cumplimiento bajo, es decir, inferior al 60,00 %.

Tabla 4.14. Indicadores de gestión del riesgo en cáncer de cuello uterino según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Número		1.1.	1.2.	2.	3.	4.	5.
Código[1]		CER_01_1	CER_01_2	CER_02	CER_03	CER_04	CER_05
Semaforización		≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %
		80 a 90 %	80 a 90 %	60 a 90 %	60 a 90 %	60 a 90 %	60 a 90 %
		< 80 %	< 80 %	< 60 %	< 60 %	< 60 %	< 60 %
Región	Amazonía-Orinoquía	● 93,48	● 80,74	● 50,00	● 66,67	● 61,54	● 51,28
	Bogotá, D. C.	● 88,89	● 79,28	● 77,68	● 52,53	● 70,20	● 47,98
	Caribe	● 91,30	● 86,17	● 78,21	● 57,43	● 72,04	● 49,87
	Central	● 92,80	● 84,52	● 75,18	● 61,23	● 74,89	● 54,63
	Oriental	● 85,88	● 83,68	● 71,76	● 63,68	● 66,04	● 54,25
	Pacífica	● 89,22	● 80,62	● 62,96	● 60,66	● 65,57	● 53,01
Nacional		**● 89,96**	**● 83,21**	**● 74,04**	**● 59,16**	**● 69,98**	**● 51,67**

Con respecto a la valoración por cuidado paliativo, se obtuvo un cumplimiento superior en los casos nuevos en comparación con los prevalentes. Para los CN, el valor más alto se presentó en la región Central (52,86 %) y para los prevalentes en Bogotá, D. C., con el 22,89 %.

La oportunidad de la atención general corresponde al tiempo transcurrido desde la sospecha hasta el inicio del tratamiento. En el país, esta oportunidad fue de 95,04 días promedio. Por otro lado, la región Central presentó el mayor lapso de tiempo (114,83 días), mientras que Bogotá, D. C., registró una menor espera (75,10 días). En consecuencia, tanto a nivel nacional como por regiones, el indicador superó los 75 días, lo que corresponde a un nivel de cumplimiento bajo.

En cuento a la oportunidad de la atención en cáncer, definida como el tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento, también se presentó un cumplimiento bajo (≤ 30 días). Por ejemplo, aunque el menor tiempo se evidenció en la región Central, con 50,88 días, no alcanzó la meta establecida, por lo que obtuvo un cumplimiento medio en este indicador.

Finalmente, en la oportunidad por el médico tratante, entendida como el tiempo desde el informe de patología hasta la atención por este profesional, Bogotá, D. C., presentó un cumplimiento alto (≤ 30 días). En contraste, en el resto de las regiones y en el país, la espera transcurrió entre los 30 y 45 días promedio, lo que corresponde a un nivel de cumplimiento medio.

Tabla 4.14. Indicadores de gestión del riesgo en cáncer de cuello uterino según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 (continuación)

Número		6.1.	6.2.	7.	8.	9.	10.
Código[1]		CER_06_1	CER_06_2	CER_07	CER_08	CER_09	CER_10
Semaforización		Por definir	Por definir	≤ 60 días 60 a 75 días > 75 días	≤ 30 días 30 a 45 días > 45 días	≤ 30 días 30 a 45 días > 45 días	≤ 15 días 15 a 30 días > 30 días
Región	Amazonía-Orinoquía	28,21	12,95	● 110,04	● 74,72	● 44,02	● 32,76
	Bogotá, D. C.	48,99	22,89	● 75,10	● 51,71	● 21,08	● 16,24
	Caribe	43,32	18,74	● 103,42	● 57,07	● 35,80	● 21,70
	Central	52,86	22,55	● 114,83	● 50,88	● 33,08	● 25,87
	Oriental	36,79	17,06	● 98,75	● 68,19	● 32,88	● 24,65
	Pacífica	36,61	14,16	● 106,81	● 70,48	● 38,19	● 25,50
Nacional		**43,39**	**19,06**	**● 95,04**	**● 58,68**	**● 31,64**	**● 21,75**

[1] Código del indicador en HIGIA.

Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia de indicadores de gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de mama y cuello uterino en Colombia [en línea]. 2016. p. 1-115. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/indicadores-prioritarios-para-la-medicion-evaluacion-y-monitoreo-de-la-gestion-de-riesgo-por-parte-de-aseguradores-y-prestadores-en-pacientes-con-cancer-de-mama-y-cuello-uterino-en-colombia/

2. Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014-2022; Bogotá, D. C. 2025. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/informe-de-supervivencia-2014-2022/

CAC
Cuenta de Alto Costo

5

Cáncer de colon y recto

RESUMEN infográfico

Cáncer de colon y recto

2 de enero de 2024 al 1° de enero de 2025

5

Morbimortalidad del cáncer de colon y recto

Ocupó el **tercer lugar**
en frecuencia entre los 11 tipos de cáncer priorizados, representando el 14,55 % de los casos nuevos reportados durante el periodo.

Se notificaron **4.893** **casos nuevos invasivos**
lo que corresponde a una PCNR estandarizada de 8,05 casos nuevos por cada 100.000 habitantes (IC 95 %: 7,83 - 8,28).

Se registraron **3.989** **muertes entre las personas**
con cáncer invasivo, lo que representa una mortalidad estandarizada de 6,35 por cada 100.000 habitantes (IC 95 %: 6,16 - 6,55).

El número total de casos nuevos, prevalentes y fallecidos en el periodo fue de 4.958, 48.238 y 4.020, respectivamente.

Caracterización de los casos nuevos de cáncer de colon y recto

La mediana de la edad fue de 66 años (RIC: 56 - 74).

El 52,84 % de los casos fueron en el sexo femenino.

El 21,88 % de los CNR fueron clasificados en estadio metastásico y el 38,53 % en estadio III, por lo tanto, más de la mitad de los casos nuevos de cáncer colorrectal se diagnosticaron en etapas localmente avanzadas.

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

El indicador de detección temprana se ubicó en 30,66 %, levemente menor frente a 2024 (31,32 %).

En ninguno de los indicadores de oportunidad, se alcanzó la meta establecida
tanto a nivel nacional, **como en las regiones del país.**

Descargar infografía

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

5. Cáncer de colon y recto

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

5.1. Morbimortalidad del cáncer de colon y recto

Durante este periodo, el cáncer de colon y recto ocupó el tercer lugar entre las neoplasias con mayor número de casos nuevos reportados, con 4.958 casos, representó el 14,55 % del total de CNR de los tipos de cáncer priorizados, incluyendo los tumores *in situ* e invasivos. En términos de prevalencia, se registraron 48.238 casos, de los cuales el 97,71 % (n= 47.134) fueron de tipo invasivo. Además, se reportaron 4.020 muertes por todas las causas en los casos con este diagnóstico.

Este capítulo aborda de manera conjunta las neoplasias de colon, recto y canal anal. Durante el periodo analizado se notificaron 47.134 casos invasivos, de los cuales el 62,43 % (n= 29.427) correspondieron a cáncer de colon. En segundo lugar, se ubicó el cáncer de recto, con el 30,11 % (n= 14.190) de los casos, mientras que las neoplasias del canal anal representaron el 7,46 % (n= 3.517).

Enseguida, la **tabla 5.1** presenta las medidas de morbimortalidad estimadas, las cuales incluyen únicamente los casos invasivos.

Tabla 5.1. Medidas de frecuencia del cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Medida	Casos[1]	Medida cruda[2,3]	Medida estandarizada[2,4]	IC 95 %[5]
PCNR	4.893	9,30	8,05	(7,83 - 8,28)
Prevalencia	47.134	89,58	76,62	(75,93 - 77,32)
Mortalidad[6]	3.989	7,58	6,35	(6,16 - 6,55)

[1] Incluye todos los casos de cáncer de colon y recto invasivo, de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Informadas por cada 100.000 habitantes.
[3] La población de referencia corresponde a la proyectada por el DANE para el año 2024.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
[6] **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, de la cohorte en seguimiento por la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

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

En Bogotá, D. C., se presentó la PCNR estandarizada más alta para esta neoplasia con más de 10 casos nuevos por 100.000 habitantes, mientras que en la región de Amazonía-Orinoquía fueron notificados cerca de 5 casos nuevos durante el 2025 **(tabla 5.2).** Estas medidas describen la ocurrencia de casos en las regiones analizadas y deben interpretarse en el contexto de las diferencias demográficas y de acceso a los servicios de salud.

En cuanto a las entidades territoriales, las cifras más elevadas correspondieron a residentes en Bogotá, D. C., (13,73), Risaralda (11,65) y Norte de Santander (9,57). En contraste, las más bajas se presentaron en Caquetá con 1,08 y Amazonas con 1,66 casos nuevos. En Guainía no se informaron casos nuevos durante el periodo.

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

Tabla 5.2. PCNR de cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	58	1.544.639	3,75	4,75	(3,60 - 6,13)
Bogotá, D. C.	1.310	7.918.660	16,54	13,73	(13,00 - 14,50)
Caribe	755	12.130.521	6,22	6,36	(5,91 - 6,83)
Central	1.201	12.486.760	9,62	7,53	(7,10 - 7,97)
Oriental	866	9.966.135	8,69	7,45	(6,96 - 7,97)
Pacífica	703	8.567.038	8,21	6,74	(6,24 - 7,26)
Nacional	**4.893**	**52.613.753**	**9,30**	**8,05**	**(7,83 - 8,28)**

[1] Incluye todos los casos nuevos de cáncer de colon y recto invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La PCNR es informada por cada 100.000 habitantes.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

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

Durante el 2025, la PCNR estandarizada más alta se presentó en el régimen contributivo con 8,86 casos por cada 100.000 afiliados. Por su parte la más baja correspondió al especial con 3,82 **(tabla 5.3).**

Entre las entidades aseguradoras de los regímenes contributivo y subsidiado, las mayores cifras se registraron en la EPS047, la EAS016 y la EAS027, con 202,60, 19,42 y 18,43, respectivamente. En contraste, los valores más bajos se identificaron en la ESS062, la EPSI03 y la EPSI06 con menos de un caso nuevo.

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 5.3. PCNR de cáncer de colon y recto según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	3.266	28.511.097	11,46	8,86	(8,56 - 9,17)
Subsidiado	1.361	20.558.122	6,62	5,44	(5,15 - 5,74)
Excepción	254	2.096.836	12,11	7,34	(6,43 - 8,36)
Especial	11	40.687	27,04	3,82	(1,88 - 30,68)
No asegurado	1	SD	SD	SD	SD
Planes voluntarios de salud	0	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye todos los casos nuevos de cáncer de colon y recto invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La PCNR es informada por cada 100.000 afiliados.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada y los Planes voluntarios de salud, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

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

Con respecto a las regiones, a excepción de Bogotá, D. C., la región Central registró la mayor prevalencia ajustada con 85,90 casos. Por su parte en la Amazonía-Orinoquía se presentó el valor más bajo con 39,52 casos **(tabla 5.4).**

De la misma manera que con la PCNR, Bogotá, D. C., y Risaralda presentaron las prevalencias más altas con 113,69 y 103,87 casos por cada 100.000 habitantes. En contraste, en los departamentos de Vichada y Guainía se observó el menor valor con menos de 10 casos.

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

Tabla 5.4. Prevalencia de cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia cruda[3]	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	489	1.544.639	31,66	39,52	(36,08 - 43,20)
Bogotá, D. C.	10.894	7.918.660	137,57	113,69	(111,55 - 115,85)
Caribe	5.956	12.130.521	49,10	49,87	(48,61 - 51,16)
Central	13.902	12.486.760	111,33	85,90	(84,46 - 87,36)
Oriental	7.857	9.966.135	78,84	66,70	(65,23 - 68,20)
Pacífica	8.036	8.567.038	93,80	75,35	(73,69 - 77,04)
Nacional	**47.134**	**52.613.753**	**89,58**	**76,62**	**(75,93 - 77,32)**

[1] Incluye todos los casos de cáncer de colon y recto invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La prevalencia es informada por cada 100.000 habitantes.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

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

La prevalencia estandarizada en el régimen contributivo fue 2,23 veces superior a la del subsidiado **(tabla 5.5).** Estas medidas describen la ocurrencia de casos en por régimen y para su análisis deben interpretarse en el contexto de las diferencias demográficas y de acceso a los servicios de salud.

Entre las entidades aseguradoras, la EPS047, la EAS027 y la EAS016 registraron los valores más altos con 202,60, 143,87 y 124,87 casos respectivamente. En contraste, las cifras más bajas correspondieron a la EPSI03 con 13,19 y la EPSI01 con 14,66.

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 5.5. Prevalencia de cáncer de colon y recto según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia cruda[3]	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	33.444	28.511.097	117,30	89,65	(88,69 - 90,62)
Subsidiado	10.218	20.558.122	49,70	40,14	(39,35 - 40,94)
Excepción	2.605	2.096.836	124,23	73,72	(70,82 - 76,73)
Especial	132	40.687	324,43	76,11	(59,57 - 106,82)
No asegurado	28	SD	SD	SD	SD
Planes voluntarios de salud	25	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	682	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye todos los casos de cáncer de colon y recto invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La prevalencia es informada por cada 100.000 afiliados.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud y las entidades liquidadas, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.
IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

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

En la cohorte en seguimiento, la mortalidad general estandarizada más alta se observó en Bogotá, D. C., seguida de la región Central, mientras que la cifra más baja se identificó en la región Amazonía-Orinoquía con 4,40 fallecidos por todas las causas por cada 100.000 habitantes **(tabla 5.6).**

Por lo que corresponde a los entes territoriales, las cifras más bajas se registraron en Chocó 1,45, Caquetá con 1,88 y Amazona con 2,02. Por su parte, las más altas se presentaron en Bogotá, D. C., y Risaralda con 9,18 y 8,55 muertes, en ese orden. En los departamentos de Guainía, Vaupés y Vichada no se informaron defunciones por cualquier causa, lo cual es coherente con la baja prevalencia de este diagnóstico en estos departamentos. Específicamente, Guainía tuvo solo tres casos prevalentes y Vaupés junto con Vichada, presentaron siete cada uno.

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

Tabla 5.6. Mortalidad general de cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Muertes[1]	Denominador[2]	Mortalidad cruda[3]	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	53	1.544.639	3,43	4,40	(3,29 - 5,75)
Bogotá, D. C.	892	7.918.660	11,26	9,18	(8,59 - 9,81)
Caribe	624	12.130.521	5,14	5,17	(4,77 - 5,59)
Central	1.135	12.486.760	9,09	6,81	(6,42 - 7,23)
Oriental	627	9.966.135	6,29	5,26	(4,86 - 5,69)
Pacífica	658	8.567.038	7,68	5,97	(5,52 - 6,45)
Nacional	**3.989**	**52.613.753**	**7,58**	**6,35**	**(6,16 - 6,55)**

[1] Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de colon y recto invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La mortalidad es informada por cada 100.000 habitantes.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

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

En cuanto a los fallecimientos por todas las causas en la cohorte de cáncer de colon y recto, se registró una tasa estandarizada significativamente más alta en el contributivo **(tabla 5.7).** En cuanto a las entidades aseguradoras, las cifras más altas se observaron en la EAS027, la EAS016 y la EPSS34 con 77,47, 12,79 y 10,37 muertes por 100.000 afiliados, en ese orden. Por su parte, las más bajas correspondieron a la EPSI01 y la EPSI03 con 2 y 12 defunciones, respectivamente. La EPS047, con dos casos prevalentes, no reportó fallecimientos durante el periodo.

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 5.7. Mortalidad general del cáncer de colon y recto según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

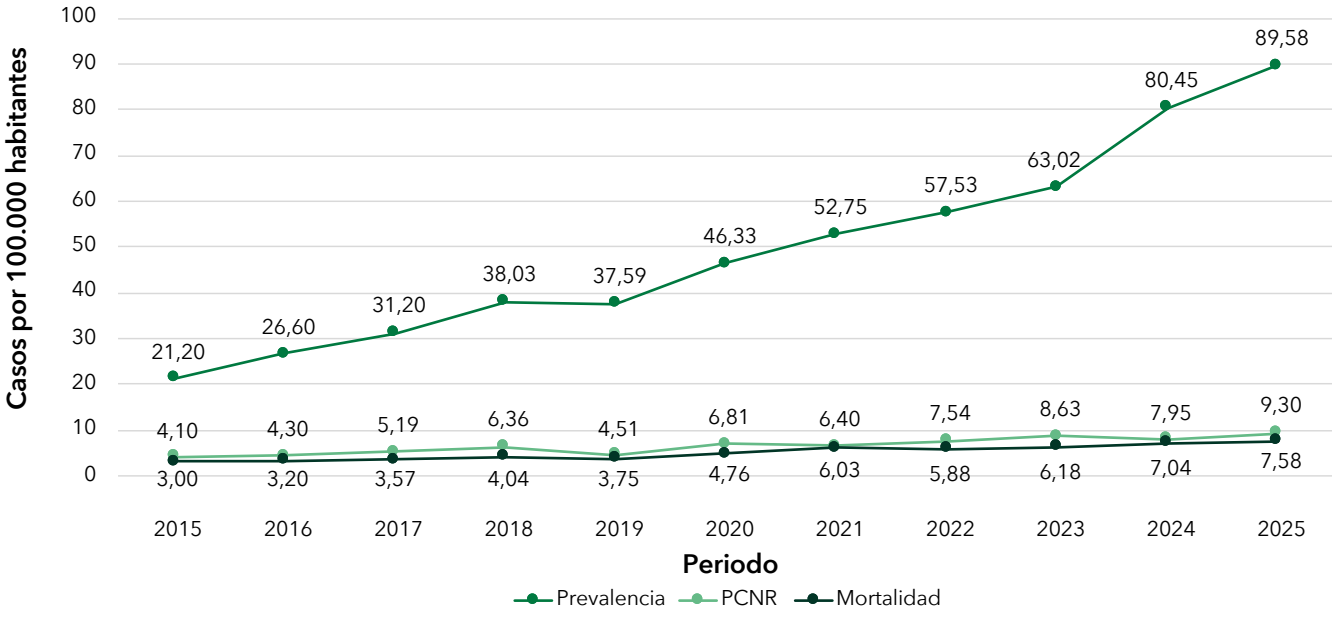
Régimen	Muertes[1]	Denominador[2]	Mortalidad cruda[3]	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	2.563	28.511.097	8,99	6,70	(6,44 - 6,97)
Subsidiado	1.179	20.558.122	5,73	4,49	(4,23 - 4,76)
Excepción	163	2.096.836	7,77	4,72	(3,99 - 5,56)
Especial	6	40.687	14,75	2,00	(0,71 - 29,58)
Planes voluntarios de salud	2	SD	SD	SD	SD
No asegurado	0	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	76	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de colon y recto invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La mortalidad es informada por cada 100.000 afiliados.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud y en las entidades liquidadas, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.
IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

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

Durante los diez periodos de seguimiento, la cohorte de cáncer de colon y recto ha mostrado un aumento progresivo en el número de casos nuevos reportados. En el último periodo, la prevalencia aumentó en un 11,35 % con respecto al periodo anterior. Este comportamiento es consistente con la tendencia descrita a nivel internacional, donde los casos de esta neoplasia continúan en aumento como resultado de la mayor exposición a factores de riesgo y de una mejor detección de los casos (1). En el mundo, para el 2022 se estimaron cerca de 1,9 millones de casos nuevos y más de 900.000 muertes atribuibles a este tipo de tumor, lo que lo ubica como el tercer tipo de cáncer con mayor número de casos nuevos (2).

Figura 5.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento en Colombia, 2015 - 2025



Incluye los casos de cáncer de colon y recto invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por cada 100.000 habitantes.
Mortalidad: corresponde al número de casos fallecidos por todas las causas de la cohorte en seguimiento por la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados.
Descargar figura

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

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

A continuación, la **tabla 5.8** presenta la caracterización general de los casos nuevos reportados de cáncer de colon y recto según el régimen del aseguramiento. En el país, el 66,94 % de los CNR estaba afiliado al régimen contributivo, más de la mitad fue diagnosticado en mujeres, la mediana de la edad fue de 66 años y el 51,36 % residía en la región Central o en Bogotá, D. C.

En relación con la distribución por grupos de edad, de los 4.958 casos nuevos reportados, el 4,68 % (n= 232) correspondió a personas menores de 40 años, el 9,62 % (n= 477) a personas entre 40 y 50 años y el 85,70 % (n= 4.249) a personas mayores de 50 años, lo que evidencia una concentración de la enfermedad en edades avanzadas.

Respecto al lugar de residencia, el 51,36 % de los casos residía en la región Central o en Bogotá, D. C., lo que indica una mayor concentración de los casos en estas áreas geográficas.

La mayoría de los casos de etnia negra se encontraban afiliados al régimen contributivo y la región con mayor concentración de CN en el subsidiado fue la región Caribe. Solo un caso en la población no asegurada fue diagnosticado en una mujer de 44 años, residente en la región Oriental.

Tabla 5.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de colon y recto reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento				Total[2]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	
	n= 3.319	n= 1.371	n= 255	n= 12	n= 4.958
	(66,94 %)	(27,65 %)	(5,14 %)	(0,24 %)	(100,00 %)
Sexo					
Femenino	1.710 (51,52)	765 (55,80)	137 (53,73)	7 (58,33)	2.620 (52,84)
Masculino	1.609 (48,48)	606 (44,20)	118 (46,27)	5 (41,67)	2.338 (47,16)
Edad	66 (56 - 74)	65 (55 - 74)	71 (60 - 78)	80 (74 - 84)	66 (56 - 74)
Etnia					
Ninguna	3.227 (97,23)	1.336 (97,45)	253 (99,22)	12 (100,00)	4.829 (97,40)
Negro	68 (2,05)	15 (1,09)	2 (0,78)	0 (0,00)	85 (1,71)
Indígena	5 (0,15)	19 (1,39)	0 (0,00)	0 (0,00)	24 (0,48)
Otro[3]	19 (0,57)	1 (0,07)	0 (0,00)	0 (0,00)	20 (0,40)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	8 (0,24)	45 (3,28)	7 (2,74)	0 (0,00)	60 (1,21)
Bogotá, D. C.	1.080 (32,54)	181 (13,20)	68 (26,67)	0 (0,00)	1.329 (26,81)
Caribe	304 (9,16)	441 (32,17)	21 (8,24)	0 (0,00)	766 (15,45)
Central	895 (26,97)	218 (15,90)	98 (38,43)	6 (50,00)	1.217 (24,55)
Oriental	564 (16,99)	253 (18,45)	56 (21,96)	1 (8,33)	875 (17,65)
Pacífica	468 (14,10)	233 (16,99)	5 (1,96)	5 (41,67)	711 (14,34)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad en la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).
[2] Para los valores totales se tiene en cuenta un caso reportado como población no asegurada.
[3] Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

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

Según las características clínicas de los casos nuevos, el 98,69 % de los casos nuevos informados eran invasivos (de acuerdo con el código CIE-10) y la estadificación TNM se realizó en el 81,30 % (n= 4.031), proporción que ha venido aumentando en los últimos dos periodos. Según el régimen se observó un menor porcentaje de casos con estadificación en los regímenes subsidiado y de excepción, aunque con valores cercanos al cálculo nacional.

El 21,88 % de los CNR fueron clasificados en estadio metastásico y el 38,53 % en estadio III, por lo tanto, más de la mitad de los casos nuevos de cáncer colorrectal se diagnosticaron en etapas localmente avanzadas. Lo que sugiere dificultades de acceso a los programas de tamizaje. De los casos en estadio tempano I y de los casos *in situ* se reportaron con mayor frecuencia en el régimen contributivo.

Tabla 5.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de colon y recto reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento				Total[2]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	
	n= 3.319	n= 1.371	n= 255	n= 12	n= 4.958
	(66,94 %)	(27,65 %)	(5,14 %)	(0,24 %)	(100,00 %)
Extensión[3]					
In situ	53 (1,60)	10 (0,73)	1 (0,39)	1 (8,33)	65 (1,31)
Invasivo	3.266 (98,40)	1.361 (99,27)	254 (99,61)	11 (91,67)	4.893 (98,69)
Estadificación (sí)[4]	2.711 (81,68)	1.106 (80,67)	203 (79,61)	10 (83,33)	4.031 (81,30)
Estadio al diagnóstico[4,5]					
In situ	60 (2,21)	12 (1,08)	3 (1,48)	1 (10,00)	76 (1,88)
Estadio I	333 (12,28)	97 (8,77)	36 (17,73)	2 (20,00)	468 (11,61)
Estadio II	713 (26,30)	281 (25,41)	56 (27,59)	2 (20,00)	1.052 (26,10)
Estadio III	1.038 (38,29)	447 (40,42)	65 (32,02)	2 (20,00)	1.553 (38,53)
Estadio IV	567 (20,91)	269 (24,32)	43 (21,18)	3 (30,00)	882 (21,88)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables.
[2] Para los valores totales se tiene en cuenta un caso reportado de la población no asegurada.
[3] Definida según el código CIE-10.
[4] Definida según la clasificación TNM.
[5] Incluye todos los casos de cáncer de colon y recto que fueron estadificados.

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

Durante el periodo, el 79,71 % (n= 3.952) de los casos nuevos recibió algún tipo de tratamiento. El tipo de tratamiento más frecuente fueron las terapias sistémicas con el 65,28 % (n= 2.580), seguidas de los procedimientos quirúrgicos con el 62,50 % (n= 2.470).

La **tabla 5.10** muestra la distribución de los tratamientos según el estadio clínico al momento del diagnóstico. Cerca del 90 % de los casos en estadios II y III recibió algún tipo de tratamiento. La cirugía fue la opción terapéutica de mayor frecuencia en los estadios I, II e *in situ*, mientras que la terapia sistémica representó la opción más usada en los estadios III y IV. Además, el 18,70 % de los casos con estadio desconocido, recibió algún tratamiento, el cual en su mayoría correspondió a tratamiento quirúrgico. La mayor frecuencia de uso de radioterapia se dio en los casos en estadio III.

Por otro lado, de los 1.006 casos nuevos que no recibieron tratamiento (20,21 %), el 32,11 % (n= 323) fueron diagnosticados en los tres meses previos al corte del periodo. Respecto a la estadificación, el 30,61 % (n= 308) se encontraba en estadios avanzados (III y IV), mientras que en el 46,62 % (n= 469) esta información era desconocida. Aunque estos casos no reportaron tratamientos con intención curativa, sí fueron valorados por cuidados paliativos.

Tabla 5.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de colon y recto según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Estadio al diagnóstico						Total
	In situ	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	Desconocido	
	n= 76	n= 468	n= 1.052	n= 1.553	n= 882	n= 927	n= 4.958
	(1,53 %)	(9,44 %)	(21,22 %)	(31,32 %)	(17,79 %)	(18,70 %)	(100,00 %)
Casos que recibieron algún tratamiento	42 (55,26)	390 (83,33)	935 (88,88)	1.408 (90,66)	719 (81,52)	458 (49,41)	3.952 (79,71)
Tipo de tratamiento prescrito[2]							
Terapia sistémica[3]	0 (0,00)	102 (26,15)	565 (60,43)	1.132 (80,40)	616 (85,67)	165 (36,03)	2.580 (65,28)
Cirugía	40 (95,24)	323 (82,82)	682 (72,94)	832 (59,09)	267 (37,13)	326 (71,18)	2.470 (62,50)
Radioterapia	2 (4,76)	60 (15,38)	183 (19,57)	420 (29,83)	105 (14,60)	79 (17,25)	849 (21,48)

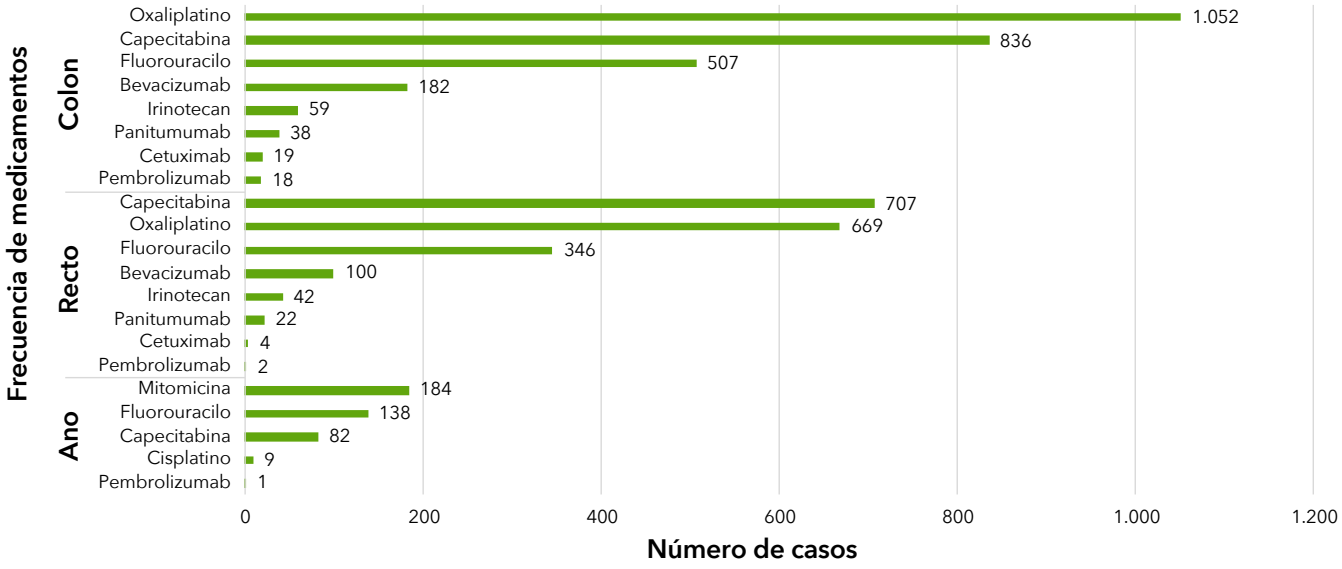
[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables.
[2] El tipo de tratamiento no es mutuamente excluyente, un mismo paciente pudo haber recibido más de un tipo de terapia.
[3] En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

En la **figura 5.2** se presentan los medicamentos que fueron administrados con mayor frecuencia a los casos nuevos durante el periodo 2025. En los tumores de colon y recto, los esquemas de quimioterapia más utilizados incluyeron el oxaliplatino, la capecitabina y el fluorouracilo. En algunos casos, estos citotóxicos se combinaron con el bevacizumab o, con menor frecuencia, con el panitumumab. En los tumores de ano, los esquemas de elección incluyeron la mitomicina, el fluorouracilo y la capecitabina.

Por su parte, el pembrolizumab fue administrado en pacientes en las neoplasias de colon, recto y ano. Respecto al cáncer de ano, se identificó un caso en estadio IV que había recibido previamente tratamiento con mitomicina y fluorouracilo, y posteriormente recibió pembrolizumab en el contexto de enfermedad avanzada.

Es importante señalar que los datos reflejan el número absoluto de registros de medicamentos y no al número de pacientes, ya que no se consideró el uso concomitante de uno o más fármacos.

Figura 5.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2025



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

Descargar figura

5.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de colon y recto

A continuación, en la **tabla 5.11,** se presenta la caracterización de los casos prevalentes de este tipo de cáncer reportados en el periodo según el régimen del aseguramiento. En este grupo, la mediana de la edad fue de 68 años y el 56,35 % correspondió al sexo femenino. Además, la mayoría de los casos estaban afiliados al régimen contributivo (72,06 %), cerca del 1,00 % pertenecía a la población afrodescendiente y la mayor proporción de casos, residía en la región Central.

En los regímenes de excepción, especial y los planes voluntarios de salud, la mediana de la edad alcanzó los 71 años o más, a diferencia de los demás grupos del aseguramiento, en los que se ubicó entre los 59 y los 68 años. Respecto a la distribución geográfica, los casos se concentraron principalmente en la región Central; sin embargo, en el subsidiado predominaron los residentes de la región Caribe, mientras que en la población no asegurada la mayor proporción se ubicó en la región Oriental.

Tabla 5.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de colon y recto según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento						Total[2]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	Planes voluntarios de salud	No asegurado	
	n= 34.252	n= 10.430	n= 2.654	n= 140	n= 26	n= 29	n= 47.531
	(72,06 %)	(21,94 %)	(5,58 %)	(0,29 %)	(0,05 %)	(0,06 %)	(100,00 %)
Sexo							
Femenino	18.994 (55,45)	6.196 (59,41)	1.486 (55,99)	70 (50,00)	19 (73,08)	17 (58,62)	26.782 (56,35)
Masculino	15.258 (44,55)	4.234 (40,59)	1.168 (44,01)	70 (50,00)	7 (26,92)	12 (41,38)	20.749 (43,65)
Edad	68 (58 - 77)	66 (57 - 75)	71 (62 - 78)	76 (68 - 81)	72 (62 - 82)	59 (50 - 71)	68 (58 - 76)
Etnia							
Ninguna	33.862 (98,86)	10.154 (97,35)	2.589 (97,55)	140 (100,00)	26 (100,00)	29 (100,00)	46.800 (98,46)
Negro	319 (0,93)	104 (1,00)	60 (2,26)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	483 (1,02)
Indígena	25 (0,07)	164 (1,57)	3 (0,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	192 (0,40)
Otro[3]	46 (0,13)	8 (0,08)	2 (0,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	56 (0,12)
Región de residencia							
Amazonía-Orinoquía	161 (0,47)	297 (2,85)	41 (1,54)	0 (0,00)	1 (3,85)	0 (0,00)	500 (1,05)
Bogotá, D. C.	9.069 (26,48)	1.225 (11,74)	612 (23,06)	12 (8,57)	16 (61,54)	4 (13,79)	10.938 (23,01)
Caribe	2.787 (8,14)	2.717 (26,05)	474 (17,86)	7 (5,00)	3 (11,54)	1 (3,45)	5.989 (12,60)
Central	10.587 (30,91)	2.624 (25,16)	779 (29,35)	58 (41,43)	1 (3,85)	7 (24,14)	14.056 (29,57)
Oriental	5.560 (16,23)	1.817 (17,42)	518 (19,52)	24 (17,14)	2 (7,69)	16 (55,17)	7.937 (16,70)
Pacífica	6.088 (17,77)	1.750 (16,78)	230 (8,67)	39 (27,86)	3 (11,54)	1 (3,45)	8.111 (17,06)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).
[2] No se incluyen los datos de 707 casos prevalentes que no se reportaron en el periodo actual o que pertenecen a entidades liquidadas.
[3] Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

5.4. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de colon y recto

Los siguientes son los indicadores prioritarios para la medición, la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y de los prestadores en las personas con cáncer de colon y recto en Colombia (3):

1. Oportunidad de diagnóstico (promedio de días).
2. Proporción de pacientes con cáncer de colon y recto clasificado *in situ*.
3. Proporción de casos nuevos identificados en estadios tempranos.
4. Proporción de pacientes con estadificación por TNM.
5. Proporción de pacientes con diagnóstico de cáncer de recto con estadificación TNM antes del inicio del tratamiento.
6. Oportunidad de tratamiento (promedio de días).
7. Oportunidad entre la neoadyuvancia y la cirugía curativa en pacientes con cáncer de recto (promedio de días).
8. Oportunidad entre la cirugía y el inicio de adyuvancia (promedio de días).
9. Proporción de pacientes estadio I a III sometidos a cirugía como tratamiento curativo.
10. Oportunidad entre el inicio de tratamiento y el primer abordaje multidisciplinario (nutrición-psicología) (promedio de días).
11. Proporción de paciente con valoración por nutrición.

12.1. Proporción de pacientes sometidos a cirugía cuyo informe de patología indica número de ganglios examinados, número de ganglios positivos y estado de los márgenes, el tamaño del tumor y el grado histológico.

12.2. Proporción de pacientes sometidos a cirugía cuyo informe de patología indica doce o más ganglios resecados reportados.

13. Supervivencia a 5 años.
14. Tasa de mortalidad general.
15. Incidencia del cáncer de colon y recto.

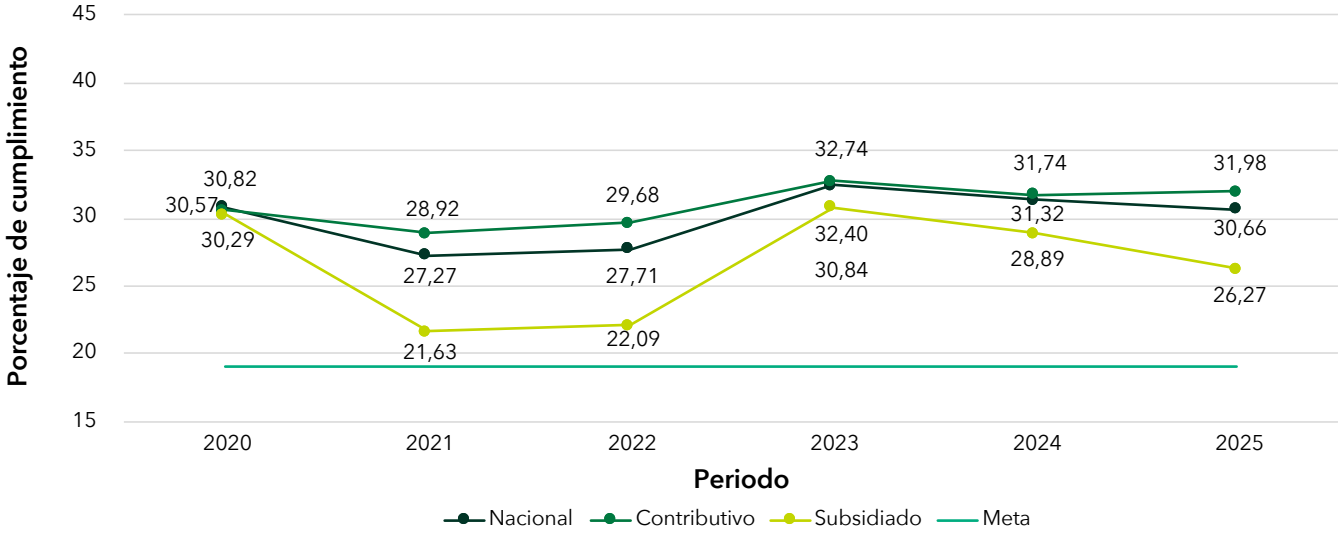
Es importante señalar que los resultados más recientes del indicador 13 se presentaron en el informe especial "Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo 2014 - 2022" (4). Por otra parte, los indicadores 14 y 15 se desarrollan en el apartado de morbimortalidad, ubicado al inicio del capítulo.

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

La **figura 5.3** presenta la tendencia de la detección temprana de cáncer de colon y recto en el país según el régimen del aseguramiento. Durante los dos últimos periodos se observó una disminución en la proporción de casos diagnosticados en estadios tempranos; no obstante, el resultado nacional del último periodo se mantuvo por encima de la meta definida para el indicador (> 19 %). Este comportamiento resalta la importancia de continuar fortaleciendo las acciones orientadas al diagnóstico en estadios tempranos, en línea con los objetivos del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia.

Particularmente, en el régimen subsidiado se observó una tendencia decreciente, con resultados por debajo del valor nacional, mientras que el régimen contributivo presentó un comportamiento más favorable, con proporciones superiores a las del país. Estas diferencias entre regímenes son coherentes con los hallazgos observados en la oportunidad diagnóstica y señalan la necesidad de mantener el seguimiento diferencial de este indicador, con el fin de orientar acciones que favorezcan el diagnóstico oportuno en todos los grupos de afiliación.

Figura 5.3. Tendencia de la proporción de pacientes con cáncer de colon y recto identificados en estadios tempranos (I a IIa) en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025



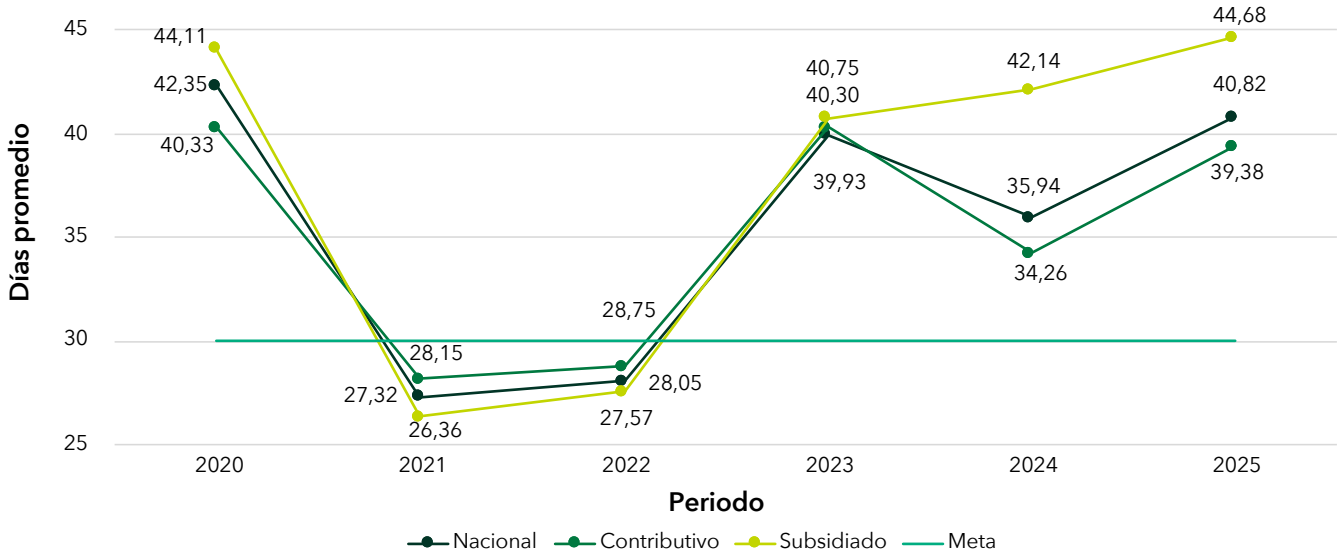
Detección temprana: incluye estadios I a IIa.

Descargar figura

Para 2025, se observó un incremento en el tiempo de espera para la confirmación diagnóstica del cáncer de colon y recto tanto en el país como en los regímenes contributivo y subsidiado, manteniendo la tendencia ascendente identificada desde 2022. En contraste, entre 2021 y 2022 se evidenció una reducción de este indicador. Aunque se observa una reducción la brecha entre ambos regímenes con respecto al periodo anterior, los resultados del indicador se mantuvieron en un nivel de desempeño intermedio. Específicamente, en el régimen subsidiado, el tiempo de espera continuó siendo mayor que en el contributivo (con una diferencia cercana a cinco días), lo que corresponde al valor más alto registrado en los últimos cinco periodos. Este resultado resalta la importancia de fortalecer las acciones orientadas a mejorar la oportunidad de la confirmación diagnóstica.

En el contexto internacional, las demoras diagnósticas en el cáncer colorrectal han sido mayores en las poblaciones con condiciones socioeconómicas más desfavorables o con una mayor vulnerabilidad social (5). Asimismo, la evidencia señala que uno de los principales componentes de esta demora corresponde al intervalo entre la sospecha clínica y la confirmación diagnóstica, particularmente concretamente por dificultades en el acceso oportuno a procedimientos como la colonoscopia y la biopsia (6), factores que podrían estar influyendo en la situación del país.

Figura 5.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica en los casos nuevos de cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025



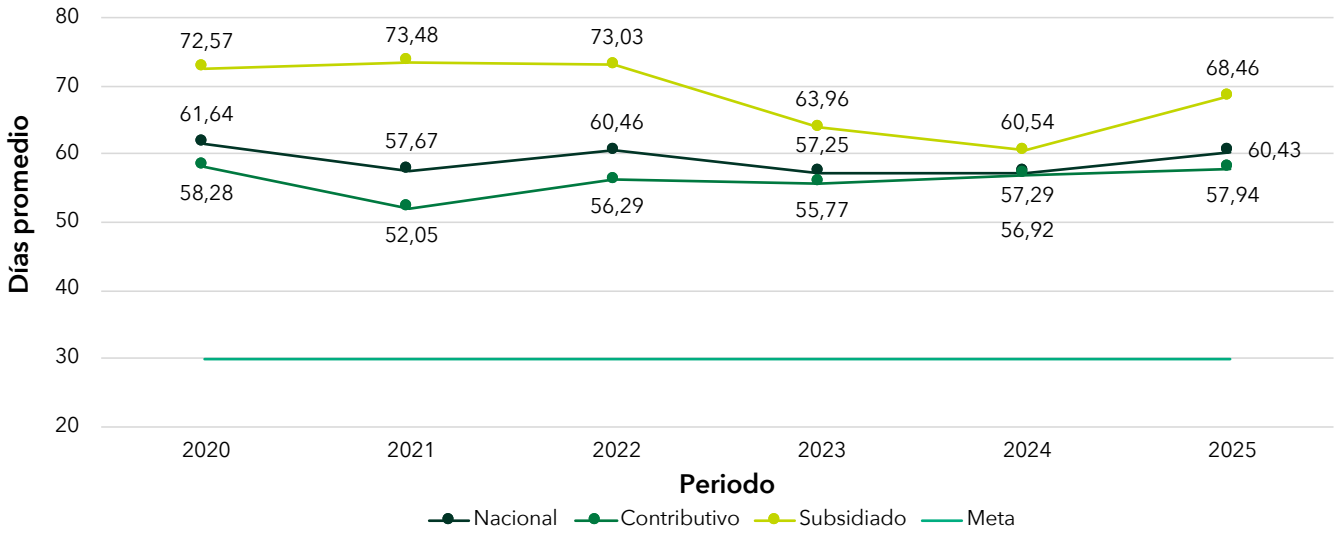
Incluye cáncer *in situ* e invasivo.
Oportunidad diagnóstica: tiempo transcurrido desde la consulta o la remisión hasta la confirmación diagnóstica.
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: de 40,82 días (± 62,70) en la medición nacional, de 39,38 días (± 60,03) en el régimen contributivo y de 44,68 días (± 69,40) en el subsidiado.
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: de 20 días (RIC: 10 - 46) en la medición nacional, de 19 días (RIC: 10 - 45) en el régimen contributivo y de 22 días (RIC: 10 - 50) en el subsidiado.

Descargar figura

En cuanto a la oportunidad de inicio del tratamiento, los tiempos de espera aumentaron con respecto al periodo previo. Sin embargo, se mantuvieron por debajo de los valores observados en 2020. Por otra parte, el menor tiempo promedio para el inicio del tratamiento durante la serie analizada se registró en 2021, tanto en el país como en el régimen contributivo. Este comportamiento coincide con el periodo de la pandemia por COVID-19, sin que esto permita establecer una relación directa.

Durante los últimos seis periodos, el régimen contributivo presentó tiempos de acceso al tratamiento más cortos, en comparación con el subsidiado, lo que evidencia una brecha persistente entre ambos regímenes. Sin embargo, estos lapsos son de más de 30 días de espera, lo que evidencia la necesidad de implementar nuevas estrategias o fortalecer las existentes para mejorar la oportunidad en el inicio del tratamiento una vez confirmado el diagnóstico **(figura 5.5).**

Figura 5.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 – 2025



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.
Oportunidad de tratamiento: tiempo entre el diagnóstico histológico y el primer tratamiento.
La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2025 fue: de 60,43 días (± 49,60) en la medición nacional, de 57,94 días (± 45,46) en el régimen contributivo y de 68,46 días (± 58,79) en el subsidiado.
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del tratamiento en el 2025 fue: de 49 días (RIC: 25 - 82) en la medición nacional, de 48 días (RIC: 27 - 78) en el régimen contributivo y de 54,50 días (RIC: 23 - 95) en el subsidiado.

Descargar figura

Finalmente, la **tabla 5.12** presenta el comportamiento de los indicadores por región. En todos los territorios del país, la detección temprana se mantuvo por encima del 20 %. En comparación con el periodo anterior, la proporción de casos *in situ* disminuyó en la mayoría de las regiones, con excepción de Amazonía-Orinoquía. Por su parte, la estadificación al momento del diagnóstico se realizó en el 80,00 % o más en la mayoría de las regiones, aunque el menor resultado se registró en la Oriental. Aun así, el porcentaje de casos en los que se conoció el estadio antes de iniciar el tratamiento fue menor (64,86 %), lo que podría implicar que algunos pacientes iniciaron tratamiento sin contar con una caracterización clínica completa de la neoplasia. Esta situación podría incidir en un direccionamiento inadecuado de las alternativas terapéuticas con intención curativa, especialmente en las regiones Caribe y Amazonía-Orinoquía, donde este resultado fue inferior al 60 %.

Por otra parte, uno de los avances más relevantes en el país, especialmente en las regiones Caribe, Central y Bogotá, D. C., fue el aumento en la valoración nutricional, que se incrementó en un 18,64 % con respecto a 2024. Este hallazgo es de especial importancia en el marco del tratamiento del cáncer de colon y recto, dado que la malnutrición y el riesgo nutricional en este tipo de cáncer se asocian con peores desenlaces clínicos, mayor toxicidad, menor tolerancia a los tratamientos y más complicaciones en el contexto quirúrgico. En este sentido, fortalecer la identificación temprana del riesgo y el soporte nutricional oportuno constituye un componente relevante de la atención integral, particularmente en neoplasias como esta, en las que son frecuentes los procedimientos quirúrgicos y los tratamientos sistémicos (7).

Tabla 5.12. Indicadores de gestión del riesgo en cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Número		1.	2.	3.	4.	5.	6.
Código[1]		COL_01	COL_02	COL_03	COL_04	COL_05	COL_06
Semaforización		< 30 días	> 3,6 %	> 19 %	> 90 %	> 90 %	< 30 días
		30 a < 60 días	> 2,2 a 3,6 %	> 15 a 19 %	> 60 a 90 %	> 60 a 90 %	30 a < 60 días
		≥ 60 días	≤ 2,2 %	≤ 15 %	≤ 60 %	≤ 60 %	≥ 60 días
Región	Amazonía-Orinoquía	32,31	3,92	24,49	85,00	57,14	46,11
	Bogotá, D. C.	39,03	2,06	30,85	80,26	63,02	60,74
	Caribe	44,27	2,11	31,79	80,55	57,14	53,30
	Central	40,66	1,88	31,90	87,43	70,32	54,93
	Oriental	39,76	1,45	29,52	78,88	68,59	69,51
	Pacífica	42,96	1,58	28,70	80,17	61,68	69,06
Nacional		**40,82**	**1,87**	**30,66**	**81,86**	**64,86**	**60,43**

Tabla 5.12. Indicadores de gestión del riesgo en cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 (continuación)

Número		7.	8.	9.	10.	11.	12.1.	12.2.
Código[1]		COL_07	COL_08	COL_09	COL_10	COL_11	COL_12_1	COL_12_2
Semaforización		56 a 83 días	≤ 55 días	> 90 %	Por definir	> 90 %	Por definir	Por definir
				> 60 a 90 %		> 60 a 90 %		
		> 84 días	> 56 días	≤ 60 %		≤ 60 %		
Región	Amazonía-Orinoquía	SD	86,63	41,18	53,00	33,33	31,58	73,68
	Bogotá, D. C.	128,75	60,82	58,20	57,75	40,84	37,94	56,57
	Caribe	144,75	59,03	55,85	47,36	55,48	37,64	43,39
	Central	211,17	64,68	58,10	61,62	41,74	51,53	61,19
	Oriental	169,50	69,58	49,91	54,63	28,42	49,85	60,12
	Pacífica	186,00	67,71	53,67	54,21	36,43	42,72	52,43
Nacional		**186,79**	**64,16**	**55,57**	**55,90**	**40,41**	**43,98**	**55,84**

[1] Código del indicador en HIGIA.
SD: sin dato.

Referencias bibliográficas

1. Sung H, Siegel R, Laversanne M et al. Colorectal cancer incidence trends in younger versus older adults: an analysis of population-based cancer registry data. The Lancet Oncology, 2024; 26, 51-63.
2. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Disponible en: https://gco.iarc.who.int/today, consultado en abril de 2026
3. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia. Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con cáncer gástrico y cáncer de colon y recto en Colombia [en línea]. 2017. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/consenso-basado-en-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-pacientes-con-cancer-gastrico-y-cancer-de-colon-y-recto-en-colombia/
4. Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014 - 2022; Bogotá, D. C. 2025. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/informe-de-supervivencia-2014-2022/
5. Davis LE, Strumpf EC, Patel SV, Mahar AL. Income differences in time to colon cancer diagnosis. Cancer Med. 2024 Aug;13(15):e6999. doi: 10.1002/cam4.6999. PMID: 39096087; PMCID: PMC11297540.
6. Roubin, Samuel and Yoerg, Broderick and Desjardins, Michael R., Geographic Access to Colonoscopy, Neighborhood Social Vulnerability, and Associations with Late-Stage Colorectal Cancers in Maryland: 2010 - 2023. Disponible en SSRN: https://ssrn.com/abstract=5276281 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.5276281
7. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer Clinical Nutrition, 2021; 40, 2898-2913.

CAC
Cuenta de Alto Costo

6

Cáncer de estómago

RESUMEN infográfico

Cáncer de estómago

6

2 de enero de 2024 al 1° de enero de 2025

Morbimortalidad del cáncer de estómago

Ocupó el **quinto lugar** entre los 11 tipos de cáncer priorizados y representó el 2,10 % del total de casos notificados al registro.

Se notificaron **2.706 casos nuevos invasivos** lo que corresponde a una PCNR estandarizada de 4,48 casos nuevos por cada 100.000 habitantes (IC 95 %: 4,31 - 4,65).

La mortalidad general estandarizada fue de **5,23 fallecimientos** por cada 100.000 habitantes (IC 95 %: 5,05 - 5,42).

El número total de casos nuevos, tumores registrados y fallecidos en el periodo fue de 2.721, 17.220 y 3.219, respectivamente.

Caracterización de los casos nuevos de cáncer de estómago

El 62,29 % de los casos nuevos correspondió a hombres.

La mediana de la edad fue de 65 años (RIC: 55 - 75).

La proporción de casos con estadificación TNM alcanzó el 75,89 %, la más alta observada en los últimos periodos de seguimiento.

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

Para 2025, los tiempos hasta la confirmación diagnóstica aumentaron en comparación con el periodo anterior. En el régimen subsidiado, el promedio de días no alcanzó la meta de 30 días o menos y se amplió la brecha frente al contributivo.

Durante los últimos periodos, la tendencia de la detección temprana del cáncer de estómago se mantuvo por encima de la meta establecida (> 15 % de los casos nuevos en estadios I y II).

Descargar infografía

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

6. Cáncer de estómago

CIE10:C16 Y D002; CIE-O-3: C16 Y D002

6.1. Morbimortalidad del cáncer de estómago

Con 2.721 casos nuevos, el cáncer de estómago ocupó el quinto lugar entre los 11 tipos de cáncer priorizados y representó el 2,10 % del total de CNR, considerando las neoplasias *in situ* e invasivas. Asimismo, se registraron 17.220 tumores de este tipo de cáncer, de los cuales el 97,15 % (n= 16.730) correspondió a casos invasivos. Adicionalmente, se informaron 3.219 defunciones por todas las causas en personas con diagnóstico, entre las que se registraron 25 defunciones por todas las causas en casos *in situ*. En la **tabla 6.1** se presentan las principales medidas de morbimortalidad para cáncer de estómago. Para la estimación de estos indicadores se incluyeron exclusivamente los casos invasivos.

Tabla 6.1. Medidas de frecuencia del cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Medida	Casos[1]	Medida cruda[2,3]	Medida estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
PCNR	2.706	5,14	4,48	(4,31 - 4,65)
Prevalencia	16.730	31,80	27,35	(26,94 - 27,77)
Mortalidad[6]	3.194	6,07	5,23	(5,05 - 5,42)

[1] Incluye todos los casos de cáncer de estómago invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Informadas por 100.000 habitantes.
[3] La población de referencia corresponde a la proyectada por el DANE para el año 2024.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
[6] **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, de la cohorte en seguimiento por la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

6.1.1. PCNR de cáncer de estómago según la región y la entidad territorial

En el país, la PCNR estandarizada más elevada se presentó en Bogotá, D. C., con 1,79 veces más casos que la Central, mientras que la región con el menor valor fue la Caribe con 2,32 casos nuevos por 100.000 habitantes **(tabla 6.2).**

Por su parte, las entidades territoriales con las estimaciones más altas fueron Nariño y Huila con 8,75 y 7,55 casos, en ese orden; entre tanto, las más bajas se presentaron en Guaviare con 1,35, La Guajira con 1,52 y Sucre con 1,59. En los departamentos de Guainía, Vaupés, Vichada y San Andrés, Providencia y Santa Catalina no se reportaron casos nuevos con este tipo de cáncer.

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

Tabla 6.2. PCNR del cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	44	1.544.639	2,85	3,64	(2,64 - 4,87)
Bogotá, D. C.	701	7.918.660	8,85	7,39	(6,85 - 7,96)
Caribe	272	12.130.521	2,24	2,32	(2,05 - 2,61)
Central	647	12.486.760	5,18	4,12	(3,80 - 4,45)
Oriental	521	9.966.135	5,23	4,46	(4,08 - 4,86)
Pacífica	521	8.567.038	6,08	4,99	(4,56 - 5,44)
Nacional	**2.706**	**52.613.753**	**5,14**	**4,48**	**(4,31 - 4,65)**

[1] Incluye todos los casos nuevos de cáncer de estómago invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La PCNR es informada por 100.000 habitantes.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

6.1.2. PCNR de cáncer de estómago según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

La PCNR estandarizada fue significativamente mayor en el régimen contributivo comparado con el subsidiado y el de excepción **(tabla 6.3).** Entre las entidades aseguradoras, las cifras más altas se observaron en la EAS016, la EPSS34 y la EPS046, con más de 8 casos nuevos por 100.000 afiliados. Por el contrario, los valores más bajos se presentaron en la EPSI03 y la ESS062 con menos de 1 caso nuevo. La EPS047 no reportó casos nuevos en el periodo.

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

Tabla 6.3. PCNR de cáncer de estómago según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	1.650	28.511.097	5,79	4,51	(4,30 - 4,74)
Subsidiado	964	20.558.122	4,69	3,80	(3,56 - 4,05)
Excepción	85	2.096.836	4,05	2,63	(2,07 - 3,31)
Especial	6	40.687	14,75	18,10	(1,74 - 63,38)
No asegurado	1	SD	SD	SD	SD
Planes voluntarios de salud	0	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye todos los casos nuevos de cáncer de estómago invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La PCNR es Informada por 100.000 afiliados.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada y los planes voluntarios de salud, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

6.1.3. Prevalencia del cáncer de estómago según la región y la entidad territorial

De igual manera que en la PCNR, Bogotá, D. C., fue la región del país con la prevalencia estandarizada más alta, con una diferencia significativa con respecto al resto de las regiones. Por su parte, en la Caribe se evidenció el menor valor con menos de 10 casos por 100.000 habitantes **(tabla 6.4).** A su vez, los departamentos con las prevalencias estandarizadas más altas fueron Risaralda, Quindío y Norte de Santander, donde se presentaron

valores de 44,23, 42,85 y 42,11 casos por cada 100.000 habitantes, respectivamente. En contraste, Vaupés, La Guajira y Vichada obtuvieron las cifras más bajas con 3,99, 4,17 y 4,74, respectivamente.

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

Tabla 6.4. Prevalencia del cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia cruda[3]	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	248	1.544.639	16,06	20,28	(17,82 - 22,97)
Bogotá, D. C.	4.142	7.918.660	52,31	43,44	(42,13 - 44,79)
Caribe	1.004	12.130.521	8,28	8,45	(7,93 - 8,99)
Central	5.209	12.486.760	41,72	32,42	(31,54 - 33,33)
Oriental	3.263	9.966.135	32,74	27,72	(26,77 - 28,69)
Pacífica	2.864	8.567.038	33,43	27,06	(26,07 - 28,08)
Nacional	**16.730**	**52.613.753**	**31,80**	**27,35**	**(26,94 - 27,77)**

[1] Incluye todos los casos de cáncer de estómago invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La prevalencia es informada por 100.000 habitantes.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

6.1.4. Prevalencia del cáncer de estómago según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

Para el 2025 el régimen contributivo registró una prevalencia estandarizada significativamente mayor a la del régimen subsidiado **(tabla 6.5).** Las cifras más altas se observaron en la EAS016, la EPS018 y la EPS008, con 50,78, 41,90 y 38,91 casos por 100.000 afiliados, respectivamente; mientras que la más baja se observó en la EPSI04 con 3,89. De manera similar a lo observado en los casos nuevos, la EPS047 tampoco reportó casos prevalentes de este tipo de tumor.

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 6.5. Prevalencia del cáncer de estómago según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia cruda[3]	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	11.026	28.511.097	38,67	29,75	(29,20 - 30,32)
Subsidiado	4.708	20.558.122	22,90	18,32	(17,79 - 18,86)
Excepción	724	2.096.836	34,53	20,58	(19,06 - 22,21)
Especial	36	40.687	88,48	35,09	(13,01 - 78,29)
No asegurado	24	SD	SD	SD	SD
Planes voluntarios de salud	5	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	207	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye todos los casos de cáncer de estómago invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La prevalencia es informada por 100.000 afiliados.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud y en las entidades liquidadas, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.
IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

6.1.5. Mortalidad en las personas con cáncer de estómago según la región y la entidad territorial

En la cohorte en seguimiento, la mortalidad general estandarizada más alta se observó en Bogotá, D. C., seguida de la región Pacífica. Mientras que la más baja se registró en la región Caribe, con 2,60 fallecimientos por 100.000 habitantes **(tabla 6.6).** Los departamentos de Nariño y Huila presentaron las PCNR más altas, y también registraron los mayores valores de mortalidad, con 9,25 y 8,08, respectivamente. En contraste, en Arauca, La Guajira y Magdalena se registraron dos o menos fallecimientos. Por otro lado, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Vaupés y Vichada no registraron defunciones, lo cual es consistente con el reducido número de casos prevalentes reportados en estos departamentos (3, 1 y 4 casos, respectivamente).

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

Tabla 6.6. Mortalidad general del cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Muertes[1]	Denominador[2]	Mortalidad cruda[3]	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	54	1.544.639	3,50	4,41	(3,31 - 5,75)
Bogotá, D. C.	752	7.918.660	9,50	7,90	(7,35 - 8,49)
Caribe	307	12.130.521	2,53	2,60	(2,31 - 2,91)
Central	897	12.486.760	7,18	5,62	(5,25 - 6,01)
Oriental	572	9.966.135	5,74	4,85	(4,46 - 5,27)
Pacífica	612	8.567.038	7,14	5,79	(5,33 - 6,27)
Nacional	**3.194**	**52.613.753**	**6,07**	**5,23**	**(5,05 - 5,42)**

[1] Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de estómago invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La mortalidad es informada por 100.000 habitantes.
[4] Estandarización por la edad con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

6.1.6. Mortalidad del cáncer de estómago según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

Entre los regímenes de aseguramiento, el contributivo presentó la mayor mortalidad general estandarizada con 5,19 defunciones por todas las causas por 100.000 afiliados **(tabla 6.7).** La mortalidad general más alta se evidenció en la EPS025 con 10,10 y la EPSS34 con 9,08 fallecidos; por el contrario, las cifras más bajas se presentaron en la EAS027 (1,31), la EPSI04 (1,34) y la EPSI01 (1,86). En este periodo, la EPS047 no reportó fallecidos y no tuvo casos prevalentes de cáncer de estómago.

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 6.7. Mortalidad general del cáncer de estómago según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Muertes[1]	Denominador[2]	Mortalidad cruda[3]	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	1.922	28.511.097	6,74	5,19	(4,96 - 5,43)
Subsidiado	1.168	20.558.122	5,68	4,55	(4,29 - 4,83)
Excepción	69	2.096.836	3,29	2,04	(1,57 - 2,63)
No asegurado	1	SD	SD	SD	SD
Especial	0	40.687	SD	NA	NA
Planes voluntarios de salud	0	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	34	SD	SD	SD	SD

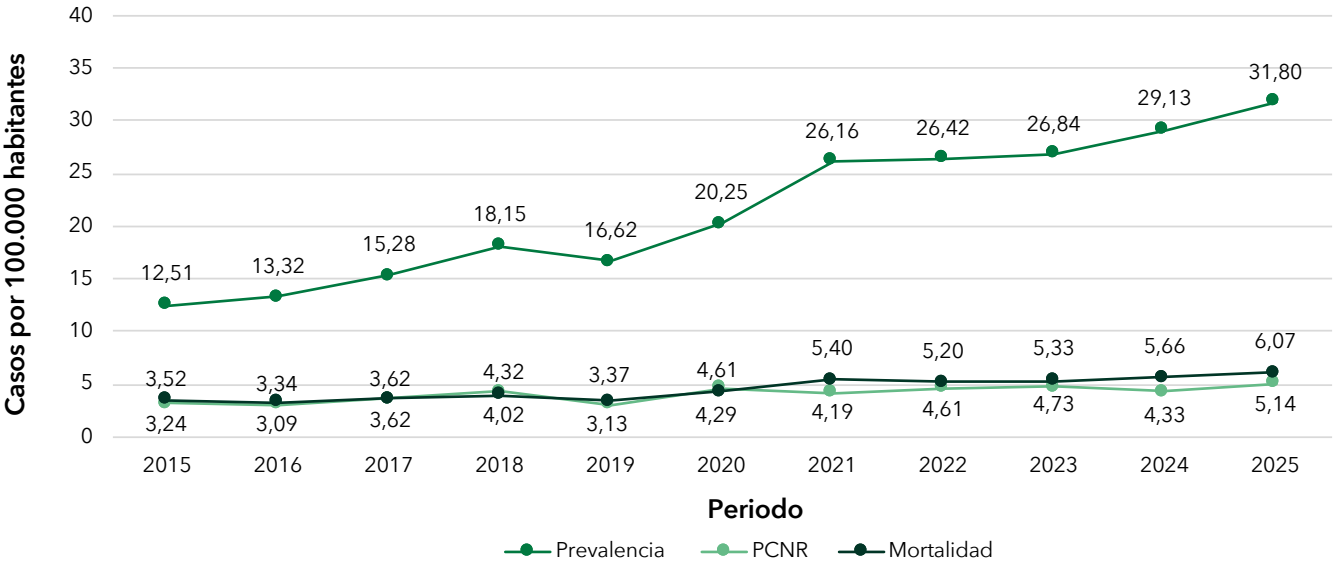
[1] Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de estómago invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La mortalidad es informada por 100.000 afiliados.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud y las entidades liquidadas, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.
IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato; **NA:** no aplica.

6.1.7. Evolución del registro de cáncer de estómago en el aseguramiento en Colombia

Las tres medidas de morbimortalidad del cáncer de estómago aumentaron en comparación con el periodo anterior. El incremento más marcado se presentó en la PCNR, con un aumento del 18,71 %. Asimismo, después de 11 periodos de seguimiento, el número de casos nuevos aumentó 1,59 veces, una tendencia similar a la observada en la cohorte de cáncer de colon y recto **(figura 6.1).**

Es de destacar que, en los últimos periodos, la mortalidad general ha superado el número de casos nuevos, lo que sugiere que una proporción importante de los pacientes continúa siendo diagnosticada en estadios avanzados. Esto implica menores posibilidades de tratamiento curativo, la rápida progresión clínica y en algunos casos el fallecimiento sin alcanzar la confirmación diagnóstica.

Figura 6.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2025



Incluye los casos de cáncer de estómago invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 100.000 habitantes.
Mortalidad: corresponde al número de casos fallecidos por todas las causas de la cohorte en seguimiento por la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados.
Descargar figura

6.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de estómago

6.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de estómago

A continuación, la **tabla 6.8** presenta la caracterización general de los casos nuevos de cáncer de estómago reportados en el periodo, de acuerdo con el régimen del aseguramiento. El 62,29 % correspondió a casos del sexo masculino, la mediana de la edad fue de 65 años y la mayoría de los casos diagnosticados residían en Bogotá, D. C., y la región Central. Entre los regímenes, se observaron diferencias en la concentración territorial; en el subsidiado, el mayor número de CN se concentró en las regiones Pacífica y Oriental; en el de excepción, en la región Oriental y Bogotá, D. C.; y en el contributivo, en Bogotá, D. C., y la Central.

De otra parte, para el 2025, seis nuevos casos del régimen especial presentaron una mediana de la edad de 59 años (RIC: 55 - 71), dos ubicados en la región Central y el resto en la Pacífica. Dentro de la población no asegurada se informó un caso de 71 años residente en la Oriental.

Tabla 6.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de estómago reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento			Total[2]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	
	n= 1.659	n= 969	n= 86	n= 2.721
	(60,97 %)	(35,61 %)	(3,16 %)	(100,00 %)
Sexo				
Femenino	622 (37,49)	364 (37,56)	36 (41,86)	1.026 (37,71)
Masculino	1.037 (62,51)	605 (62,44)	50 (58,14)	1.695 (62,29)
Edad	64 (54 - 73)	67 (57 - 76)	67 (58 - 77)	65 (55 - 75)
Etnia				
Ninguna	1.607 (96,87)	949 (97,94)	86 (100,00)	2.649 (97,35)
Negro	38 (2,29)	9 (0,93)	0 (0,00)	47 (1,73)
Indígena	1 (0,06)	11 (1,14)	0 (0,00)	12 (0,44)
Otro[3]	13 (0,78)	0 (0,00)	0 (0,00)	13 (0,48)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	10 (0,60)	34 (3,51)	0 (0,00)	44 (1,62)
Bogotá, D. C.	555 (33,45)	134 (13,83)	21 (24,42)	710 (26,09)
Caribe	97 (5,85)	172 (17,75)	4 (4,65)	273 (10,03)
Central	438 (26,40)	182 (18,78)	25 (29,07)	647 (23,78)
Oriental	310 (18,69)	183 (18,89)	30 (34,88)	524 (19,26)
Pacífica	249 (15,01)	264 (27,24)	6 (6,98)	523 (19,22)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad para la que se presenta le mediana (rango intercuartílico).
[2] Para los valores totales se tienen en cuenta un caso de la población no asegurada y seis en el régimen especial.
[3] Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia y palenqueros de San Basilio.

6.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer de estómago

La **tabla 6.9** describe las características clínicas de los casos nuevos de este tipo de cáncer según su afiliación al sistema de salud. De acuerdo con la clasificación CIE-10, el 99,45 % de los CNR correspondió a tumores invasivos. También, después de cinco periodos consecutivos, el reporte de la estadificación en el marco del aseguramiento registró la mayor proporción de casos con estadificación, con un 75,89 %. Al considerar únicamente los casos estadificados, la mayoría fueron diagnosticados en estadios avanzados IV (46,05 %) y III (25,28 %), lo que indica una detección tardía para el 71,33 % de los CNR del periodo.

Asimismo, en comparación con los demás regímenes, el contributivo presentó una mayor proporción de casos con estadificación al momento del diagnóstico, en comparación con los demás regímenes. No obstante, la distribución de los casos diagnosticados en los estadios IV y III fue similar para todos los grupos de afiliación.

Tabla 6.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de estómago reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento			Total[2]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	
	n= 1.659	n= 969	n= 86	n= 2.721
	(60,97 %)	(35,61 %)	(3,16 %)	(100,00 %)
Extensión[3]				
In situ	9 (0,54)	5 (0,52)	1 (1,16)	15 (0,55)
Invasivo	1.650 (99,46)	964 (99,48)	85 (98,84)	2.706 (99,45)
Estadificación (sí)[4]	1.291 (77,82)	703 (72,55)	65 (75,58)	2.065 (75,89)
Estadio al diagnóstico[4,5]				
In situ	10 (0,77)	6 (0,85)	1 (1,54)	17 (0,82)
Estadio I	123 (9,53)	35 (4,98)	6 (9,23)	165 (7,99)
Estadio II	267 (20,68)	131 (18,63)	11 (16,92)	410 (19,85)
Estadio III	314 (24,32)	184 (26,17)	23 (35,38)	522 (25,28)
Estadio IV	577 (44,69)	347 (49,36)	24 (36,92)	951 (46,05)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables.
[2] El tipo de tratamiento no es mutuamente excluyente: un mismo paciente pudo haber recibido más de un tipo de terapia.
[3] En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.
[4] Definida según la clasificación TNM.
[5] Incluye todos los casos nuevos de cáncer de estómago que fueron estadificados.

6.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de estómago

Durante el periodo, el 65,31 % de los casos nuevos recibió terapias sistémicas, cirugía o radioterapia; entre estas modalidades, predominó la administración de quimioterapia e inmunoterapia, seguida de los procedimientos quirúrgicos. En la tabla 6.10 se muestra la distribución del tratamiento de acuerdo con el estadio clínico al diagnóstico.

La mayor proporción de casos que recibió algún tipo de tratamiento pertenecía al estadio III. La proporción de casos que fueron tratados con terapias sistémicas fue mayor a medida que los casos se encontraban en estadios avanzados; es decir que para estos tratamientos fue mayor el porcentaje en los estadios IV. En cuanto a los procedimientos quirúrgicos, fue mayor el número de casos nuevos intervenidos en el estadio III, seguido del II, mientras que la radioterapia fue administrada en el 8,67 % de los casos.

Tabla 6.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de estómago según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

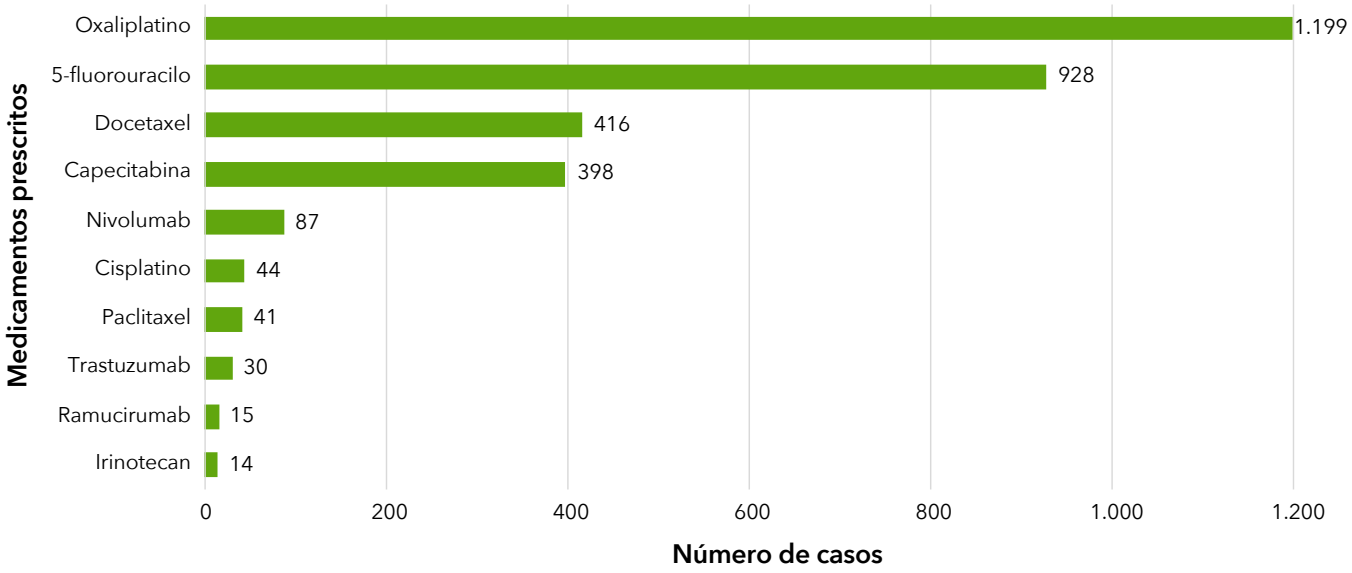
Variables[1]	Estadio al diagnóstico						Total
	In situ	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	Desconocido	
	n= 17	n= 165	n= 410	n= 522	n= 951	n= 656	n= 2.721
	(0,63 %)	(6,06 %)	(15,07 %)	(19,18 %)	(34,95 %)	(24,11 %)	(100,00 %)
Casos que recibieron algún tratamiento	5 (29,41)	131 (79,39)	324 (79,02)	455 (87,16)	636 (66,88)	226 (34,45)	1.777 (65,31)
Tipo de tratamiento prescrito[2]							
Terapia sistémica[3]	0 (0,00)	51 (38,93)	241 (74,38)	370 (81,32)	564 (88,68)	127 (56,19)	1.353 (76,14)
Cirugía	5 (100,00)	112 (85,50)	208 (64,20)	304 (66,81)	154 (24,21)	128 (56,64)	911 (51,27)
Radioterapia	0 (0,00)	5 (3,82)	25 (7,72)	50 (10,99)	64 (10,06)	10 (4,42)	154 (8,67)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables.
[2] El tipo de tratamiento no es mutuamente excluyente: un mismo paciente pudo haber recibido más de un tipo de terapia.
[3] En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

Adicionalmente, un total de 944 casos nuevos no reportó ningún tratamiento curativo. De estos, el 40,47 % fue diagnosticado en estadios avanzados, mientras que en el 45,55 % el estadio era desconocido. Además, el 23,94 % tenía confirmación del diagnóstico en los tres meses previos a la fecha de corte. No obstante, la totalidad de estos casos reportó valoración por cuidados paliativos.

La **figura 6.2** describe los medicamentos prescritos con mayor frecuencia a las personas con nuevo diagnóstico de cáncer de estómago. Es importante tener en cuenta que los datos presentados corresponden a frecuencias absolutas, es decir, no se tiene en cuenta el uso concomitante de uno o más fármacos. Aún así, se puede apreciar que los esquemas con oxaliplatino y 5-fluorouracilo tales como el FLO y el FLOT presentaron una mayor indicación como primera línea de tratamiento en los casos nuevos, mientras que una menor frecuencia de indicación se presentó en medicamentos como el nivolumab, el paclitaxel y el irinotecan, los cuales hacen parte del manejo de los casos en estadios avanzados. En cuanto a las terapias biológicas, se mantiene una frecuencia en el reporte similar a la del periodo anterior con trastuzumab y ramucirumab, en ese orden.

Figura 6.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2025



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

Descargar figura

6.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de estómago

La **tabla 6.11** presenta una caracterización general de los casos prevalentes de cáncer de estómago reportados en el periodo según el régimen del aseguramiento. Para el 2025, un total de 17.011 casos de cáncer de estómago (*in situ* e invasivo) tuvieron seguimiento en el país, la mayoría estaban afiliados al contributivo, un poco más de la mitad correspondió a casos del sexo masculino, la mediana de la edad fue de 67 años (RIC: 57 - 76) y el 55,35 % residía en la región Central o en Bogotá, D. C. Por su parte, la mayor proporción de casos en la población indígena se encontraban afiliados al subsidiado.

En la población no asegurada se informaron 25 casos, con una mediana de la edad de 62 años (RIC: 40 - 72); de estos, 18 eran hombres y el 44,00 % residía en la región Pacífica. En los planes voluntarios de salud se reportaron cinco casos, de los cuales dos eran del sexo femenino, tres residían en Bogotá, D. C., y la mediana de la edad fue de 77 años (RIC: 70 - 83).

Tabla 6.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de estómago según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento				Total[2,3]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	
	n= 11.416	n= 4.787	n= 742	n= 36	n= 17.011
	(67,11 %)	(28,14 %)	(4,36 %)	(0,21 %)	(100,00 %)
Sexo					
Femenino	5.189 (45,45)	2.122 (44,33)	306 (41,24)	15 (41,67)	7.641 (44,92)
Masculino	6.227 (54,55)	2.665 (55,67)	436 (58,76)	21 (58,33)	9.370 (55,08)
Edad	67 (57 - 76)	67 (58 - 76)	70 (62 - 78)	74 (62 - 86)	67 (57 - 76)
Etnia					
Ninguna	11.276 (98,77)	4.586 (95,80)	728 (98,11)	36 (100,00)	16.656 (97,91)
Negro	110 (0,96)	61 (1,27)	13 (1,75)	0 (0,00)	184 (1,08)
Indígena	12 (0,11)	135 (2,82)	0 (0,00)	0 (0,00)	147 (0,86)
Otro[4]	18 (0,16)	5 (0,10)	1 (0,13)	0 (0,00)	24 (0,14)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	83 (0,73)	161 (3,36)	7 (0,94)	0 (0,00)	251 (1,48)
Bogotá, D. C.	3.379 (29,60)	596 (12,45)	192 (25,88)	5 (13,89)	4.182 (24,58)
Caribe	491 (4,30)	570 (11,91)	46 (6,20)	0 (0,00)	1.111 (6,53)
Central	3.592 (31,46)	1.373 (28,68)	252 (33,96)	14 (38,89)	5.235 (30,77)
Oriental	2.244 (19,66)	884 (18,47)	175 (23,58)	1 (2,78)	3.315 (19,49)
Pacífica	1.627 (14,25)	1.203 (25,13)	70 (9,43)	16 (44,44)	2.917 (17,15)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).
[2] Para los valores totales se tienen en cuenta 25 casos reportados como población no asegurada y cinco casos de los planes voluntarios de salud.
[3] No se incluyen los datos de 209 casos prevalentes que no se reportaron en el periodo actual o que pertenecen a entidades liquidadas.
[4] Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

6.4. Indicadores de gestión del riesgo en cáncer de estómago

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

1. Oportunidad de diagnóstico (promedio del tiempo entre la consulta o remisión para diagnóstico y el reporte histopatológico).
2. Proporción de pacientes con cáncer gástrico clasificado *in situ*.

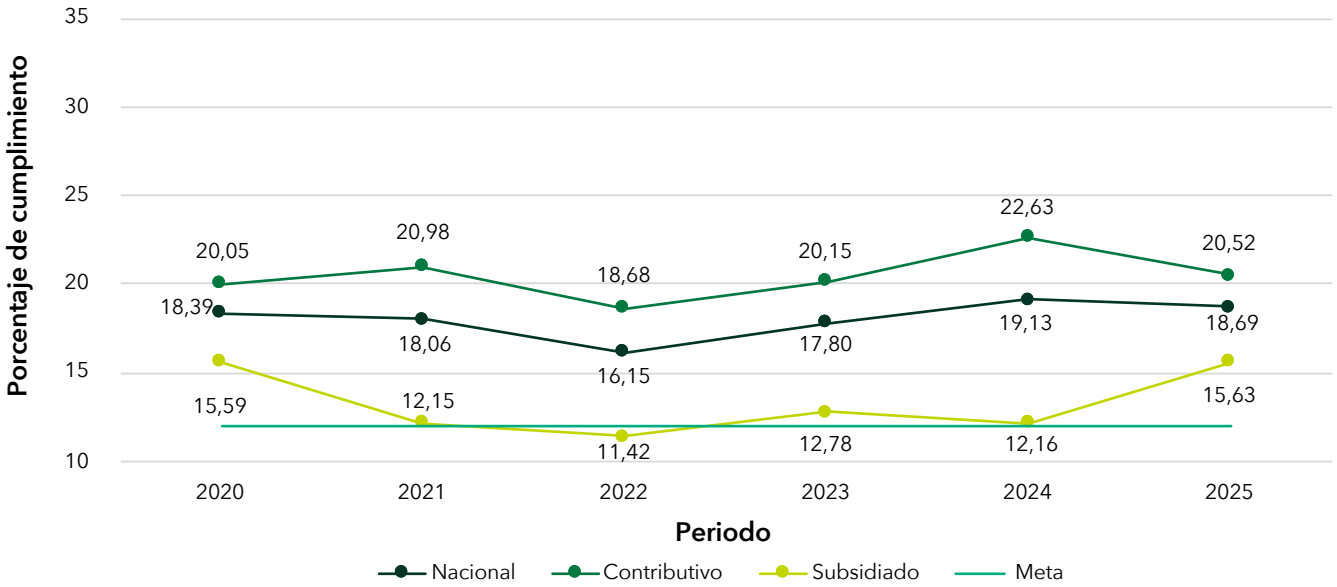
3. Proporción de casos nuevos identificados en estadios tempranos.
4. Proporción de pacientes con estadificación por TNM.
5. Oportunidad de tratamiento (promedio del tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento).
6. Oportunidad entre la neoadyuvancia y la cirugía curativa (promedio de días).
7. Oportunidad entre la cirugía y el inicio de adyuvancia (promedio de días).
8. Proporción de pacientes estadio 0 a III sometidos a cirugía como tratamiento curativo indicador.
9. Proporción de pacientes con evaluación por grupo interdisciplinario para definición del tratamiento.
10. Valoración por cuidados paliativos (CNR, estadio invasivo).
11. Calidad de la cirugía.
12. Proporción de pacientes con valoración por nutrición.
13. Proporción de pacientes posquirúrgicos con soporte nutricional.
14. Supervivencia a 2 y 5 años.
15. Tasa de mortalidad general.
16. Mortalidad operatoria.

Cabe destacar que el indicador 14 se estimó recientemente y se presentó en el informe especial "Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo 2014-2022" (2). Por otra parte, los resultados del indicador 15 para este tipo de cáncer son abordados al inicio del capítulo, en la sección de morbimortalidad.


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

Durante los últimos periodos, la tendencia de la detección temprana del cáncer de estómago se mantuvo por encima de la meta establecida (> 15 % de los casos nuevos en los estadios I y II). Los resultados de este indicador en el régimen contributivo han sido superiores a los del subsidiado, a pesar de la disminución del 9,32 % que se presentó para el 2025. Por su parte en el subsidiado, luego de cuatro periodos consecutivos, el porcentaje presentó un aumento, lo que redujo la brecha entre ambos regímenes. Sin embargo, estos resultados reflejan que más de la mitad de los casos continuó diagnosticándose en fases avanzadas, por lo que las dificultades persistentes para la detección oportuna de esta neoplasia; esto en un escenario caracterizado por síntomas iniciales inespecíficos, manejo clínico inicial poco orientado al diagnóstico de cáncer, falta de programas estructurados de tamización y barreras en el acceso al diagnóstico (3).

Figura 6.3. Tendencia de la proporción de los casos nuevos en estadios tempranos en el momento del diagnóstico en cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025

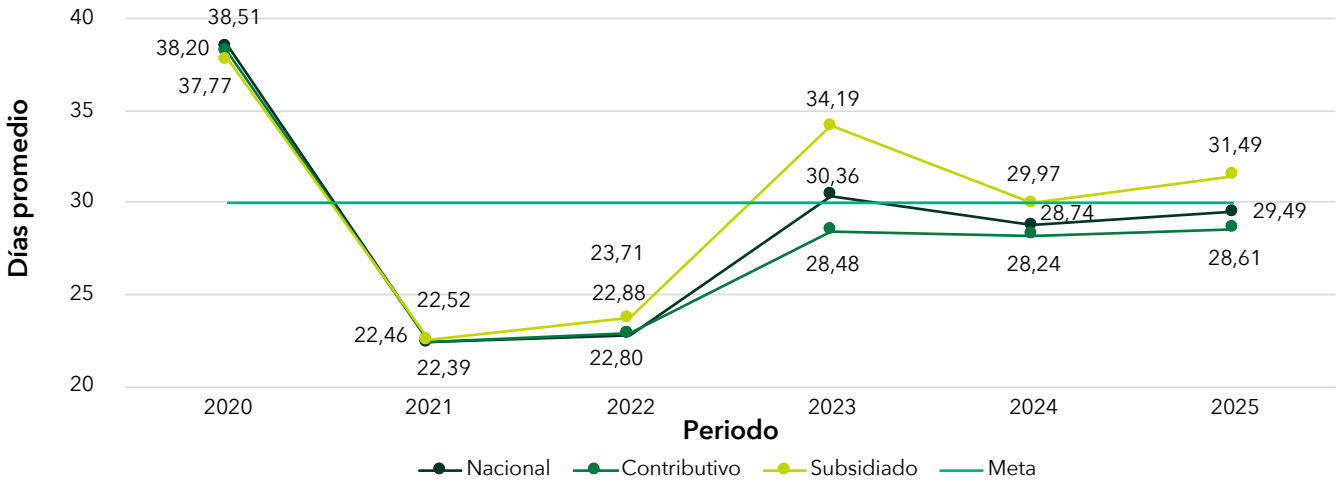


Detección temprana: incluye estadios I a IIA.

Descargar figura

Para 2025, los tiempos hasta la confirmación diagnóstica aumentaron en comparación con el periodo anterior. En el régimen subsidiado, el promedio de días no alcanzó la meta de 30 días o menos y se amplió la brecha frente al contributivo, lo que evidencia un deterioro en la oportunidad diagnóstica para esta población.

Figura 6.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 – 2025

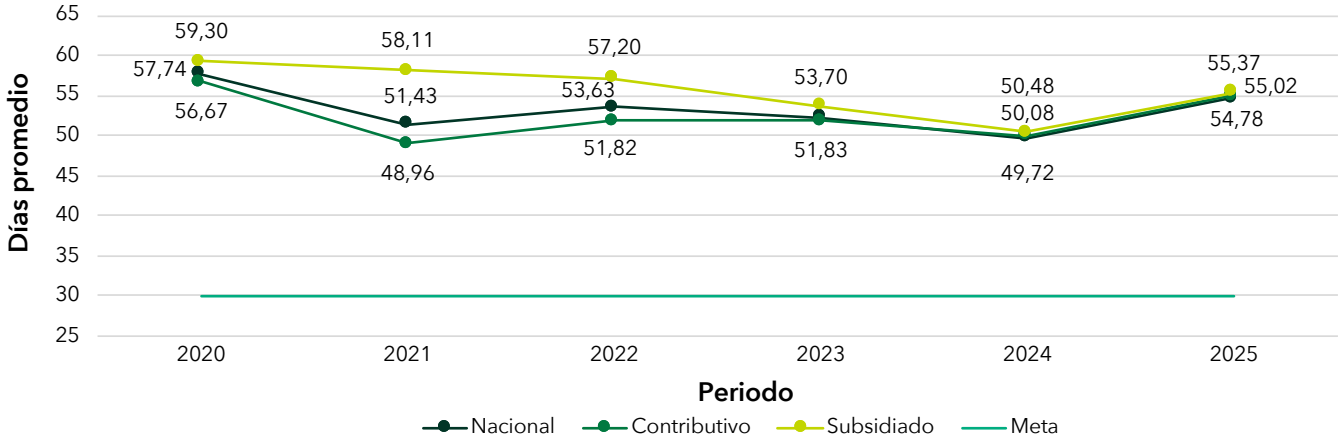


Incluye cáncer *in situ* e invasivo.
Tiempo transcurrido desde la consulta o la remisión hasta la confirmación diagnóstica.
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: de 29,49 días (± 45,24) en la medición nacional, de 28,61 días (± 36,82) en el régimen contributivo y de 31,49 días (± 58,83) en el subsidiado.
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: de 16 días (RIC: 8 - 34) en la medición nacional, de 17 días (RIC: 9 - 35) en el contributivo y de 15 días (RIC: 8 - 32) en el subsidiado.

Descargar figura

En cuanto al inicio del tratamiento, en el último periodo se interrumpió la tendencia de reducción progresiva de los tiempos observada en periodos previos. Tanto en el cálculo nacional como entre los regímenes se registró un aumento cercano a los cinco días. No obstante, se resalta que desde 2024 los resultados de este indicador no han mostrado diferencias significativas entre el régimen contributivo y el subsidiado.

Figura 6.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 – 2025



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.
Tiempo entre el diagnóstico histológico y el primer tratamiento.
La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2025 fue: de 54,78 días (± 47,80) en la medición nacional, de 55,02 días (± 46,64) en el régimen contributivo y de 55,37 días (± 50,64) en el subsidiado.
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del tratamiento en el 2025 fue: de 42 días (RIC: 21 - 76) en la medición nacional, de 43 días (RIC: 23 - 73) en el régimen contributivo y de 37 días (RIC: 17 - 84) en el subsidiado.

Descargar figura

A continuación, la **tabla 6.12** presenta los resultados de los indicadores de gestión del riesgo del cáncer de estómago según la región de residencia. En todo el territorio nacional se observó un aumento en el promedio de días para la confirmación del diagnóstico; este comportamiento tuvo un mayor impacto en la región Amazonía-Orinoquía, donde el resultado pasó de un alto cumplimiento de la meta a un nivel de desempeño intermedio. De igual forma, en la detección temprana, esta misma región refleja dificultades, al presentar la menor proporción de casos nuevos diagnosticados en estadios I y II. En contraste, la estadificación de los CN se mantuvo relativamente similar entre las diferentes entidades territoriales.

En cuanto al inicio del primer tratamiento, los tiempos más prolongados se observaron en las regiones Oriental y Pacífica. Puntualmente, la realización de los procedimientos quirúrgicos después de la terapia neoadyuvante superó la recomendación de 12 semanas y los mayores retrasos se presentaron en las regiones Caribe y Central. En contraste, el inicio de las terapias sistémicas posterior a la cirugía se mantuvo por debajo de los 84 días en todas las regiones del país. Esta heterogeneidad en las oportunidades de atención refleja una asistencia fragmentada y la presencia de posibles barreras para la realización oportuna de los procedimientos quirúrgicos, lo cual es consistente con el bajo porcentaje de casos con seguimiento multimodal, el cual fue inferior al 10 %.

Tabla 6.12. Indicadores de gestión del riesgo en cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Número		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Código[1]		EST_01	EST_02	EST_03	EST_04	EST_05	EST_06	EST_07
Semaforización		< 30 días	> 3,4 %	> 12 %	> 90 %	< 30 días	≤ 84 días (≤ 12 semanas)	≤ 84 días (≤ 12 semanas)
		30 a < 60 días	1,8 a 3,4 %	> 8 a 12 %	> 60 a 90%	30 a < 60 días		
		≥ 60 días	< 1,8 %	≤ 8 %	≤ 60 %	≥ 60 días	> 84 días (> 12 semanas)	> 84 días (> 12 semanas)
Región	Amazonía-Orinoquía	54,79	2,94	6,06	77,27	57,39	136,00	56,67
	Bogotá, D. C.	32,54	1,84	24,39	76,16	56,07	95,46	58,18
	Caribe	34,29	0,50	13,00	73,63	40,99	111,00	72,96
	Central	26,24	0,00	20,22	83,31	48,07	110,77	56,20
	Oriental	30,92	0,79	20,00	72,00	62,33	91,53	74,33
	Pacífica	23,33	0,50	11,62	75,81	61,75	109,44	64,14
Nacional		**29,49**	**0,81**	**18,69**	**76,75**	**54,78**	**102,81**	**62,98**

Tabla 6.12. Indicadores de gestión del riesgo en cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 (continuación)

Número		8.	9.	10.	11.	12.	13.	16.
Código[1]		EST_08	EST_09	EST_10	EST_11	EST_12	EST_13	EST_16
Semaforización		> 90 %	Por definir	Por definir	Por definir	> 90 %	> 90 %	≤ 20 %
		> 60 a 90 %				> 60 a 90 %	> 60 a 90 %	
		≤ 60 %				≤ 60 %	≤ 60 %	> 20 %
Región	Amazonía-Orinoquía	35,71	6,82	51,52	55,56	34,09	0,00	0,00
	Bogotá, D. C.	48,31	3,23	57,79	33,01	49,93	13,40	4,60
	Caribe	34,78	3,66	54,50	30,36	54,58	28,57	10,20
	Central	60,89	3,86	54,73	50,23	52,86	19,91	1,93
	Oriental	43,48	4,76	40,00	47,02	39,24	13,25	3,20
	Pacífica	52,67	2,48	54,04	41,72	47,05	32,45	2,24
Nacional		**50,18**	**3,63**	**52,65**	**42,16**	**48,22**	**19,70**	**3,45**

[1] Código del indicador en HIGIA.

Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia. Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con cáncer gástrico y cáncer de colon y recto en Colombia [en línea]. 2017. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/consenso-basado-en-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-pacientes-con-cancer-gastrico-y-cancer-de-colon-y-recto-en-colombia/

2. Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014-2022; Bogotá, D. C. 2025. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/informe-de-supervivencia-2014-2022/

3. Tajul Islam Mamun, Sabrina Younus, Md. Hashibur Rahman, Gastric cancer—Epidemiology, modifiable and non-modifiable risk factors, challenges and opportunities: An updated review, Cancer Treatment and Research Communications, Volume 41, 2024, 100845, ISSN 2468-2942, https://doi.org/10.1016/j.ctarc.2024.100845

CAC
Cuenta de Alto Costo

7

Cáncer de pulmón

RESUMEN infográfico

Cáncer de pulmón

2 de enero de 2024 al 1° de enero de 2025

7

Morbimortalidad del cáncer de pulmón



Ocupó el **séptimo lugar** en frecuencia entre los 11 tipos de cáncer priorizados en el país.



El número total de casos nuevos, prevalentes y fallecidos en el **periodo** fue de 1.518, 7.276 y 1.781, respectivamente.



Comparativamente con el periodo anterior, **la prevalencia** aumentó en 1,23 casos por 100.000 habitantes, la PCNR aumentó en 0,14 y la mortalidad aumentó en 0,05 por 100.000 habitantes.

Se registraron 1.772 muertes entre las personas con cáncer invasivo, lo que representa una mortalidad general estandarizada de 2,80 fallecimientos por 100.000 habitantes (IC 95 %: 2,67 - 2,94).

Caracterización de los casos nuevos de cáncer de pulmón

La mediana de la edad fue de 70 años (RIC: 63 - 76).

Más de la mitad de los casos correspondió al sexo masculino (52,64 %).

El 99,93 % correspondió a neoplasias invasivas; esta proporción fue de 100,00 % en los regímenes subsidiado y de excepción.

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

La proporción nacional de casos diagnosticados en estadios tempranos (I-II) fue de 14,87 % en 2025, manteniéndose por debajo de la meta establecida (20 %).

El tiempo promedio para el **inicio del tratamiento** fue de 50,75 días, también por encima de la meta establecida (30 días).

Descargar infografía

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

7. Cáncer de pulmón

CIE10: C33-C34; D02.1-D02.2; CIE-O-3: C33-C34

7.1. Morbimortalidad del cáncer de pulmón

En cuanto a los casos nuevos, el cáncer de pulmón ocupó el séptimo lugar entre los 11 tipos de cáncer priorizados. Para el año 2025, se reportaron 7.276 casos prevalentes, incluidos los carcinomas *in situ* y los tumores invasivos; de estos, 1.518 (20,86 %) fueron diagnosticados durante el periodo de análisis. En relación con la mortalidad, se registraron 1.781 muertes por todas las causas en esta población. Cabe señalar que las medidas de morbimortalidad fueron calculadas incluyendo únicamente los casos invasivos **(tabla 7.1).**

Tabla 7.1. Medidas de frecuencia del cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Indicador	Casos[1]	Medida cruda[2,3]	Medida estandarizada[2,4]	IC 95 %[5]
PCNR	1.517	2,88	2,43	(2,31 - 2,56)
Prevalencia	7.168	13,62	11,51	(11,25 - 11,78)
Mortalidad[6]	1.772	3,37	2,80	(2,67 - 2,94)

[1] Incluye todos los casos de cáncer de pulmón invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Informadas por 100.000 habitantes.
[3] La población de referencia corresponde a la proyectada por el DANE para el año 2024.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
[6] **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas de la cohorte en seguimiento por la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

7.1.1. PCNR de cáncer de pulmón según la región y la entidad territorial

La mayor PCNR estandarizada de cáncer de pulmón se observó en Bogotá, D. C., con 3,16 casos por 100.000 habitantes (IC 95 %: 2,21 - 3,54). En contraste, la región Amazonía-Orinoquía presentó la más baja, con 0,99 (IC 95 %: 0,51 - 1,71) **(tabla 7.2).**

En los territorios, la PCNR estandarizada mostró un valor más elevado en Antioquia (3,74) y La Guajira (3,60), mientras que las más bajas se observaron en Arauca (0,38), Cauca (0,57) y Tolima (0,80). Los departamentos del Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada no reportaron casos nuevos durante el periodo analizado.

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

Tabla 7.2. PCNR de cáncer de pulmón según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	12	1.544.639	0,78	0,99	(0,51 - 1,71)
Bogotá, D. C.	305	7.918.660	3,85	3,16	(2,81 - 3,54)
Caribe	293	12.130.521	2,42	2,44	(2,17 - 2,74)
Central	479	12.486.760	3,84	2,87	(2,62 - 3,14)
Oriental	232	9.966.135	2,33	1,95	(1,70 - 2,22)
Pacífica	196	8.567.038	2,29	1,80	(1,55 - 2,07)
Nacional	**1.517**	**52.613.753**	**2,88**	**2,43**	**(2,31 - 2,56)**

[1] Incluye todos los casos nuevos de cáncer de pulmón invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] Informada por 100.000 habitantes.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

7.1.2. PCNR de cáncer de pulmón según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

La PCNR estandarizada de cáncer de pulmón fue similar entre los regímenes contributivo, subsidiado y de excepción. Por su parte, en el régimen especial se presentó un valor más bajo, con menos de 1 caso por 100.000 afiliados (IC 95 %: 0,01 - 28,69) **(tabla 7.3).**

Según las entidades aseguradoras, las mayores PCNR se registraron en la EAS016 (10,93) y la RES002 (5,38). Por el contrario, las más bajas se observaron en la ESS062 (0,05), la EPSI01 (0,39) y la EPSI05 (0,47). La EPS047, la EPSI03 y la EPSI06 no reportaron casos nuevos durante el periodo.

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 7.3. PCNR de cáncer de pulmón según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	904	28.511.097	3,17	2,40	(2,24 - 2,56)
Subsidiado	532	20.558.122	2,59	2,01	(1,84 - 2,20)
Excepción	80	2.096.836	3,82	2,17	(1,71 - 2,74)
Especial	1	40.687	2,46	0,30	(0,01 - 28,69)
No asegurados	0	SD	SD	SD	SD
Planes voluntarios de salud	0	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye todos los casos nuevos de cáncer de pulmón invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] Informada por 100.000 afiliados.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada y los planes voluntarios de salud, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

7.1.3. Prevalencia del cáncer de pulmón según la región y la entidad territorial

La región Central presentó la prevalencia estandarizada más alta, seguida de Bogotá, D. C., mientras que la menor se observó en la región Amazonía-Orinoquía, con 4,83 casos por 100.000 habitantes **(tabla 7.4).** En los entes territoriales, Antioquía presentó la mayor prevalencia con 21,61 (IC 95 %: 20,65 - 22,61); en contraste, la más baja fue estimada en el Guaviare con 1,19 (IC 95 %: 0,03 - 7,13). En los departamentos del Vaupés y Vichada no se reportaron casos prevalentes con esta neoplasia durante el periodo analizado.

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

Tabla 7.4. Prevalencia del cáncer de pulmón según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia cruda[3]	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	59	1.544.639	3,82	4,83	(3,67 - 6,22)
Bogotá, D. C.	1.479	7.918.660	18,68	15,39	(14,61 - 16,20)
Caribe	1.054	12.130.521	8,69	8,80	(8,28 - 9,35)
Central	2.623	12.486.760	21,01	15,76	(15,16 - 16,38)
Oriental	922	9.966.135	9,25	7,77	(7,28 - 8,30)
Pacífica	1.031	8.567.038	12,03	9,61	(9,02 - 10,22)
Nacional	**7.168**	**52.613.753**	**13,62**	**11,51**	**(11,25 - 11,78)**

[1] Incluye todos los casos de cáncer de pulmón invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La prevalencia es Informada por 100.000 habitantes.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

7.1.4. Prevalencia del cáncer de pulmón según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

Según el régimen del aseguramiento, la prevalencia estandarizada del cáncer de pulmón fue mayor en el régimen especial **(tabla 7.5).** Asimismo, en el contributivo se presentaron 1,89 veces más casos que en el subsidiado. Por su lado, al analizar por las entidades aseguradoras, la prevalencia más alta fue la estimada en la EAS016, entidad del contributivo, con 59,18 casos prevalentes (IC 95 %: 24,34 - 726,07). En contraste, la menor prevalencia se presentó en la EPSI03 con 1,17 (IC 95 %: 0,43 - 2,53), entidad específica para la atención de población indígena. Para el periodo de análisis, la EPS047 no reportó casos de esta neoplasia.

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

Tabla 7.5. Prevalencia del cáncer de pulmón según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia cruda[3]	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	4.830	28.511.097	16,94	12,86	(12,50 - 13,23)
Subsidiado	1.783	20.558.122	8,67	6,80	(6,48 - 7,12)
Excepción	433	2.096.836	20,65	11,70	(10,60 - 12,91)
Especial	28	40.687	68,82	14,04	(7,67 - 40,42)
No asegurado	19	SD	SD	SD	SD
Planes voluntarios de salud	3	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	72	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye todos los casos de cáncer del pulmón invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La prevalencia es informada por 100.000 afiliados.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud y las entidades liquidadas, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.
IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

7.1.5. Mortalidad en las personas con cáncer de pulmón según la región y la entidad territorial

En la cohorte en seguimiento, la mortalidad general estandarizada para cáncer de pulmón fue menor en Amazonía–Orinoquía, mientras que, la más alta se observó en la región Central **(tabla 7.6).** Esto representa una diferencia absoluta de 2,20 muertes por todas las causas por 100.000 habitantes, entre estas dos regiones.

En los departamentos, la cifra más baja se encontró en Casanare con 0,84 (IC 95 %: 0,17 – 2,36). En contraste, la más alta fue en Guainía con 6,17 (IC 95 %: 0,74 – 20,74). Los departamentos del Amazonas, Guaviare, Vaupés y Vichada no reportaron fallecimientos en personas con cáncer de pulmón durante el periodo analizado.

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

Tabla 7.6. Mortalidad general del cáncer de pulmón según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Muertes[1]	Denominador[2]	Mortalidad cruda[3]	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	18	1.544.639	1,17	1,50	(0,89 - 2,35)
Bogotá, D. C.	316	7.918.660	3,99	3,25	(2,90 - 3,63)
Caribe	313	12.130.521	2,58	2,60	(2,32 - 2,90)
Central	626	12.486.760	5,01	3,70	(3,41 - 4,00)
Oriental	238	9.966.135	2,39	1,97	(1,73 - 2,24)
Pacífica	261	8.567.038	3,05	2,35	(2,07 - 2,66)
Nacional	**1.772**	**52.613.753**	**3,37**	**2,80**	**(2,67 - 2,94)**

[1] Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de pulmón invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La mortalidad es informada por 100.000 habitantes.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

7.1.6. Mortalidad del cáncer de pulmón según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

El régimen subsidiado presentó la mortalidad general estandarizada más baja en comparación con el contributivo **(tabla 7.7).** En cuanto a las entidades, la EAPB con la menor cifra fue la ESS062 con 0,26 muertes por 100.000 afiliados (IC 95 %: 0,08 - 0,64), mientras que la EAS016 tuvo el mayor valor con 12,16 muertes por 100.000 afiliados (IC 95 %: 3,87 - 700,03).

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 7.7. Mortalidad general del cáncer de pulmón según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

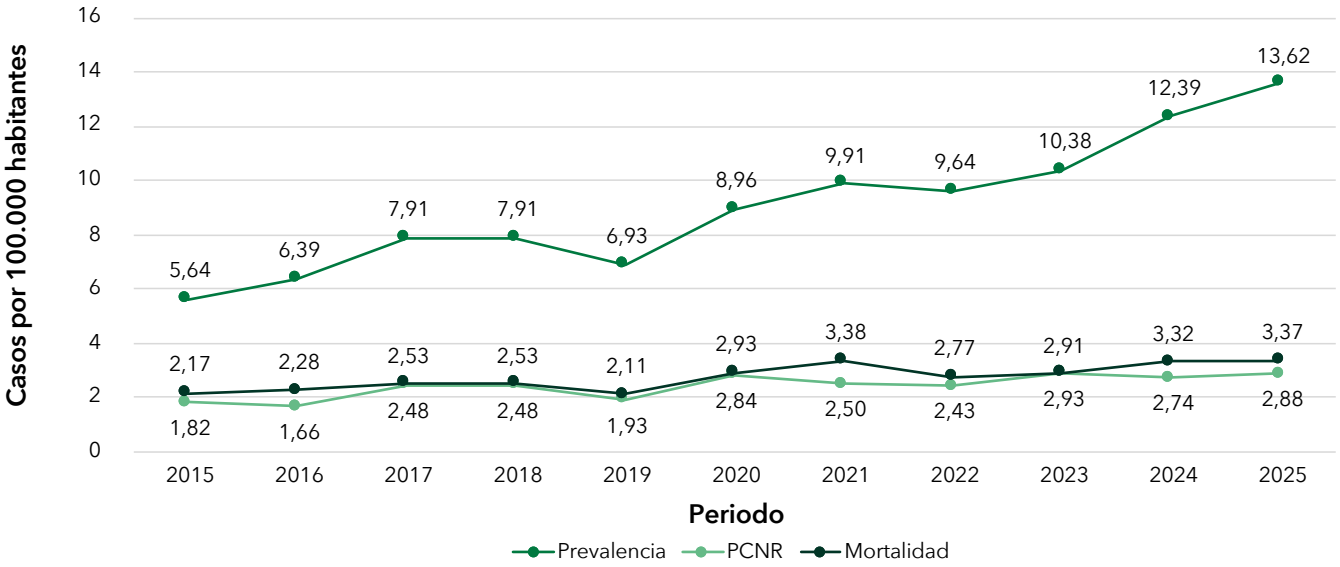
Régimen	Muertes[1]	Denominador[2]	Mortalidad cruda[3]	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	1.058	28.511.097	3,71	2,76	(2,60 - 2,94)
Subsidiado	638	20.558.122	3,10	2,38	(2,20 - 2,57)
Excepción	62	2.096.836	2,96	1,63	(1,24 - 2,13)
Especial	0	40.687	0,00	NA	NA
No asegurado	0	SD	SD	SD	SD
Planes voluntarios de salud	0	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	14	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de pulmón invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La mortalidad es informada por 100.000 afiliados.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud y las entidades liquidadas, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.
IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato; **NA:** no aplica.

7.1.7. Evolución del registro de cáncer de pulmón en el aseguramiento en Colombia

La **figura 7.1** presenta la tendencia de la morbimortalidad por cáncer de pulmón en el país. Durante el seguimiento de la cohorte, la prevalencia mostró un incremento progresivo, con un aumento de 1,23 casos por 100.000 habitantes para el 2025, con respecto al periodo anterior. Del mismo modo, la PCNR evidenció un incremento leve de 0,14 casos por 100.000 habitantes, mientras que la mortalidad presentó una variación mínima de 0,05 muertes por 100.000 habitantes, y se mantuvo superior a la PCNR calculada para el periodo 2025.

Figura 7.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2025



Incluye los casos con cáncer de pulmón invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 100.000 habitantes.
Mortalidad: número de casos fallecidos por todas las causas de la cohorte en seguimiento por la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

Descargar figura

7.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de pulmón

7.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de pulmón

La **tabla 7.8** presenta la caracterización general de los casos nuevos de cáncer de pulmón reportados en el periodo. Según el régimen del aseguramiento, el 59,62 % de los casos correspondió a población afiliada al régimen contributivo. En general, la distribución de los casos fue similar entre hombres y mujeres. Asimismo, la mediana de edad fue de 70 años (RIC: 63 - 76), lo cual fue consistente entre los regímenes contributivo, subsidiado y de excepción.

En cuanto a la etnia, aunque la mayoría de los casos fueron clasificados en la categoría ninguna, el 1,51 % correspondió a población negra, concentrándose principalmente en el contributivo. Por su parte, la población indígena representó el 0,72 % de los casos, con mayor frecuencia en el subsidiado.

Por región de residencia, se presentó una alta concentración de casos en la Central (31,55 %); este comportamiento fue similar en los regímenes contributivo, de excepción y especial. No obstante, en el subsidiado la mayoría de los casos se concentró en la región Caribe. A su vez, los casos diagnosticados durante el periodo en la Amazonía-Orinoquía se ubicaron en su mayoría en el subsidiado.

Tabla 7.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de cáncer de pulmón según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento			Total[2]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	
	n= 905	n= 532	n= 80	n= 1.518
	(59,62 %)	(35,05 %)	(5,27 %)	(100,00 %)
Sexo				
Femenino	442 (48,84)	242 (45,49)	35 (43,75)	719 (47,36)
Masculino	463 (51,16)	290 (54,51)	45 (56,25)	799 (52,64)
Edad	70 (63 - 76)	69 (63 - 76)	70 (66 - 76)	70 (63 - 76)
Etnia				
Ninguna	886 (97,90)	515 (96,80)	77 (96,25)	1.479 (97,43)
Negro	12 (1,33)	8 (1,50)	3 (3,75)	23 (1,51)
Indígena	2 (0,22)	9 (1,69)	0 (0,00)	11 (0,72)
Otro[3]	5 (0,55)	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (0,33)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	1 (0,11)	11 (2,07)	0 (0,00)	12 (0,79)
Bogotá, D. C.	245 (27,07)	37 (6,96)	23 (28,75)	305 (20,09)
Caribe	79 (8,73)	204 (38,35)	10 (12,50)	293 (19,30)
Central	326 (36,02)	125 (23,50)	27 (33,75)	479 (31,55)
Oriental	133 (14,70)	81 (15,23)	18 (22,50)	232 (15,28)
Pacífica	121 (13,37)	74 (13,91)	2 (2,50)	197 (12,98)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).
[2] Para los valores totales se tiene en cuenta un caso del régimen especial.
[3] Incluye a la población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

7.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer de pulmón

La **tabla 7.9** describe las características clínicas de los casos nuevos de cáncer de pulmón según su afiliación al sistema de salud. Según la clasificación CIE-10, casi la totalidad de las neoplasias de pulmón correspondió a tumores invasivos; únicamente se identificó un caso *in situ* dentro del régimen contributivo.

La estadificación según la clasificación TNM se realizó en el 82,87 % de los casos, esta proporción fue similar entre los regímenes subsidiado y contributivo, aunque ligeramente mayor en este último. Al momento del diagnóstico, la mayoría de los casos se clasificó en estadio IV, seguido del estadio III, concentrando en conjunto el 86,20 % del total de los CN; este patrón fue consistente en todos los regímenes de afiliación.

Tabla 7.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de pulmón reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento			Total[2]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	
	n= 905	n= 532	n= 80	n= 1.518
	(59,62 %)	(35,05 %)	(5,27 %)	(100,00 %)
Extensión[3]				
In situ	1 (0,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,07)
Invasivo	904 (99,89)	532 (100,00)	80 (100,00)	1.517 (99,93)
Estadificación (sí)[4]	757 (83,65)	430 (80,83)	70 (87,50)	1.258 (82,87)
Estadio al diagnóstico[4,5]				
In situ	1 (0,13)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,08)
Estadio I	71 (9,38)	14 (3,26)	10 (14,29)	95 (7,55)
Estadio II	55 (7,27)	18 (4,19)	5 (7,14)	78 (6,20)
Estadio III	116 (15,32)	82 (19,07)	9 (12,86)	207 (16,45)
Estadio IV	514 (67,90)	316 (73,49)	46 (65,71)	877 (69,71)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables.
[2] Para los valores totales se tienen en cuenta un caso en el régimen especial.
[3] Definida según el código CIE-10.
[4] Definida según la clasificación TNM.
[5] Incluye todos los casos nuevos de cáncer de pulmón que fueron estadificados.

7.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de pulmón

Durante el periodo, 1.011 casos nuevos de cáncer de pulmón (66,60 %) recibieron al menos un manejo terapéutico, dentro de los cuales el 72,21 % correspondió a terapias sistémicas, seguido del manejo quirúrgico (28,59 %) y finalmente la radioterapia (27,00 %). Cabe destacar que, dado que un mismo caso pudo recibir más de una modalidad terapéutica, los porcentajes de la **tabla 7.10** no son mutuamente excluyentes.

Según el estadio clínico al diagnóstico, en los estadios II, III y IV la terapia sistémica fue la más frecuentemente usada. A su vez, el tratamiento quirúrgico predominó en los casos nuevos *in situ*, en el estadio I y en aquellos con estadio clínico desconocido. También se encontró que de los siete casos que recibieron terapia sistémica, seis tuvieron cirugía previamente.

Entre los casos diagnosticados en estadio IV que recibieron manejo quirúrgico, la mayoría de los procedimientos reportados correspondieron a resecciones o extirpaciones de tumores, lóbulos pulmonares o tejido pleural, mientras que solo dos casos registraron una resección de lesión bronquial por vía endoscópica (CUPS 320201). Por otro lado, la radioterapia se utilizó con mayor frecuencia en el estadio IV en comparación con los demás estadios.

Por otro lado, 507 casos no habían recibido tratamiento al corte del periodo de análisis. De estos, 186 (36,69 %) registraron al menos una valoración por cuidados paliativos.

Se identificaron 213 casos (42,01 %) que fallecieron dentro de los 90 días posteriores al diagnóstico. De estos, 148 contaban con información sobre la fecha de remisión y la fecha de diagnóstico, observándose una mediana de tiempo al diagnóstico de 20 días (RIC: 14 - 34).

En cuanto a la estadificación de estos casos la mayor proporción de fallecimientos se observó en los casos diagnosticados en estadio IV (49,77 %; n= 106), seguida de aquellos con estadio clínico desconocido (41,31 %; n= 88). Los estadios III, II y I representaron el 6,10 % (n= 13), 2,35 % (n= 5) y 0,47 % (n= 1), respectivamente.

Tabla 7.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de pulmón según el estadio clínico, Colombia 2025

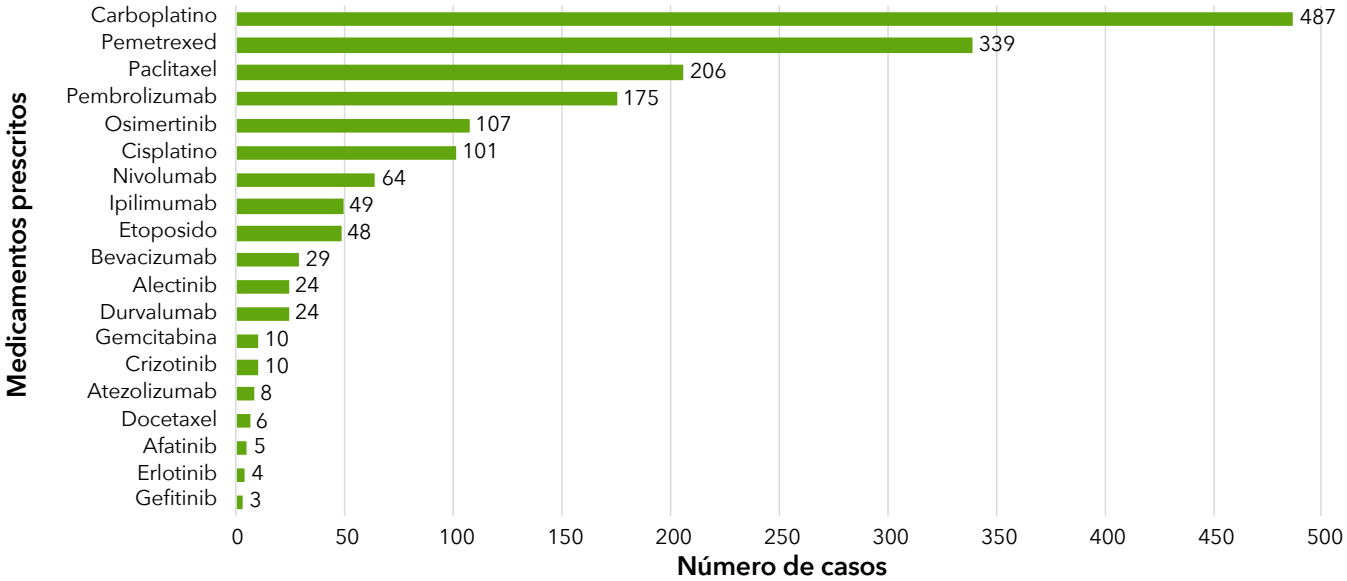
Variables[1]	Estadio al diagnóstico						
	In situ	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	Desconocido	Total
	n= 1	n= 95	n= 78	n= 207	n= 877	n= 260	n= 1.518
	(0,07 %)	(6,26 %)	(5,14 %)	(13,64 %)	(57,57 %)	(17,13 %)	(100,00 %)
Casos que recibieron algún tratamiento	1 (100,00)	76 (80,00)	57 (73,08)	158 (76,33)	627 (71,49)	92 (35,38)	1.011 (66,60)
Tipo de tratamiento prescrito[2]							
Terapia sistémica[3]	0 (0,00)	7 (9,21)	47 (82,46)	136 (86,03)	506 (80,70)	34 (39,96)	730 (72,21)
Cirugía	1 (100,00)	70 (92,11)	30 (52,63)	43 (27,22)	86 (13,72)	59 (64,13)	289 (28,59)
Radioterapia	0 (0,00)	7 (9,21)	3 (5,26)	38 (24,05)	214 (34,13)	11 (11,96)	273 (27,00)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables.
[2] Incluye todos los casos nuevos de cáncer de pulmón que fueron reportados a la CAC durante el periodo.
[3] En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

A continuación, la **figura 7.2** presenta los medicamentos prescritos para el manejo del cáncer de pulmón. Para su interpretación, debe tenerse en cuenta que los datos corresponden a frecuencias absolutas de prescripción, es decir que no discriminan el uso concomitante de uno o más fármacos. Por lo tanto, no permiten inferir esquemas completos, líneas de tratamiento, ni combinaciones terapéuticas.

Los medicamentos más utilizados, después del carboplatino, fueron, el pemetrexed y el paclitaxel, agentes citotóxicos que hacen parte de esquemas de quimioterapia basada en platino, cuya selección se relaciona, entre otros factores, con el tipo histológico.

Figura 7.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2025



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

Descargar figura

7.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de pulmón

La **tabla 7.11** presenta las características demográficas de los casos prevalentes de cáncer de pulmón reportados en el periodo (incluyendo a los tumores *in situ* e invasivos), según el régimen del aseguramiento. La distribución por sexo fue similar entre regímenes; al menos la mitad de los casos prevalentes fueron mujeres. No obstante, en la población no asegurada predominaron los casos en hombres. La mediana de edad fue de 70 años (RIC: 62 - 77), pero fue más alta en el régimen especial.

Aunque el 98,00 % de los casos prevalentes no reportó pertenecer a un grupo étnico, se observaron diferencias por régimen del aseguramiento. Particularmente, el régimen contributivo presentó un mayor número de casos de personas de etnia negra. Por su parte, la población indígena concentró más casos en el régimen subsidiado.

Según la región de residencia, el 36,50 % de los casos se ubicó en la región Central, patrón que fue similar entre los regímenes del aseguramiento, con excepción del subsidiado, en donde el 32,64 % se concentró en la región Caribe. El número de casos que residen en la región Amazonía-Orinoquía fue menor en comparación con el resto de los territorios.

Tabla 7.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de pulmón según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento					
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No asegurado	Total[2,3]
	n= 4.891	n= 1.817	n= 438	n= 29	n= 19	n= 7.203
	(67,99 %)	(23,23 %)	(6,08 %)	(0,40 %)	(0,26 %)	(100,00 %)
Sexo						
Femenino	2.839 (57,97)	910 (50,08)	234 (53,42)	19 (65,52)	4 (21,05)	4.006 (55,62)
Masculino	2.058 (42,03)	907 (49,92)	204 (46,58)	10 (34,48)	15 (78,95)	3.197 (44,38)
Edad	70 (62 - 77)	69 (62 - 76)	72 (66 - 78)	80 (75 - 86)	68 (59 - 75)	70 (62 - 77)
Etnia						
Ninguna	4.827 (98,57)	1.750 (96,31)	431 (98,40)	29 (100,00)	19 (100,00)	7.059 (98,00)
Negro	53 (1,08)	31 (1,71)	7 (1,60)	0 (0,00)	0 (0,00)	91 (1,26)
Indígena	8 (0,16)	36 (1,98)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	44 (0,61)
Otro[4]	9 (0,18)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	9 (0,12)
Región de residencia						
Amazonía-Orinoquía	16 (0,33)	52 (2,86)	3 (0,68)	0 (0,00)	0 (0,00)	71 (0,99)
Bogotá, D. C.	1.209 (24,69)	150 (8,26)	108 (24,66)	1 (3,45)	2 (10,53)	1.472 (20,44)
Caribe	383 (7,82)	593 (32,64)	81 (18,49)	1 (3,45)	1 (5,26)	1.059 (14,70)
Central	1.927 (39,35)	539 (29,66)	140 (31,96)	17 (58,62)	6 (31,58)	2.629 (36,50)
Oriental	619 (12,64)	232 (12,77)	73 (16,67)	3 (10,34)	6 (31,58)	934 (12,97)
Pacífica	743 (15,17)	251 (13,81)	33 (7,53)	7 (24,14)	4 (21,05)	1.038 (14,41)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n,%) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).
[2] Para los valores totales se tienen en cuenta tres casos reportados por los planes voluntarios de salud.
[3] No se incluyeron los datos de 73 casos prevalentes que no se reportaron en el periodo actual porque pertenecen a entidades liquidadas.
[4] Incluye a la población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenqueros de San Basilio.

7.4. Indicadores de gestión del riesgo en cáncer de pulmón

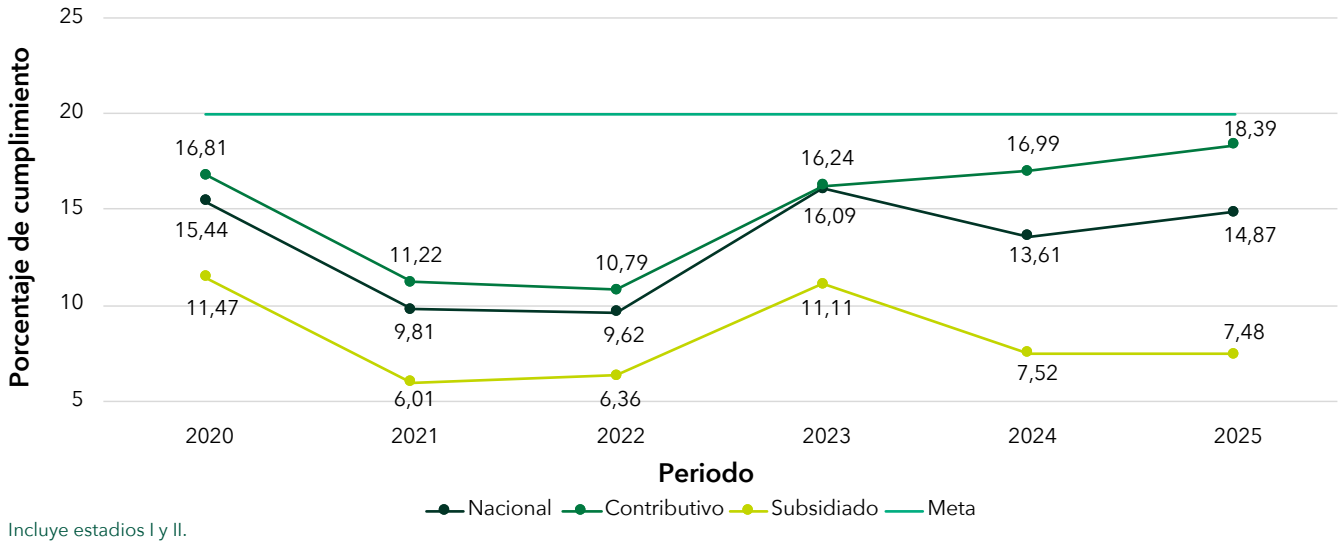
Los siguientes son los indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en las personas con cáncer de pulmón en Colombia (1):

1. Oportunidad de diagnóstico (tiempo desde la consulta general o nota de remisión o interconsulta o sospecha clínica o paraclínica hasta el diagnóstico de cáncer de pulmón).
2. Proporción de pacientes con estudio morfológico e inmunológico completo (estudio en biopsia de pulmón).
3. Proporción de personas con cáncer de pulmón de célula no pequeña subtipo histológico adenocarcinoma en estadio IIIB y IV en quienes se realizó el biomarcador EGFR.
4. Proporción de pacientes con cáncer de pulmón diagnosticados en estadios tempranos (IA - IB, IIA - IIB).
5.1. Proporción de pacientes con cáncer de pulmón en quienes se realizó estadificación TNM previo al inicio del tratamiento, CNR.
6.1. Proporción de los pacientes en estadios tempranos (I - II) llevados a cirugía con intención curativa en quienes se realizó el estudio de función pulmonar y riesgo cardiovascular, CNR.
6.2. Proporción de los pacientes en estadios tempranos (I - II) llevados a cirugía con intención curativa en quienes se realizó el estudio de función pulmonar y riesgo cardiovascular, prevalentes.
7. Oportunidad de tratamiento (promedio de días entre el diagnóstico y el primer tratamiento).
8. Proporción de pacientes en estadios tempranos (I - II) que fueron sometidos a cirugía con intención curativa.
9.1. Proporción de pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón en estadio avanzado (IV) valorados por cuidado paliativo (CNR).
9.2. Proporción de pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón en estadio avanzado (IV) valorados por cuidado paliativo (prevalentes).
10.1. Proporción de personas atendidas por grupo multidisciplinario para definir el tratamiento (CNR).
10.2. Proporción de personas atendidas por grupo multidisciplinario para definir el tratamiento, (prevalentes).
11. Supervivencia a 1 año y 2 años (tipo histológico: CPCP).
12. Supervivencia a 2 años y 5 años (tipo histológico: CPCNP).

Según la periodicidad establecida, se presentaron resultados para el periodo 2024 de los indicadores 11 y 12 en un informe especial.

La proporción de casos en estadios tempranos al momento del diagnóstico del cáncer de pulmón entre 2020 y 2025 se mantuvo consistentemente por debajo de la meta establecida (< 20 %). En este periodo, el régimen contributivo presentó la mayor proporción alcanzando su valor más alto en 2025 (18,39 %). Por su parte, el subsidiado mostró una proporción menor (7,48 % en 2025), con una disminución de 0,04 % respecto al 2024. En consecuencia, se evidencia una brecha de 10,91 puntos porcentuales entre ambos regímenes.

Figura 7.3. Tendencia de la proporción de los casos nuevos en estadios tempranos en el momento del diagnóstico en cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 – 2025

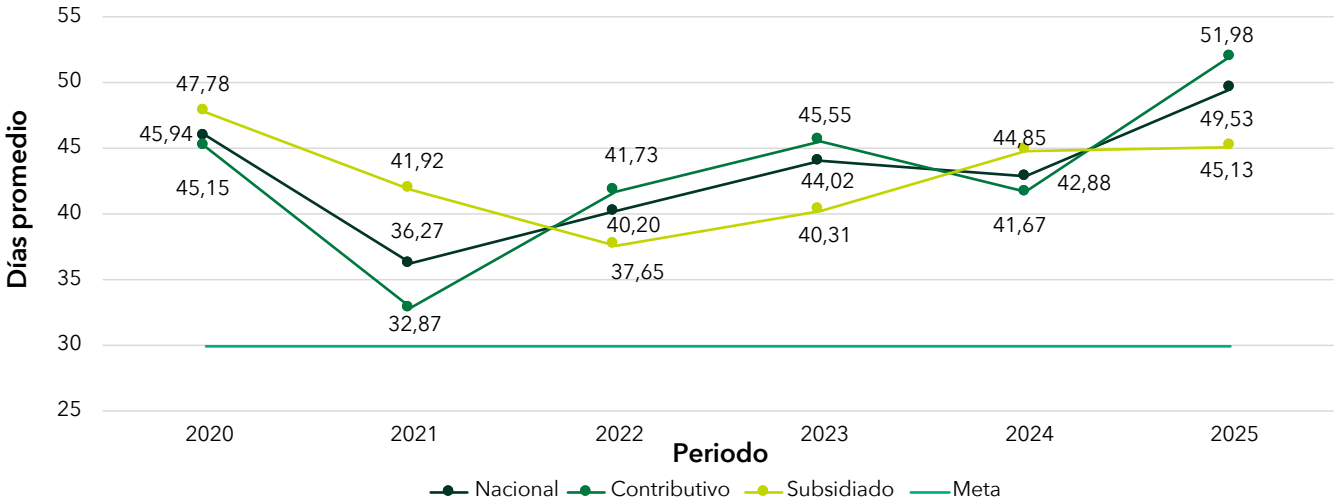


Incluye estadios I y II.

Descargar figura

En promedio, un caso de cáncer de pulmón tardó 49,53 días en recibir confirmación diagnóstica tras la consulta o la remisión. El mayor tiempo se registró en el régimen contributivo con 51,98 días. La tendencia observada durante los últimos cinco periodos evidencia un incremento en el tiempo de la oportunidad de la confirmación diagnóstica, con una brecha entre los regímenes de afiliación en el último periodo. Cabe resaltar que el régimen subsidiado presentó una mayor proporción de casos diagnosticados en estadios avanzados. Esta diferencia podría contribuir a explicar el menor tiempo hasta la confirmación diagnóstica en este régimen, ya que las manifestaciones clínicas de la enfermedad avanzada suelen ser más evidentes, lo que favorece la sospecha clínica y la realización oportuna de las pruebas diagnósticas confirmatorias.

Figura 7.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025

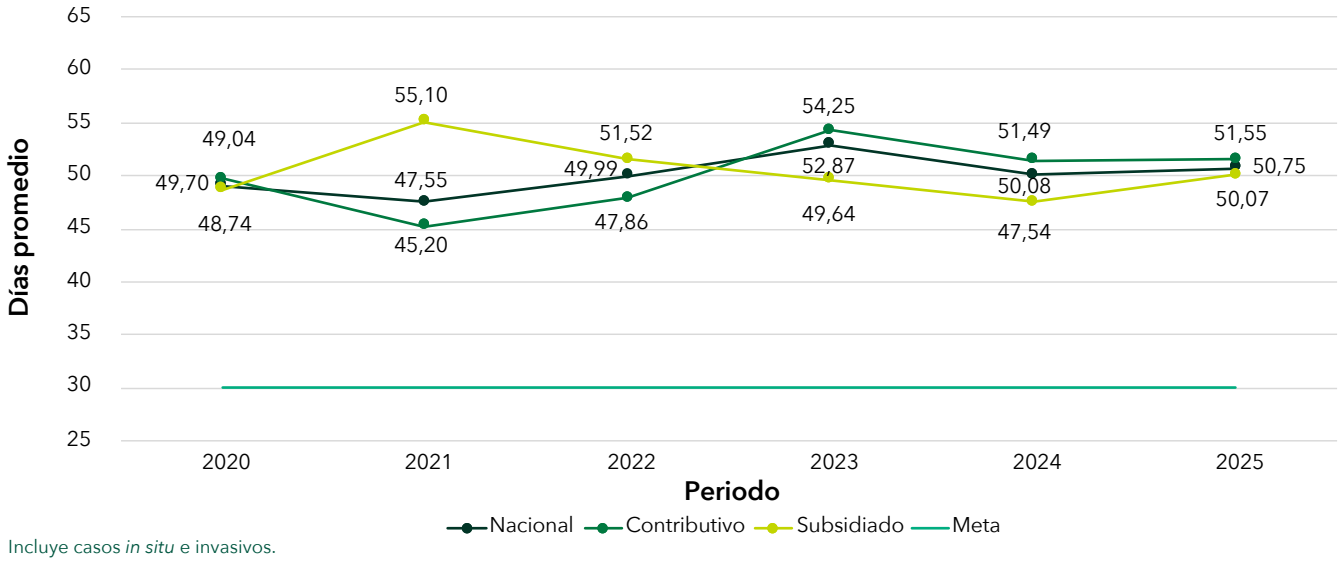


Incluye casos *in situ* e invasivos.
Tiempo transcurrido desde la consulta o remisión hasta la confirmación diagnóstica.
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: de 49,53 días (± 65,87) en la medición nacional, de 51,98 días (± 67,03) en el régimen contributivo y de 45,13 días (± 63,80) en el subsidiado.
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: de 26 días (RIC: 14 - 60) en la medición nacional, de 28 días (RIC: 15 - 63) en el régimen contributivo y de 23 días (RIC: 13 - 47) en el subsidiado.

Descargar figura

El tiempo para iniciar el tratamiento se mantiene por encima a los 30 días, tanto en el país como en la medición por régimen del aseguramiento. En el último periodo se observa una disminución en la brecha entre los regímenes, la cual corresponde a 1,48 días promedio.

Figura 7.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025



Incluye casos *in situ* e invasivos.
Tiempo entre el diagnóstico histológico y el primer tratamiento.
La media (desviación estándar) para la oportunidad de inicio del tratamiento en el 2025 fue: de 50,75 días (± 45,07) en la medición nacional, de 51,55 días (± 47,00) en el régimen contributivo y de 50,07 días (± 42,71) en el subsidiado.
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad de inicio del tratamiento en el 2025 fue: de 39,50 días (RIC: 17 - 71) en la medición nacional, de 40 días (RIC: 18 - 74) en el régimen contributivo y de 40 días (RIC: 16 - 75) en el subsidiado.

Descargar figura

La proporción de casos nuevos con estudio morfológico e inmunológico completo presentó el mayor resultado en Bogotá, D. C., con 56,66 %. En contraste, la región con menor proporción fue la Central, con una diferencia de 11,17 puntos porcentuales frente a Bogotá, D. C.

En cuanto a los casos de cáncer de pulmón de célula no pequeña, subtipo adenocarcinoma, en estadios IIIB - IV con realización de EGFR, el cumplimiento fue inferior al 70 %, tanto en el país como en todas las regiones, lo que corresponde a un bajo desempeño del indicador. Por otro lado, la estadificación TNM antes del inicio del tratamiento se realizó en al menos el 55 % de los casos nuevos reportados en el país; se resalta el resultado de la región Caribe, la cual presentó el mayor cumplimiento, con 59,59 %.

Respecto a la evaluación prequirúrgica en los casos nuevos en estadios I - II, mediante prueba de función pulmonar y valoración del riesgo cardiovascular antes de la cirugía, la región Central alcanzó el mayor resultado, con el 39,02 %. En la Amazonía-Orinoquía no se reportaron casos para este indicador. Por su parte, en los casos prevalentes el cumplimiento fue menor, con un resultado nacional de 16,33 %.

Tabla 7.12. Indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de pulmón según la región de residencia, Colombia 2025

Número		1.	2.	3.	4.	5.1.	6.1.	6.2.
Código[1]		PUL_01	PUL_02	PUL_03	PUL_04	PUL_05_1	PUL_06_1	PUL_06_2
Semaforización		< 30 días ≥ 30 a < 60 días ≥ 60 días	Por definir	> 90 % > 70 a ≤ 90 % ≤ 70 %	> 20 % > 14 a ≤ 20 % ≤ 14 %	> 90 % > 70 a ≤ 90 % ≤ 70 %	Por definir	Por definir
Región	Amazonía-Orinoquía	24,63	47,06	20,00	0,00	50,00	SD	SD
	Bogotá, D. C.	47,13	56,66	57,25	21,74	53,00	0,00	5,26
	Caribe	49,11	46,32	43,00	12,60	59,59	6,67	6,25
	Central	52,73	45,49	52,05	16,39	55,78	39,02	26,23
	Oriental	52,01	50,00	31,00	9,24	58,20	12,50	7,14
	Pacífica	45,03	48,65	52,50	10,69	50,00	36,36	22,22
Nacional		**49,53**	**48,66**	**47,87**	**14,87**	**55,49**	**22,86**	**16,33**

La proporción de pacientes en estadios tempranos (I - II) sometidos a cirugía con intención curativa (indicador 9) fue inferior al 70 % en el país como en todas las regiones. El valor más cercano a este umbral se observó en la región Pacífica (64,71 %), mientras que la región Oriental presentó la menor proporción (47,06 %), por lo que fue la más alejada del cumplimiento de la meta.

La valoración por cuidado paliativo en los casos nuevos en estadio IV fue mayor que en los casos prevalentes. La región Central registró las proporciones más altas para ambos tipos de casos (68,86 % y 51,07 %, respectivamente), en contraste con la región Oriental, que presentó los valores más bajos (42,45 % y 22,55 %, en ese orden). Aunque no se dispone de una meta establecida para el indicador de atención multidisciplinaria, este evidenció proporciones bajas tanto en los casos nuevos (2,70 %) como en los prevalentes (0,81 %).

Tabla 7.12. Indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de pulmón según la región de residencia, Colombia 2025 (continuación)

Número		7.	8.	9.1.	9.2.	10.1.	10.2.
Código[1]		PUL_07	PUL_08	PUL_09_1	PUL_09_2	PUL_10_1	PUL_10_2
Semaforización		< 30 días ≥ 30 a < 60 días ≥ 60 días	> 90 % > 70 a ≤ 90 % ≤ 70 %	> 90 % > 70 a ≤ 90 % ≤ 70 %	> 90 % > 70 a ≤ 90 % ≤ 70 %	Por definir	Por definir
Región	Amazonía-Orinoquía	66,00	SD	60,00	43,48	0,00	0,00
	Bogotá, D. C.	56,89	54,55	58,58	41,75	1,63	0,50
	Caribe	44,60	48,39	50,88	37,23	2,73	0,88
	Central	47,34	58,57	68,86	51,07	3,97	1,01
	Oriental	55,40	47,06	42,45	25,55	2,58	0,78
	Pacífica	53,81	64,71	61,16	44,86	1,52	0,73
Nacional		**50,75**	**55,26**	**58,09**	**42,45**	**2,70**	**0,81**

[1] Código del indicador en HIGIA.

Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia: Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con cáncer de pulmón en Colombia [en línea]. 2018. p. 1-98. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-pacientes-con-cancer-de-pulmon-en-colombia/
2. Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014-2022; Bogotá, D. C. 2025. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/informe-de-supervivencia-2014-2022/

CAC
Cuenta de Alto Costo

8

Melanoma

RESUMEN infográfico

Melanoma

8

2 de enero de 2024 al 1° de enero de 2025

Morbimortalidad del melanoma

Ocupó el **octavo lugar** entre las neoplasias priorizadas y representó el 3,28 % de los casos nuevos notificados durante el periodo.

Se notificaron **690 casos nuevos invasivos,** lo que corresponde a una PCNR estandarizada de 1,14 casos nuevos por 100.000 habitantes (IC 95 %: 1,06 - 1,23).

Se registraron **563 muertes en personas** con melanoma invasivo, lo que corresponde a una mortalidad general estandarizada de 0,89 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 0,82 - 0,97).

El número total de casos nuevos, tumores registrados y fallecidos fue de 1.127, 12.265 y 632, respectivamente (incluye tumores *in situ* e invasivos).

Caracterización de los casos nuevos de melanoma

El 53,33 % correspondió al sexo femenino.

La mediana de edad fue de 65 años (RIC: 53 - 75).

El 70,28 % de los casos recibió algún tratamiento.

Evaluación de la gestión del riesgo en los casos de melanoma cutáneo

La proporción nacional de casos diagnosticados en estadios I y II fue de 65,79 %, por encima de la meta de alto cumplimiento establecida (> 50 %).

El régimen subsidiado presentó el **menor tiempo promedio** para la confirmación diagnóstica **(17,07 días).**

Descargar infografía

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

8. Melanoma

CIE-10: C43 Y D03; CIE-O-3: C44

8.1. Morbimortalidad del melanoma

De las neoplasias de mayor frecuencia notificadas a la CAC, el melanoma ocupó el octavo lugar representando el 3,28 % del total de los casos nuevos durante el periodo. Incluyendo tanto tumores *in situ* como invasivos, fueron reportados 12.265 neoplasias de este tipo, de las cuales el 9,19 % (n= 1.127) correspondió a CNR. En cuanto a la mortalidad, se registraron 632 defunciones por todas las causas en lesiones *in situ* e invasivas. Se resalta que las medidas de morbimortalidad se calcularon incluyendo únicamente los casos invasivos y se presentan en la **tabla 8.1.**

Tabla 8.1. Medidas de frecuencia del melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Medida	Casos[1]	Medida cruda[2,3]	Medida estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
PCNR	690	1,31	1,14	(1,06 - 1,23)
Prevalencia	8.269	15,72	13,61	(13,32 - 13,91)
Mortalidad[6]	563	1,07	0,89	(0,82 - 0,97)

[1] Incluye todos los casos de melanoma invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Informadas por 100.000 habitantes.
[3] La población de referencia corresponde a la proyectada por el DANE para el año 2024.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
[6] **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

8.1.1. PCNR de melanoma según la región y la entidad territorial

La región del país con la PCNR estandarizada más elevada fue Bogotá, D. C., y aquella con la cifra más baja fue Amazonía-Orinoquía **(tabla 8.2).** En cuanto a las entidades territoriales, la mayor proporción se observó en Risaralda con 1,91 casos de melanoma invasivo por cada 100.000 habitantes (IC 95 %: 1,21 - 2,90), seguida de Bogotá, D. C. En contaste, la cifra más baja se presentó en Córdoba con 0,16 CNR (IC 95 %: 0,03 - 0,47). Adicionalmente, en siete departamentos no se informaron casos nuevos durante el periodo.

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

Tabla 8.2. PCNR de melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	2	1.544.639	0,13	0,15	(0,02 - 0,53)
Bogotá, D. C.	173	7.918.660	2,18	1,82	(1,56 - 2,12)
Caribe	55	12.130.521	0,45	0,46	(0,35 - 0,60)
Central	238	12.486.760	1,91	1,56	(1,36 - 1,77)
Oriental	120	9.966.135	1,20	1,01	(0,83 - 1,21)
Pacífica	102	8.567.038	1,19	0,97	(0,79 - 1,18)
Nacional	**690**	**52.613.753**	**1,31**	**1,14**	**(1,06 - 1,23)**

[1] Incluye todos los casos nuevos de melanoma invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] Informadas por 100.000 habitantes.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

8.1.2. PCNR de melanoma según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

Como se observa en la **tabla 8.3,** en el régimen contributivo se observa una PCNR de 1,39 casos por 100.000 afiliados, la cual fue significativamente mayor que en el subsidiado y el especial. En cuanto a las entidades aseguradoras, la proporción más alta se evidenció en la EPS046 con 3,96 casos nuevos por 100.000 afiliados. Por el contrario, la más baja fue identificada en la EPSS41 con 0,38 casos por 100.000 afiliados. De este mismo grupo de regímenes, ocho EAPB no reportaron casos para este periodo de análisis, de las cuales cinco fueron del subsidiado.

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 8.3. PCNR de melanoma según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	503	28.511.097	1,76	1,39	(1,27 - 1,52)
Subsidiado	161	20.558.122	0,78	0,63	(0,53 - 0,74)
Excepción	22	2.096.836	1,05	0,66	(0,41 - 1,05)
Especial	4	40.687	9,83	3,62	(0,63 - 31,26)
No asegurado	0	SD	SD	SD	SD
Planes voluntarios de salud	0	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye todos los casos nuevos de melanoma invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] Informada por 100.000 afiliados.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada y en la reportada por los planes voluntarios de salud, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

8.1.3. Prevalencia del melanoma según la región y la entidad territorial

Para este periodo, Bogotá, D. C., presentó la prevalencia estandarizada más alta, valor equivalente a 1,53 veces más el valor del país; mientras que la más baja se observó en la región Caribe **(tabla 8.4).** Entre las entidades territoriales, Risaralda tuvo la mayor prevalencia observada, con 25,07 casos por 100.000 habitantes (IC 95 %: 22,40 - 28,00). En contraste, la más baja fue identificada en La Guajira con 2,20 (IC 95 %: 1,23 - 3,58).

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

Tabla 8.4. Prevalencia del melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia cruda[3]	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	77	1.544.639	4,98	6,17	(4,86 - 7,71)
Bogotá, D. C.	1.948	7.918.660	25,02	20,80	(19,89 - 21,74)
Caribe	489	12.130.521	4,13	4,20	(3,84 - 4,58)
Central	3.188	12.486.760	25,88	20,76	(20,04 - 21,50)
Oriental	1.270	9.966.135	12,94	10,94	(10,35 - 11,56)
Pacífica	1.177	8.567.038	13,88	11,27	(10,63 - 11,94)
Nacional	**8.269**	**52.613.753**	**15,72**	**13,61**	**(13,32 - 13,91)**

[1] Incluye todos los casos de melanoma invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] Informada por 100.000 habitantes.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

8.1.4. Prevalencia del melanoma según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

Según el régimen de aseguramiento, la prevalencia del contributivo fue significativamente mayor a la del subsidiado **(tabla 8.5).** Por su parte, la EPS001 registró la mayor tasa, con 30,18 casos por 100.000 habitantes, mientras que la EPSI04 presentó la cifra más baja, con 0,94. Para este periodo, todas las entidades aseguradoras notificaron casos prevalentes de este tipo de neoplasia.

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

Tabla 8.5. Prevalencia del melanoma según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia cruda[3]	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	5.813	28.511.097	20,39	15,84	(15,43 - 16,25)
Subsidiado	1.883	20.558.122	9,16	7,28	(6,95 - 7,62)
Excepción	406	2.096.836	19,36	12,00	(10,82 - 13,29)
Especial	28	40.687	68,82	34,54	(12,27 - 78,40)
Planes voluntarios de salud	14	SD	SD	SD	SD
No asegurado	5	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	120	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye todos los casos de melanoma invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] Informada por 100.000 afiliados.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud y las entidades liquidadas, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.
IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

8.1.5. Mortalidad en las personas con melanoma según la región y la entidad territorial

En la cohorte en seguimiento, la mayoría de las regiones presentaron una mortalidad general estandarizada inferior a la calculada en el país. La más baja la obtuvo la Amazonía-Orinoquía, mientras que la más alta se presentó en la Central **(tabla 8.6).** Entre estas dos regiones, se estableció una diferencia absoluta de 0,91 defunciones por todas las causas por 100.000 habitantes, y la diferencia relativa fue de 3,76 veces.

Por otro lado, en el departamento del Magdalena se registró la mortalidad general más baja con 0,28 fallecimientos por 100.000 habitantes (IC 95 %: 0,08 - 0,72), mientras que Antioquia presentó la más alta, con 1,40 (IC 95 %: 1,17 - 1,68). Durante el periodo de análisis, el 24,24 % de los 33 departamentos del país no presentó muertes por todas las causas en pacientes con melanoma.

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

Tabla 8.6. Mortalidad general estandarizada del melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Casos[1]	Denominador[2]	Mortalidad cruda[3]	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	4	1.544.639	0,26	0,33	(0,09 -0,83)
Bogotá, D. C.	111	7.918.660	1,40	1,14	(0,94 - 1,38)
Caribe	53	12.130.521	0,44	0,44	(0,33 - 0,57)
Central	207	12.486.760	1,66	1,24	(1,07 - 1,43)
Oriental	106	9.966.135	1,06	0,88	(0,72 - 1,06)
Pacífica	82	8.567.038	0,96	0,72	(0,57 - 0,90)
Nacional	**563**	**52.613.753**	**1,07**	**0,89**	**(0,82 - 0,97)**

[1] Incluye las muertes por todas las causas en la población con melanoma invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La mortalidad es informada por 100.000 habitantes.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

8.1.6. Mortalidad del melanoma según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

En la **tabla 8.7** se observa que el régimen contributivo alcanzó la cifra más alta de mortalidad general en los pacientes con melanoma. A su vez, dentro de las EAPB, el valor más bajo se presentó en la EPSI03, con 0,39 fallecimientos por 100.000 afiliados; mientras que las cifras más altas se presentaron en entidades del régimen especial (RES011, RES002, RES007), seguidas de la EAS27 con 1,76 muertes por 100.000 afiliados.

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 8.7. Mortalidad general del melanoma según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

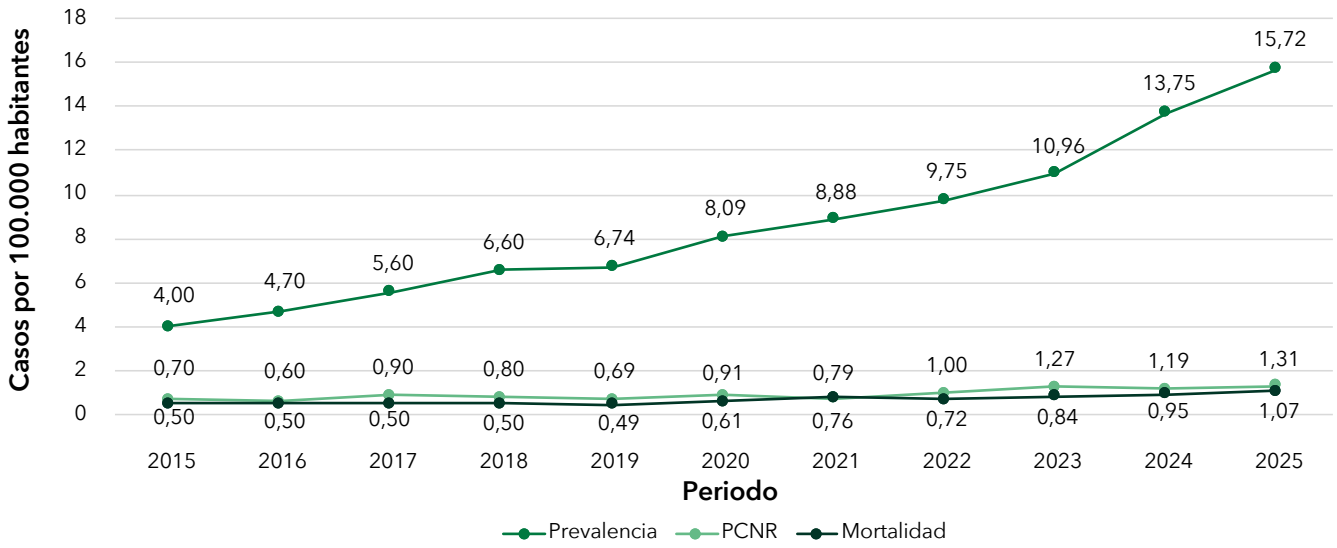
Régimen	Casos[1]	Denominador[2]	Mortalidad cruda[3]	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	347	28.511.097	1,22	0,90	(0,81 - 1,00)
Subsidiado	189	20.558.122	0,92	0,70	(0,60 - 0,81)
Excepción	14	2.096.836	0,67	0,38	(0,20 - 0,69)
Especial	2	40.687	4,92	0,79	(0,09 - 28,95)
No asegurado	0	SD	SD	SD	SD
Planes voluntarios de salud	0	SD	SD	SD	SD
Entidades territoriales	11	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye las muertes por todas las causas en la población con melanoma invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] Informada por 100.000 afiliados.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud y las entidades liquidadas, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.
IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

8.1.7. Evolución del registro de melanoma en el aseguramiento en Colombia

Desde 2015, la prevalencia del melanoma en el país ha mostrado una tendencia creciente. En comparación con el primer periodo de seguimiento, para 2020 el número de casos prevalentes se había duplicado y, en el último periodo, fue cercano a cuatro veces el valor inicial. En 2025, en comparación con el 2024, se observó un incremento en la prevalencia del 14,33 %. De manera consistente, la PCNR aumentó un 10,08 % respecto al periodo anterior. Por su parte, la mortalidad presentó un incremento del 10,53 %.

Figura 8.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2025



Incluye los casos de melanoma invasivo de la cohorte en seguimiento por la CAC.
Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 100.000 habitantes.
Mortalidad: número de casos fallecidos por todas las causas de la cohorte en seguimiento por la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

Descargar figura

8.2. Caracterización de los casos nuevos de melanoma

8.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de melanoma

La **tabla 8.8** presenta la caracterización general de los casos nuevos, *in situ* e invasivos de melanoma reportados en el periodo. El 77,37 % de estos casos se concentró en el régimen contributivo. En el país, 53 de cada 100 casos de este tipo de neoplasia fueron diagnosticados en las mujeres. A su vez, la mediana de la edad fue de 65 años (RIC: 53 - 75) y fue similar entre los regímenes del aseguramiento.

La mayoría de los CNR no pertenecía a ningún grupo étnico. Sin embargo, entre los casos identificados como población negra, la mayor proporción se encontraba afiliada al régimen contributivo. Por otro lado, cinco casos se identificaron como población indígena.

De otra parte, el 64,77 % de los CNR residía en Bogotá, D. C., y la región Central, mientras que en la Amazonía-Orinoquía y la Caribe se notificó el menor número de casos nuevos. Según el régimen del aseguramiento, los casos nuevos del contributivo se concentraron en estas mismas regiones del país; en cambio, en el subsidiado predominaron los residentes de las regiones Central, Oriental y Pacífica.

Tabla 8.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de melanoma reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento			Total[2]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	
	n= 872	n= 204	n= 45	n= 1.127
	(77,37 %)	(18,10 %)	(3,99 %)	(100,00 %)
Sexo				
Femenino	480 (55,05)	99 (48,53)	20 (44,44)	601 (53,33)
Masculino	392 (44,95)	105 (51,47)	25 (55,56)	526 (46,67)
Edad	64,5 (52 - 74)	68 (58 - 77)	68 (59 - 77)	65 (53 - 75)
Etnia				
Ninguna	857 (98,28)	201 (98,53)	45 (100,00)	1.109 (98,40)
Negro	12 (1,38)	0 (0,00)	0 (0,00)	12 (1,07)
Indígena	2 (0,23)	3 (1,47)	0 (0,00)	5 (0,44)
Otro[3]	1 (0,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,09)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	2 (0,23)	1 (0,49)	0 (0,00)	3 (0,27)
Bogotá, D. C.	339 (38,88)	22 (10,78)	14 (31,11)	375 (33,27)
Caribe	33 (3,78)	32 (15,65)	1 (2,22)	67 (5,94)
Central	279 (32,00)	55 (26,96)	19 (42,22)	355 (31,50)
Oriental	120 (13,76)	47 (23,04)	8 (17,78)	175 (15,53)
Pacífica	99 (11,35)	47 (23,04)	3 (6,67)	152 (13,49)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).
[2] Para los valores totales se tienen en cuenta un caso reportado por los planes voluntarios de salud y cinco por el régimen especial.
[3] Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

8.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de melanoma

La **tabla 8.9** presenta las características clínicas de los casos nuevos según el régimen del aseguramiento al sistema de salud. La distribución proporcional de los casos *in situ*, de acuerdo con el código CIE-10, fue similar a la observada en la estadificación por TNM dentro de cada régimen.

En el país, la estadificación se registró en el 80,66 % de los CNR y el 50,50 % de los estadificados correspondió a lesiones *in situ*. Al analizar los invasivos, el estadio I fue el más frecuente (17,82 %), comportamiento que también se observó en el régimen contributivo. En contraste, en el subsidiado, después de los *in situ*, el estadio II ocupó el segundo lugar de frecuencia. Por su parte, los estadios III y IV representaron el 29,37 % en el régimen subsidiado y el 14,19 % en el contributivo.

Tabla 8.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de melanoma reportados según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento			Total[2]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	
	n= 872	n= 204	n= 45	n= 1.127
	(77,37 %)	(18,10 %)	(3,99 %)	(100,00 %)
Extensión[3]				
In situ	369 (42,32)	43 (21,08)	23 (51,11)	437 (38,78)
Invasivo	503 (57,68)	161 (78,92)	22 (48,89)	690 (61,22)
Estadificación (sí)[4]	719 (82,45)	154 (75,49)	34 (75,56)	909 (80,66)
Estadio al diagnóstico[4,5]				
In situ	385 (53,55)	48 (31,17)	24 (70,59)	459 (50,50)
Estadio I	137 (19,05)	21 (13,64)	4 (11,76)	162 (17,82)
Estadio II	95 (13,21)	39 (25,32)	3 (8,82)	137 (15,07)
Estadio III	59 (8,21)	29 (18,83)	3 (8,82)	91 (10,01)
Estadio IV	43 (5,98)	17 (11,04)	0 (0,00)	60 (6,60)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables.
[2] Para los valores totales se tienen en cuenta un caso reportado por los planes voluntarios de salud y cinco por el régimen especial.
[3] Definida según el código CIE-10.
[4] Definida según la clasificación TNM.
[5] Incluye los casos de melanoma que fueron estadificados.

8.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de melanoma

Del total de casos nuevos reportados (n= 1.127), el 70,28 % (n= 792) recibió algún tipo de tratamiento. Dentro de quienes fueron tratados, la mayoría correspondió a tumores *in situ*, sin embargo, este hallazgo debe interpretarse en un contexto en el que esta categoría también representó la mayor proporción de casos nuevos en el periodo.

En términos generales, el tratamiento quirúrgico fue la modalidad terapéutica más frecuente, seguido de la terapia sistémica y la radioterapia. Asimismo, según el estadio al diagnóstico, la cirugía predominó en los casos *in situ* y en los estadios I y II. En contraste, en el estadio III y IV, la terapia sistémica y el tratamiento quirúrgico fueron los tratamientos más indicados. Adicionalmente, aun con las limitaciones derivadas de la ausencia de la estadificación en el grupo de TNM desconocido, se observó que el tratamiento más frecuente para este grupo de casos fueron los procedimientos quirúrgicos, seguidos de la terapia sistémica y la radioterapia.

De los 335 CNR a quienes no se les prescribió ninguna opción terapéutica, 53 (15,82 %) habían sido diagnosticados dos meses antes de la fecha de corte, de los cuales el 58,49 % correspondió a tumores *in situ*, seguido de aquellos con estadificación desconocida (30,19 %). Asimismo, se identificó que, entre los casos sin tratamiento prescrito, siete fallecieron por cualquier causa dentro de los 90 días posteriores al diagnóstico.

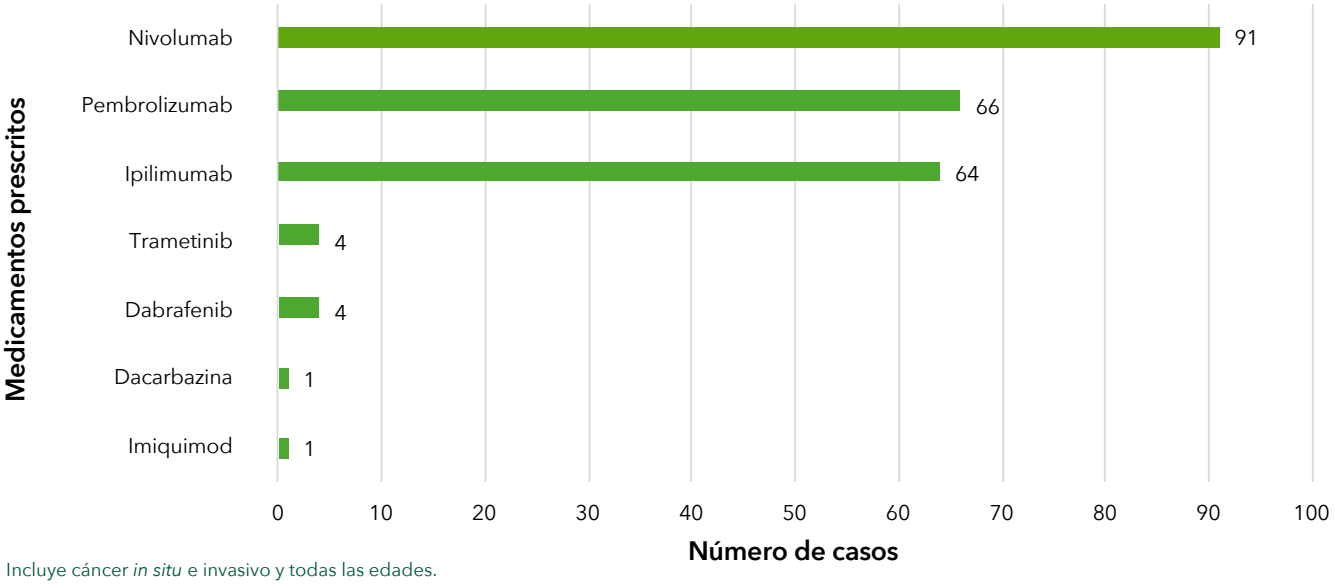
Tabla 8.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de melanoma según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Estadio al diagnóstico						
	In situ	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	Desconocido	Total
	n= 459	n= 162	n= 137	n= 91	n= 60	n= 218	n= 1.127
	(40,73 %)	(14,37 %)	(12,16 %)	(8,07 %)	(5,32 %)	(19,34 %)	(100,00 %)
Casos que recibieron algún tratamiento	296 (64,49)	132 (81,48)	109 (79,56)	75 (82,42)	54 (90,00)	126 (57,80)	792 (70,28)
Tipo de tratamiento prescritos[2]							
Terapia sistémica[3]	0 (0,00)	6 (4,55)	38 (34,86)	48 (64,00)	44 (81,48)	24 (19,05)	160 (20,20)
Cirugía	288 (97,30)	132 (100,00)	106 (97,25)	55 (73,33)	17 (31,48)	108 (85,71)	706 (89,14)
Radioterapia	8 (2,70)	0 (0,00)	3 (2,75)	9 (12,00)	13 (24,07)	6 (4,76)	39 (4,92)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n,%) para todas las variables.
[2] Las categorías de tratamiento no son mutuamente excluyentes; un mismo paciente pudo haber recibido más de un tipo de una terapia.
[3] En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

La **figura 8.2** presenta los medicamentos administrados a las personas con diagnóstico reciente de melanoma. En los CNR predominó la inmunoterapia, particularmente los inhibidores de puntos de control inmunitario, entre los que se destacaron el nivolumab, el pembrolizumab y los anticuerpos contra el receptor CTLA-4, como lo es el ipilimumab. Esto es consistente con el manejo actual del melanoma, en el que uno de los esquemas empleados en la enfermedad avanzada consiste en la administración concomitante de nivolumab e ipilimumab durante una fase inicial, seguida del mantenimiento con nivolumab en monoterapia. En este contexto, la frecuencia de indicación de estos principios activos sugiere que dicho esquema estuvo entre los más utilizados en el 2025. Por su parte, el pembrolizumab también presentó una alta frecuencia de indicación y corresponde a otra de las inmunoterapias biológicas de uso habitual en el tratamiento de esta neoplasia como monoterapia.

Figura 8.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2025



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

Descargar figura

8.3. Caracterización de los casos prevalentes de melanoma

La **tabla 8.11** presenta una caracterización general de los casos prevalentes de melanoma, tanto invasivo como *in situ*, según el régimen del aseguramiento en el periodo. De los 12.078 casos reportados, el 74,71 % se concentró en el régimen contributivo, seguido del 19,97 % en el subsidiado. En el país, el 59,88 % de los casos se presentó en las mujeres. Además, la distribución de la edad por régimen del aseguramiento fue similar a la observada en el país.

Entre los casos analizados, 158 (1,31 %) pertenecían a algún grupo étnico. De estos, el 55,70 % se identificó como parte de la comunidad negra y el 37,34 % de la indígena. A su vez, la mayoría de los casos de etnia negra se concentró en el régimen contributivo, mientras que en el subsidiado fue más frecuente la indígena.

La región Central concentró el 37,67 % de los casos prevalentes, lo que la ubicó como la región con el mayor número de casos, seguida de Bogotá, D. C., con el 27,70 %. Aunque la distribución territorial de los casos estuvo focalizada en algunas regiones, en el régimen subsidiado esta fue más dispersa. En el contributivo, el 69,61 % de los casos se concentró en dos regiones, Central y Bogotá, D. C.; mientras que, en el subsidiado, el 66,41 % se agrupó en tres regiones (la Central, la Pacífica y la Oriental).

Tabla 8.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de melanoma según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento					Total[2,3]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	Planes voluntarios de salud	
	n= 9.023	n= 2.412	n= 565	n= 48	n= 24	n= 12.078
	(74,71 %)	(19,97 %)	(4,68 %)	(0,40 %)	(0,20 %)	(100,00 %)
Sexo						
Femenino	5.359 (59,39)	1.514 (62,77)	321 (56,81)	22 (45,83)	13 (54,17)	7.232 (59,88)
Masculino	3.664 (40,61)	898 (37,23)	244 (43,19)	26 (54,17)	11 (45,83)	4.846 (40,12)
Edad	65 (54 - 75)	67 (57 - 77)	68 (59 - 76)	72 (64 - 76)	70 (66 - 76)	66 (55 - 76)
Etnia						
Ninguna	8.945 (99,14)	2.338 (96,93)	559 (98,94)	48 (100,00)	24 (100,00)	11.920 (98,69)
Negro	62 (0,69)	21 (0,87)	5 (0,88)	0 (0,00)	0 (0,00)	88 (0,73)
Indígena	9 (0,10)	50 (2,07)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	59 (0,49)
Otra[4]	7 (0,08)	3 (0,12)	1 (0,18)	0 (0,00)	0 (0,00)	11 (0,09)
Región de residencia						
Amazonía-Orinoquía	27 (0,30)	71 (2,94)	7 (1,24)	0 (0,00)	0 (0,00)	105 (0,87)
Bogotá, D. C.	2.851 (31,60)	302 (12,52)	179 (31,68)	3 (6,25)	10 (41,67)	3.346 (27,70)
Caribe	298 (3,30)	291 (12,06)	45 (7,96)	0 (0,00)	1 (4,17)	635 (5,26)
Central	3.430 (38,01)	887 (36,77)	187 (33,10)	33 (68,75)	8 (33,33)	4.550 (37,67)
Oriental	1.336 (14,81)	413 (17,12)	95 (16,81)	3 (6,25)	3 (12,50)	1.850 (15,32)
Pacífica	1.081 (11,98)	448 (18,57)	52 (9,20)	9 (18,75)	2 (8,33)	1.592 (13,18)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).
[2] Para los valores totales se tienen en cuenta seis casos de la población no asegurada.
[3] No se incluyeron los datos de 187 casos prevalentes que no se reportaron en el periodo actual porque pertenecen a entidades liquidadas.
[4] Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

8.4. Indicadores de gestión del riesgo en melanoma

Los siguientes son los indicadores prioritarios para la medición, la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y de los prestadores en las personas con melanoma en Colombia (1):

1. Tiempo en que los pacientes con lesión sospechosa de melanoma son remitidos desde la atención primaria al dermatólogo/a u otro especialista competente en el tratamiento que define la conducta.
2. Tiempo entre la sospecha por médico general u otro profesional de la salud (remisión) ante la aparición de la lesión sospechosa de melanoma y la realización de la biopsia diagnóstica.
3. Tiempo entre la toma de la biopsia diagnóstica y la confirmación diagnóstica de melanoma.
4. Tiempo entre el diagnóstico histológico y el primer tratamiento.
5. Proporción de pacientes con biopsia por escisión.
6. Proporción de pacientes con informe histopatológico completo en el espécimen quirúrgico.
7. Proporción de pacientes con biopsia selectiva de ganglio centinela.
8. Proporción de pacientes con melanoma cutáneo con estadificación TNM.
9. Proporción de pacientes con melanoma cutáneo *in situ*.
10. Proporción de pacientes con melanoma cutáneo en estadios tempranos (I y II).
11. Proporción de pacientes con márgenes quirúrgicos adecuados de acuerdo con el tamaño tumoral (margen quirúrgico histopatológico) en melanoma temprano.

12.1. Proporción de pacientes con diagnóstico de melanoma que reciben tratamiento adyuvante para enfermedad temprana estadios IIC y III.

12.2. Proporción de pacientes con diagnóstico de melanoma que reciben tratamiento paliativo para enfermedad avanzada estadio IV.

13.1. Proporción de pacientes con diagnóstico de melanoma que reciben radioterapia como tratamiento adyuvante para enfermedad en estadio III.

13.2. Proporción de pacientes con diagnóstico de melanoma que reciben radioterapia como tratamiento paliativo para enfermedad en estadio IV.

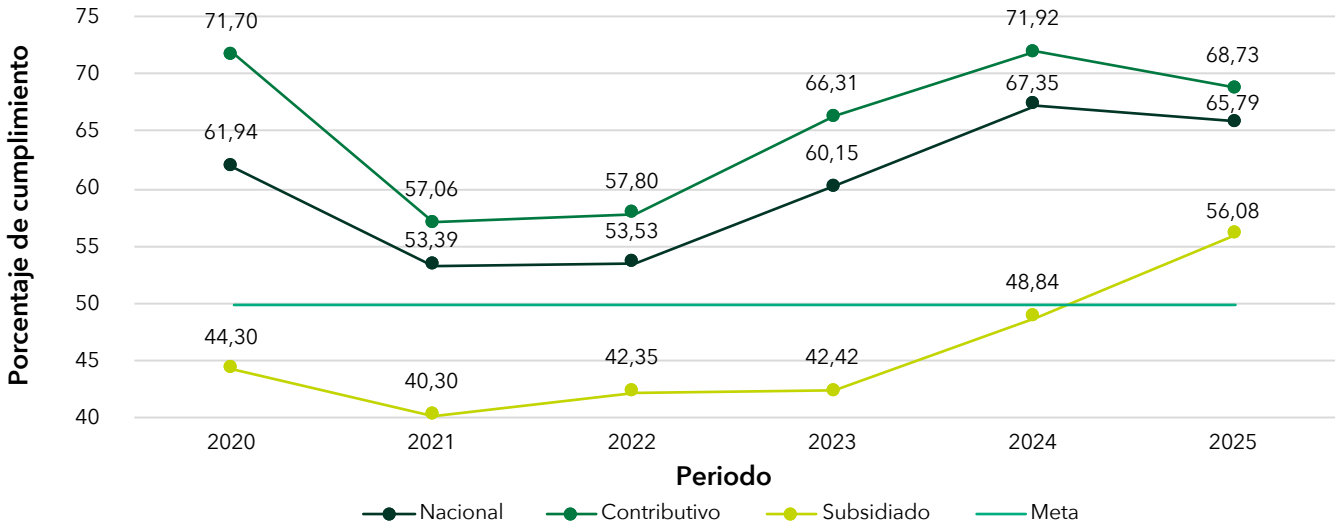
14. Proporción de pacientes que suspenden la terapia sistémica.
15. Proporción de pacientes con diagnóstico de melanoma en estadios III y IV a quienes se les realizó BRAF.
16. Proporción de pacientes incluidos en programas de cuidados paliativos (estadio IV).
17. Supervivencia global a 5 años.

Es de señalar que los indicadores 6, 7 y 11 no se estimaron para este periodo debido a que no se cuenta con las variables necesarias para su medición. Además, de acuerdo con la periodicidad de análisis establecida, para el indicador 19 se presentaron nuevas estimaciones en el periodo 2024 en un informe especial (2).

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

La proporción de casos de melanoma diagnosticados en estadios I y II ha sido variable en los últimos seis periodos. En el régimen subsidiado, esta proporción mostró una tendencia al aumento desde 2023 y, en comparación con 2024, registró un incremento relativo del 14,82 %. Por el contrario, en el país y en el régimen contributivo se observó una reducción frente al periodo previo del 2,32 % y 4,44 %, respectivamente. No obstante, en los tres escenarios el indicador se mantuvo superior al 50 %.

Figura 8.3. Tendencia de la proporción de los casos nuevos en estadios I y II en el momento del diagnóstico de melanoma cutáneo en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025

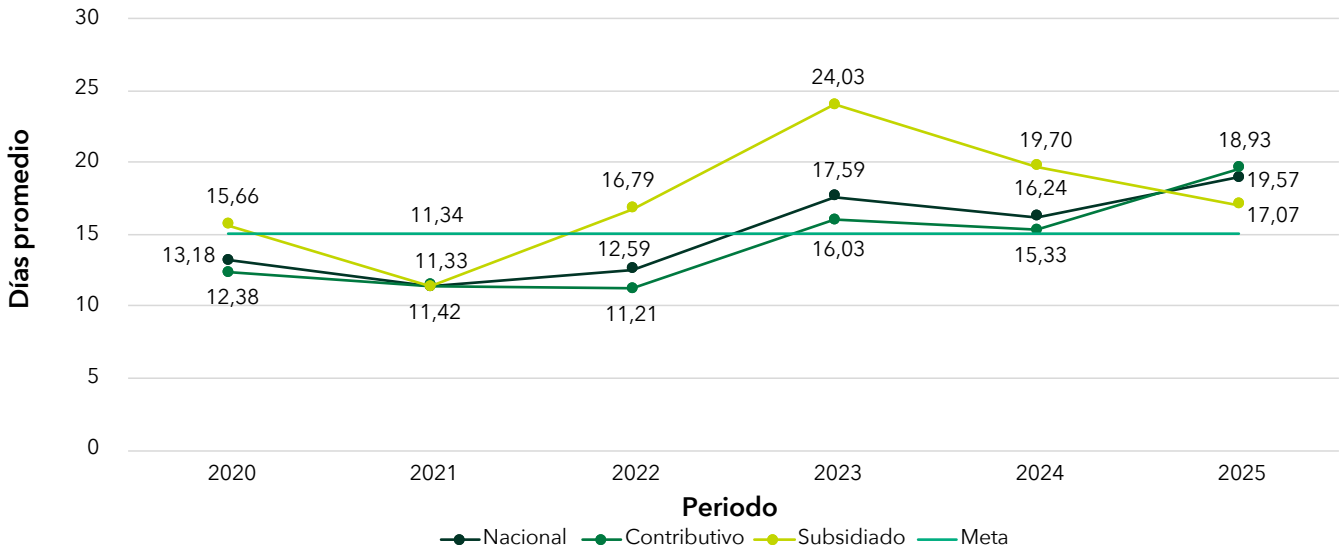


Incluye estadios I y II.

Descargar figura

La oportunidad diagnóstica del melanoma ha sido variable desde 2020. En el 2024, el indicador mostró una reducción en el país y en ambos regímenes del aseguramiento. Por su parte, en el 2025, el régimen subsidiado conservó la tendencia a la disminución de los tiempos de espera, registrando un promedio de 17,07 días para la confirmación diagnóstica; por el contrario, en el país y en el régimen contributivo se evidenció un incremento en el promedio de días, superando los días del subsidiado, pero con diferencias promedio menores a los 2 días.

Figura 8.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025



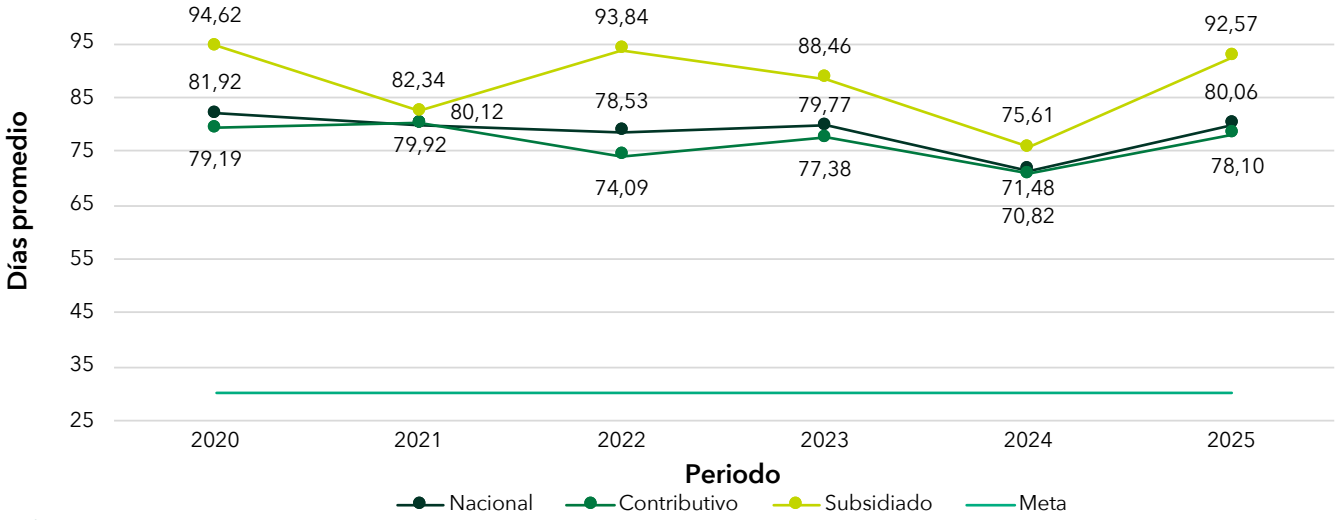
Oportunidad diagnóstica: tiempo entre la toma de la biopsia diagnóstica y la confirmación diagnóstica.
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: de 18,93 días (± 17,32) en la medición nacional, de 19,57 días (± 18,19) en el régimen contributivo y de 17,07 días (± 13,07) en el subsidiado.
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: de 14 días (RIC: 8 - 24) en la medición nacional, de 15 días (RIC: 9 - 25) en el régimen contributivo y de 13 días (RIC: 8 - 21) en el subsidiado.

Descargar figura

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

Al analizar otros indicadores de oportunidad en la atención del melanoma en Colombia, el régimen subsidiado, en comparación con los resultados nacionales y los del contributivo, presentó menores tiempos en etapas clave del proceso diagnóstico, incluyendo la remisión desde la atención primaria al dermatólogo u otro especialista competente para definir la conducta terapéutica, el intervalo entre la sospecha clínica de melanoma y la realización de la biopsia diagnóstica, y el tiempo transcurrido entre la toma de la biopsia y la confirmación diagnóstica. Estos hallazgos sugieren que los principales desafíos en el régimen subsidiado no se presentan en la ruta diagnóstica, sino en la oportunidad de inicio del tratamiento, por lo que resulta prioritario fortalecer las estrategias orientadas a reducir los tiempos de acceso a las intervenciones terapéuticas.

Figura 8.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025



Incluye casos *in situ* e invasivos.
Oportunidad de inicio del tratamiento: tiempo entre el diagnóstico histológico y el primer tratamiento.
La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2025 fue: de 80,06 días (± 55,54) en la medición nacional, de 78,10 días (± 52,81) en el régimen contributivo y de 92,57 días (± 67,77) en el subsidiado.
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: de 67 días (RIC: 38 - 105,5) en la medición nacional, de 65,50 días (RIC: 38 - 104) en el régimen contributivo y de 80 días (RIC: 37 - 128) en el subsidiado.

Descargar figura

En relación con los resultados de la gestión del riesgo según la región de residencia **(tabla 8.12),** el tiempo transcurrido entre la remisión desde la atención primaria y la valoración por dermatología u otra especialidad fue inferior a los 60 días en la región Amazonía-Orinoquía. En contraste, Bogotá, D. C., presentó la mayor espera frente a la meta establecida, con un promedio de días superior al observado en el país. Por su parte, el tiempo entre la sospecha clínica y la realización de la biopsia fue inferior a los 30 días tanto en el país como en todas las regiones.

El porcentaje de casos nuevos a los que se les realizó biopsia por escisión se ubicó por debajo del nivel mínimo de cumplimiento definido para este indicador, siendo la región Central la que presentó la proporción más alta con 27,89 %. La estadificación TNM en los casos nuevos superó el 90,00 % en la Amazonía-Orinoquía y Bogotá, D. C., mientras que la región Oriental registró la menor proporción de estadificación en el periodo analizado. En cuanto a la proporción de casos de melanoma cutáneo *in situ*, tanto en el país como en todas las regiones esta fue superior al 25,00 %, lo que corresponde a un nivel de cumplimiento alto.

Tabla 8.12. Indicadores de la gestión del riesgo en melanoma según la región de residencia en marco del aseguramiento, Colombia 2025

Número		1.	2.	3.	4.	5.	8	9.
Código[1]		MEL_01	MEL_02	MEL_03	MEL_04	MEL_05	MEL_08	MEL_09
Semaforización		≤ 60 días	≤ 30 días	≤ 15 días	≤ 30 días	> 90 %	> 90 %	> 25 %
		61 a 89 días	31 a 44 días	16 a 29 días	31 a 44 días	> 80 - 90 %	> 80 - 90 %	> 15 - 25 %
		≥ 90 días	≥ 45 días	≥ 30 días	≥ 45 días	≤ 80 %	≤ 80 %	≤ 15 %
Región	Amazonía-Orinoquía	19,00	0,00	15,00	121,00	0,00	100,00	33,33
	Bogotá, D. C.	84,51	19,64	19,79	81,07	15,47	85,07	66,14
	Caribe	79,23	21,90	29,25	75,61	26,87	68,66	26,09
	Central	68,63	11,19	16,36	74,45	27,89	81,41	41,87
	Oriental	83,75	19,16	19,85	103,55	16,57	78,29	42,34
	Pacífica	77,75	24,68	14,19	72,04	17,11	79,61	46,28
Nacional		**79,54**	**17,48**	**18,93**	**80,06**	**20,41**	**81,19**	**50,16**

Del total de casos nuevos de melanoma con diagnóstico histopatológico en el país, más del 50,00 % correspondió a estadios I y II. Esta proporción fue mayor en la región Caribe, donde alcanzó el 73,21 %.

En cuanto al manejo terapéutico, el 52,46 % de los CNR de melanoma en estadios IIC y III recibió terapia sistémica. En el análisis regional, Bogotá, D. C., y la región Pacífica presentaron un cumplimiento superior al 60,00 %. En los casos en estadio IV, la proporción que recibió este tipo de tratamiento fue mayor que la observada en los estadios IIC y III, con un resultado nacional del 73,33 %; nuevamente, Bogotá, D. C., registró la cifra más alta.

Respecto a la radioterapia, el 10,42 % de los CNR de melanoma en estadio III recibió este tratamiento en el país, con una mayor proporción en la región Oriental. En los pacientes con estadio IV, la proporción fue de 21,67 %; para este grupo, la región Pacífica alcanzó el mayor porcentaje de cumplimiento, con 37,50 %, por lo que superó al resto de las regiones.

En relación con la caracterización molecular, al 29,49 % de los casos nuevos diagnosticados en estadios III y IV se le verificó el estado de mutación BRAF. La región Pacífica presentó el mayor cumplimiento de este indicador (44,00 %); sin embargo, tanto el resultado nacional como los regionales se mantuvieron por debajo del umbral mínimo esperado (70,00 %). Según el régimen, el contributivo obtuvo un resultado del 32,35 % y el subsidiado del 26,09 %. Este hallazgo resulta relevante dada la importancia clínica de la determinación de la mutación BRAF como requisito previo para la definición del tratamiento sistémico en pacientes con enfermedad avanzada. En este contexto, el bajo cumplimiento del indicador puede limitar el acceso oportuno a terapias dirigidas y a una adecuada toma de decisiones terapéuticas, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las acciones encaminadas a mejorar la oportunidad y cobertura de esta prueba diagnóstica.

Finalmente, en los CNR de melanoma en estadio IV, el cumplimiento nacional del indicador de atención en cuidado paliativo fue del 56,67 %, lo que evidencia un desempeño bajo. Para el cálculo de este indicador se considera la realización de consultas o procedimientos efectuados por profesionales médicos y no médicos en el marco de los cuidados paliativos. En este sentido, el indicador permite evaluar la incorporación de un enfoque paliativo como componente fundamental de la atención oncológica integral, orientado al control de síntomas, el mejoramiento de la calidad de vida y el acompañamiento del paciente durante el curso de la enfermedad. De otra parte, por regiones, la Central registró la mayor proporción de casos que recibieron esta atención (83,33 %), mientras que la Oriental presentó el menor cumplimiento (30,77 %), lo que pone de manifiesto importantes brechas territoriales en el acceso a este componente esencial del cuidado integral del cáncer.

Tabla 8.12. Indicadores de la gestión del riesgo en melanoma según la región de residencia en marco del aseguramiento, Colombia 2025 (continuación)

Número		10.	12.1.	12.2.	13.1.	13.2.	14.	15.	16.
Código[1]		MEL_10	MEL_12_1	MEL_12_2	MEL_13_1	MEL_13_2	MEL_14	MEL_15	MEL_16
Semaforización		> 50 %	> 60 %	> 60 %	> 20 %	> 20 %	≤ 10 %	> 90 %	> 80 %
		> 40 - 50 %	> 40 - 60 %	> 40 - 60 %	> 15 - 20 %	> 15 - 20 %	> 10 - 19 %	> 70 - 90 %	> 60 - 80 %
		≤ 40 %	≤ 40 %	≤ 40 %	≤ 15 %	≤ 15 %	≥ 20 %	≤ 70 %	≤ 60 %
Región	Amazonía-Orinoquía	● 100,00	● 0,00	● 0,00	● 0,00	● 0,00	● 0,00	● 0,00	● 0,00
	Bogotá, D. C.	● 67,59	● 70,97	● 88,89	● 7,69	● 22,22	● 0,00	● 25,71	● 44,44
	Caribe	● 58,82	● 33,33	● 83,33	● 0,00	● 16,67	● 0,00	● 21,43	● 50,00
	Central	● 73,21	● 47,06	● 70,83	● 9,52	● 29,17	● 0,00	● 22,22	● 83,33
	Oriental	● 53,16	● 33,33	● 61,54	● 20,83	● 0,00	● 0,00	● 35,14	● 30,77
	Pacífica	● 61,54	● 70,00	● 75,00	● 5,88	● 37,50	● 0,00	● 44,00	● 37,50
Nacional		**● 65,79**	**● 52,46**	**● 73,33**	**● 10,42**	**● 21,67**	**● 0,00**	**● 29,49**	**● 56,67**

[1] Código del indicador en HIGIA.

Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia para la definición de indicadores de gestión del riesgo en pacientes con melanoma cutáneo en Colombia [en línea] 2020. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-para-la-definicion-de-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-pacientes-con-melanoma-cutaneo-en-colombia/
2. Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014-2022; Bogotá, D. C. 2025. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/informe-de-supervivencia-2014-2022/

CAC
Cuenta de Alto Costo

9

Linfoma no Hodgkin (LNH)

RESUMEN infográfico

Linfoma no Hodgkin (LNH)

2 de enero de 2024 al 1° de enero de 2025

9

Morbimortalidad del LNH

Ocupó el **sexto lugar** entre los cánceres priorizados en la población adulta y fue el cáncer hematológico más frecuente.

La mortalidad general estandarizada fue de **3,48 fallecimientos** por 100.000 habitantes de 18 años o más (IC 95 %: 3,31 - 3,67).

Desde 2015 los casos prevalentes **aumentaron 3,33 veces** y la prevalencia continuó aumentando durante 2025.

El número total de casos nuevos, prevalentes y fallecidos en el periodo fue de 1.773, 25.128 y 1.490, respectivamente.

Caracterización de los casos nuevos de LNH

La mediana de edad fue de 63 años (RIC: 51 - 72).

El 52,45 % de los casos correspondió al sexo masculino.

El estadio más frecuente al diagnóstico fue el IV, representando el 53,90 % de los casos estadificados.

Evaluación de la gestión del riesgo en los casos de LNH

La detección temprana continuó mostrando un desempeño bajo. En 2025, la proporción nacional de casos diagnosticados en estadios I y II fue de 24,24 %, con tendencia a la reducción.

La oportunidad de biopsia mostró **cumplimiento nacional medio** (29,87 días) y resultados más favorables en Amazonía-Orinoquía (13,22 días) y Pacífica (19,63 días).

Descargar infografía

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

9. Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población adulta

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

9.1. Morbimortalidad del LNH en la población adulta

Este capítulo corresponde exclusivamente a las personas con 18 años o más; la información sobre los menores de 18 años se describe en el libro de la situación del cáncer en la población pediátrica. En los adultos, los casos nuevos de LNH ocuparon el sexto lugar entre los tipos de cáncer priorizados. Asimismo, este fue el tipo de neoplasias hematológicas más frecuente y representó el 3,37 % del total de casos prevalentes en los adultos. Adicionalmente, se reportaron 1.490 muertes por todas las causas en adultos con diagnóstico de LNH **(tabla 9.1).**

Tabla 9.1. Medidas de frecuencia del LNH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Medida	Casos[1]	Medida cruda[2,3]	Medida estandarizada[2,4]	IC 95 %[5]
PCNR	1.773	4,65	4,35	(4,15 - 4,56)
Prevalencia	25.128	65,88	61,52	(60,76 - 62,29)
Mortalidad[6]	1.490	3,91	3,48	(3,31 - 3,67)

[1] Incluye todos los casos de LNH en los adultos reportados a la CAC.
[2] Informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.
[3] La población de referencia correspondió a la proyectada por el DANE para el año 2024.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
[6] **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

9.1.1. PCNR de LNH en la población adulta según la región y la entidad territorial

Bogotá, D. C., es la región del país con la PCNR estandarizada más elevada con 8,37 casos nuevos por 100.000 adultos, mientras que la Caribe y la Amazonía-Orinoquía tuvieron las proporciones más bajas **(tabla 9.2).** Por su parte, las entidades territoriales con los valores más altos fueron Valle del Cauca (4,68), Huila (4,64) y Boyacá (4,60), y las más bajas se presentaron en Caquetá (0,37) y Chocó (0,72). En los departamentos del Amazonas, Guainía, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Vaupés y Vichada, no se reportaron casos diagnosticados en el periodo.

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

Tabla 9.2. PCNR de LNH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	24	1.005.401	2,39	2,77	(1,77 - 4,12)
Bogotá, D. C.	540	6.143.271	8,79	8,37	(7,68 - 9,11)
Caribe	243	8.180.724	2,97	2,99	(2,63 - 3,39)
Central	405	9.282.928	4,36	3,86	(3,49 - 4,26)
Oriental	287	7.297.396	3,93	3,66	(3,25 - 4,11)
Pacífica	274	6.229.684	4,40	3,97	(3,51 - 4,48)
Nacional	**1.773**	**38.139.404**	**4,65**	**4,35**	**(4,15 - 4,56)**

[1] Incluye todos los casos nuevos de LNH en los adultos reportados a la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] Informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

9.1.2. PCNR de LNH en la población adulta según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

Esta medida ajustada presentó diferencias significativas entre los regímenes, con el valor más alto en el especial y el más bajo en el subsidiado **(tabla 9.3).** Entre las EAPB, la PCNR más alta se observó en la EPS001 con más de 10 casos nuevos por 100.000 afiliados mayores de 18 años (13,17). En contraste, las más bajas se estimaron en la ESS062, la EPSI03 y la EPSI01, con 0,49, 0,59 y 0,95 CN por 100.000 adultos afiliados, respectivamente. La EPS047 no reportó nuevos diagnósticos en el periodo.

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 9.3. PCNR de LNH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	1.258	22.447.499	5,60	5,09	(4,81 - 5,38)
Subsidiado	405	14.628.600	2,77	2,45	(2,22 - 2,71)
Excepción	101	1.650.130	6,12	4,66	(3,76 - 5,72)
Especial	8	36.635	21,84	15,55	(4,76 - 49,48)
No asegurado	1	SD	SD	SD	SD
Planes voluntarios de salud	0	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye todos los casos nuevos de LNH en los adultos reportados a la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] Informada por 100.000 afiliados de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada y los planes voluntarios de salud, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

9.1.3. Prevalencia del LNH en la población adulta según la región y la entidad territorial

La prevalencia estandarizada fue superior en Bogotá, D. C., por encima de la región Central y el valor del país; por el contrario, en la Amazonía-Orinoquía se obtuvo el menor valor con 31,92 casos por 100.000 adultos **(tabla 9.4).** A su vez, seguido de Bogotá, D. C., el departamento con la mayor cifra fue Antioquia con 82,16 casos por 100.000 habitantes mayores de 18 años, mientras que Guainía (12,59), Chocó (18,26) y Vichada (20,31) presentaron las más bajas.

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

Tabla 9.4. Prevalencia del LNH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia cruda[3]	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	285	1.005.401	28,35	31,92	(28,29 - 35,87)
Bogotá, D. C.	6.690	6.143.271	108,90	103,55	(101,07 - 106,07)
Caribe	3.047	8.180.724	37,25	37,42	(36,10 - 38,78)
Central	7.309	9.282.928	78,74	70,07	(68,45 - 71,72)
Oriental	3.980	7.297.396	54,54	50,70	(49,13 - 52,31)
Pacífica	3.817	6.229.684	61,27	54,76	(53,02 - 56,55)
Nacional	**25.128**	**38.139.404**	**65,88**	**61,52**	**(60,76 - 62,29)**

[1] Incluye todos los casos de LNH en los adultos reportados a la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] Informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

9.1.4. Prevalencia del LNH en la población adulta según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

Entre los regímenes del aseguramiento el contributivo presentó una prevalencia estandarizada 2,24 veces mayor a la del régimen subsidiado **(tabla 9.5).** Para las entidades, los valores más altos se observaron en la EPS001 (152,12) y la EAS016 (122,40); por el contrario, las prevalencias más bajas se presentaron en la EPSI04, la CCF102 y la EPSI01, con menos de 20 casos prevalentes en el periodo.

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

Tabla 9.5. Prevalencia del LNH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia cruda[3]	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	17.950	22.447.499	79,96	72,64	(71,57 - 73,72)
Subsidiado	5.307	14.628.600	36,28	32,40	(31,52 - 33,30)
Excepción	1.357	1.650.130	82,24	62,28	(58,83 - 65,90)
Especial	60	36.635	163,78	70,04	(46,79 - 110,19)
No asegurado	25	SD	SD	SD	SD
Planes voluntarios de salud	7	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	422	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye todos los casos de LNH en los adultos reportados a la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La prevalencia es informada por 100.000 afiliados de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud y las entidades liquidadas, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.
IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

9.1.5. Mortalidad del LNH en la población adulta según la región y la entidad territorial

En la cohorte en seguimiento, la mortalidad general estandarizada más alta se observó en Bogotá, D. C., con 5,51 muertes por 100.000 adultos, y las más bajas en la Amazonía-Orinoquía y la Caribe, en ese orden **(tabla 9.6).** Además, excluyendo a Bogotá, D. C., las entidades territoriales con la mayor mortalidad estandarizada fueron

Guaviare con 6,08, Vichada con 4,43 y Nariño con 4,22; por el contrario, Chocó y Caquetá presentaron menos de un fallecimiento entre sus habitantes mayores de edad con LNH. Los departamentos de Guainía, Vaupés y San Andrés, Providencia y Santa Catalina no reportaron defunciones durante el periodo analizado, a pesar de que cada uno registró al menos tres casos prevalentes de LNH.

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

Tabla 9.6. Mortalidad general del LNH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Muertes[1]	Denominador[2]	Mortalidad cruda[3]	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	20	1.005.401	1,99	2,42	(1,48 - 3,72)
Bogotá, D. C.	367	6.143.271	5,97	5,51	(4,96 - 6,11)
Caribe	219	8.180.724	2,68	2,66	(2,32 - 3,04)
Central	388	9.282.928	4,18	3,45	(3,11 - 3,82)
Oriental	255	7.297.396	3,49	3,13	(2,75 - 3,54)
Pacífica	241	6.229.684	3,87	3,17	(2,77 - 3,60)
Nacional	**1.490**	**38.139.404**	**3,91**	**3,48**	**(3,31 - 3,67)**

[1] Incluye las muertes por todas las causas en los adultos con LNH reportados a la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] Informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

9.1.6. Mortalidad del LNH en la población adulta según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

A diferencia del comportamiento observado en la prevalencia y la PCNR, el régimen especial presentó la menor mortalidad estandarizada **(tabla 9.7).** En cuanto a los valores por EAPB, los más altos se identificaron en la EPS018 con 5,21, la EPSI05 con 5,12 y la EPS012 con 4,65. En contraste, las cifras más bajas se calcularon para la ESS062 (0,80) y la EPS048 (0,94). Dentro de las entidades de los regímenes subsidiado y contributivo, la EPS047, la EAS016 y la CCF102 no presentaron fallecimientos durante el periodo; sin embargo, cada una notificó al menos un caso de LNH en adultos.

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 9.7. Mortalidad general del LNH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

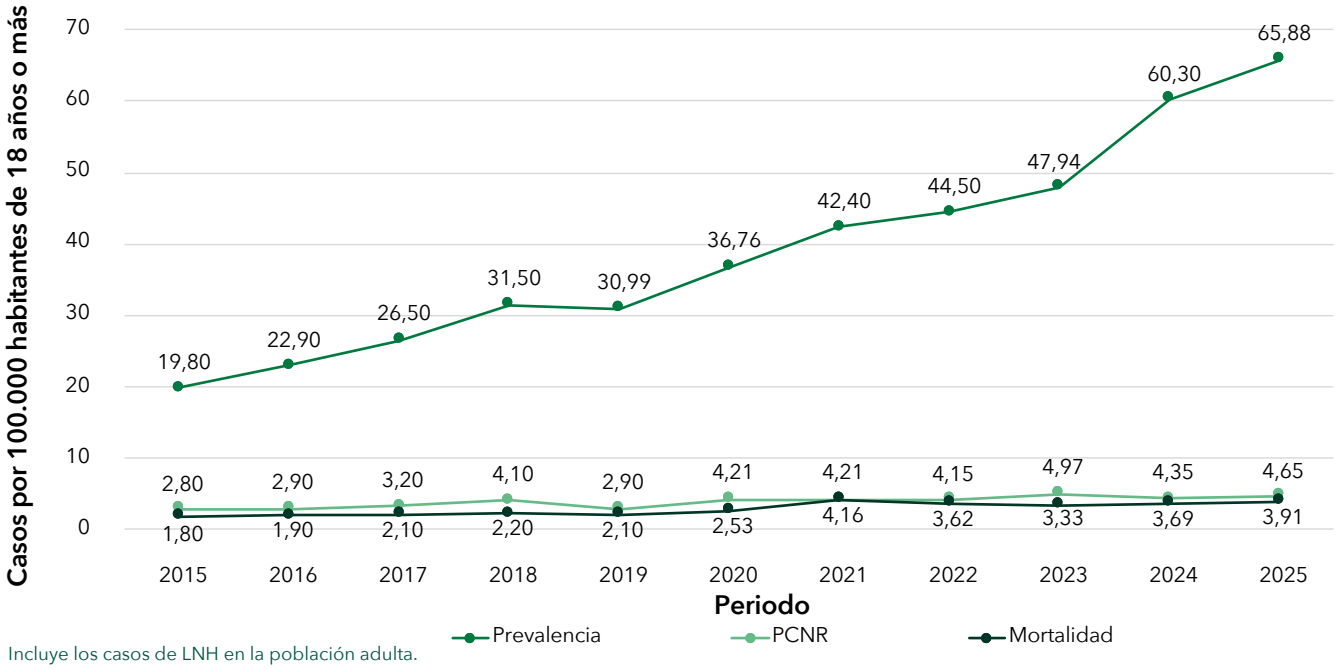
Régimen	Muertes[1]	Denominador[2]	Mortalidad cruda[3]	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	965	22.447.499	4,30	3,71	(3,48 - 3,96)
Subsidiado	437	14.628.600	2,99	2,48	(2,25 - 2,73)
Excepción	65	1.650.130	3,94	2,82	(2,15 - 3,65)
Especial	1	36.635	2,73	0,44	(0,01 - 32,25)
Planes voluntarios de salud	1	SD	SD	SD	SD
No asegurado	0	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	21	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye las muertes por todas las causas en los adultos con LNH reportados a la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La mortalidad es informada por 100.000 afiliados de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud y las entidades liquidadas, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.
IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

9.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LNH en el aseguramiento en Colombia

En la **figura 9.1** se presenta la tendencia de la morbimortalidad del LNH en la población adulta. Desde 2015, los casos prevalentes de este tipo de linfoma aumentaron 3,33 veces. Por su parte, en los últimos seis periodos la PCNR se ha mantenido alrededor de cuatro casos nuevos por 100.000 habitantes. En cuanto a la mortalidad por todas las causas, durante el seguimiento a esta cohorte, se han presentado valores inferiores a la PCNR. La incorporación y el acceso a inmunoterapias han contribuido a aumentar la supervivencia, reducir la mortalidad y, en consecuencia, mantener una mayor acumulación de casos prevalentes.

Figura 9.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del LNH en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2025



Incluye los casos de LNH en la población adulta.
Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 100.000 habitantes de 18 años o más.
Mortalidad: corresponde al número de casos fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

Descargar figura

9.2. Caracterización de los casos nuevos de LNH en la población adulta

9.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LNH

La **tabla 9.8** presenta la caracterización general de los casos nuevos de LNH reportados en el periodo según el régimen del aseguramiento. La mayor proporción de CN correspondió a personas del sexo masculino, cerca de un 2 % perteneció a personas de etnia negra, el 30,46 % residía en la ciudad de Bogotá, D. C., y la mediana de la edad fue de 63 años.

Por otro lado, en todos los regímenes del aseguramiento fueron más los casos en hombres y la mediana de la edad fue de 63 años. La mayoría de los pertenecientes a la etnia negra se encontraba en el contributivo y los de la población indígena en el subsidiado. Además, la distribución por regiones presentó diferencias, la mayor concentración de CNR del especial se presentó en la región Central, los del subsidiado en la Caribe y los del contributivo y de excepción en Bogotá, D. C. Adicionalmente, un caso de un hombre de 48 años residente en la región Central fue diagnosticado en la población no asegurada.

Tabla 9.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LNH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento				Total[2]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	
	n= 1.258	n= 405	n= 101	n= 8	n= 1.773
	(70,95 %)	(22,84 %)	(5,70 %)	(0,45 %)	(100,00 %)
Sexo					
Femenino	589 (46,82)	201 (49,63)	50 (49,50)	3 (37,50)	843 (47,55)
Masculino	669 (53,18)	204 (50,37)	51 (50,50)	5 (62,50)	930 (52,45)
Edad	62 (51 - 72)	63 (51 - 72)	65 (54 - 75)	64 (52 - 73)	63 (51 - 72)
Etnia					
Ninguna	1.219 (96,90)	393 (97,04)	101 (100,00)	8 (100,00)	1.722 (97,12)
Negro	33 (2,62)	4 (0,99)	0 (0,00)	0 (0,00)	37 (2,09)
Indígena	1 (0,08)	8 (1,98)	0 (0,00)	0 (0,00)	9 (0,51)
Otro[3]	5 (0,40)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (0,28)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	11 (0,87)	12 (2,96)	1 (0,99)	0 (0,00)	24 (1,35)
Bogotá, D. C.	467 (37,12)	36 (8,89)	37 (36,63)	0 (0,00)	540 (30,46)
Caribe	104 (8,27)	125 (30,86)	14 (13,86)	0 (0,00)	243 (13,71)
Central	294 (23,37)	74 (18,27)	31 (30,69)	5 (62,50)	405 (22,84)
Oriental	204 (16,22)	66 (16,30)	15 (14,85)	2 (25,00)	287 (16,19)
Pacífica	178 (14,15)	92 (22,72)	3 (2,97)	1 (12,50)	274 (15,45)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).
[2] Para los valores totales se tiene en cuenta un caso de la población no asegurada.
[3] Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

9.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LNH

A continuación, en la **tabla 9.9** se describen las características clínicas de los CN de LNH. En el país, la estadificación se reportó en el 68,64 % de los casos y más de la mitad de estos se encontraba en el estadio IV (53,90 %). Respecto a la clasificación del riesgo, dentro del 56,51 % de los clasificados, aquellos con riesgo alto fueron los más frecuentes (39,92 %).

En todos los regímenes, la mayor proporción de casos se diagnosticó en estadios avanzados (III - IV). En cuanto a la clasificación del riesgo, el régimen de excepción presentó un mayor porcentaje de casos en riesgo bajo, en contraste con los demás regímenes.

Tabla 9.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LNH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento				Total[2]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	
	n= 1.258	n= 405	n= 101	n= 8	n= 1.773
	(70,95 %)	(22,84 %)	(5,70 %)	(0,45 %)	(100,00 %)
Estadificación (sí)[3]	878 (69,79)	262 (64,69)	70 (69,31)	6 (75,00)	1.217 (68,64)
Estadio al diagnóstico[4]					
Estadio I	102 (11,62)	20 (7,63)	10 (14,29)	0 (0,00)	132 (10,85)
Estadio II	112 (12,76)	36 (13,74)	14 (20,00)	1 (16,67)	163 (13,39)
Estadio III	183 (20,84)	54 (20,61)	18 (25,71)	0 (0,00)	255 (20,95)
Estadio IV	476 (54,21)	146 (55,73)	28 (40,00)	5 (83,33)	656 (53,90)
Extraganglionares	5 (0,57)	6 (2,29)	0 (0,00)	0 (0,00)	11 (0,90)
Clasificación del riesgo (sí)[5]	725 (57,63)	223 (55,06)	49 (48,51)	4 (50,00)	1.002 (56,51)
Grupos de riesgo[6]					
Bajo	143 (19,72)	37 (16,59)	18 (36,73)	0 (0,00)	198 (19,76)
Intermedio bajo	69 (9,52)	18 (8,07)	4 (8,16)	0 (0,00)	91 (9,08)
Intermedio	108 (14,90)	42 (18,83)	5 (10,20)	1 (25,00)	156 (15,57)
Intermedio alto	122 (16,83)	29 (13,00)	5 (10,20)	1 (25,00)	157 (15,67)
Alto	283 (39,03)	97 (43,50)	17 (34,69)	2 (50,00)	400 (39,92)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %).
[2] Para los valores totales se tiene en cuenta un caso de la población no asegurada.
[3] Definida según la clasificación de Lugano.
[4] Incluye todos los casos nuevos de LNH en la población adulta que fueron estadificados.
[5] Clasificación del riesgo de acuerdo con el instructivo de reporte de la CAC.
[6] Incluye todos los casos nuevos de LNH en los adultos con clasificación del riesgo.

9.2.3. Caracterización según el linaje celular y el comportamiento biológico

La **tabla 9.10** describe las características del comportamiento biológico de los casos nuevos de LNH analizados en este capítulo. Para ello, se presenta su distribución según la 5.a edición de la clasificación de la OMS, la cual permite diferenciar los casos de acuerdo con el tipo celular y el curso clínico de la enfermedad.

En cuanto a las características biológicas de los casos nuevos de LNH, el 15,06 % correspondió al tipo folicular, uno de los subtipos más frecuentes en la población adulta. Asimismo, el 37,34 % de los casos diagnosticados durante el periodo se clasificó como de comportamiento agresivo, dentro de los cuales se incluyen entidades como el LNH B difuso de células grandes y el linfoma de Burkitt.

La identificación del subtipo de linfoma resulta fundamental en la práctica clínica, dado que orienta la estratificación del riesgo, la selección del esquema terapéutico y el pronóstico de los pacientes, especialmente considerando la heterogeneidad de esta enfermedad. No obstante, para 2025, en el 27,02 % de los casos no fue posible especificar el linaje ni el comportamiento biológico, lo que pudo limitar la adecuada toma de decisiones clínicas y afectar la oportunidad y pertinencia del tratamiento.

Tabla 9.10. Clasificación por linaje celular y comportamiento biológico de los casos nuevos reportados de LNH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Subtipo de linfoma no Hodgkin[1,2]	Régimen del aseguramiento				Total[3]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	
	n= 1.258	n= 405	n= 101	n= 8	n= 1.773
	(70,95 %)	(22,84 %)	(5,70 %)	(0,45 %)	(100,00 %)
Linfomas B indolentes/Bajo grado					
Linfoma de células B pequeñas	24 (1,91)	19 (4,69)	4 (3,96)	0 (0,00)	47 (2,65)
Linfoma de la zona marginal extranodal MALT	47 (3,74)	4 (0,99)	0 (0,00)	0 (0,00)	51 (2,88)
Linfomas B nodales clásicos					
Linfoma folicular	190 (15,10)	53 (13,09)	23 (22,77)	1 (12,50)	267 (15,06)
Linfoma de células del manto	61 (4,85)	22 (5,43)	1 (0,99)	0 (0,00)	84 (4,74)
Linfomas B agresivos/Alto grado					
Linfoma de células B grandes y variantes	456 (36,25)	138 (34,07)	19 (18,81)	3 (37,50)	617 (34,80)
Linfoma de Burkitt	18 (1,43)	5 (1,23)	3 (2,97)	0 (0,00)	26 (1,47)
Linfoma linfoblástico	13 (1,03)	6 (1,48)	0 (0,00)	0 (0,00)	19 (1,07)
Otros linfomas					
Otros linfomas no especificados	310 (24,64)	125 (30,86)	41 (40,59)	3 (37,50)	479 (27,02)
Linfomas T/NK					
Micosis fungoide	38 (3,02)	9 (2,22)	3 (2,97)	0 (0,00)	50 (2,82)
Linfoma de células T/NK maduras	44 (3,50)	11 (2,72)	5 (4,95)	1 (12,50)	61 (3,44)
Linfoma de células T periférico	21 (1,67)	9 (2,22)	2 (1,98)	0 (0,00)	32 (1,80)
Linfoma cutáneo de células T	12 (0,95)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	12 (0,68)
Linfoma anaplásico de células grandes ALK-negativo	9 (0,72)	2 (0,49)	0 (0,00)	0 (0,00)	11 (0,62)
Linfoma anaplásico de células grandes ALK-positivo	5 (0,40)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (0,28)
Linfomade células NK extranodal, tipo nasal	2 (0,16)	1 (0,25)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,17)
Enfermedad de sezary	1 (0,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,06)
Linfoma de células T angioinmunoblásticas	4 (0,32)	1 (0,25)	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (0,28)
Linfoma hepatoesplénico de células T	1 (0,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,06)
Proliferaciónes cutáneas primarias de células T, CD30 positivas	2 (0,16)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,11)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %).
[2] Definida de acuerdo con la clasificación de la OMS 5.a edición (WHO-HAEM5, 2024) y la Clasificación del Consenso Internacional (ICC, 2022).
[3] Para los valores totales se tiene en cuenta un caso de la población no asegurada.
MALT: *Mucosa-Associated Lymphoid Tissue.*

9.2.4. Caracterización del tratamiento de los casos nuevos de LNH

Durante el 2025, el 76,65 % de los CNR (n= 1.359) recibió algún tipo de tratamiento, la mayoría de estos con prescripción de terapia sistémica. Además, en este mismo grupo, ocho casos fueron llevados a trasplante autólogo de precursores hematopoyéticos.

Por otra parte, en los 414 casos que no recibieron ningún tipo de tratamiento, al 74,40 % se les desconoció su riesgo (n= 308) y al 65,22 % la estadificación al momento del diagnóstico (n= 270). Adicionalmente, de estos casos, 125 fallecieron por cualquier causa dentro del periodo y, específicamente, el 80,00 % de estas defunciones (n= 100) se presentó dentro de los 90 días posteriores a la confirmación de la neoplasia.

En la **tabla 9.11** se presenta la frecuencia de los tratamientos según el estadio clínico al diagnóstico. La terapia sistémica y la radioterapia fueron los tratamientos registrados con mayor frecuencia en los casos diagnosticados en estadio IV, seguidos por aquellos con estadio desconocido.

Según el diagnóstico, tres casos correspondieron a linfoma difuso de células B grandes, un caso a linfoma de células del manto, un caso a linfoma primario de células B grandes mediastinal y tres más a linfoma no Hodgkin (LNH) no especificado. Por último, cinco de los pacientes sometidos a trasplante residían en Bogotá, D. C., lo que resulta consistente con la concentración de IPS habilitadas para la realización de este procedimiento, lo que puede favorecer el acceso a servicios de alta complejidad.

Tabla 9.11. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de LNH en los adultos según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

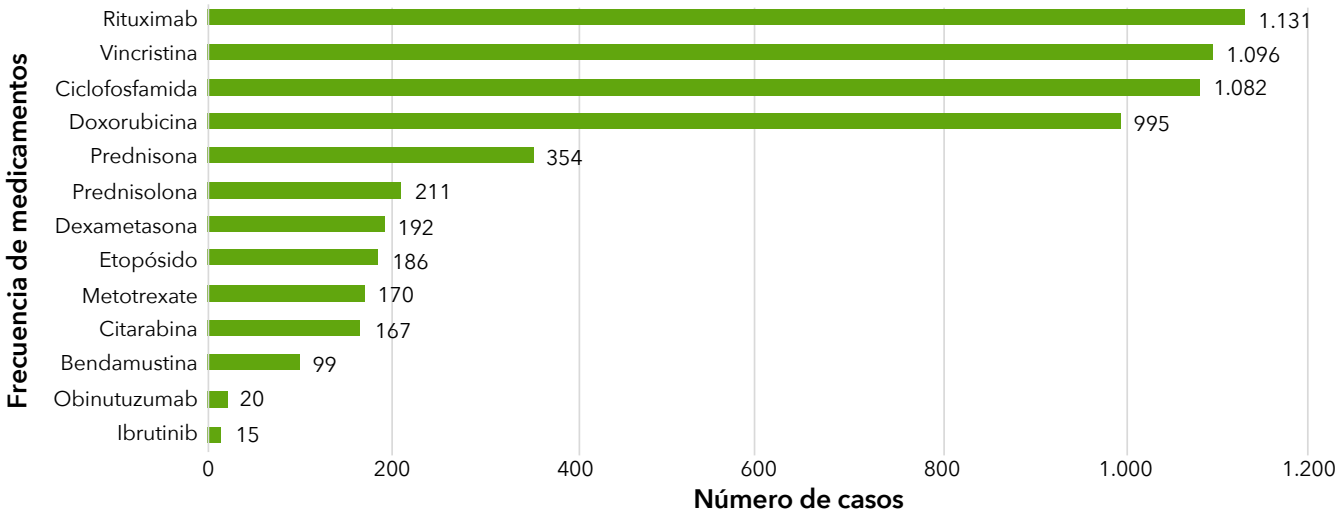
Variables	Estadio al diagnóstico						Total
	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	Extraganglionales	Desconocido	
	n= 132	n= 163	n= 255	n= 656	n= 11	n= 556	n= 1.773
	(7,44 %)	(9,19 %)	(14,38 %)	(37,00 %)	(0,62 %)	(31,36 %)	(100,00 %)
Casos que recibieron algún tratamiento	88 (6,48)	141 (10,38)	231 (17,00)	603 (44,37)	10 (0,74)	286 (21,04)	1.359 (100,00)
Tipo de tratamiento prescrito[1]							
Terapia sistémica[2]	78 (5,88)	138 (10,40)	231 (17,41)	601 (45,29)	10 (0,75)	269 (20,27)	1.327 (100,00)
Radioterapia	12 (15,58)	12 (15,58)	9 (11,69)	23 (29,87)	0 (0,00)	21 (27,27)	77 (100,00)

[1] El tipo de tratamiento no es mutuamente excluyente, un mismo paciente pudo haber recibido más de un tipo de terapia.
[2] En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

Los medicamentos más frecuentemente administrados fueron el rituximab, la ciclofosfamida, la doxorubicina y la vincristina, los cuales corresponden a esquemas de quimioterapia tipo R-CHOP, considerado el estándar de primera línea en los linfomas no Hodgkin de células B subtipo difuso de célula grande y el linfoma folicular. Este hallazgo sugiere un predominio de estos subtipos en la cohorte analizada y un manejo alineado con los estándares terapéuticos **(figura 9.2).**

Adicionalmente, se observó el uso de terapias como el obinutuzumab y el ibrutinib, asociadas a subtipos específicos de linfomas B y a escenarios de recaída o refractariedad; esto evidencia la incorporación de la inmunoterapia o las terapias dirigidas en el manejo del LNH. Es importante puntualizar que los datos presentados corresponden a las frecuencias absolutas, por lo tanto, no consideran la administración concomitante de uno o más medicamentos como parte de un mismo esquema terapéutico.

Figura 9.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LNH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2025



Incluye todos los casos nuevos de LNH en la población adulta.
Descargar figura

9.3. Caracterización de los casos prevalentes de LNH en la población adulta

En los casos prevalentes del periodo, el 52,18 % fue diagnosticado en mujeres, la mediana de la edad fue de 62 años (RIC: 49 - 72), y la mayoría residía en la región Central y en Bogotá, D. C., **(tabla 9.12).**

A diferencia del comportamiento nacional, en el régimen especial y en la población no asegurada la mayor proporción de casos prevalentes se presentó en los hombres. En estos mismos regímenes, la mediana de la edad difirió de la observada a nivel nacional. En cuanto a la pertenencia étnica, los casos de la población indígena se concentraron en el régimen subsidiado, mientras que los de población afrodescendiente en el contributivo. Adicionalmente, se evidenció una mayor proporción de casos en el subsidiado y en la región Caribe, en contraste con los demás regímenes.

Finalmente, dentro de los planes voluntarios de salud fueron reportados cuatro casos en hombres y tres en mujeres, la mayoría residentes en Bogotá, D. C., y con una mediana de la edad de 68 años (RIC: 66 - 85).

Tabla 9.12. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LNH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento					Total[2,3]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No asegurado	
	n= 17.950	n= 5.307	n= 1.357	n= 60	n= 25	n= 24.706
	(72,65 %)	(21,48 %)	(5,49 %)	(0,24 %)	(0,10 %)	(100,00 %)
Sexo						
Femenino	9.426 (52,51)	2.729 (51,42)	696 (51,29)	29 (48,33)	8 (32,00)	12.891 (52,18)
Masculino	8.524 (47,49)	2.578 (48,58)	661 (48,71)	31 (51,67)	17 (68,00)	11.815 (47,82)
Edad	63 (50 - 73)	61 (47 - 71)	67 (55 - 75)	73 (64 - 78)	48 (28 - 60)	62 (49 - 72)
Etnia						
Ninguna	17.740 (98,83)	5.105 (96,19)	1.332 (98,16)	60 (100,00)	25 (100,00)	24.269 (98,23)
Negro	175 (0,97)	55 (1,04)	23 (1,69)	0 (0,00)	0 (0,00)	253 (1,02)
Indígena	17 (0,09)	143 (2,69)	2 (0,15)	0 (0,00)	0 (0,00)	162 (0,66)
Otro[4]	18 (0,10)	4 (0,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	22 (0,09)
Región de residencia						
Amazonía-Orinoquía	103 (0,57)	158 (2,98)	18 (1,33)	0 (0,00)	0 (0,00)	279 (1,13)
Bogotá, D. C.	5.614 (31,28)	513 (9,67)	381 (28,08)	9 (15,00)	9 (36,00)	6.529 (26,43)
Caribe	1.346 (7,50)	1.453 (27,38)	192 (14,15)	0 (0,00)	1 (4,00)	2.993 (12,11)
Central	5.453 (30,38)	1.354 (25,51)	374 (27,56)	28 (46,67)	7 (28,00)	7.217 (29,21)
Oriental	2.786 (15,52)	849 (16,00)	260 (19,16)	7 (11,67)	6 (24,00)	3.909 (15,82)
Pacífica	2.648 (14,75)	980 (18,47)	132 (9,73)	16 (26,67)	2 (8,00)	3.779 (15,30)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).
[2] Para los valores totales se tienen en cuenta siete casos de los planes voluntarios de salud.
[3] No se incluyen los datos de 422 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene la información actualizada.
[4] Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

9.4. Indicadores de gestión del riesgo en la población adulta con LNH

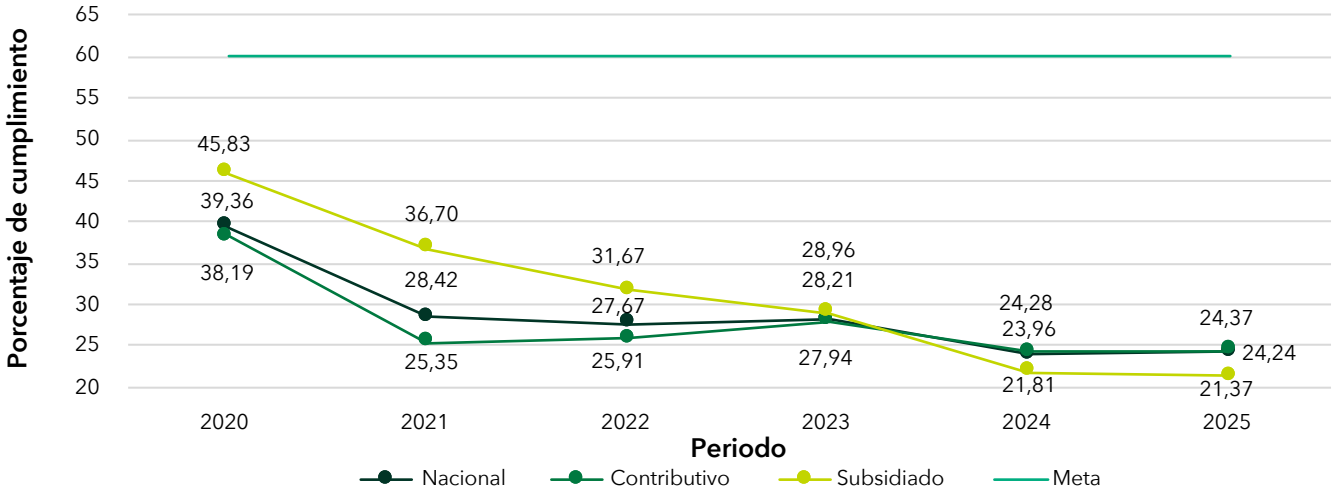
Los siguientes son los indicadores prioritarios para la medición, la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y de los prestadores en la población adulta con LNH en Colombia (1):

1. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma a quienes se les realizó biopsia escisional o aguja gruesa guiada por imágenes y cuentan con las coloraciones básicas y las coloraciones de inmunohistoquímica.
2. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma a quienes se les realizó estadificación completa Ann Arbor con modificación de Cost-wolds o clasificación de Lugano.
3. Proporción de pacientes con diagnóstico de LNH en estadios I y II.
4. Proporción de pacientes diagnosticados con clasificación de riesgo: IPI, FLIPI, MIPI, IPS.
5. Proporción de pacientes con diagnóstico de LNH quienes recibieron quimioterapia.
6. Proporción de pacientes con diagnóstico de LNH quienes recibieron radioterapia.
7. Proporción de pacientes con LNH CD20+ que recibieron rituximab (LBDCG – Folicular – Manto).
8. Proporción de pacientes diagnosticados con LNH en cuidados paliativos (estadios avanzados).
9. Oportunidad de toma de biopsia (tiempo entre la consulta o remisión para diagnóstico y la toma de la biopsia para estudio histopatológico).
10. Oportunidad de confirmación diagnóstica (tiempo desde la realización de la biopsia hasta la confirmación del diagnóstico).
11. Oportunidad de tratamiento (tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento).
12. Oportunidad en la realización de trasplante (tiempo entre la remisión a trasplante y la realización).
13. Tasa de remisión.
14.1. Tasa de letalidad (estadios limitados).
14.2. Tasa de letalidad (estadios avanzados).
15. Supervivencia global.

Se debe resaltar que para el indicador de supervivencia global, se presentaron nuevas estimaciones en el periodo 2024 en un informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014 - 2022 (2).

En cuanto a la detección temprana, los resultados del último periodo fueron similares a los del anterior y se mantiene un bajo desempeño en la proporción de casos diagnosticados en estadios I y II durante los últimos años. Asimismo, en el régimen contributivo, los resultados fueron comparables con el valor nacional, mientras que en el subsidiado el porcentaje ha sido menor desde el 2024, lo que evidencia un cambio relevante en la identificación de casos en estadios tempranos en este régimen.

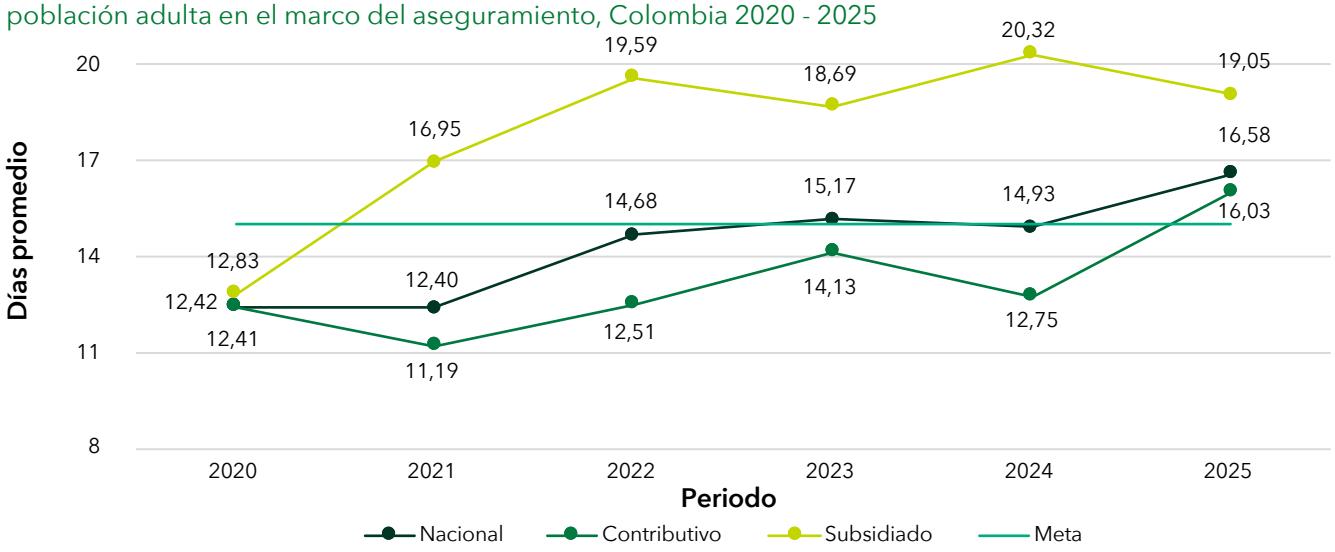
Figura 9.3. Tendencia de la proporción de casos nuevos en estadios I y II al momento del diagnóstico de LNH de la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025



Descargar figura

Por lo que corresponde a la oportunidad diagnóstica, la tendencia de los últimos seis periodos ha estado marcada por el aumento del tiempo. En 2025, el promedio de días en el régimen contributivo superó los 15 días definidos como meta; en contraste, en el subsidiado se redujo el tiempo de espera, lo que disminuyó la brecha entre los regímenes en aproximadamente tres días.

Figura 9.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de LNH en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025



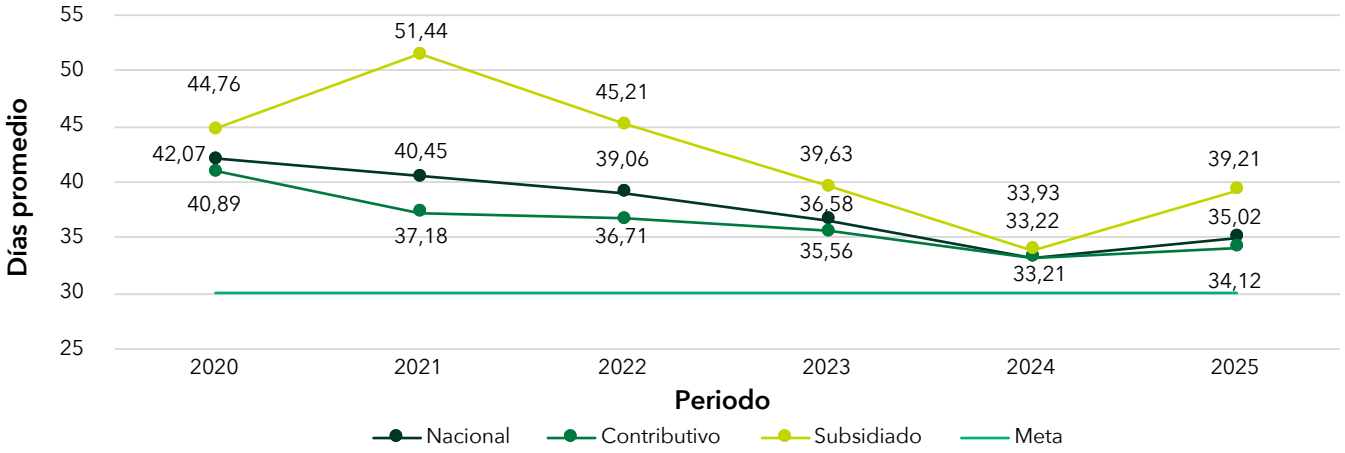
Tiempo entre la toma de la biopsia y la confirmación diagnósticas.
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: de 16,58 días (± 15,84) en la medición nacional, de 16,03 días (± 14,40) en el régimen contributivo y de 19,05 días (± 20,97) en el subsidiado.
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: de 13 días (RIC: 7 - 21) en la medición nacional, de 13 días (RIC: 7 - 20) en el régimen contributivo y de 14 días (RIC: 7 - 24) en el subsidiado.

Descargar figura

En cuanto al acceso para iniciar el tratamiento, la tendencia decreciente en los tiempos de espera observada desde 2021 y que está orientada a lograr el inicio dentro de los 30 días, se revirtió en el periodo 2025. En este último periodo se evidenció un aumento en los tiempos que fue más marcado en el régimen subsidiado, lo que generó una brecha de aproximadamente cinco días frente al contributivo.

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

Figura 9.5. Tendencia de la oportunidad de inicio del tratamiento en los casos nuevos de LNH en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025



Tiempo entre el diagnóstico histopatológico y el primer tratamiento.
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: de 35,02 días (± 40,80) en la medición nacional, de 34,12 días (± 40,48) en el régimen contributivo y de 39,21 días (± 43,45) en el subsidiado.
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: de 21 días (RIC: 8 - 46) en la medición nacional, de 21 días (RIC: 8 - 45) en el régimen contributivo y de 24 días (RIC: 10 - 54) en el subsidiado.

Descargar figura

En la **tabla 9.13** se presentan los resultados de la gestión del riesgo según la región de residencia. En comparación con el 2024, se evidenciaron avances durante la etapa diagnóstica. En todas las regiones aumentó la proporción de casos estadificados; el mejor desempeño se observó en Bogotá, D. C. Asimismo, incrementó la detección temprana y se identificó un ligero aumento en la proporción de casos nuevos con clasificación de riesgo, con el mejor desempeño en la región Amazonía-Orinoquía. Aunque estos resultados aún no alcanzan las metas definidas, reflejan los esfuerzos realizados en las regiones para mejorar la gestión de estos casos.

De otra parte, en 2025, el mayor porcentaje de casos con acceso a quimioterapia, radioterapia y tratamiento con rituximab se concentró en la región Central. Por otro lado, la mayor proporción de casos avanzados con acceso a cuidados paliativos se registró en la región Pacífica.

Con respecto a las oportunidades de atención, los menores tiempos para la toma de la biopsia y la confirmación diagnóstica se observaron en las regiones Amazonía-Orinoquía, Pacífica y Oriental. No obstante, persistieron diferencias en el inicio del tratamiento; los mayores promedios de días se presentaron en algunas regiones alejadas del centro del país, como en la región Caribe. Es importante trabajar en estas inequidades de la atención que impactan negativamente la supervivencia, en especial en la atención de aquellos subtipos agresivos como los linfomas de Burkkit y el linfoma de células del manto. Puntualmente, en el acceso al trasplante se observan barreras dentro de las regiones; es el caso del resultado para Bogotá, D. C., donde el tiempo desde la remisión hasta este tratamiento osciló entre los 52 y los 235 días en promedio.

En este sentido, la variabilidad observada en los tiempos de diagnóstico y tratamiento, así como los del acceso a las terapias y los cuidados paliativos, es coherente con lo descrito en los resultados por regímenes, en donde las brechas se relacionan con la disponibilidad de servicios especializados y la articulación de la ruta de atención oncológica.

Tabla 9.13. Indicadores de gestión del riesgo en la población adulta con LNH según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Número		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Código[1]		LNHA_01	LNHA_02	LNHA_03	LNHA_04	LNHA_05	LNHA_06	LNHA_07
Semaforización		Por definir	> 90 % > 80 - ≤ 90 % ≤ 80 %	> 60 % > 50 - ≤ 60 % ≤ 50 %	> 90 % > 80 - ≤ 90 % ≤ 80 %	> 90 % > 80 - ≤ 90 % ≤ 80 %	Por definir	Por definir
Región	Amazonía-Orinoquía	8,33	70,83	11,76	62,50	79,17	4,17	66,67
	Bogotá, D. C.	36,23	72,83	29,19	61,00	74,12	3,51	67,21
	Caribe	27,16	64,20	21,79	53,09	76,54	1,65	63,73
	Central	32,84	68,89	22,58	54,57	80,49	6,42	67,38
	Oriental	30,31	68,29	18,88	55,40	70,73	3,48	57,72
	Pacífica	27,54	63,41	25,14	53,62	69,57	6,16	62,83
Nacional		**31,53**	**68,52**	**24,24**	**56,42**	**74,72**	**4,34**	**64,58**

Tabla 9.13. Indicadores de gestión del riesgo en la población adulta con LNH según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 (continuación)

Número		8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.1.	14.2.
Código[1]		LNHA_08	LNHA_09	LNHA_10	LNHA_11	LNHA_12	LNHA_13	LNHA_14_1	LNHA_14_2
Semaforización		> 25 % > 15 - ≤ 25 % ≤ 15 %	≤ 15 días > 15 - 29 días ≥ 30 días	≤ 15 días > 15 - 29 días ≥ 30 días	≤ 30 días > 30 - 59 días ≥ 60 días	Por definir	> 35 % > 30 - ≤ 35 % ≤ 30 %	Por definir	Por definir
Región	Amazonía-Orinoquía	13,33	13,22	7,30	43,84	SD	5,05	0,00	13,33
	Bogotá, D. C.	38,46	30,53	16,70	31,23	136,40	5,77	6,96	16,48
	Caribe	25,62	30,87	24,93	40,72	63,00	5,13	11,76	16,53
	Central	41,12	37,63	15,56	34,33	32,67	8,30	3,17	15,42
	Oriental	39,49	28,99	14,19	33,43	49,67	5,90	2,70	18,47
	Pacífica	44,27	19,63	13,08	39,53	81,50	5,68	11,36	19,85
Nacional		**37,98**	**29,87**	**16,58**	**35,02**	**73,71**	**6,48**	**6,78**	**17,01**

[1] Código del indicador en HIGIA.
SD: sin dato.

Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia. Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con linfoma No Hodgkin y linfoma Hodgkin en Colombia [en línea]. 2018. p. 1-114. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-adultos-con-linfoma-no-hodgkin-y-linfoma-hodgkin-en-colombia/
2. Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014 - 2022; Bogotá, D. C. 2025. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/informe-de-supervivencia-2014-2022/

CAC
Cuenta de Alto Costo

10

Linfoma Hodgkin (LH)

RESUMEN infográfico

Linfoma Hodgkin (LH)

2 de enero de 2024 al 1° de enero de 2025

10

Morbimortalidad del LH



Ocupó el **segundo lugar** entre las leucemias y linfomas diagnosticados durante el periodo, con 13,19 % de los casos nuevos hematológicos reportados.



La mortalidad general estandarizada fue de **0,51 fallecimientos** por 100.000 habitantes de 18 años o más (IC 95 %: 0,44 - 0,58).



El número total de casos nuevos, prevalentes y fallecidos en **el periodo** fue de 352, 6.979 y 207, respectivamente.

Tanto la PCNR como la prevalencia fueron mayores en Bogotá, D. C. La mortalidad más alta se observó en la región Caribe.

Caracterización de los casos nuevos de LH

La mediana de edad fue de 41 años (RIC: 28 - 62).

El 62,50 % de los casos correspondió al sexo masculino.

La estadificación mediante clasificación de Lugano se realizó en el 78,41 % de los casos.

Evaluación de la gestión del riesgo en LH

En 2025 aumentó la proporción de casos en estadios tempranos respecto a los dos periodos previos, aunque continúa por debajo de la meta (> 60 %).

La proporción nacional de **casos diagnosticados** en estadios I y II fue de 38,77 %.

Descargar infografía

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

10. Linfoma Hodgkin (LH) en la población adulta

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

10.1. Morbimortalidad del LH en la población adulta

En este capítulo se presenta la información de las personas de 18 años o más con LH; los casos en los menores se describen en el libro de la situación del cáncer en la población pediátrica. Dentro de los casos diagnosticados durante el periodo 2025, entre las leucemias y linfomas, el LH ocupó el segundo lugar de frecuencia con el 13,19 % (n= 352) de los casos nuevos. A su vez, un total de 6.979 adultos con LH fueron atendidos en el país y 207 fallecieron por todas las causas **(tabla 10.1).**

Tabla 10.1. Medidas de frecuencia del LH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Medida	Casos[1]	Medida cruda[2,3]	Medida ajustada[2,4]	IC 95 %[5]
PCNR	352	0,92	0,91	(0,82 - 1,01)
Prevalencia	6.979	18,30	18,15	(17,73 - 18,58)
Mortalidad[6]	207	0,54	0,51	(0,44 - 0,58)

[1] Incluye todos los casos de LH en los adultos de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.
[3] La población de referencia corresponde a las proyecciones del DANE para el año 2024.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
[6] **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC**: intervalo de confianza.

10.1.1. PCNR de LH en la población adulta según la región y la entidad territorial

Entre las regiones, la PCNR estandarizada más elevada se presentó en Bogotá, D. C., con 1,72 casos nuevos por 100.000 adultos; por el contrario, la región Amazonía-Orinoquía registró la menor con 0,18 CNR **(tabla 10.2).** Las cifras de los entes territoriales muestran que el departamento del Amazonas registró un valor cercano al de Bogotá, D. C., (1,95), entre tanto, en el Cauca, Putumayo, Cesar y Cundinamarca se presentaron las más bajas, con menos de 1 caso diagnosticado durante el periodo. Asimismo, en ocho departamentos no se reportaron casos nuevos en el periodo.

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

Tabla 10.2. PCNR de LH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	2	1.005.401	0,20	0,18	(0,02 - 0,71)
Bogotá, D. C.	105	6.143.271	1,71	1,72	(1,40 - 2,08)
Caribe	62	8.180.724	0,76	0,77	(0,59 - 0,98)
Central	86	9.282.928	0,93	0,90	(0,72 - 1,11)
Oriental	55	7.297.396	0,75	0,75	(0,56 - 0,97)
Pacífica	42	6.229.684	0,67	0,65	(0,47 - 0,88)
Nacional	**352**	**38.139.404**	**0,92**	**0,91**	**(0,82 - 1,01)**

[1] Incluye todos los casos nuevos de LH en los adultos de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] Informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

10.1.2. PCNR de LH en la población adulta según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

Como se observa en la **tabla 10.3,** la PCNR estandarizada fue significativamente mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado. En las entidades aseguradoras, los valores más altos se presentaron en la EPS046, la EPS001 y la EPS008 con 4,30, 2,06 y 2,04, respectivamente. Por otra parte, la ESS062, la EPSI03 y la EPS037 tuvieron las menores PCNR con 0,09, 0,19 y 0,30 casos nuevos por 100.000 adultos afiliados. Además, en diez entidades de los regímenes contributivo y subsidiado no se informaron CNR en el periodo.

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 10.3. PCNR de LH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	242	22.447.499	1,08	1,08	(0,95 - 1,23)
Subsidiado	96	14.628.600	0,66	0,64	(0,52 - 0,78)
Excepción	14	1.650.130	0,85	0,93	(0,47 - 1,62)
Especial	0	36.635	0,00	NA	NA
No asegurado	0	SD	SD	SD	SD
Planes voluntarios de salud	0	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye todos los casos nuevos de LH en los adultos de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] Informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada y los planes voluntarios de salud, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **NA:** no aplica; **SD:** sin dato.

10.1.3. Prevalencia del LH en la población adulta según la región y la entidad territorial

Las regiones del país con la prevalencia estandarizada más alta fueron Bogotá, D. C., y la Central con más de 20 casos por 100.000 adultos, mientras que en la Amazonía-Orinoquía se identificó la más baja con 6,32 casos **(tabla 10.4).** A su vez, después de Bogotá, D. C., Antioquia obtuvo la segunda prevalencia más alta (26,32). En cambio, en Chocó (2,29), Vichada (2,94) y Guaviare (3,06) se reportaron las más bajas. En los departamentos de Guainía y Vaupés no se informaron adultos con LH en el periodo.

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

Tabla 10.4. Prevalencia del LH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia cruda[3]	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	62	1.005.401	6,17	6,32	(4,83 - 8,13)
Bogotá, D. C.	1.661	6.143.271	27,04	26,80	(25,52 - 28,12)
Caribe	1.014	8.180.724	12,39	12,46	(11,70 - 13,25)
Central	2.177	9.282.928	23,45	23,05	(22,08 - 24,05)
Oriental	1.172	7.297.396	16,06	15,93	(15,02 - 16,87)
Pacífica	893	6.229.684	14,33	14,19	(13,27 - 15,16)
Nacional	**6.979**	**38.139.404**	**18,30**	**18,15**	**(17,73 - 18,58)**

[1] Incluye todos los casos nuevos de LH en los adultos de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] Informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

10.1.4. Prevalencia del LH en la población adulta según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada del régimen contributivo fue 1,75 veces mayor a la del subsidiado **(tabla 10.5).** Por su parte, en las EAPB, los valores más altos se presentaron en la EAS016 con 35,21 y la EPS001 con 29,10 casos por 100.000 adultos afiliados, mientras que en la CCF102 se encontró la menor cifra con menos de un caso (0,66). También, en este periodo no fueron informados adultos con esta neoplasia dentro de los afiliados de la EPS047.

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

Tabla 10.5. Prevalencia del LH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia cruda[3]	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	4.749	22.447.499	21,16	20,78	(20,19 - 21,39)
Subsidiado	1.734	14.628.600	11,85	11,85	(11,29 - 12,43)
Excepción	262	1.650.130	15,88	15,95	(13,92 - 18,18)
No asegurado	3	SD	SD	SD	SD
Especial	2	36.635	5,46	16,03	(1,80 - 58,81)
Planes voluntarios de salud	1	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	228	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye todos los casos nuevos de LH en los adultos de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] Informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, las entidades liquidadas y los planes voluntarios de salud, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.
IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

10.1.5. Mortalidad del LH en la población adulta según la región y la entidad territorial

En la cohorte en seguimiento, ninguna de las regiones alcanzó una mortalidad general estandarizada de al menos un fallecido por 100.000 adultos; la cifra más alta fue de 0,56 muertes en la región Caribe. En contraste, el departamento de Sucre alcanzó el valor de una defunción en adultos con LH, mientras que en Boyacá y La Guajira se presentó la menor mortalidad, con 0,18 y 0,20, respectivamente. En siete departamentos no se reportaron defunciones durante el periodo. De estos, Arauca, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Amazonas, Guaviare y Vichada registraron dos o más casos prevalentes, mientras que en Guainía y Vaupés no se identificaron casos prevalentes de la enfermedad.

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

Tabla 10.6. Mortalidad general del LH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Muertes[1]	Denominador[2]	Mortalidad cruda[3]	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	2	1.005.401	0,20	0,24	(0,03 - 0,85)
Bogotá, D. C.	35	6.143.271	0,57	0,55	(0,38 - 0,76)
Caribe	45	8.180.724	0,55	0,56	(0,41 - 0,75)
Central	57	9.282.928	0,61	0,53	(0,40 - 0,69)
Oriental	32	7.297.396	0,44	0,41	(0,28 - 0,58)
Pacífica	36	6.229.684	0,58	0,53	(0,37 - 0,74)
Nacional	**207**	**38.139.404**	**0,54**	**0,51**	**(0,44 - 0,58)**

[1] Incluye las muertes por todas las causas en los adultos con LH de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] Informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

10.1.6. Mortalidad del LH en la población adulta según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

En los regímenes contributivo, subsidiado y de excepción, la mortalidad estandarizada no presentó diferencias significativas, sus valores se encontraron entre los 0,5 y 0,3 muertes por todas las causas. Por su parte, las entidades EPS018 y EPS012 presentaron las cifras más altas, con 0,95 y 0,90 fallecimientos por 100.000 adultos afiliados, respectivamente. En cambio, el menor valor se identificó en la EPSS41 con 0,17. A su vez, diez entidades de los regímenes contributivo y subsidiado no reportaron defunciones en mayores de 17 años con LH durante el periodo. Dentro de estas EAPB, nueve presentaron al menos un caso prevalente.

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 10.7. Mortalidad general del LH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Muertes[1]	Denominador[2]	Mortalidad cruda[3]	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	121	22.447.499	0,54	0,48	(0,40 - 0,58)
Subsidiado	77	14.628.600	0,53	0,49	(0,39 - 0,62)
Excepción	6	1.650.130	0,36	0,31	(0,11 - 0,72)
Especial	0	36.635	0,00	NA	NA
No asegurado	0	SD	SD	SD	SD
Planes voluntarios de salud	0	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	3	SD	SD	SD	SD

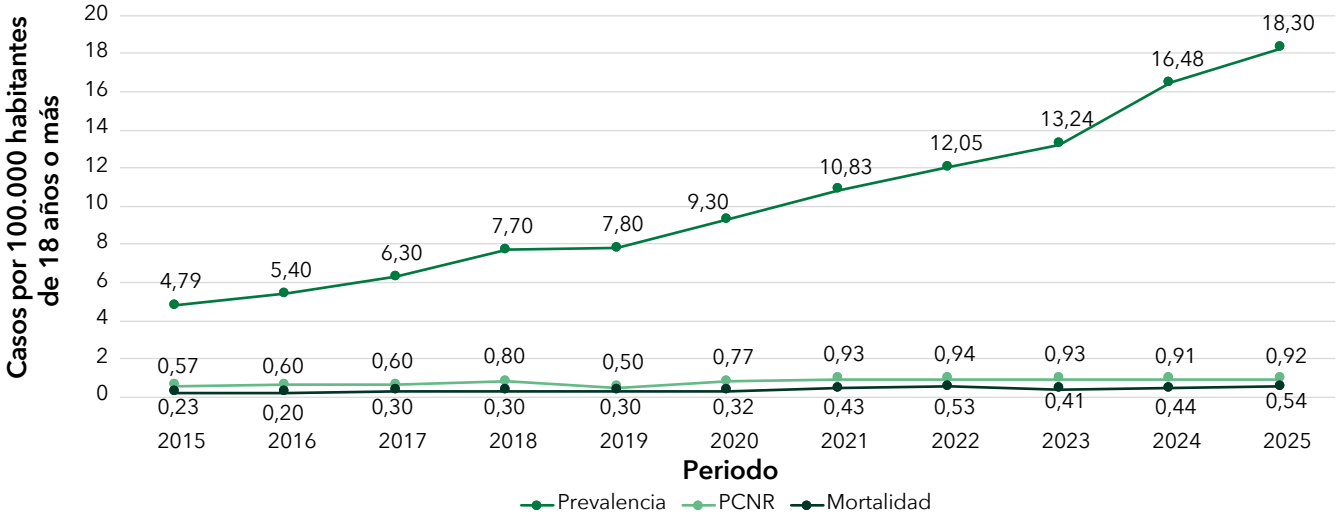
[1] Incluye las muertes por todas las causas en los adultos con LH de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] Informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud y las entidades liquidadas, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.
IC: intervalo de confianza; **NA:** no aplica; **SD:** sin dato.

10.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LH en el aseguramiento en Colombia

El seguimiento de los adultos con LH mostró un aumento sostenido en los casos prevalentes, los cuales se duplicaron frente a lo reportado en 2019. Este comportamiento puede asociarse con la alta supervivencia de esta neoplasia en comparación con el linfoma no Hodgkin (LNH). Por otra parte, en 2025 se registró un incremento del 22,73 % en el número de muertes con respecto al periodo anterior, lo cual podría estar relacionado tanto con el crecimiento de la cohorte de pacientes en seguimiento, que incrementa el número de personas en riesgo de morir, como con las posibles dificultades presentes en el acceso o la continuidad de la atención oncológica y con otros factores clínicos o del contexto que pueden influir en los desenlaces.

En 2025, las medidas de morbimortalidad del LH en la población adulta mostraron un aumento frente al periodo anterior **(figura 10.1),** la proporción de casos nuevos aumentó 1,10 %, mientras que en la prevalencia el crecimiento fue de un 11,04 %.

Figura 10.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la población adulta con LH en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2025



Incluye los casos de LH en la población adulta de la cohorte en seguimiento por la CAC.
Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 100.000 habitantes de 18 años o más.
Mortalidad: corresponde al número de casos fallecidos por todas las causas de la cohorte en seguimiento por la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

Descargar figura

10.2. Caracterización de los casos nuevos de LH en la población adulta

10.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LH

La **tabla 10.8** presenta una caracterización general de los casos nuevos de LH según el régimen del aseguramiento. Los casos diagnosticados durante el periodo se encontraban afiliados principalmente a los regímenes contributivo, subsidiado y de excepción. Asimismo, la mayoría correspondió al sexo masculino y el 3,12 % de los casos se presentó en la población afrodescendiente. En cuanto a la distribución geográfica, el mayor número de casos nuevos se concentró en Bogotá, D. C., seguida de la región Central.

Adicionalmente, en todos los regímenes del aseguramiento, la mediana de la edad fue de 41 años (RIC: 28 - 62). También, la mayor proporción de la población adulta afrodescendiente que fue diagnosticada con LH pertenecía al régimen contributivo y, a diferencia de los demás regímenes, en el subsidiado los casos se concentraron principalmente en la región Caribe.

Tabla 10.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento			Total
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	
	n= 242	n= 96	n= 14	n= 352
	(68,75 %)	(27,27 %)	(3,98 %)	(100,00 %)
Sexo				
Femenino	94 (38,84)	34 (35,42)	4 (28,57)	132 (37,50)
Masculino	148 (61,16)	62 (64,58)	10 (71,43)	220 (62,50)
Edad	40 (28 - 61)	44 (29 - 64)	46 (27 - 69)	41 (28 - 62)
Etnia				
Ninguna	232 (95,87)	91 (94,79)	13 (92,86)	336 (95,45)
Negro	8 (3,31)	2 (2,08)	1 (7,14)	11 (3,12)
Indígena	0 (0,00)	3 (3,12)	0 (0,00)	3 (0,85)
Otro[2]	2 (0,83)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,57)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	1 (1,04)	1 (7,14)	2 (0,57)
Bogotá, D. C.	93 (38,43)	7 (7,29)	5 (35,71)	105 (29,83)
Caribe	23 (9,50)	35 (36,46)	4 (28,57)	62 (17,61)
Central	66 (27,27)	18 (18,75)	2 (14,29)	86 (24,43)
Oriental	35 (14,46)	18 (18,75)	2 (14,29)	55 (15,63)
Pacífica	25 (10,33)	17 (17,71)	0 (0,00)	42 (11,93)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).
[2] Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

10.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LH

A continuación, se describen las características clínicas de los casos nuevos según su afiliación al sistema de salud **(tabla 10.9).** En los últimos cuatro periodos, la estadificación se realizó en más del 75,00 % de los casos nuevos. En cuanto a la clasificación de Lugano, se observó un aumento del 33,19 % en comparación con el periodo anterior, además se resalta que esta práctica se realizó en una mayor proporción desde 2020. Este avance favorece la caracterización clínica de los casos y facilita la selección del manejo terapéutico más adecuado.

De otra parte, el 61,23 % de los casos se identificó en estadios avanzados y más de la mitad se clasificó como de alto riesgo. Además, aunque en el periodo analizado no se registraron casos con compromiso extraganglionar, este hallazgo debe interpretarse con cautela, dado que esta afectación constituye una manifestación clínica frecuente.

Finalmente, al comparar los resultados por régimen, se observó un comportamiento similar en la proporción de casos con estadificación y clasificación del riesgo. No obstante, en el régimen de excepción los casos se concentraron principalmente en los estadios III y II, a diferencia de los demás regímenes, en los que predominaron los estadios IV y III.

Tabla 10.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento			Total
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	
	n= 242	n= 96	n= 14	n= 352
	(68,75 %)	(27,27 %)	(3,98 %)	(100,00 %)
Estadificación (sí)[2]	197 (81,40)	69 (71,88)	10 (71,43)	276 (78,41)
Estadio al diagnóstico[2,3]				
Estadio I	20 (10,15)	10 (14,49)	1 (10,00)	31 (11,23)
Estadio II	53 (26,90)	20 (28,99)	3 (30,00)	76 (27,54)
Estadio III	37 (18,78)	18 (26,09)	5 (50,00)	60 (21,74)
Estadio IV	87 (44,16)	21 (30,43)	1 (10,00)	109 (39,49)
Clasificación del riesgo (sí)[4]	198 (81,82)	69 (71,88)	10 (71,43)	277 (78,69)
Estadios de riesgo[4,5]				
Bajo	68 (34,34)	22 (31,88)	4 (40,00)	94 (33,94)
Intermedio Bajo	0 (0,00)	1 (1,45)	0 (0,00)	1 (0,36)
Alto	130 (65,66)	46 (66,67)	6 (60,00)	182 (65,70)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables.
[2] Definida según la clasificación de Lugano.
[3] Incluye todos los casos nuevos de LH en la población adulta que fueron estadificados.
[4] Clasificación del riesgo de acuerdo con el instructivo de reporte de la CAC.
[5] Incluye todos los casos nuevos de LH en los adultos con clasificación del riesgo.

10.2.3. Caracterización del tratamiento de los casos nuevos de LH

Durante el periodo 2025, el 77,56 % de los casos nuevos recibió algún tratamiento. Las terapias sistémicas fueron las más frecuentemente administradas y en diez casos fue necesario la adición de radioterapia. A su vez, en otros tratamientos de los CNR, se identificó un caso en estadio IV sometido a trasplante autólogo y 92 casos recibieron cuidados paliativos, de los cuales el 43,48 % se encontraba en estadio IV.

En la **tabla 10.10** se muestra la distribución del tratamiento de acuerdo con el estadio clínico. Se observó que, en los estadios I, II y III, más del 90% de los casos recibió algún tratamiento y de estos el 100 % fue terapia sistémica, mientras que la radioterapia se utilizó con mayor frecuencia en estadios tempranos (I y II). Así, la terapia sistémica continúa siendo el estándar de tratamiento para los pacientes con LH.

Entre los 79 casos que no recibieron tratamiento, el 21,52 % (n= 17) fue diagnosticado durante los tres últimos meses del periodo. Adicionalmente, 25 de estos fallecieron, a 37 se les desconocía el estadio clínico y los siete restantes se encontraban en seguimiento antes del inicio del tratamiento.

Tabla 10.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de LH en los adultos según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Estadio al diagnóstico					Total
	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	Desconocido	
	n= 31	n= 76	n= 60	n= 109	n= 76	n= 352
	(8,81 %)	(21,59 %)	(17,05 %)	(30,97 %)	(21,59 %)	(100,00 %)
Casos que recibieron algún tratamiento	27 (87,10)	72 (94,74)	55 (91,74)	100 (91,74)	19 (25,00)	273 (77,56)
Tipo de tratamiento prescrito[2]						
Terapia sistémica[3]	26 (96,30)	72 (100,00)	55 (100,00)	100 (100,00)	19 (100,00)	272 (99,63)
Radioterapia	3 (11,11)	4 (5,56)	1 (1,82)	2 (2,00)	1 (5,26)	11 (4,03)

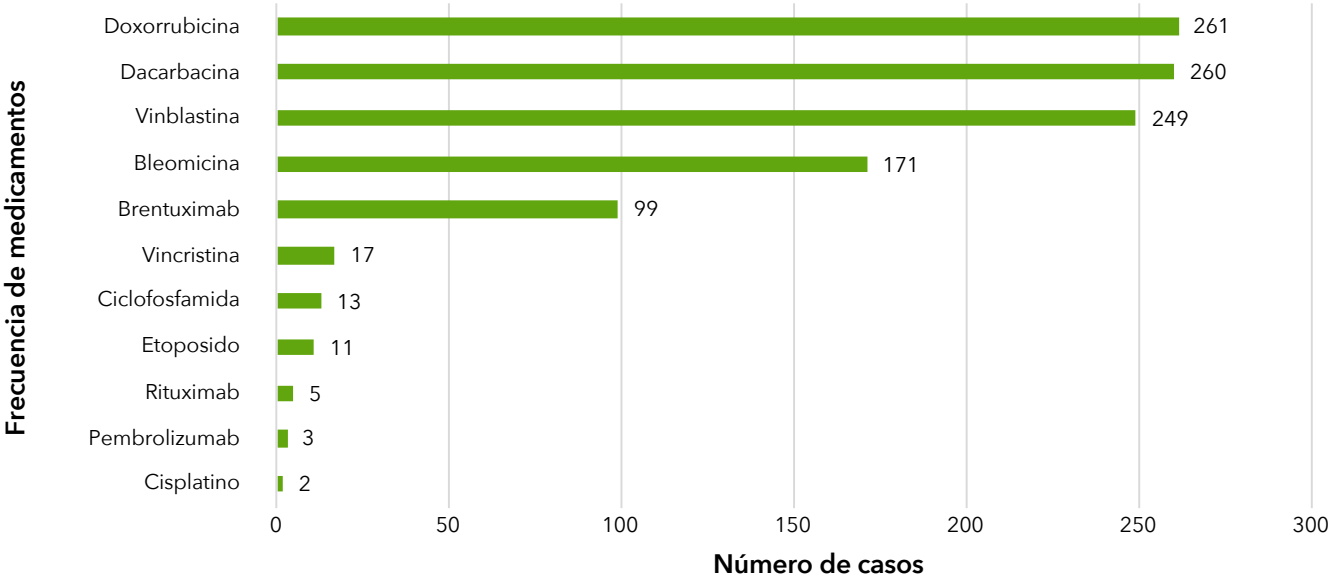
[1] Los valores corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables.
[2] El tipo de tratamiento no es mutuamente excluyente, un mismo paciente pudo haber recibido más de un tipo de terapia.
[3] En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

A continuación, la **figura 10.2** describe los medicamentos administrados con más frecuencia en los casos nuevos de LH en la población adulta. Es importante puntualizar que los datos presentados corresponden a frecuencias absolutas, es decir, no se tiene en cuenta el uso concomitante de uno o más fármacos.

De acuerdo con la frecuencia de los principios activos administrados, se identificó un mayor uso de esquemas de quimioterapia compatibles con combinaciones como el ABVD (doxorrubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina), considerado el estándar de primera línea para el manejo del LH en estadios I, II y III en Colombia. Además, se identifica también el uso de esquemas como el A - AVD (brentuximab vedotin, doxorrubicina, bleomicina, dacarbazina) en pacientes con LH estadio IV.

Adicionalmente, se reportó el uso de medicamentos como la vincristina, la ciclofosfamida y el etopósido, posiblemente utilizados en esquemas de segunda línea de manejo en pacientes recaídos o refractarios: ICE, DHAP o ESHAP. También se observó la administración de terapias dirigidas, como el brentuximab vedotin, y de inmunoterapia, como el pembrolizumab, cuyo uso suele asociarse a líneas avanzadas de manejo.

Figura 10.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2025



Incluye todos los casos nuevos de LH en la población adulta.

Descargar figura

10.3. Caracterización de los casos prevalentes de LH en la población adulta

La **tabla 10.11** resume las principales características de los casos prevalentes de LH en la población adulta, según el régimen del aseguramiento. En el país, se observó una mayor proporción de casos en hombres que en mujeres. En general, la mayoría se ubicó entre los 30 y los 60 años y el 1,88 % pertenecía a algún grupo étnico, especialmente a la población afrodescendiente. Los casos se concentraron principalmente en la región Central y en Bogotá, D. C.

Respecto a la distribución por regiones de residencia y regímenes, se observó una mayor concentración de casos en la región Caribe en el régimen subsidiado, en comparación con los demás grupos del aseguramiento.

De forma complementaria a la información presentada en la tabla, se identificaron dos casos afiliados al régimen especial residentes en la región Central; una mujer afiliada a planes voluntarios de salud y tres hombres de la población no asegurada.

Tabla 10.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LH en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento			Total[2,3]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	
	n= 4.749	n= 1.734	n= 262	n= 6.751
	(70,35 %)	(25,69 %)	(3,88 %)	(100,00 %)
Sexo				
Femenino	2.210 (46,54)	752 (43,37)	92 (35,11)	3.056 (45,27)
Masculino	2.539 (53,46)	982 (56,63)	170 (64,89)	3.695 (54,73)
Edad	42 (31 - 59)	40 (28 - 59)	47 (34 - 67)	42 (30 - 60)
Etnia				
Ninguna	4.675 (98,44)	1.684 (97,12)	259 (98,85)	6.624 (98,12)
Negro	66 (1,39)	16 (0,92)	3 (1,15)	85 (1,26)
Indígena	4 (0,08)	30 (1,73)	0 (0,00)	34 (0,50)
Otro[4]	4 (0,08)	4 (0,23)	0 (0,00)	8 (0,12)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	25 (0,53)	34 (1,96)	3 (1,15)	62 (0,92)
Bogotá, D. C.	1.341 (28,24)	161 (9,28)	73 (27,86)	1.576 (23,34)
Caribe	457 (9,62)	487 (28,09)	35 (13,36)	979 (14,50)
Central	1.541 (32,45)	488 (28,14)	87 (33,21)	2.120 (31,40)
Oriental	791 (16,66)	300 (17,30)	47 (17,94)	1.139 (16,87)
Pacífica	594 (12,51)	264 (15,22)	17 (6,49)	875 (12,96)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).
[2] Para los valores totales se tienen en cuenta dos casos del régimen especial, uno de los planes voluntarios de salud y tres de la población no asegurada.
[3] No se incluyeron los datos de 228 casos prevalentes que no se reportaron en el periodo actual porque pertenecen a entidades liquidadas.
[4] Incluye la población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

10.4. Indicadores de gestión del riesgo en la población adulta con LH

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

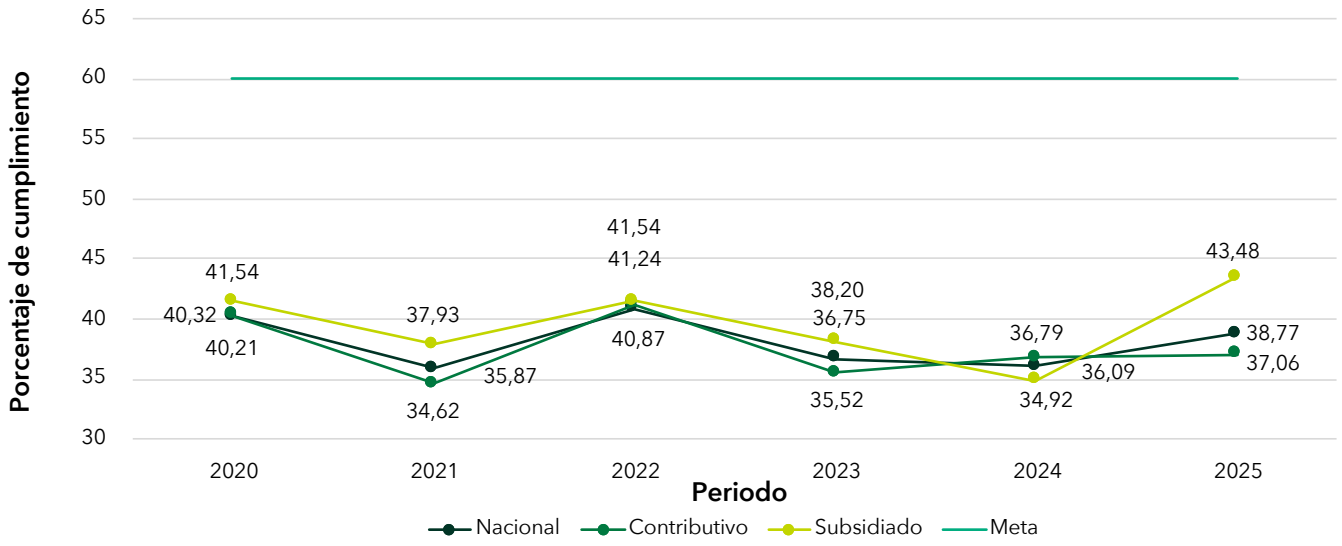
1. Proporción de pacientes con diagnóstico de LH a quienes se le realizó biopsia escisional o aguja gruesa guiada por imágenes y cuentan con las coloraciones básicas y las coloraciones de inmunohistoquímica.
2. Proporción de pacientes con diagnóstico de LH a quienes se les realizó estadificación completa Ann Arbor con modificación de Cost-wolds o clasificación de Lugano.
3. Proporción de pacientes con diagnóstico de LH en estadios I y II.
4. Proporción de pacientes diagnosticados con clasificación de riesgo IPS CNR.
5. Proporción de pacientes con diagnóstico de LH quienes recibieron quimioterapia.
6. Proporción de pacientes con diagnóstico de LH quienes recibieron radioterapia.
8. Proporción de pacientes diagnosticados con LH en cuidados paliativos (estadios avanzados).
9. Oportunidad de toma de biopsia (tiempo entre la consulta o remisión para diagnóstico y la toma de la biopsia para estudio histopatológico).
10. Oportunidad de confirmación diagnóstica (tiempo desde la realización de la biopsia hasta la confirmación del diagnóstico).

11. Oportunidad de tratamiento (tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento).
12. Oportunidad en la realización de trasplante (tiempo entre la remisión a trasplante y la realización).
13. Tasa de remisión.
14.1. Tasa de letalidad (estadios limitados).
14.2. Tasa de letalidad (estadios avanzados).
15. Supervivencia global.

Es de destacar que el indicador 15 de supervivencia global se calculó recientemente y sus resultados fueron publicados en el Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014 - 2022 (2).

Los resultados de 2025 mostraron que, a diferencia de la tendencia observada en los dos periodos anteriores, aumentó la proporción de casos diagnosticados en estadios I y II. Esta situación fue más favorable en el régimen subsidiado, cuyo resultado superó los porcentajes calculados desde 2020. Aunque se evidenció una mejor respuesta para este indicador, el incremento no fue considerable y aún se requieren mayores esfuerzos para alcanzar la meta definida. Asimismo, durante el periodo de análisis se observó un incremento en la brecha entre regímenes, con una diferencia más amplia a la calculada en los últimos periodos.

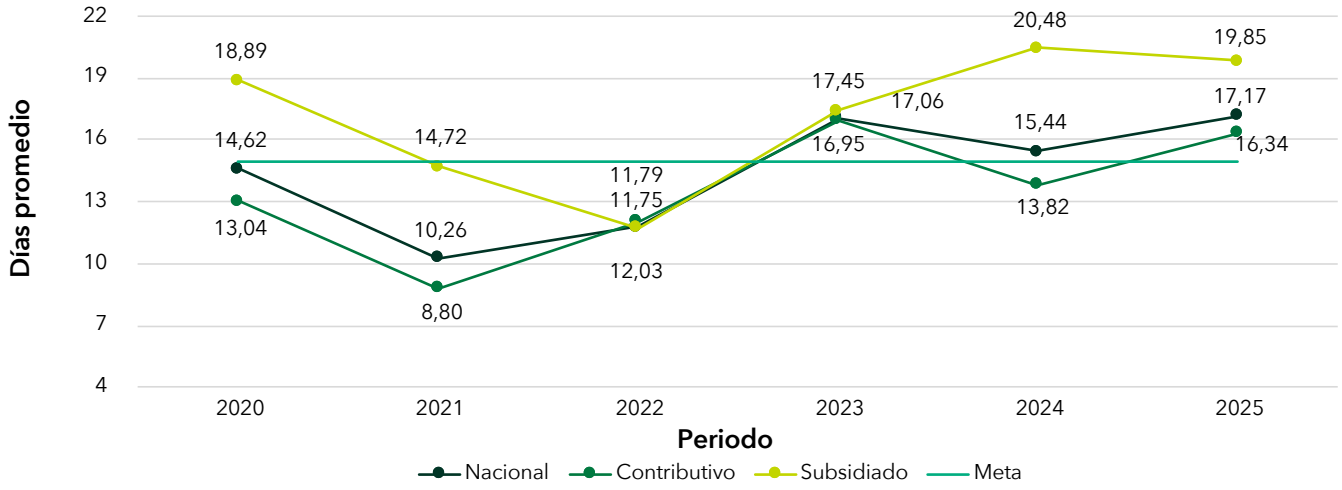
Figura 10.3. Tendencia de la proporción de casos nuevos en estadios I y II al momento del diagnóstico de LH en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025



Descargar figura

Por segundo periodo consecutivo, el tiempo para la confirmación diagnóstica se mantuvo por encima de los 15 días, con un promedio superior al observado desde 2020. En el último periodo, la diferencia en las oportunidades entre los regímenes se redujo a cerca de cuatro días **(figura 10.4);** aun así, la espera continuó siendo mayor en el régimen subsidiado.

Figura 10.4. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de LH en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025

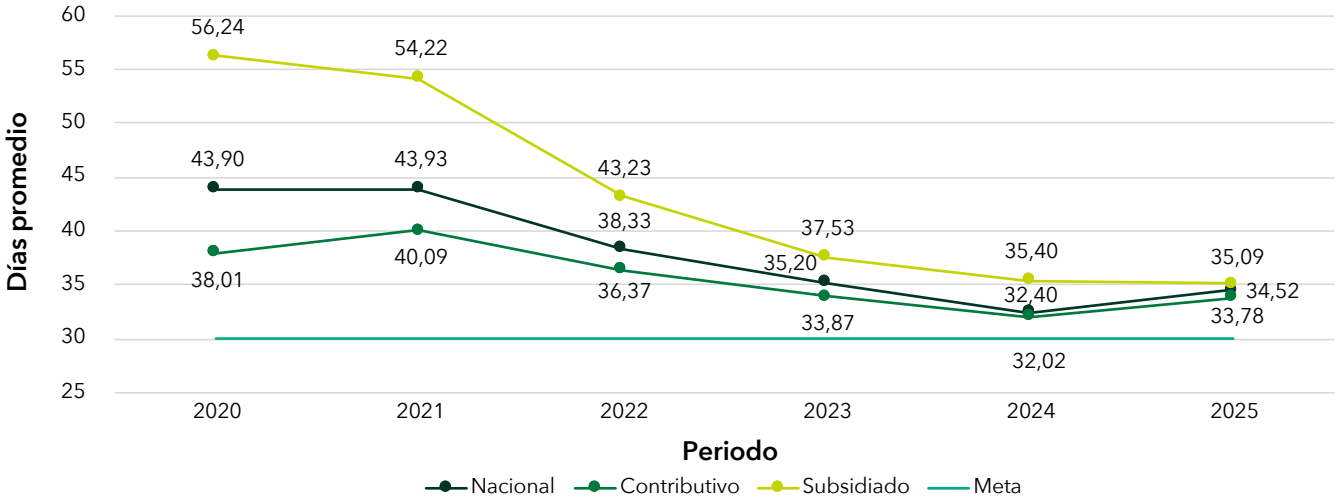


Oportunidad diagnóstica: tiempo entre la toma de la biopsia y la confirmación diagnóstica.
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: de 17,17 días (± 13,96) en la medición nacional, de 16,34 días (± 12,55) en el régimen contributivo y de 19,85 días (± 18,46) en el subsidiado.
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: nacional 13 días (RIC: 8 - 21), contributivo 13 días (RIC: 8 - 20), y subsidiado 14 días (RIC: 8 - 28).

Descargar figura

A partir de 2021, el acceso al inicio del tratamiento en los casos de LH en la población adulta mostró una reducción progresiva en los tiempos de espera, una tendencia que también se presentó entre los regímenes del aseguramiento, en línea con los esfuerzos por alcanzar un intervalo de 30 días o menos entre la confirmación diagnóstica y el inicio del primer tratamiento. Si bien en el 2025 los resultados del régimen contributivo y subsidiado fueron cercanos, el promedio de días fue similar al periodo anterior, lo que evidencia una interrupción en la tendencia orientada a lograr un alto cumplimiento.

Figura 10.5. Tendencia de la oportunidad de inicio del tratamiento de los casos nuevos de LH en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025



Oportunidad del tratamiento: tiempo entre el diagnóstico histopatológico y el primer tratamiento.
La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2025 fue: de 34,52 días (± 35,73) en la medición nacional, de 33,78 días (± 35,01) en el régimen contributivo y de 35,09 días (± 38,45) en el subsidiado.
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del tratamiento en el 2025 fue: nacional 24 días (RIC: 8 - 49), contributivo 24 días (RIC: 9 - 43), y subsidiado 24 días (RIC: 8 - 52).

Descargar figura

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

En los resultados nacionales se observó un aumento en la proporción de casos con clasificación del riesgo, estadificación y diagnóstico en estadios I y II. No obstante, la detección en estadios tempranos no superó el 50 % de los casos nuevos, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias orientadas a la identificación de signos y síntomas de alarma y al diagnóstico oportuno.

Al analizar los resultados por región, en especial las intervenciones durante la etapa diagnóstica no mostraron un comportamiento homogéneo. En Bogotá, D. C., y la región Oriental se presentó una mayor proporción de casos estadificados y clasificados según el riesgo, lo que sugiere un mejor desempeño en la gestión diagnóstica de los casos nuevos. Particularmente en la región Amazonía-Orinoquía, aunque el número de casos gestionados fue bajo, todos contaron con clasificación del riesgo, estadificación y acceso a quimioterapia, por lo que estos resultados deben interpretarse con cautela.

Al igual que en el LNH, la oportunidad para el trasplante presentó tiempos prolongados; esta fue calculada para cuatro casos en el periodo. Asimismo, en varias de las regiones no se reportaron casos trasplantados, lo que limita la evaluación de este indicador. En las demás oportunidades de acceso a la atención, los mejores tiempos se observaron en las regiones Pacífica y Oriental. Estas diferencias regionales podrían reflejar variaciones en la disponibilidad de servicios especializados y en la continuidad de la atención, factores que influyen en los desenlaces clínicos de los pacientes con neoplasias hematológicas.

Tabla 10.12. Indicadores de gestión del riesgo en la población adulta con LH según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Número		1.	2.	3.	4.	5.	6.	8.
Código[1]		LHA_01	LHA_02	LHA_03	LHA_04	LHA_05	LHA_06	LHA_08
Semaforización		Por definir	> 90 % > 80 - ≤ 90 % ≤ 80 %	> 60 % > 50 - ≤ 60 % ≤ 50 %	> 90 % > 80 - ≤90 % ≤ 80 %	> 90 % > 80 - ≤ 90 % ≤ 80 %	Por definir	> 25 % > 15 - ≤ 25 % ≤ 15 %
Región	Amazonía-Orinoquía	0,00	100,00	0,00	100,00	100,00	0,00	0,00
	Bogotá, D. C.	44,76	82,86	37,93	81,90	78,10	4,76	57,41
	Caribe	24,19	69,35	44,19	70,97	66,13	1,61	20,83
	Central	36,05	77,91	29,85	79,07	82,56	3,49	19,15
	Oriental	38,18	85,45	42,55	85,45	85,45	3,64	25,93
	Pacífica	23,81	71,43	50,00	71,43	69,05	0,00	46,67
Nacional		**35,23**	**78,41**	**38,77**	**78,69**	**77,27**	**3,13**	34,91

Tabla 10.12. Indicadores de gestión del riesgo en la población adulta con LH según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 (continuación)

Número		9.	10.	11.	12.	13.	14.1.	14.2.
Código[1]		LHA_09	LHA_10	LHA_11	LHA_12	LHA_13	LNHA_14_1	LNHA_14_2
Semaforización		≤ 15 días > 15 - 29 días ≥ 30 días	≤ 15 días > 15 - 29 días ≥ 30 días	≤ 30 días > 30 - 59 días ≥ 60 días	Por definir	> 35 % > 30 - ≤ 35 % ≤ 30 %	Por definir	Por definir
Región	Amazonía-Orinoquía	● 2,50	● 16,50	● 8,00	SD	● 0,00	SD	0,00
	Bogotá, D. C.	● 29,58	● 13,90	● 34,61	SD	● 6,76	0,00	14,81
	Caribe	● 35,69	● 22,03	● 36,55	SD	● 4,02	5,26	25,00
	Central	● 63,32	● 20,29	● 34,07	156,00	● 7,23	10,00	10,64
	Oriental	● 19,14	● 16,43	● 31,30	SD	● 4,47	0,00	11,11
	Pacífica	● 22,10	● 12,42	● 39,48	47,00	● 3,88	6,67	13,33
Nacional		**● 34,52**	**● 17,17**	**● 34,52**	**128,75**	**● 5,70**	**3,74**	**14,20**

[1] Código del indicador en HIGIA.
SD: sin dato.

Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia. Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con linfoma no Hodgkin y linfoma Hodgkin en Colombia [en línea]. 2018. p. 1-114. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-adultos-con-linfoma-no-hodgkin-y-linfoma-hodgkin-en-colombia/

2. Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014 - 2022; Bogotá, D. C. 2025. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/informe-de-supervivencia-2014-2022/

CAC
Cuenta de Alto Costo

11

Leucemia linfoide aguda (LLA)

RESUMEN infográfico

Leucemia linfoide aguda (LLA)

2 de enero de 2024 al 1° de enero de 2025

11

Morbimortalidad de la LLA

Ocupó el **noveno lugar** en frecuencia entre los 11 tipos de cáncer priorizados en la población adulta.

La mortalidad general estandarizada fue de **0,64 fallecimientos** por 100.000 habitantes de 18 años o más (IC 95 %: 0,56 - 0,73).

Frente al periodo anterior, la prevalencia aumentó **13,59 %,** la PCNR aumentó 9,26 % y la mortalidad disminuyó 12,33 %.

El número total de casos nuevos, prevalentes y fallecidos fue de 226, 3.220 y 244, respectivamente.

Caracterización de los casos nuevos de LLA

La mediana de la edad fue de 41 años (RIC: 27 - 54).

El 52,21 % de los casos correspondió al sexo masculino.

Entre los casos clasificados, el 77,08 % se categorizó como riesgo alto o desfavorable.

Evaluación de la gestión del riesgo en la LLA

La clasificación del riesgo en los casos nuevos alcanzó 63,72 % y en los prevalentes 53,83 %, ambos resultados por debajo de la meta de ≥ 90 %.

La oportunidad diagnóstica continuó por encima de **la meta de de ≤ 5 días.**

El promedio nacional fue de 19,26 días, el del subsidiado de 32,54.

Descargar infografía

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

11. Leucemia linfoide aguda (LLA) en la población adulta

CIE-10: C91.0, C91.8

11.1. Morbimortalidad de la LLA en la población adulta

Según el número de casos nuevos de adultos de ambos sexos, la LLA se ubicó en la novena posición de frecuencia entre los 11 tipos de cáncer priorizados en los adultos. A continuación, en la **tabla 11.1** se presentan las medidas de frecuencias correspondientes a esta neoplasia. Durante el periodo 2025, se reportaron 3.220 casos de LLA, de los cuales 226 (7,02 %) fueron diagnosticados durante el periodo. A su vez, se reportaron 244 muertes por todas las causas; de estás, 73 (29,92 %) correspondieron a casos diagnosticados en 2025.

Tabla 11.1. Medidas de frecuencia de la LLA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Medida	Casos[1]	Medida cruda[2,3]	Medida estandarizada[2,4]	IC 95 % [5]
PCNR	226	0,59	0,60	0,52 - 0,68
Prevalencia	3.220	8,44	8,57	8,28 - 8,87
Mortalidad[6]	244	0,64	0,64	0,56 - 0,73

[1] Incluye todos los casos de LLA en los adultos de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.
[3] La población de referencia corresponde a las proyecciones del DANE para el año 2024.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
[6] **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportado; **IC:** intervalo de confianza.

11.1.1. PCNR de LLA en la población adulta según la región y la entidad territorial

La región del país con la PCNR estandarizada más alta fue Bogotá, D. C., mientras que la más baja se registró en la región Central; en general, la estimación de Bogotá, D. C., fue 2,10 veces mayor a la observada en la región Central **(tabla 11.2)** y superior a la de las demás regiones del país.

Según las entidades territoriales del país, en San Andrés, Providencia y Santa Catalina se estimó la cifra más alta con 3,85 casos por 100.000 habitantes de 18 años o más (n= 2, IC 95 %: 0,44 - 14,77), seguida de Boyacá con 1,17 (n= 11, IC 95 %: 0,57 - 2,10). En contraste, la entidad territorial con la PCNR más baja fue el Quindío con 0,15 (n= 1, IC 95 %: 0,00 - 1,06). En Amazonas, Guainía, Guaviare, Sucre, Vaupés y Vichada no se reportaron nuevos diagnósticos durante el periodo de análisis.

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

Tabla 11.2. PCNR de LLA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	5	1.005.401	0,50	0,51	0,16 - 1,22
Bogotá, D. C.	54	6.143.271	0,88	0,86	0,65 - 1,13
Caribe	37	8.180.724	0,45	0,45	0,32 - 0,62
Central	37	9.282.928	0,40	0,41	0,29 - 0,57
Oriental	55	7.297.396	0,75	0,77	0,58 - 1,00
Pacífica	38	6.229.684	0,61	0,63	0,44 - 0,86
Nacional	**226**	**38.139.404**	**0,59**	**0,60**	**0,52 - 0,68**

[1] Incluye todos los casos nuevos de LLA en los adultos de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] La PCNR es informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada mediante método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

11.1.2. PCNR de LLA en la población adulta según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

Entre los regímenes contributivo y subsidiado, la PCNR estandarizada fue mayor en el contributivo; fue 1,18 veces más a la calculada en el subsidiado (tabla 11.3). Al analizar por entidad, el mayor valor se observó en la EPS025 del régimen subsidiado, con 2,31 casos por 100.000 afiliados de 18 años o más, seguida de la EPS048 del régimen contributivo, con 1,91. En contraste, las menores cifras se registraron en la RES004 y la ESS062, con 0,06 y 0,11, respectivamente.

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 11.3. PCNR de LLA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	143	22.447.499	0,64	0,65	0,55 - 0,77
Subsidiado	78	14.628.600	0,53	0,55	0,43 - 0,68
Excepción	5	1.650.130	0,30	0,20	0,06 - 0,52
Especial	0	36.635	0,00	NA	NA
Planes voluntarios de salud	0	SD	SD	SD	SD
No asegurado	0	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye todos los casos nuevos de LLA en los adultos de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] La PCNR es informada por 100.000 afiliados de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada y los planes voluntarios de salud, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **NA:** no aplica; **SD:** sin dato.

11.1.3. Prevalencia de la LLA en la población adulta según la región y la entidad territorial

En cuanto a la prevalencia estandarizada, Bogotá, D. C., registró, por tercer periodo consecutivo, la mayor estimación del país, mientras que Amazonía-Orinoquía presentó la más baja **(tabla 11.4).** Esto evidencia que, en términos de la prevalencia estandarizada, en Bogotá, D. C., se estimó una cifra significativamente más alta respecto de las demás regiones del país.

A su vez, en el análisis por entidad territorial, además de Bogotá, D. C., Valle del Cauca registró la segunda prevalencia más alta, con 11,81 casos por cada 100.000 habitantes de 18 años o más (IC 95 %: 10,64 - 13,07). Esto contrasta con La Guajira, en donde se presentó el menor valor, con 2,01 casos prevalentes (IC 95 %: 1,08 - 3,48).

Se destaca que dentro de los casos prevalentes, se incluyen 4 casos de leucemia de células B maduras tipo Burkitt (CIE-10 C918) que se encuentran en las regiones Oriental (n= 2), Centra y Pacífica, con un caso cada una.

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

Tabla 11.4. Prevalencia de la LLA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia cruda[3]	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	57	1.005.401	5,67	4,93	3,72 - 6,43
Bogotá, D. C.	801	6.143.271	13,04	13,67	12,73 - 14,66
Caribe	386	8.180.724	4,72	4,48	4,04 - 4,95
Central	832	9.282.928	8,96	9,43	8,80 - 10,10
Oriental	575	7.297.396	7,88	8,06	7,41 - 8,74
Pacífica	569	6.229.684	9,13	9,50	8,73 - 10,31
Nacional	**3.220**	**38.139.404**	**8,44**	**8,57**	**8,28 - 8,87**

[1] Incluye todos los casos de LLA en los adultos de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] Informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada mediante método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

11.1.4. Prevalencia de la LLA en la población adulta según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada fue superior en el régimen contributivo, ya que fue 1,38 veces mayor a la estimada en el subsidiado **(tabla 11.5).** Según la entidad aseguradora, el valor más alto lo obtuvo la RES009 con 39,83 casos por cada 100.000 afiliados adultos (IC 95 %: 1,01 - 717,45), seguida de la EPS047 con 22,26 (IC 95 %: 0,56 - 328,70). En contraste, la cifra más baja se presentó en la EAS027 con 3,37 (IC 95 %: 0,01 - 151,08).

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 11.5. Prevalencia de la LLA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia cruda[3]	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	1.993	22.447.499	8,88	9,74	9,31 - 10,18
Subsidiado	1.008	14.628.600	6,89	7,08	6,65 - 7,53
Excepción	132	1.650.130	8,00	8,59	7,08 - 10,30
No asegurado	11	SD	SD	SD	SD
Especial	3	36.635	8,19	3,75	0,32 - 35,26
Planes voluntarios de salud	1	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	72	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye todos los casos de LLA en los adultos de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] Informada por 100.000 afiliados de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud y las entidades liquidadas, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.
IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

11.1.5. Mortalidad de la LLA en la población adulta según la región y la entidad territorial

En la cohorte en seguimiento, durante el periodo se reportaron 244 fallecimientos por todas las causas en las personas de 18 años o más con diagnóstico de LLA. Bogotá, D. C., registró los valores más altos en las tres medidas de morbimortalidad, mientras que la región Central presentó los más bajos. En cuanto a la mortalidad, la diferencia absoluta entre ambas regiones fue de 0,26 defunciones por 100.000 habitantes.

Al desagregar por departamentos, el Meta tuvo la menor mortalidad estimada con 0,13 muertes por 100.000 habitantes (IC 95 %: 0,00 - 0,72). En contraste, Vichada tuvo la más alta con 2,25 fallecimientos. Además, un total de seis entidades territoriales no reportaron defunciones durante el periodo de análisis: Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés, Chocó y San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

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

Tabla 11.6. Mortalidad general de la LLA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Muertes[1]	Denominador[2]	Mortalidad cruda[3]	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	6	1.005.401	0,60	0,60	0,21 - 1,33
Bogotá, D. C.	51	6.143.271	0,83	0,84	0,62 - 1,10
Caribe	51	8.180.724	0,62	0,62	0,46 - 0,81
Central	52	9.282.928	0,56	0,58	0,44 - 0,77
Oriental	46	7.297.396	0,63	0,63	0,45 - 0,84
Pacífica	38	6.229.684	0,61	0,62	0,44 - 0,85
Nacional	**244**	**38.139.404**	**0,64**	**0,64**	**0,56 - 0,73**

[1] Incluye las muertes por todas las causas en los adultos con LLA de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] Informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada mediante método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

11.1.6. Mortalidad de la LLA en la población adulta según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

En el periodo analizado, para este tipo de neoplasia los regímenes contributivo y subsidiado obtuvieron valores de mortalidad general estandarizadas similares **(tabla 11.7).** Asimismo, según la EAPB, la ESS062 tuvo la mortalidad estandarizada más baja con 0,17 muertes por 100.000 afiliados (IC 95 %: 0,02 - 0,63), mientras que la más alta fue la estimada en la EPS048 con 1,91 defunciones (IC 95 %: 0,22 - 7,11).

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

Tabla 11.7. Mortalidad general de la LLA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

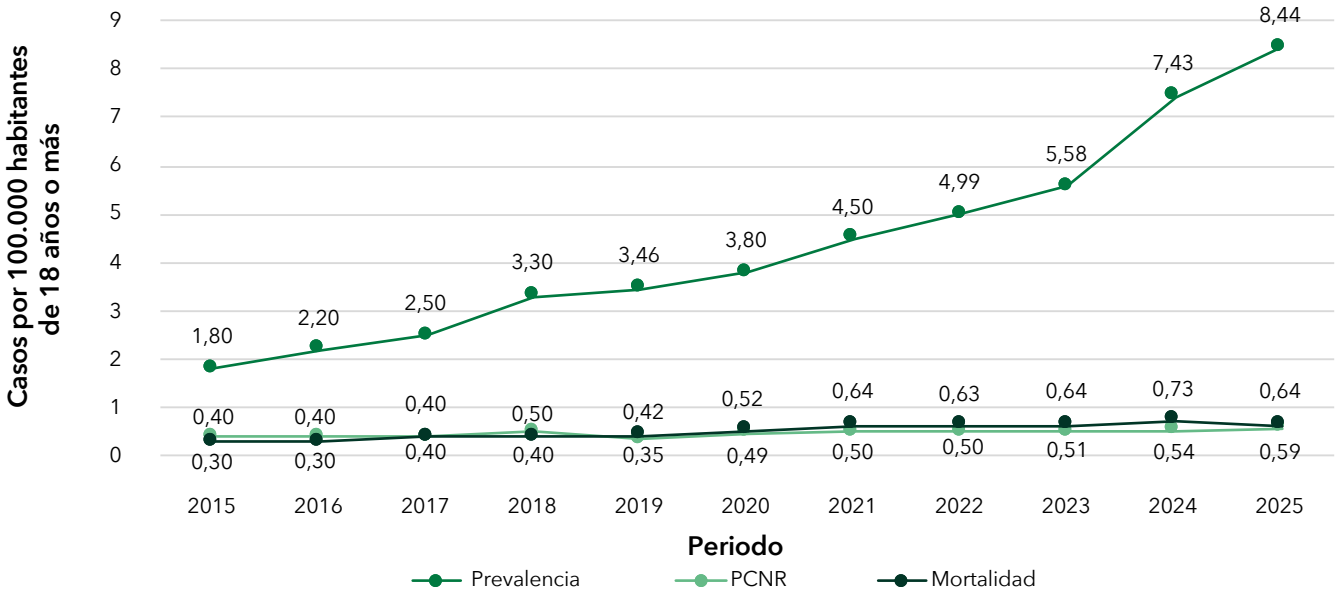
Régimen	Muertes[1]	Denominador[2]	Mortalidad cruda[3]	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	144	22.447.499	0,64	0,65	0,55 - 0,77
Subsidiado	92	14.628.600	0,63	0,64	0,51 - 0,78)
Excepción	6	1.650.130	0,36	0,39	(0,12 - 0,88)
Especial	0	36.635	0,00	NA	NA
No asegurado	0	SD	SD	SD	SD
Planes voluntarios de salud	0	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	2	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye las muertes por todas las causas en los adultos con LLA de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] Informada por 100.000 afiliados de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada mediante método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud y las entidades liquidadas, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.
IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato; **NA:** no aplica.

11.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LLA en el aseguramiento en Colombia

En la **figura 11.1** se muestra la tendencia de las medidas de morbimortalidad de la LLA en la población adulta. Desde el 2015 la prevalencia ha aumentado de manera constante; en comparación con el periodo 2024 esta tuvo un incremento del 13,59 %. Por su parte, la PCNR aumentó en un 9,26 % respecto al periodo anterior, mientras que la mortalidad por todas las causas disminuyó en un 12,33 %. Lo anterior refleja un aumento sostenido de la carga de la enfermedad en el marco del aseguramiento, así como el robustecimiento de la notificación y consolidación de los casos.

Figura 11.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la población adulta con LLA en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2025



Incluye los casos de LLA en la población adulta de la cohorte en seguimiento por la CAC.
Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 100.000 habitantes de 18 años o más.
Mortalidad: corresponde al número de casos fallecidos por todas las causas de la cohorte en seguimiento por la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

Descargar figura

11.2. Caracterización de los casos nuevos de LLA en la población adulta

11.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LLA

La **tabla 11.8** presenta la caracterización general de los casos nuevos de LLA reportados en el periodo. El 52,21 % (n= 118) correspondió a nuevos diagnósticos en hombres, aunque en los regímenes subsidiado y especial se observó una mayor proporción de casos en mujeres. La mediana de la edad fue de 41 años (RIC: 27 - 54).

En relación con la pertenencia étnica, tres casos se identificaron como población negra y cuatro como población indígena. Además, respecto a la distribución geográfica, el 24,34 % de los CNR residía en la región Oriental, seguida de Bogotá, D. C., con el 23,89 %. En contraste, la Amazonía-Orinoquía concentró únicamente cinco casos, equivalentes al 2,21 % del total, todos afiliados al régimen subsidiado.

Por régimen del aseguramiento, en el contributivo predominaron los casos residentes en Bogotá, D. C., con el 33,57 % del total de los afiliados a este régimen. En el subsidiado, la mayor proporción de casos se registró en la región Caribe, con el 29,29 %.

Tabla 11.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LLA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento			Total
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	
	n= 143	n= 78	n= 5	n= 226
	(63,27 %)	(34,51 %)	(2,21 %)	(100,00 %)
Sexo				
Femenino	64 (44,76)	41 (52,56)	3 (60,00)	108 (47,79)
Masculino	79 (55,24)	37 (47,44)	2 (40,00)	118 (52,21)
Edad	40 (27 - 53)	40 (25 - 52)	67 (66 - 78)	41 (27 - 54)
Etnia				
Ninguna	138 (96,50)	74 (94,87)	5 (100,00)	217 (96,02)
Negro	2 (1,40)	1 (1,28)	0 (0,00)	3 (1,33)
Indígena	1 (0,70)	3 (3,85)	0 (0,00)	4 (1,77)
Otro[2]	2 (1,40)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,88)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	5 (6,41)	0 (0,00)	5 (2,21)
Bogotá, D. C.	48 (33,57)	4 (5,13)	2 (40,00)	54 (23,89)
Caribe	12 (8,39)	23 (29,49)	2 (40,00)	37 (16,37)
Central	29 (20,28)	8 (10,26)	0 (0,00)	37 (16,37)
Oriental	36 (25,17)	18 (23,08)	1 (20,00)	55 (24,34)
Pacífica	18 (12,59)	20 (25,64)	0 (0,00)	38 (16,81)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).
[2] Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

11.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LLA

En relación con las características clínicas de los casos nuevos de LLA en el periodo de análisis, el 63,72 % (n= 144) de los casos contó con clasificación del nivel de riesgo. Es de destacar que, entre los regímenes del aseguramiento, el subsidiado presentó la mayor proporción de casos nuevos con este registro. También, de los 144 casos con clasificación del riesgo, el 77,08 % fue clasificado en la categoría de riesgo alto, desfavorable. Este comportamiento fue similar en los regímenes contributivo y subsidiado.

Tabla 11.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LLA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento			Total
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	
	n= 143	n= 78	n= 5	n= 226
	(63,27 %)	(34,51 %)	(2,21 %)	(100,00 %)
Clasificación de riesgo (sí)[2]	85 (59,44)	56 (71,79)	3 (60,00)	144 (63,72)
Grupos de riesgo[2,3]				
Estándar, bajo	13 (15,29)	9 (16,07)	1 (33,33)	23 (15,97)
Intermedio	5 (5,88)	5 (8,93)	0 (0,00)	10 (6,94)
Alto, desfavorable	67 (78,82)	42 (75,00)	2 (66,67)	111 (77,08)

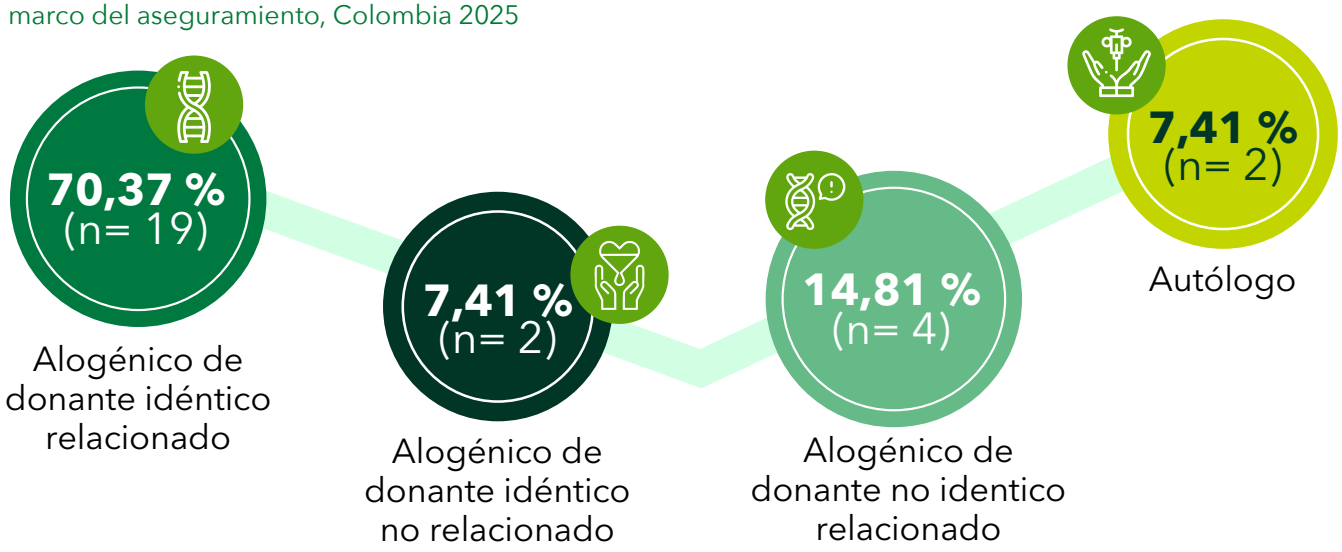
[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables.
[2] Los grupos de riesgo citogenético-molecular fueron definidos según la guía de práctica clínica colombiana de leucemias.
[3] Incluye todos los casos nuevos de LLA en los adultos que fueron clasificados.

11.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LLA

Durante el periodo analizado, en los casos nuevos de LLA, la terapia sistémica fue la modalidad terapéutica más utilizada, con una frecuencia del 75,22 % (n= 170). No se reportó la indicación de radioterapia. Por su parte, el 11,95 % (n= 27) recibió trasplante; en comparación con el periodo anterior, esta proporción aumentó un 38,15 %. La **figura 11.2** muestra la distribución de los tipos de trasplante realizados. Del total de procedimientos efectuados, el 70,37 % (n= 19) correspondió a trasplante alogénico de donante idéntico relacionado.

En contraste, el 11,50 % (n= 26) no recibió ninguna intervención terapéutica. De estos casos, el 23,07 % (n= 6) había sido diagnosticado en los tres meses previos a la fecha de corte y una proporción igual se encontraba en cuidados paliativos. Además, el 15,38 % (n= 4) fue clasificado con riesgo alto, desfavorable.

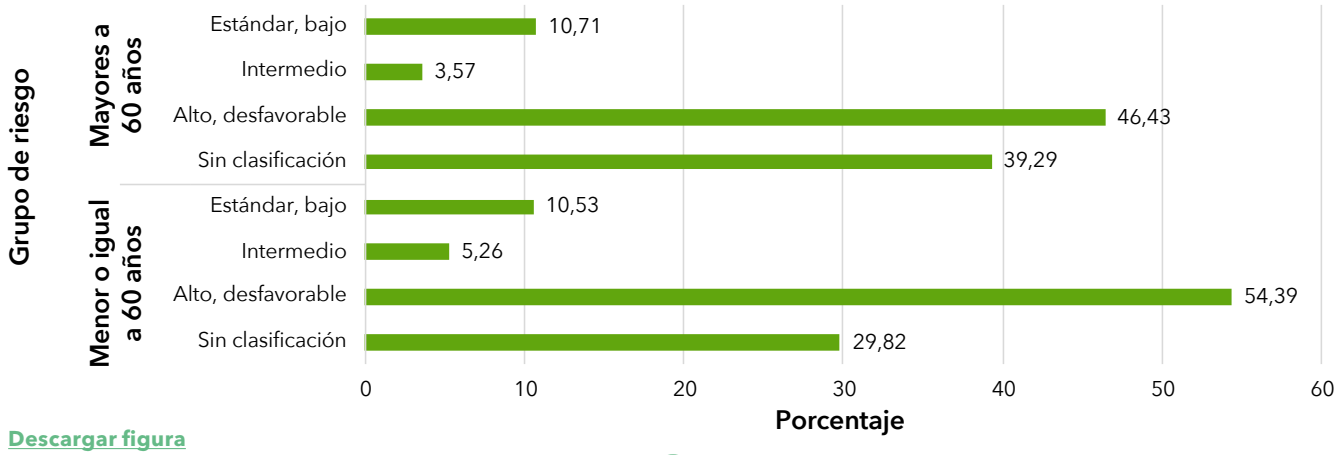
Figura 11.2. Distribución porcentual de los tipos de trasplante en los casos nuevos de LLA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2025



Se incluyen solo los tipos de trasplantes reportados durante el periodo 2025.
Descargar figura

Al analizar el uso de la terapia sistémica según el grupo de riesgo y la edad, clasificada en menores o iguales a 60 años y mayores a 60 años, se observó que, entre los casos que recibieron esta modalidad terapéutica, independientemente de si fueron trasplantados o no, predominó el grupo de riesgo alto o desfavorable en ambos grupos etarios. En segundo lugar, se ubicaron los casos sin clasificación del riesgo.

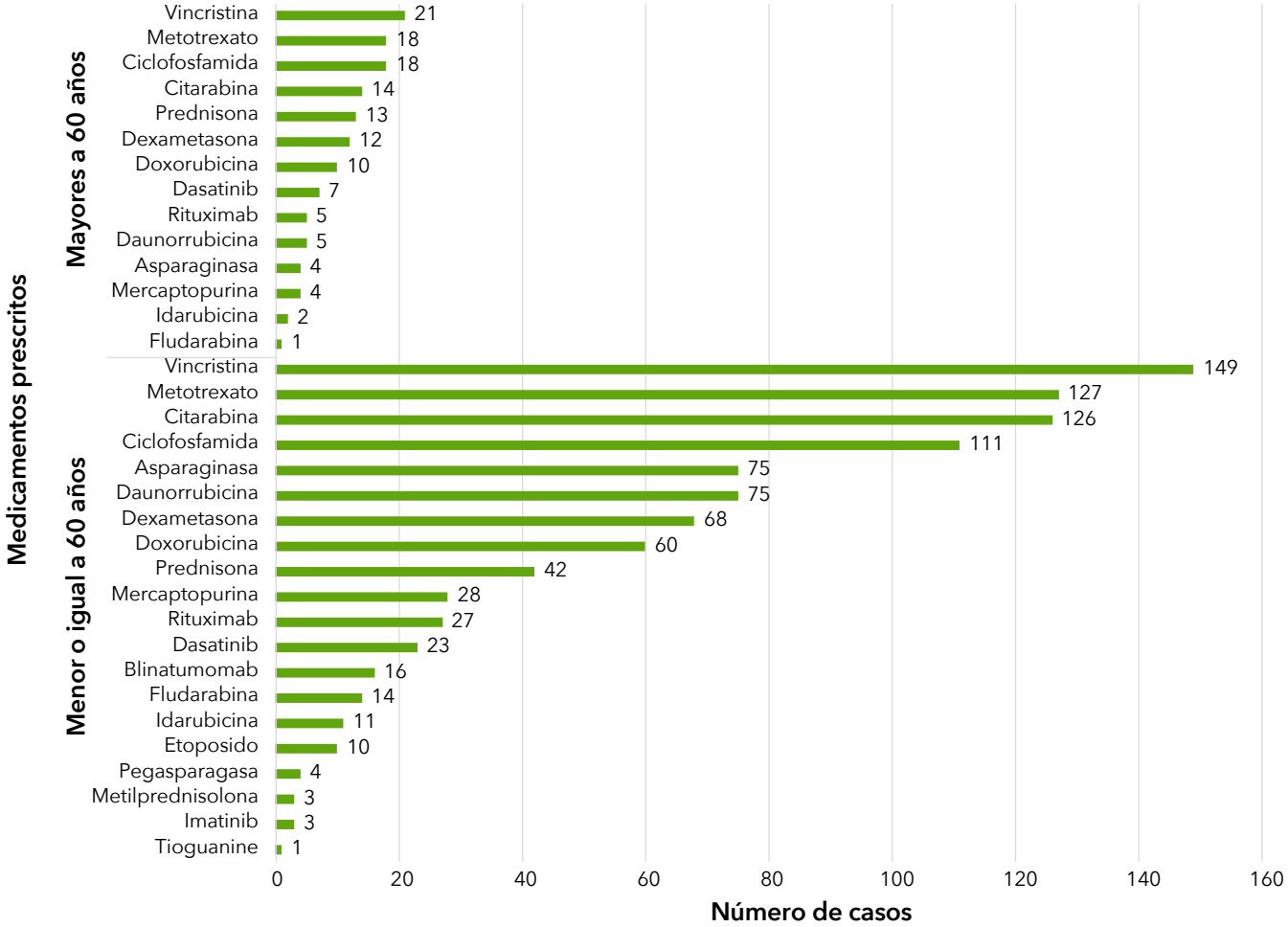
Figura 11.3. Frecuencia de uso de la terapia sistémica en los casos nuevos de LLA en los adultos según los grupos de riesgo y etario en el marco del aseguramiento, Colombia 2025



Descargar figura

A continuación, la **figura 11.4** presenta las frecuencias de prescripción de los medicamentos más utilizados en los casos nuevos de LLA, analizadas de forma independiente y sin considerar el uso concomitante de uno o más fármacos, según el grupo etario. De esta manera se evidenció que, en ambos grupos, los principios activos más frecuentes son: la vincristina, la citarabina, el metotrexate y la ciclofosfamida. También se observan en menor frecuencia el rituximab, la daunorubicina, la idarrubicina y el dasatinib, indiferente de la edad. Mientras que, en las personas de 60 años o menos, se administraron principios activos con mayor toxicidad como el etopósido o aquellos indicados previos al trasplante como el blinatumumab.

Figura 11.4. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LLA en los adultos según el grupo etario en el marco del aseguramiento, Colombia 2025



Incluye todos los casos nuevos de LLA en la población adulta.
Los datos presentados corresponden a las frecuencias de prescripción de forma independiente, sin tener en cuenta el uso concomitante de uno o más fármacos.

Descargar figura

11.3. Caracterización de los casos prevalentes de LLA en la población adulta

En 2025, entre los casos prevalentes de LLA, el 54,03 % correspondió a hombres. La edad de los casos prevalentes fue menor que la mediana de la edad estimada para los CNR. Esta diferencia puede explicarse porque los casos pediátricos de LLA presentan un mejor pronóstico y una mayor supervivencia, por lo que una proporción importante de estos pacientes pasa a conformar la población de adultos jóvenes sobrevivientes. En contraste, los pacientes diagnosticados en edades más avanzadas presentan una menor supervivencia (1) y, dado que la LLA es una enfermedad poco frecuente en los adultos, la representación de esta población entre los casos prevalentes es reducida.

De los 119 casos que reportaron pertenencia étnica, el 47,05 % (n= 56) se identificó como etnia negra y el 44,54 % (n= 53) como población indígena. Además, los regímenes contributivo y subsidiado concentraron el 98,32 % (n= 117) de los casos prevalentes con reporte de etnia.

Las regiones con mayor proporción de casos fueron la Central y Bogotá, D. C., con 25,83 % y 24,81 %, respectivamente. A su vez, en el régimen contributivo la mayor concentración se observó en Bogotá, D. C., (31,06 %), mientras que en el subsidiado la región Pacífica presentó la mayor frecuencia de casos (24,11 %).

Tabla 11.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LLA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento			Total[2,3]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	
	n= 1.993	n= 1.008	n= 132	n= 3.148
	(63,31 %)	(32,02 %)	(4,19 %)	(100,00 %)
Sexo				
Femenino	901 (45,21)	478 (47,42)	62 (46,97)	1.447 (45,97)
Masculino	1.092 (54,79)	530 (52,58)	70 (53,03)	1.701 (54,03)
Edad	27 (22 - 39)	24 (20 - 35)	24 (20 - 39,5)	26 (21 - 38)
Etnia				
Ninguna	1.965 (98,60)	919 (91,17)	130 (98,48)	3.029 (96,22)
Negro	22 (1,10)	32 (3,17)	2 (1,52)	56 (1,78)
Indígena	3 (0,15)	50 (4,96)	0 (0,00)	53 (1,68)
Otro[4]	3 (0,15)	7 (0,69)	0 (0,00)	10 (0,32)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	6 (0,30)	45 (4,46)	5 (3,79)	56 (1,78)
Bogotá, D. C.	619 (31,06)	112 (11,11)	42 (31,82)	781 (24,81)
Caribe	136 (6,82)	219 (21,73)	17 (12,88)	372 (11,82)
Central	547 (27,45)	231 (22,92)	31 (23,48)	813 (25,83)
Oriental	383 (19,22)	158 (15,67)	23 (17,42)	566 (17,98)
Pacífica	302 (15,15)	243 (24,11)	14 (10,61)	560 (17,79)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).
[2] Para los valores totales se tienen en cuenta tres casos del régimen especial, uno de los planes voluntarios de salud y once de la población no asegurada.
[3] No se incluyen los datos de 72 casos prevalentes que no se reportaron en el periodo actual o que pertenecen a entidades liquidadas.
[4] Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

11.4. Indicadores de gestión del riesgo en la población adulta con LLA

Los siguientes son los indicadores prioritarios para la medición, la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y de los prestadores en la población adulta con LLA en Colombia (2):

1. Oportunidad de remisión al diagnóstico en los CNR (promedio de días).
2. Oportunidad del diagnóstico al tratamiento en los CNR (promedio de días).
3.1. Oportunidad del trasplante en los CNR (promedio de días).
3.2. Oportunidad del trasplante en los casos prevalentes (promedio de días).
4.1. Proporción de pacientes con estudios morfológicos, inmunotipificación y estudios genéticos en los CNR.

4.2. Proporción de pacientes con estudios morfológicos, inmunotipificación y estudios genéticos, en los casos prevalentes.

5.1. Proporción de pacientes a quienes se les realizaron pruebas moleculares (FISH o PCR), CNR.

5.2. Proporción de pacientes a quienes se les realizaron pruebas moleculares (FISH o PCR), casos prevalentes.

6.1. Proporción de pacientes con clasificación del riesgo en los casos nuevos reportados.

6.2. Proporción de pacientes con clasificación del riesgo en los casos prevalentes.

7. Calidad del reporte de la biopsia de médula ósea.

8. Proporción de consolidación.

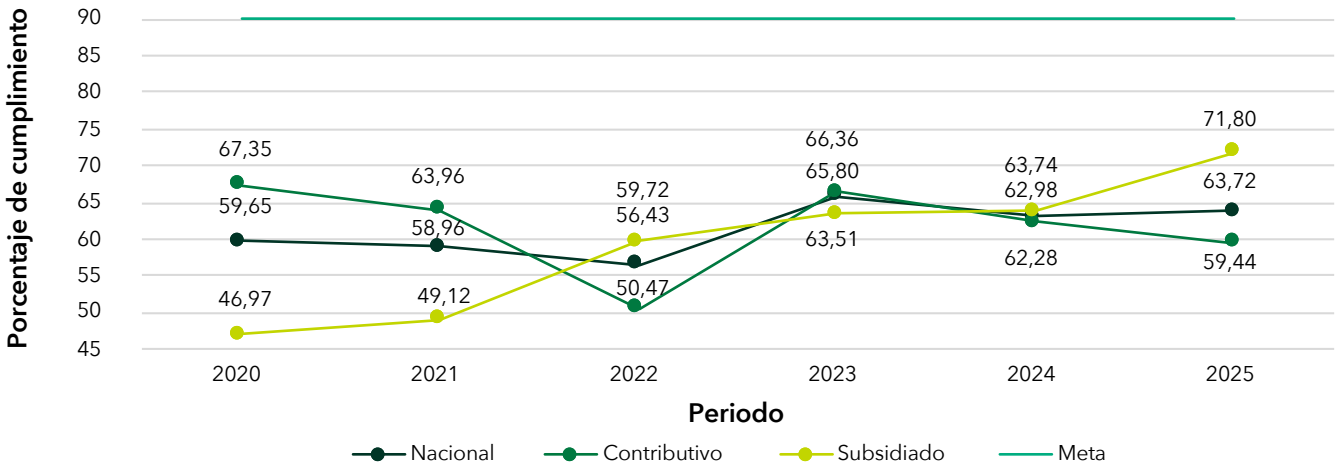
9. Tasa de remisión.

10. Supervivencia relativa.

Es importante destacar que los indicadores 8 y 9 no se calcularon debido a la falta de información disponible en el instructivo de reporte, por lo que no fue posible realizar su medición. En cuanto al indicador 10, los datos más recientes se presentaron en el informe especial (3).

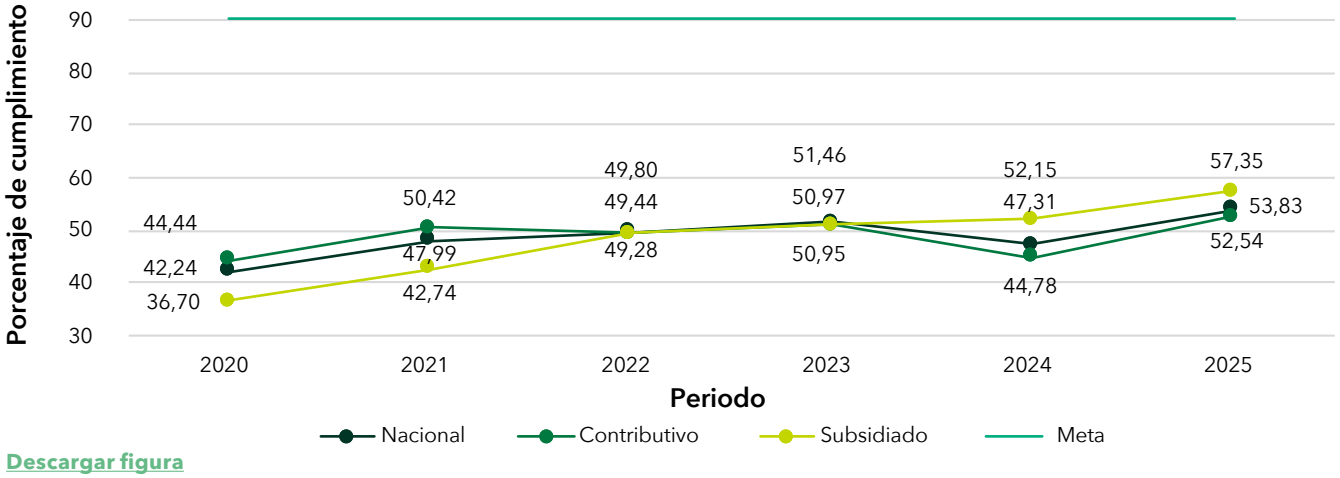
A continuación, las **figuras 11.5.1 y 11.5.2** muestran la proporción de casos nuevos y prevalentes de LLA con clasificación del riesgo al momento del diagnóstico. En los casos nuevos, se presentó un comportamiento diferencial entre los regímenes, con un aumento en el subsidiado del 12,65 % y una disminución en el contributivo del 2,84 %, lo que evidencia una diferencia en el desempeño entre estos grupos del aseguramiento que no se observaba desde el 2021. Por su parte, en los casos prevalentes esta proporción aumentó tanto en el país como en los regímenes contributivo y subsidiado, con un mayor aumento porcentual en el contributivo (13,78 %).

Figura 11.5.1. Tendencia de la proporción de casos nuevos de LLA en la población adulta con clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025



Descargar figura

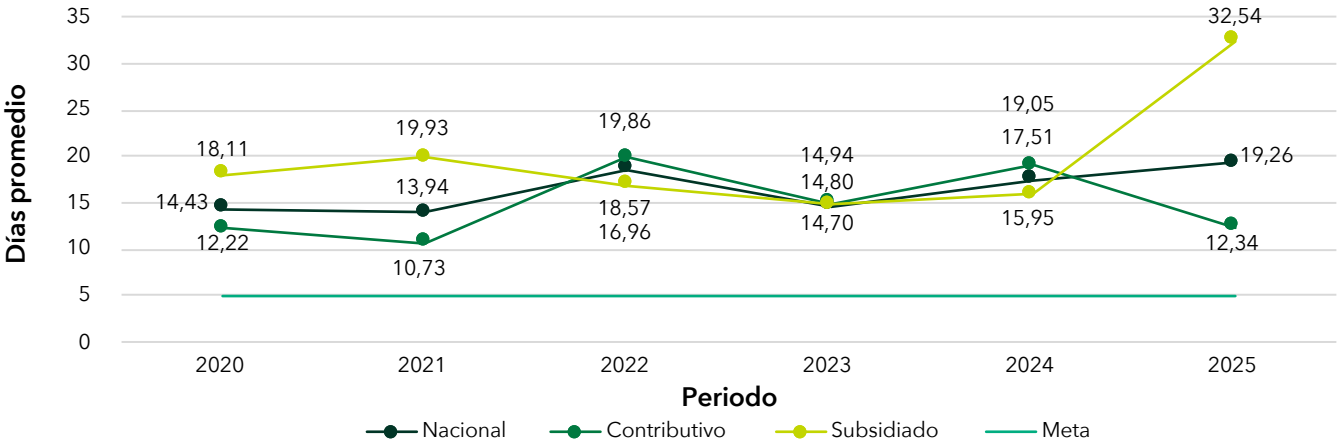
Figura 11.5.2. Tendencia de la proporción de casos prevalentes de LLA en la población adulta con clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025



Descargar figura

En general, la oportunidad diagnóstica **(figura 11.6)** se mantuvo superior al promedio de 5 días, que es la meta establecida. Para el periodo de análisis, el promedio de días disminuyó en 6,71 en el régimen contributivo y aumentó en 16,59 en el subsidiado. No obstante, al contrastar estos resultados con las medianas del indicador, se evidencia que la media estuvo afectada por valores extremos, por lo que la mediana ofrece una medida más robusta de la tendencia central.

Figura 11.6. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de LLA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025

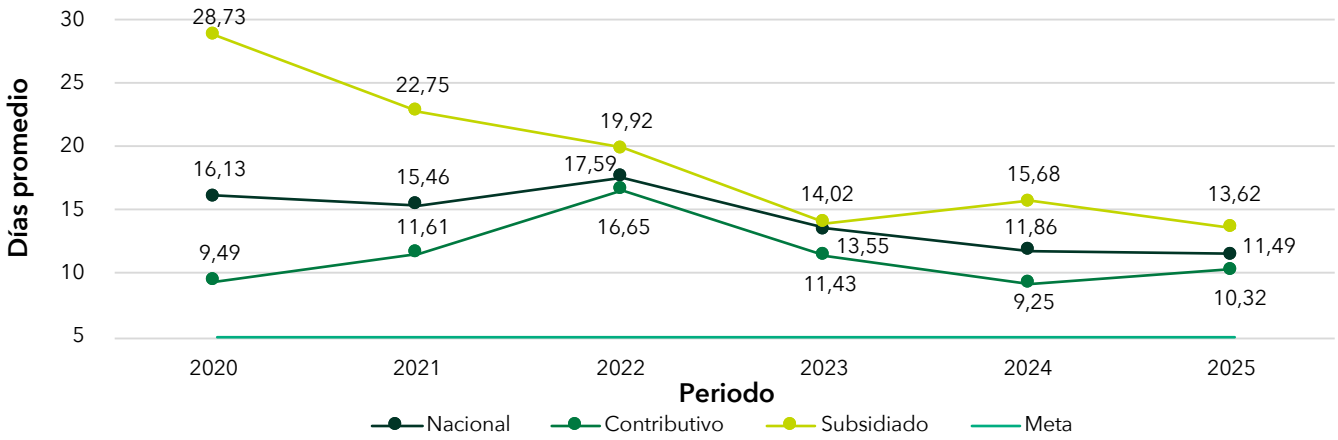


Oportunidad diagnóstica: tiempo entre la remisión por sospecha y la confirmación diagnóstica.
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: de 19,26 días (± 51,01) en la medición nacional, de 12,34 (± 18,67) en el régimen contributivo y de 32,54 días (± 82,80) en el subsidiado.
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: de 6 días (RIC: 3 - 13) en la medición nacional, de 6 días (RIC: 3 - 13) en el régimen contributivo y de 7 días (RIC: 4 - 23) en el subsidiado.

Descargar figura

Por otro lado, la oportunidad de inicio del tratamiento **(figura 11.7)** en el país y en ambos regímenes del aseguramiento se mantuvo por encima de los 5 días. En comparación con el periodo 2024, el régimen subsidiado presentó la mayor reducción en el promedio de días, con una disminución de 2,06 días. No obstante, al igual que en la oportunidad de confirmación diagnóstica, la comparación con las medianas sugiere que los promedios estuvieron influenciados por valores extremos. En este sentido, la mediana fue de 5 días en el país y en el régimen contributivo, y de 7 días en el subsidiado.

Figura 11.7. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de LLA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025



Oportunidad del tratamiento: tiempo entre la confirmación del diagnóstico y el primer tratamiento.
La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2025 fue: de 11,49 días (± 21,22) en la medición nacional, de 10,32 días (± 20,66) en el régimen contributivo y de 13,62 días (± 22,58) en el subsidiado.
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del tratamiento en el 2025 fue: de 5 días (RIC: 1 - 11) en la medición nacional, de 4 días (RIC: 1 - 9) en el régimen contributivo y de 7 días (RIC: 4 - 13) en el subsidiado.

Descargar figura

Enseguida, la **tabla 11.11** presenta los resultados de la gestión del riesgo según la región del país. En relación con la oportunidad de confirmación diagnóstica, la región Central, aunque se ubicó en un nivel de cumplimiento bajo, registró el mejor resultado, con un promedio de 5,85 días. Frente al periodo previo, este indicador disminuyó en las regiones Caribe y Oriental, mientras que el mayor incremento en el promedio de días se observó en la Amazonía-Orinoquía.

En cuanto a la oportunidad entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, en comparación con el periodo anterior, el promedio de días aumentó en las regiones de Bogotá, D. C., Caribe y Pacífica. No obstante, Bogotá, D. C., presentó el menor tiempo promedio para el inicio del tratamiento, mientras que la Amazonía-Orinoquía registró el valor más alto. Por su parte, las regiones Central y Oriental mostraron una disminución en el promedio de días con respecto al 2024.

De otra parte, en los CNR de LLA, la oportunidad de trasplante, aunque no cuenta con una meta establecida para evaluar su cumplimiento, presentó el mayor promedio de días en la región Oriental y el menor en la Central. En los casos prevalentes se observó un patrón similar: la Oriental registró el mayor tiempo promedio, mientras que la Caribe presentó el menor.

Con respecto a los estudios morfológicos, de inmunotipificación y estudios genéticos, al 80,00 % de los casos nuevos en la Amazonía-Orinoquía se le realizó estos análisis, lo que la ubicó en un nivel de cumplimiento alto para este indicador. En las demás regiones, excepto en la Pacífica, la proporción disminuyó con respecto al 2024. Por lo que corresponde a los casos prevalentes, las proporciones de casos con estudios fueron bajas en todos los territorios, aunque en la Amazonía-Orinoquía se presentó el valor más alto, con 11,11 %, mientras que en la región Central se realizaron en el 2,86 %. Frente al periodo anterior, las regiones Caribe, Central y Oriental mostraron una disminución en estas proporciones.

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

Tabla 11.11. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LLA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Número		1.	2.	3.	3.2.	4.1.	4.2.
Código[1]		LLAA_01	LLAA_02	LLAA_03_1	LLAA_03_2	LLAA_04_1	LLAA_04_2
Semaforización		≤ 5 días	≤ 5 días	Por definir	Por definir	≥ 80 %	≥ 80 %
						< 80 a > 70 %	< 80 a > 70 %
		> 5 días	> 5 días			≤ 70 %	≤ 70 %
Región	Amazonía - Orinoquía	130,00	25,25	0,00	0,00	80,00	11,11
	Bogotá, D. C.	12,17	6,30	63,00	50,33	40,74	4,18
	Caribe	10,15	12,56	0,00	10,00	40,54	5,49
	Central	5,85	10,23	33,00	55,33	51,35	3,02
	Oriental	15,67	12,68	197,33	193,40	43,64	6,11
	Pacífica	35,69	15,34	0,00	35,00	60,53	5,75
Nacional		**19,26**	**11,49**	**89,08**	**81,68**	**47,35**	**4,74**

En relación con la clasificación del riesgo, cuyo cumplimiento alto se establece con proporciones iguales o superiores al 90 %, el valor más cercano a esta meta se presentó en la región Pacífica, con un 68,42 %. En contraste, la proporción más baja se registró en la Amazonía-Orinoquía, con el 40,00 %. En los casos prevalentes, el mayor cumplimiento de este indicador se observó en la región Amazonía-Orinoquía, con una proporción del 69,44 %.

Por último, la calidad del reporte de la biopsia de médula ósea alcanzó un cumplimiento medio en la región Central, con 85,71 %, lo que correspondió además al porcentaje más alto entre las regiones de residencia.

Tabla 11.12. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LLA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 (continuación)

Número		5.1.	5.2.	6.1.	6.2.	7.
Código[1]		LLAA_05_1	LLAA_05_2	LLAA_06_1	LLAA_06_2	LLAA_07
Semaforización		≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %
		< 90 a > 80 %	< 90 a > 80 %	< 90 a > 80 %	< 90 a > 80 %	< 90 a > 80 %
		≤ 80 %	≤ 80 %	≤ 80 %	≤ 80 %	≤ 80 %
Región	Amazonía - Orinoquía	80,00	11,11	40,00	69,44	80,00
	Bogotá, D. C.	50,00	5,13	64,81	57,03	73,81
	Caribe	37,84	5,13	64,86	49,08	72,22
	Central	48,65	2,86	56,76	50,40	85,71
	Oriental	41,82	5,85	65,45	55,73	74,47
	Pacífica	63,16	6,00	68,42	55,00	55,56
Nacional		**48,67**	**4,87**	**63,72**	**53,83**	**72,16**

[1] Código del indicador en HIGIA.

Referencias bibliográficas

1. Kantarjian, H. and Jabbour, E. (2025), Adult Acute Lymphoblastic Leukemia: 2025 Update on Diagnosis, Therapy, and Monitoring. Am J Hematol, 100: 1205-1231. Disponible en: https://doi.org/10.1002/ajh.27708

2. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia. Indicadores de gestión del riesgo en adultos con leucemia linfoide aguda y leucemia mieloide aguda en Colombia [en línea]. 2018. p. 1-74. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-adultos-con-leucemia-linfoide-aguda-y-leucemia-mieloide-aguda-en-colombia/

3. Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014 - 2022; Bogotá, D. C. 2025. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/informe-de-supervivencia-2014-2022/

CAC
Cuenta de Alto Costo

12

Leucemia mieloide aguda (LMA)

RESUMEN infográfico

Leucemia mieloide aguda (LMA)

2 de enero de 2024 al 1° de enero de 2025

12

Morbimortalidad de la LMA

Ocupó el **décimo lugar** entre los 11 tipos de cáncer priorizados en la población adulta y representó el 0,47 % de los casos nuevos reportados.

La mortalidad general estandarizada fue de **0,88 fallecimientos** por 100.000 habitantes de 18 años o más (IC 95 %: 0,79 - 0,98).

Frente al periodo anterior, la prevalencia aumentó **11,31 %,** la PCNR aumentó 5,06 % y la mortalidad aumentó 23,08 %.

El número total de casos nuevos, prevalentes y fallecidos fue de 318, 2.551 y 368, respectivamente.

Caracterización de los casos nuevos de LMA

La mediana de la edad fue de 62 años (RIC: 42 - 74).

El 52,83 % de los casos correspondió al sexo masculino.

La terapia sistémica fue el tratamiento predominante y se administró al 85,53 % de los casos nuevos.

Evaluación de la gestión del riesgo en la LMA

La oportunidad diagnóstica nacional fue de 14,06 días, superior a la meta definida de ≤ 5 días.

La oportunidad de inicio del tratamiento fue en **promedio de 15,60 días,** también por encima de la meta (≤ 5 días).

Descargar infografía

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

12. Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población adulta

CIE-10: C92, C93.0, C94.0, C94.2; CIE-O-3: C42

12.1. Morbimortalidad de la LMA en la población adulta

En 2025, la leucemia mieloide aguda (LMA) ocupó el décimo lugar entre los casos nuevos reportados de los 11 tipos de cáncer priorizados, lo que representó el 0,47 % en la población adulta. En total, se registraron 2.551 personas con esta enfermedad, de las cuales el 12,47 % (n= 318) fueron diagnosticadas en el periodo. Adicionalmente, se reportaron 368 muertes por todas las causas para este tipo de neoplasia **(tabla 12.1).**

Tabla 12.1. Medidas de frecuencia de la LMA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Medida	Casos[1]	Medida cruda[2,3]	Medida estandarizada[2,4]	IC 95 %[5]
PCNR	318	0,83	0,78	(0,69 - 0,87)
Prevalencia	2.551	6,69	6,52	(6,26 - 6,78)
Mortalidad[6]	368	0,96	0,88	(0,79 - 0,98)

[1] Incluye todos los casos de LMA en los adultos de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.
[3] La población de referencia corresponde a la proyectada por el DANE para el año 2024.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
[6] **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

12.1.1. PCNR de LMA en los adultos según la región y la entidad territorial

Para este periodo, al igual que en el 2024, la región de Bogotá, D. C., registró la PCNR estandarizada más alta. A su vez, al desagregar por entidad territorial, Casanare presentó un valor superior con 1,82 casos por 100.000 habitantes (IC 95 %: 0,59 - 4,22). Por el contrario, La Guajira mostró la PCNR más baja con 0,11 casos por 100.000 habitantes (IC 95 %: 0,00 - 0,84). Por otro lado, el 21,21 % de los 33 departamentos no notificó casos nuevos de LMA en adultos durante el periodo de análisis.

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

Tabla 12.2. PCNR de LMA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	7	1.005.401	0,70	0,79	(0,31 - 1,62)
Bogotá, D. C.	102	6.143.271	1,66	1,57	(1,28 - 1,91)
Caribe	43	8.180.724	0,53	0,51	(0,37 - 0,69)
Central	70	9.282.928	0,75	0,70	(0,54 - 0,88)
Oriental	49	7.297.396	0,67	0,61	(0,45 - 0,81)
Pacífica	47	6.229.684	0,75	0,68	(0,50 - 0,91)
Nacional	**318**	**38.139.404**	**0,83**	**0,78**	**(0,69 - 0,87)**

[1] Incluye todos los casos nuevos de LMA en los adultos de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] Informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada mediante método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

12.1.2. PCNR de LMA en los adultos según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

La PCNR fue significativamente más alta en la población afiliada al régimen contributivo que en la afiliada al subsidiado **(tabla 12.3).** La entidad RES011 presentó la cifra más alta con 40,93 casos por 100.000 afiliados, seguida de la EPS025 con 2,42. En contraste, la menor proporción fue calculada en la EPSS41 con 0,22 casos por 100.000 afiliados.

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 12.3. PCNR de LMA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	CNR[1]	Denominador[2]	PCNR cruda[3]	PCNR estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	218	22.447.499	0,97	0,88	(0,77 - 1,01)
Subsidiado	87	14.628.600	0,59	0,53	(0,42 - 0,66)
Excepción	11	1.650.130	0,67	0,56	(0,27 - 1,03)
Especial	2	36.635	5,46	6,98	(0,31 - 41,80)
No asegurado	0	SD	SD	SD	SD
Planes voluntarios de salud	0	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye solo los casos nuevos de LMA en los adultos de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] Informada por 100.000 afiliados de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada mediante método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada y los planes voluntarios de salud, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.
CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

12.1.3. Prevalencia de la LMA en la población adulta según la región y la entidad territorial

Por regiones, la prevalencia estandarizada fue significativamente más alta en Bogotá, D. C., mientras que fue más baja en la Amazonía-Orinoquía. Al analizar las entidades territoriales, después de Bogotá, D. C., Antioquia presentó la segunda cifra más alta con 8,89 casos por 100.000 habitantes de 18 años o más (IC 95 %: 8,10 - 9,73). En contraste, en Vichada se estimó la más baja con 1,23 (IC 95 %: 0,03 - 8,16). Para el periodo de análisis Vaupés no notificó casos prevalentes.

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

Tabla 12.4. Prevalencia de la LMA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia cruda[3]	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	32	1.005.401	3,18	3,44	(2,34 - 4,87)
Bogotá, D. C.	643	6.143.271	10,47	10,19	(9,42 - 10,01)
Caribe	320	8.180.724	3,91	3,90	(3,48 - 4,35)
Central	714	9.282.928	7,69	7,41	(6,87 - 7,98)
Oriental	453	7.297.396	6,21	6,05	(5,51 - 6,64)
Pacífica	389	6.229.684	6,24	6,03	(5,44 - 6,66)
Nacional	**2.551**	**38.139.404**	**6,69**	**6,52**	**(6,26 - 6,78)**

[1] Incluye todos los casos de LMA en los adultos de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] Informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada mediante método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

12.1.4. Prevalencia de la LMA en la población adulta según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

Según el régimen del aseguramiento, la prevalencia cruda y estandarizada fue mayor en el especial. Al comparar los regímenes contributivo y subsidiado, esta medición fue más alta en el primero. Asimismo, por EAPB, al igual que en la PCNR, en este periodo la prevalencia más alta se observó en la RES011, con 45,21 casos por 100.000 afiliados (IC 95 %: 1,99 - 232,53), seguida de la EAS016 del contributivo, con 18,83. En contraste, la EAS027 registró la prevalencia más baja, con 0,27 adultos con LMA (IC 95 %: 0,01 - 151,02).

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 12.5. Prevalencia de la LMA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Régimen	Casos[1]	Denominador[2]	Prevalencia cruda[3]	Prevalencia estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	1.772	22.447.499	7,89	7,63	(7,28 - 8,00)
Subsidiado	589	14.628.600	4,03	3,91	(3,60 - 4,24)
Excepción	119	1.650.130	7,21	6,46	(5,27 - 7,83)
Especial	7	36.635	19,11	10,07	(1,60 - 44,09)
No asegurado	3	SD	SD	SD	SD
Planes voluntarios de salud	3	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	58	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye todos los casos de LMA en los adultos de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] Informada por 100.000 afiliados de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada con método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud y las entidades liquidadas, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.
IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

12.1.5. Mortalidad de la LMA en la población adulta según la región y la entidad territorial

En la cohorte en seguimiento, la mortalidad general por todas las causas de los casos de LMA, por regiones, fue más baja en la región Amazonía-Orinoquía, mientras que Bogotá, D. C., tuvo la más alta, con una medida 3,16 veces mayor a la observada en la Amazonía-Orinoquía.

No obstante, esta diferencia debe interpretarse teniendo en cuenta que la Amazonía-Orinoquía registró un número reducido de defunciones en una población más pequeña. Adicionalmente, presentó el intervalo de confianza más amplio entre las regiones analizadas, lo que refleja una menor precisión del cálculo. Por tanto, los resultados deben considerarse descriptivos y no constituyen evidencia suficiente para inferir diferencias reales en la mortalidad ni en las condiciones de atención entre regiones.

Por su parte, en las entidades territoriales, la mortalidad general estandarizada fue menor en La Guajira con 0,11 fallecidos por 100.000 habitantes de 18 años o más (IC 95 %: 0,00 - 0,85). En contraste, Magdalena obtuvo la mayor mortalidad con 1,40 defunciones por 100.000 habitantes de 18 años o más (IC 95 %: 0,78 - 2,40). De los 33 departamentos del país, el 21,21 % no registró muertes durante el periodo analizado.

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

Tabla 12.6. Mortalidad general de la LMA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Región	Muertes[1]	Denominador[2]	Mortalidad cruda[3]	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Amazonía-Orinoquía	4	1.005.401	0,40	0,43	(0,12 - 1,12)
Bogotá, D. C.	89	6.143.271	1,45	1,36	(1,09 - 1,67)
Caribe	69	8.180.724	0,84	0,83	(0,65 - 1,05)
Central	80	9.282.928	0,86	0,75	(0,59 - 0,94)
Oriental	66	7.297.396	0,90	0,83	(0,64 - 1,06)
Pacífica	60	6.229.684	0,96	0,83	(0,63 - 1,07)
Nacional	**368**	**38.139.404**	**0,96**	**0,88**	**(0,79 - 0,98)**

[1] Incluye las muertes por todas las causas en los adultos con LMA de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2024.
[3] Informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada mediante método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
IC: intervalo de confianza.

12.1.6. Mortalidad de la LMA en los adultos según el régimen del aseguramiento y la entidad aseguradora

La **tabla 12.7** presenta la mortalidad general estandarizada según el régimen del aseguramiento. Al comparar los regímenes contributivo y subsidiado, se observó una diferencia absoluta de 0,26 muertes por 100.000 habitantes adultos, siendo más alta en el contributivo. En el análisis por entidad aseguradora, la tasa más baja se presentó en la RES001, con 0,32 muertes por 100.000 afiliados de 18 años o más (IC 95 %: 0,04 - 1,33). Por el contrario, las tres tasas más altas correspondieron a entidades del régimen especial, con un valor máximo de 4,80 muertes por 100.000 afiliados de 18 años o más. La cuarta tasa más alta fue la estimada para la EPS005 del contributivo, para la cual se registró una tasa de 1,60 defunciones por 100.000 afiliados (IC 95 %: 1,26 - 2,00).

La información completa de las EAPB está disponible en HIGIA.

Tabla 12.7. Mortalidad general de la LMA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

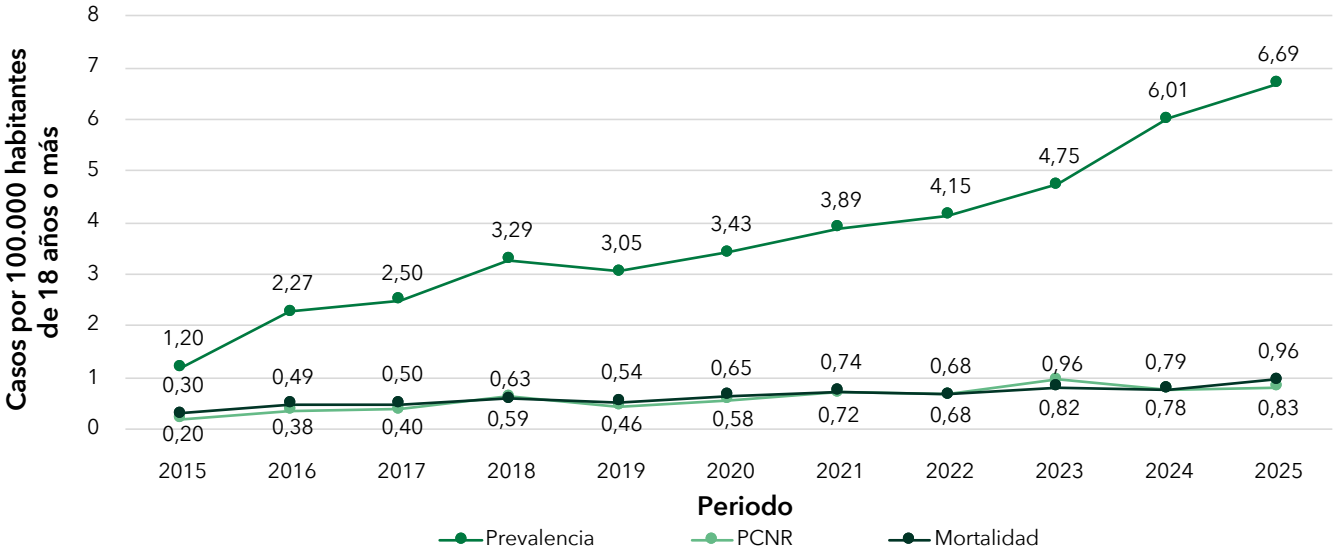
Régimen	Muertes[1]	Denominador[2]	Mortalidad cruda[3]	Mortalidad estandarizada[3,4]	IC 95 %[5]
Contributivo	233	22.447.499	1,04	0,93	(0,81 - 1,06)
Subsidiado	115	14.628.600	0,79	0,67	(0,55 - 0,80)
Excepción	14	1.650.130	0,85	0,64	(0,34 - 1,11)
Especial	1	36.635	2,73	0,71	(0,02 - 32,43)
No asegurado	0	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	5	SD	SD	SD	SD

[1] Incluye las muertes por todas las causas en los adultos con LMA de la cohorte en seguimiento por la CAC.
[2] Corresponde a la población de la BDUA con corte al 30 de junio de 2024.
[3] Informada por 100.000 afiliados de 18 años o más.
[4] Estandarización por la edad calculada mediante método directo. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, definida por la OMS.
[5] IC 95 % para las medidas estandarizadas.
En la población no asegurada, los planes voluntarios de salud y las entidades liquidadas, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.
IC: intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

12.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LMA en el aseguramiento en Colombia

Como se muestra en la **figura 12.1,** entre 2015 y 2025 se observó un incremento sostenido de la prevalencia. También, en comparación con 2024, la prevalencia, la PCNR y la mortalidad por todas las causas aumentaron 11,31 %, 5,06 % y 23,08 %, respectivamente. En conjunto, estos hallazgos indican una mayor carga de la enfermedad por acumulación de casos, junto con un incremento reciente de la mortalidad que requiere un análisis detallado de sus causas.

Figura 12.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la población adulta con LMA en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2025



Incluye los casos de la LMA en la población adulta de la cohorte en seguimiento por la CAC.
Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 100.000 habitantes de 18 años o más.
Mortalidad general: corresponde a los casos fallecidos por todas las causas de la cohorte en seguimiento por la CAC.
PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

Descargar figura

12.2. Caracterización de los casos nuevos de LMA en los adultos

12.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LMA

A continuación, la **tabla 12.8** presenta la caracterización general de los casos nuevos de LMA reportados en el 2025. Según el régimen del aseguramiento, predominaron los casos afiliados al contributivo. En general, la mediana de la edad fue de 62 años (RIC: 42 - 74) y el 52,83 % de los casos correspondió a los hombres. Por otra parte, siete casos (3,14 %) se identificaron como pertenecientes a algún grupo étnico. Además, la totalidad de los casos de la población negra se registró en el régimen contributivo, mientras que todos los casos de la indígena correspondieron al subsidiado.

De otro lado, el 54,09 % (n= 172) de los casos se concentró en las regiones de Bogotá, D. C., y Central, con una mayor proporción en Bogotá, D. C. Este patrón se mantuvo en el régimen contributivo, mientras que en el subsidiado la mayor concentración de casos se observó en la Caribe (33,33 %), seguida de la Central (20,69 %). A su vez, en el régimen especial se diagnosticaron dos casos en mujeres, una de ellas residente en la región Central y otra en la Pacífica.

Tabla 12.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LMA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento			Total[2]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	
	n= 218	n= 87	n= 11	n= 318
	(68,55 %)	(27,36 %)	(3,46 %)	(100,00 %)
Sexo				
Femenino	100 (45,87)	44 (50,57)	4 (36,36)	150 (47,17)
Masculino	118 (54,13)	43 (49,43)	7 (63,64)	168 (52,83)
Edad	64 (44 - 74)	59 (42 - 69)	57 (38 - 76)	62 (42 - 74)
Etnia				
Ninguna	213 (97,71)	82 (94,25)	11 (100,00)	308 (96,86)
Negro	4 (1,83)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (1,26)
Indígena	0 (0,00)	5 (5,75)	0 (0,00)	5 (1,57)
Otro[3]	1 (0,46)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,31)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	2 (0,92)	5 (5,75)	0 (0,00)	7 (2,20)
Bogotá, D. C.	85 (38,99)	14 (16,09)	3 (27,27)	102 (32,08)
Caribe	11 (5,05)	29 (33,33)	3 (27,27)	43 (13,52)
Central	49 (22,48)	18 (20,69)	2 (18,18)	70 (22,01)
Oriental	42 (19,27)	5 (5,75)	2 (18,18)	49 (15,41)
Pacífica	29 (13,30)	16 (18,39)	1 (9,09)	47 (14,78)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).
[2] Los valores totales incluyen dos casos reportados por el régimen especial.
[3] Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

12.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LMA

A continuación, la **tabla 12.9** presenta las características clínicas de los CNR de LMA. En el país, la proporción de casos nuevos con clasificación del riesgo fue menor en un 8,62 % con respecto al periodo anterior. Al analizar por régimen del aseguramiento, esta clasificación se reportó en mayor proporción en el contributivo que en el subsidiado. Además, entre los casos clasificados, predominó el riesgo alto, desfavorable, en ambos regímenes con un 60,77 % y un 54,35 % (contributivo y subsidiado, en ese orden).

Tabla 12.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LMA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento			Total[2]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	
	n= 218	n= 87	n= 11	n= 318
	(68,55 %)	(27,36 %)	(3,46 %)	(100,00 %)
Clasificación del riesgo (sí)[3]	130 (59,63)	46 (52,87)	5 (45,45)	183 (57,55)
Grupo de riesgo[3,4]				
Estándar, bajo	19 (14,62)	8 (17,39)	0 (0,00)	28 (15,30)
Intermedio	32 (24,62)	13 (28,26)	2 (40,00)	47 (25,68)
Alto, desfavorable	79 (60,77)	25 (54,35)	3 (60,00)	108 (59,02)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables.
[2] Para los valores totales se tienen en cuenta dos casos reportados por el régimen especial.
[3] Los grupos de riesgo citogenético-molecular fueron definidos según la guía de práctica clínica colombiana de leucemias.
[4] Incluye todos los casos nuevos de LMA en los adultos que fueron clasificados.

12.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de la LMA

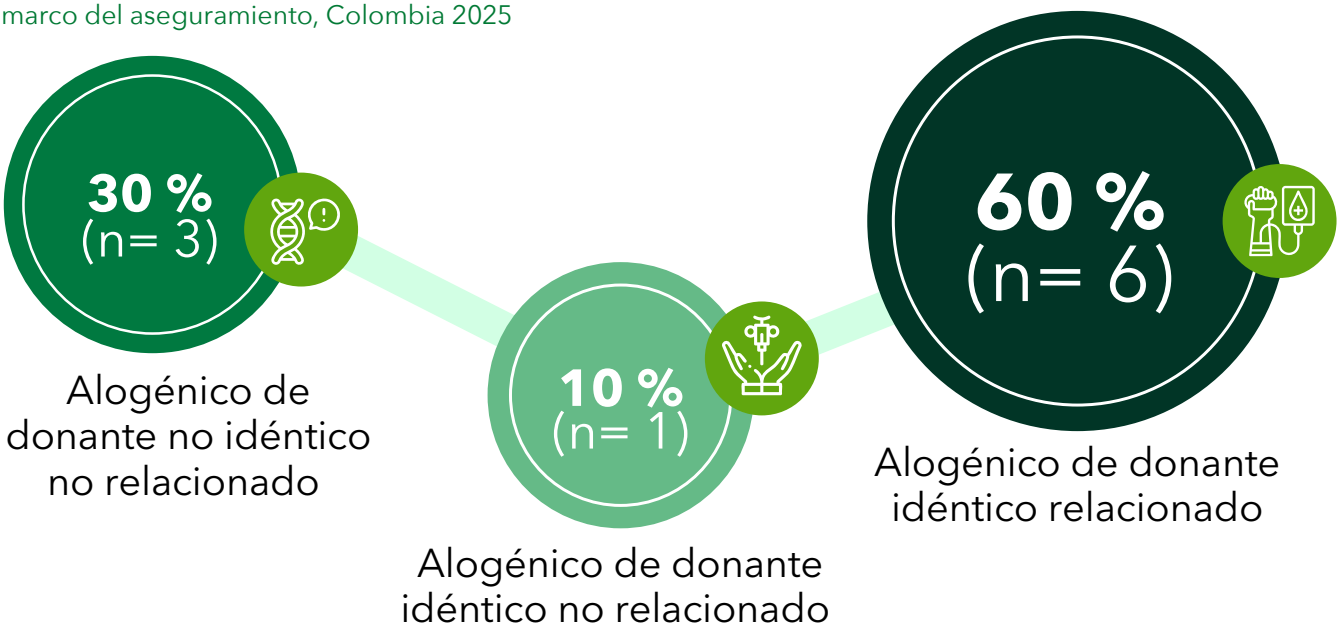
Durante el periodo, la terapia sistémica fue el tratamiento de elección en el 85,83 % (n= 272) de los CN, seguida del trasplante de células progenitoras hematopoyéticas con el 3,14 % (n= 10). En relación con la radioterapia, el 0,62 % (n= 2) de los casos reportó su indicación. La **figura 12.2** muestra la distribución de los tipos de trasplante realizados; de estos, el 85,83 % (n= 6) correspondió al tipo alogénico de donante idéntico relacionado.

También se identificaron dos casos sometidos a trasplante, que previamente habían recibido terapia sistémica con citarabina e idarubicina, además de una sesión de radioterapia externa (CUPS: 922443). Ambos correspondieron a hombres menores de 60 años clasificados en el grupo de alto riesgo.

Adicionalmente, el 14,46 % (n= 46) de los CNR no recibió ninguna intervención terapéutica. De ellos, la mediana de edad fue de 68,5 años (RIC: 45 - 82), y el 50,0 % correspondió a mujeres. Por región de residencia, Bogotá, D. C., (32,61 %) y la región Oriental (19,57 %) concentraron poco más de la mitad de los casos. Respecto al régimen del aseguramiento, el 69,57 % pertenecía al régimen contributivo, seguido del subsidiado con el 26,09 %; adicionalmente, se identificaron dos casos en el régimen de excepción (4,35 %). En relación con la clasificación del riesgo, de los 15 casos que contaban con esta información, el 73,33 % fue clasificado como de alto riesgo.

Asimismo, se observó que el 21,74 % (n= 10) de los casos había sido diagnosticado durante los tres meses previos a la fecha de corte, mientras que el 17,39 % (n= 8) se encontraba en manejo con cuidados paliativos.

Figura 12.2. Distribución porcentual de los tipos de trasplante en los casos nuevos de LMA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

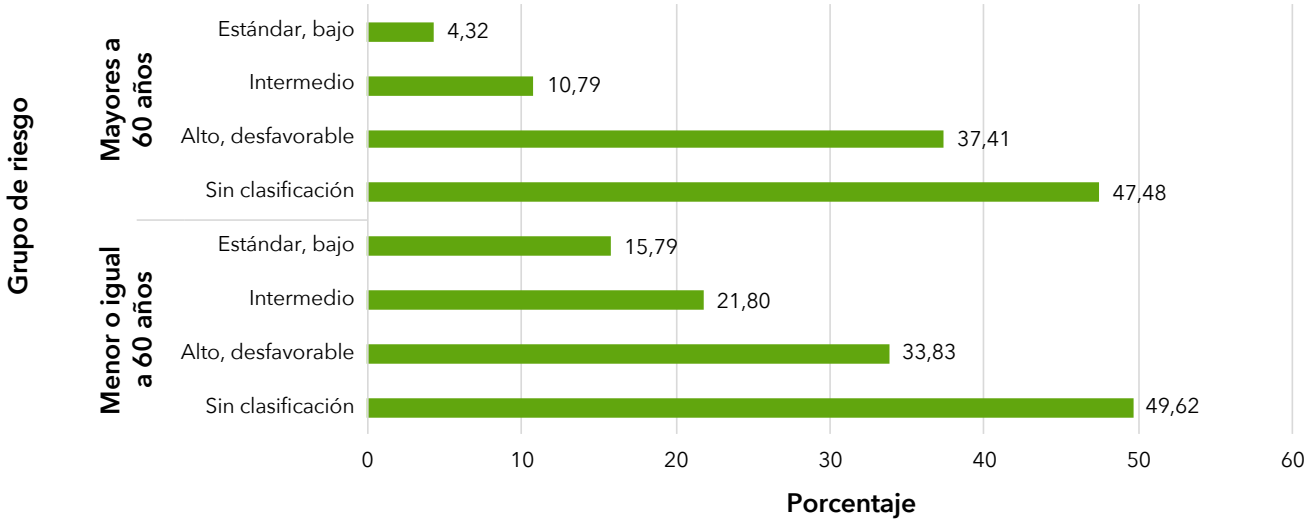


Se incluyen solo los tipos de trasplantes reportados durante el periodo 2025.

Descargar figura

Al analizar la administración de las terapias sistémicas según el grupo de riesgo y la edad, se evidenció que el 35,66 % (n= 97) de los casos tratados correspondió a personas clasificadas con riesgo alto; sin embargo, el 38,23 % (n= 104) no contaba con información sobre su clasificación al momento del estudio. Por su parte, según el grupo etario, tanto en las personas de 60 años o menos como en las mayores de 60 años predominó la ausencia de la clasificación del riesgo.

Figura 12.3. Frecuencia de uso de la terapia sistémica en los casos nuevos de LMA en los adultos según los grupos de riesgo y etario en el marco del aseguramiento, Colombia 2025



Descargar figura

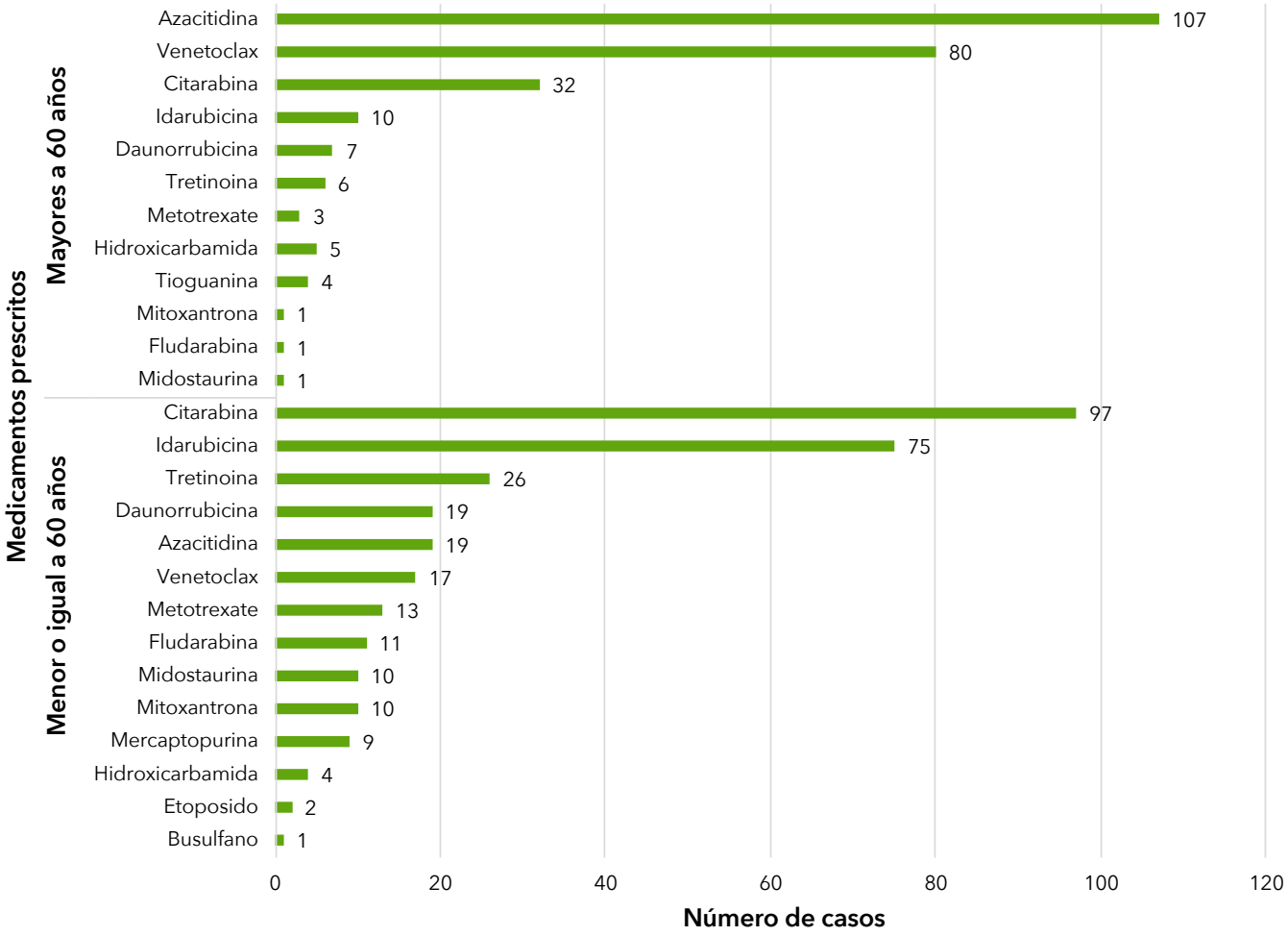
Enseguida, la **figura 12.4** presenta los medicamentos administrados con mayor frecuencia en los casos nuevos de LMA en los adultos. En la población de 60 años o menos, la citarabina se mantuvo como el agente terapéutico más utilizado, seguida de la idarubicina; este patrón fue similar al observado en 2024 y es consistente con los esquemas de inducción intensiva, basados en la citarabina y las antraciclinas. En contraste, en la población de 60 años o más predominaron la azacitidina y el venetoclax, con lo cual se puede inferir el uso de esquemas con agentes hipometilantes combinados con venetoclax.

Según la vía de administración, de los 16 casos con reporte de uso de metotrexato, 10 correspondieron a la vía intratecal y 6 a la vía oral.

Dado que el busulfano está indicado como parte del acondicionamiento previo al trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, el único caso con reporte de uso fue clasificado como de alto riesgo, recibió cuidados paliativos y falleció durante el periodo de análisis.

Por su parte, se identificó la prescripción de tretinoina en 32 casos, de estos el 87,50 % (n= 28) fueron casos con diagnóstico de leucemia promielocítica aguda (C92.4). Seguido de tres casos con diagnóstico de leucemia mieloblástica/mieloide aguda (C92.0) y leucemia mielomonocítica aguda (C92.5).

Figura 12.4. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LMA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2025



Incluye todos los casos nuevos de LMA en la población adulta.

Descargar figura

12.3. Caracterización de los casos prevalentes de LMA en los adultos

A continuación, la **tabla 12.10** describe las características sociodemográficas de los casos prevalentes de LMA en los adultos. En términos generales, el 71,08 % (n= 1.722) de los casos estaba afiliado al régimen contributivo. En el país, el 52,43 % correspondió a mujeres. Además, la mediana de la edad fue de 49 años (RIC: 33 - 65); esto evidencia una distribución etaria amplia con una concentración en los adultos de mediana edad.

De otra parte, el 2,29 % (n= 57) de los casos reportó pertenencia a un grupo étnico. Dentro de este subgrupo, los casos en la población negra e indígena presentaron frecuencias absolutas iguales. No obstante, se observó una concentración diferencial según su afiliación: el 81,48 % (n= 22) de los casos de la etnia negra se encontraba en el régimen contributivo, mientras que la totalidad de los casos de la población indígena fue notificada por el subsidiado, lo que sugiere una posible segmentación por condiciones del aseguramiento.

En cuanto a la distribución geográfica, el 57,27 % (n= 1.328) de los casos se concentró en las regiones Central y Bogotá, D. C., patrón que se replicó en el régimen contributivo. Por su parte, en el subsidiado, el 52,63 % (n= 310) de los casos se ubicó en las regiones Caribe y Central, lo que evidencia una variación en la distribución geográfica según el tipo de afiliación.

Tabla 12.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LMA en los adultos según el régimen del aseguramiento, Colombia 2025

Variables[1]	Régimen del aseguramiento				Total[2,3]
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	
	n= 1.772	n= 589	n= 119	n= 7	n= 2.493
	(71,08 %)	(23,63 %)	(4,77 %)	(0,28 %)	(100,00 %)
Sexo					
Femenino	911 (51,41)	326 (55,35)	63 (52,94)	5 (71,43)	1.307 (52,43)
Masculino	861 (48,59)	263 (44,65)	56 (47,06)	2 (28,57)	1.186 (47,57)
Edad	50 (34 - 65)	46 (29 - 62)	58 (44 - 70)	72 (68 - 82)	49 (33 - 65)
Etnia					
Ninguna	1.749 (98,70)	558 (94,74)	116 (97,48)	7 (100,00)	2.436 (97,71)
Negro	22 (1,24)	4 (0,68)	1 (0,84)	0 (0,00)	27 (1,08)
Indígena	0 (0,00)	27 (4,58)	0 (0,00)	0 (0,00)	27 (1,08)
Otra[4]	1 (0,06)	0 (0,00)	2 (1,68)	0 (0,00)	3 (0,12)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	12 (0,68)	17 (2,89)	3 (2,52)	0 (0,00)	32 (1,28)
Bogotá, D. C.	529 (29,85)	65 (11,04)	33 (27,73)	0 (0,00)	628 (25,19)
Caribe	130 (7,34)	166 (28,18)	15 (12,61)	0 (0,00)	312 (12,52)
Central	518 (29,23)	144 (24,45)	32 (26,89)	5 (71,43)	700 (28,08)
Oriental	330 (18,62)	83 (14,09)	22 (18,49)	0 (0,00)	438 (17,57)
Pacífica	253 (14,28)	114 (19,35)	14 (11,76)	2 (28,57)	383 (15,36)

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).
[2] Para los valores totales se tienen en cuenta tres casos reportados por los planes voluntarios, tres casos de la población no asegurada.
[3] No se incluyeron los datos de 58 casos prevalentes que no se reportaron en el periodo actual porque pertenecen a entidades liquidadas.
[4] Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

12.4. Indicadores de gestión del riesgo en la población adulta con LMA

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

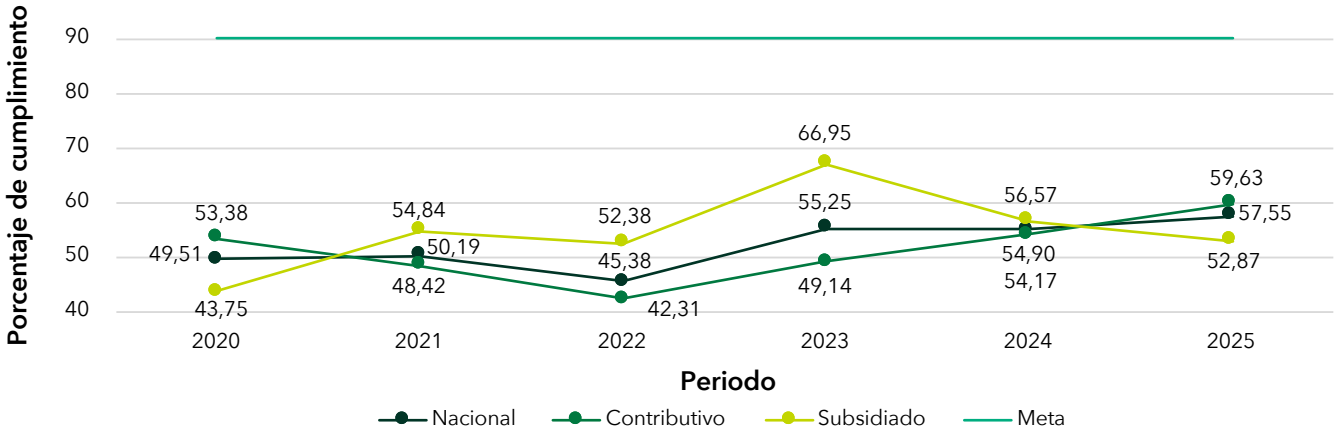
1. Oportunidad de remisión al diagnóstico (promedio de días).
2. Oportunidad del diagnóstico al tratamiento (promedio de días).
3.1. Oportunidad del trasplante en los casos nuevos reportados (promedio de días).
3.2. Oportunidad del trasplante en los casos prevalentes (promedio de días).
4.1. Proporción de pacientes con estudios morfológicos, inmunotipificación y estudios genéticos, CNR.
4.2. Proporción de pacientes con estudios morfológicos, inmunotipificación y estudios genéticos, casos prevalentes.
5.1. Proporción de pacientes a quienes se les realizaron pruebas moleculares (FISH o PCR), CNR.
5.2. Proporción de pacientes a quienes se les realizaron pruebas moleculares (FISH o PCR), casos prevalentes.
6.1. Proporción de pacientes con clasificación del riesgo en los casos nuevos reportados.
6.2. Proporción de pacientes con clasificación del riesgo en los casos prevalentes.
7. Calidad del reporte de la biopsia de médula ósea.
8. Proporción de consolidación.
9. Tasa de remisión.
10. Supervivencia relativa.

Es importante señalar que los indicadores 8 y 9 no se calcularon para este periodo debido a que no se cuenta con las variables necesarias para su medición. Con respecto al indicador 10, se presentaron nuevos resultados para este periodo en un informe especial (2). Adicionalmente, en el periodo 2024 se modificó el nivel de cumplimiento definido para el segundo año de medición, en los indicadores del 5 al 8.

Las **figuras 12.5.1 y 12.5.2** presentan la evolución de la clasificación del riesgo en los casos nuevos y prevalentes de LMA. Desde 2022, el régimen contributivo evidencia una tendencia ascendente sostenida, alcanzando en el último periodo la proporción más alta (59,63 %). En contraste, en el subsidiado se muestra una reducción relativa de 6,54 % frente al periodo inmediatamente anterior.

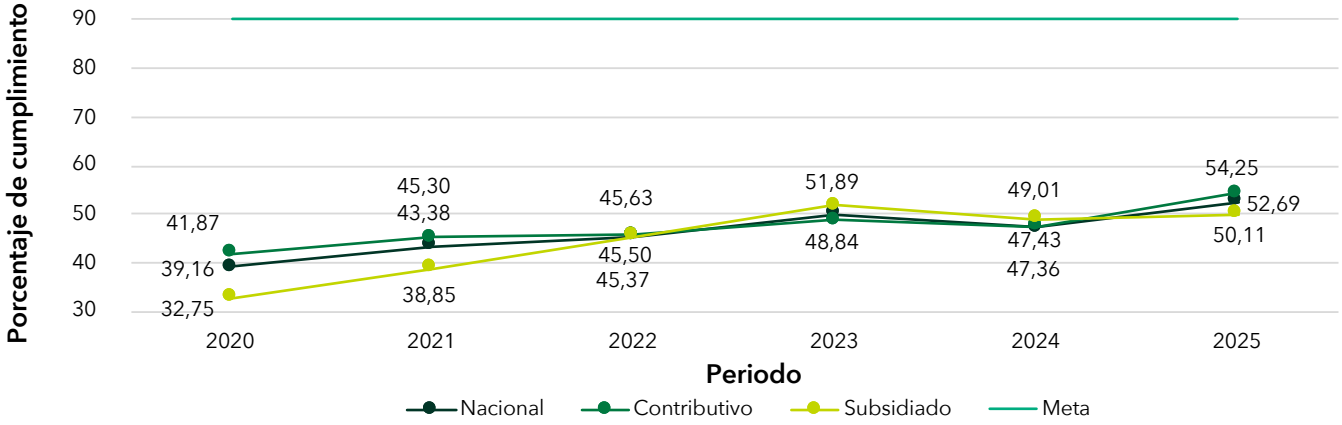
La clasificación del riesgo en los casos prevalentes aumentó en el país y en los principales regímenes de afiliación. Sin embargo, el aumento proporcional de este indicador fue mayor para el contributivo con un 14,38 %.

Figura 12.5.1. Tendencia de la proporción de casos nuevos de LMA en la población adulta con clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025



Descargar figura

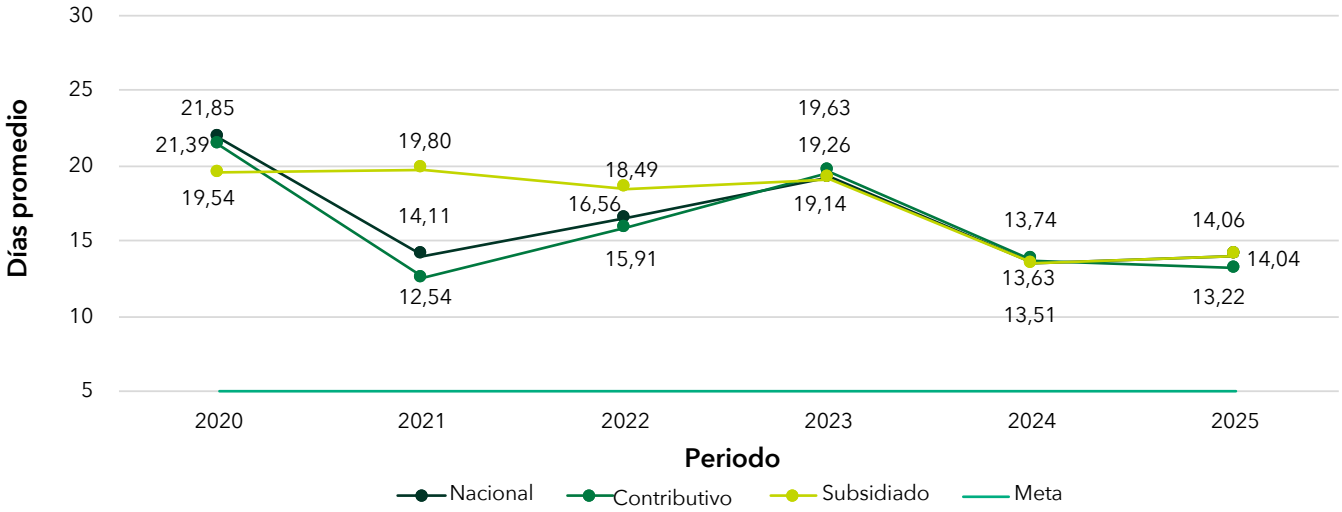
Figura 12.5.2. Tendencia de la proporción de casos prevalentes de LMA en la población adulta con clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025



Descargar figura

Por otro lado, el tiempo entre la remisión por sospecha y la confirmación diagnóstica no presentó cambios relevantes frente al periodo anterior. Este intervalo temporal fue mayor en el régimen subsidiado en comparación con el contributivo. Asimismo, la amplitud de los rangos intercuartílicos reflejó una marcada variabilidad en los tiempos de atención, lo que indica la existencia de casos con demoras considerables que afectan la distribución y el promedio del indicador.

Figura 12.6. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de LMA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2025

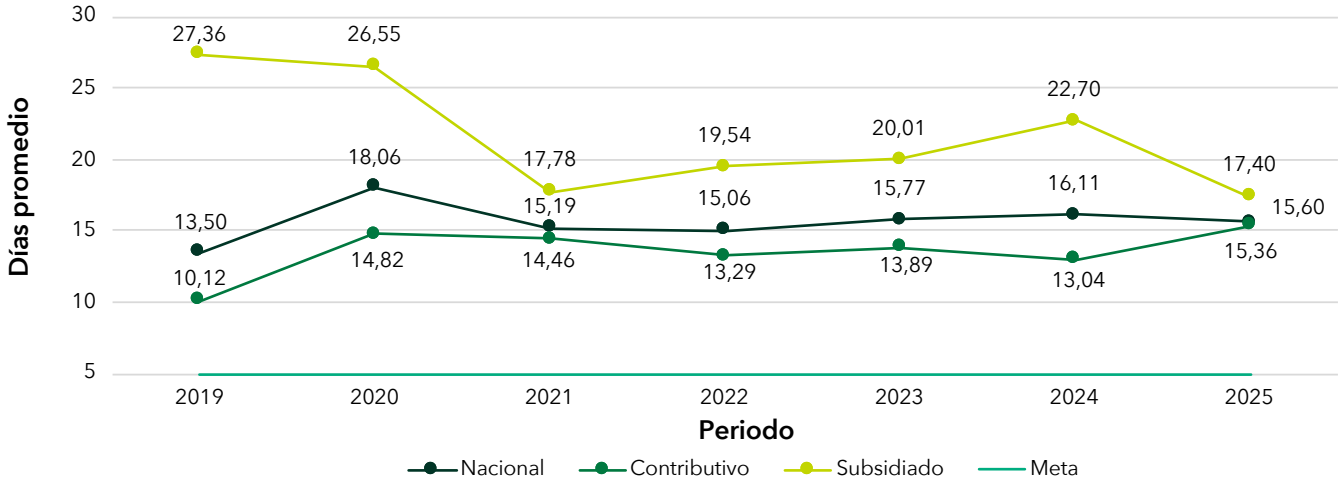


Oportunidad diagnóstica: tiempo entre la remisión por sospecha y la confirmación diagnóstica.
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: de 14,06 días (± 24,57) en la medición nacional, de 13,22 días (± 24,31) en el régimen contributivo y de 14,04 días (± 24,25) en el subsidiado.
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: de 6 días (RIC: 3 - 13) en la medición nacional, de 6 días (RIC: 3 - 14) en el régimen contributivo y de 6 días (RIC: 5 - 12) en el subsidiado.

Descargar figura

En la **figura 12.7** se presenta la tendencia de la oportunidad de inicio del tratamiento, definida como el tiempo transcurrido entre la confirmación diagnóstica y la administración de la primera intervención terapéutica. Durante el periodo analizado, el régimen contributivo mostró un incremento de 2,32 días en el tiempo promedio. No obstante, en el subsidiado se registró el mayor retraso, con un promedio de 17,40 días para el inicio del tratamiento. Al igual que en la oportunidad de confirmación diagnóstica, es probable que estos promedios estén influenciados por valores extremos.

Figura 12.7. Tendencia de la oportunidad de inicio del tratamiento de los casos nuevos de LMA en la población adulta en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2025



Oportunidad del tratamiento: tiempo entre la confirmación del diagnóstico y el primer tratamiento.
La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2025 fue: de 15,60 días (± 29,39) en la medición nacional, de 15,36 días (± 31,86) en el régimen contributivo y de 17,40 días (± 24,57) en el subsidiado.
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del tratamiento en el 2025 fue: de 7 días (RIC: 1 - 16) en la medición nacional, de 6 días (RIC: 1 - 13) en el régimen contributivo y de 8 días (RIC: 2 - 26) en el subsidiado.
Descargar figura

En la **tabla 12.12** se presentan los resultados de la gestión del riesgo según la región de residencia. En términos generales, para 2025 persisten brechas territoriales que limitan el logro de un desempeño óptimo en los indicadores.

En comparación con el periodo anterior, se observa una disminución en el promedio de días para la confirmación diagnóstica en la mayoría de los territorios; no obstante, en las regiones Pacífica y Central se evidencia un aumento en los tiempos, lo que sugiere rezagos en la oportunidad diagnóstica en estos contextos. A pesar de esta reducción general, el tiempo promedio superó los cinco días establecidos como meta.

Por su parte, la oportunidad de inicio del tratamiento superó los cinco días tanto en el país como en todas las regiones, incumpliendo el estándar esperado. La región Amazonía-Orinoquía registró el mayor tiempo de espera, lo que indica una desventaja marcada en el acceso oportuno a la atención.

En relación con la oportunidad del trasplante en los casos incidentes, únicamente Bogotá, D. C., reportó la información necesaria para calcular este indicador en dos casos, por lo cual se limitó el análisis de este indicador a toda la población trasplantada. En contraste, para los casos prevalentes, los mayores tiempos se observaron en la región Caribe (246 días), seguida de la Oriental (228 días), lo que evidencia demoras sustanciales en el acceso a esta intervención de alta complejidad.

La proporción de pacientes con estudios morfológicos, inmunofenotipificación y análisis genéticos fue mayor en los casos nuevos reportados. No obstante, tanto en el país como en las regiones, ningún territorio superó el límite inferior de cumplimiento del indicador. El valor más alto en los CNR se observó en la región Oriental (42,86 %). En los casos prevalentes, el máximo valor fue considerablemente menor (7,39 %). Así, en comparación con 2024, esta actividad presentó una disminución relativa significativa en el país: 42,08 % en los casos nuevos y 37,84 % en los prevalentes.

Tabla 12.11. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LMA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Número		1.	2.	3.1.	3.2.	4.1.	4.2.
Código[1]		LMAA_01	LMAA_02	LMAA_03_1	LMAA_03_2	LMAA_04_1	LMAA_04_2
Semaforización		≤ 5 días	≤ 5 días	Por definir	Por definir	≥ 80 %	≥ 80 %
						< 80 a > 70 %	< 80 a > 70 %
		> 5 días	> 5 días			≤ 70 %	≤ 70 %
Región	Amazonía-Orinoquía	5,40	30,20	SD	SD	0,00	0,00
	Bogotá, D. C.	14,49	15,49	65,50	83,75	36,27	7,39
	Caribe	7,09	10,67	SD	246,00	39,53	6,88
	Central	19,08	14,36	SD	SD	25,71	5,45
	Oriental	14,53	13,95	SD	228,00	42,86	6,27
	Pacífica	12,58	22,73	SD	SD	29,79	4,52
Nacional		**14,06**	**15,60**	**65,50**	**148,14**	**38,05**	**6,03**

La cobertura de las pruebas moleculares, tanto en los casos nuevos como en los prevalentes, se mantuvo consistentemente por debajo del 80 % en todas las regiones y, en consecuencia, en el país. Este desempeño refleja un incumplimiento del umbral esperado para el indicador. En comparación con el periodo anterior, se evidenció una reducción significativa en la ejecución: 39,98 % en los casos nuevos y 35,65 % en los prevalentes, lo que sugiere un retroceso en la capacidad diagnóstica.

En cuanto a la clasificación del riesgo, se observó un incremento respecto al periodo previo, con un mayor cumplimiento en el grupo de casos nuevos. La variación porcentual más marcada correspondió a los casos prevalentes, con un aumento de 11,26 %, lo que indica una mejora relativa en la aplicación de este componente.

Finalmente, la calidad del reporte de la biopsia de médula ósea mostró un cumplimiento heterogéneo entre regiones: la Amazonía-Orinoquía alcanzó el 100 %, seguida por la Oriental con un 80,56 %. El desempeño más bajo se registró en la Central, con 55,77 %, lo que evidencia disparidades en la calidad del reporte en los territorios.

Tabla 12.11. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LMA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 (continuación)

Número		5.1.	5.2.	6.1.	6.2.	7.
Código[1]		LMAA_05_1	LMAA_05_2	LMAA_06_1	LMAA_06_2	LMAA_07
Semaforización		≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %
		< 90 a > 80 %	< 90 a > 80 %	< 90 a > 80 %	< 90 a > 80 %	< 90 a > 80 %
		≤ 80 %	≤ 80 %	≤ 80 %	≤ 80 %	≤ 80 %
Región	Amazonía-Orinoquía	42,86	11,54	71,43	65,38	100,00
	Bogotá, D. C.	38,24	7,78	63,73	56,69	63,86
	Caribe	27,91	4,86	62,79	53,85	67,57
	Central	54,29	6,47	50,00	49,40	55,77
	Oriental	30,61	4,48	46,94	51,34	80,56
	Pacífica	29,79	4,52	59,57	51,94	70,00
Nacional		**38,05**	**6,03**	**57,55**	**52,69**	**66,67**

[1] Código del indicador en HIGIA.

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

Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia. Indicadores de gestión del riesgo en adultos con leucemia linfoide aguda y leucemia mieloide aguda en Colombia [en línea]. 2018. p. 1-74. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-adultos-con-leucemia-linfoide-aguda-y-leucemia-mieloi-de-aguda-en-colombia/

2. Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Informe especial: Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014 - 2022; Bogotá, D. C. 2025. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/informe-de-supervivencia-2014-2022/

CAC
Cuenta de Alto Costo

13

Mieloma múltiple y otras neoplasias hematológicas

RESUMEN infográfico

Mieloma múltiple y otras neoplasias hematológicas

13

2 de enero de 2024 al 1° de enero de 2025

Caracterización de los casos nuevos

Se notificaron **631 casos nuevos** de mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias, que representaron el 43,79 % del total de otras neoplasias hematológicas incluidas en este capítulo.

El **54,60 %** de los casos nuevos correspondió al **sexo masculino.**

La mediana de la edad fue de **65 años** (RIC: 55 - 75).

El 31,92 % de los casos contó con clasificación del riesgo.

Caracterización de los casos prevalentes

Se reportaron 18.948 casos prevalentes de otras neoplasias hematológicas.

El 32,66 % de los casos prevalentes correspondió a mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias.

Los siguientes grupos más frecuentes fueron las leucemias mieloides (23,36 %) y las leucemias linfoides (16,83 %).

Evaluación de la gestión del riesgo

La oportunidad para la confirmación diagnóstica alcanzó un promedio nacional de 36,22 días, manteniéndose dentro de la meta de ≤ 45 días, aunque aumentó cerca de siete días frente al periodo previo.

La proporción de pacientes que finalmente recibió **trasplante autólogo alcanzó el 11,39 %** a nivel nacional y fue baja en todas las regiones, considerando la meta de > 60 %.

Descargar infografía

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

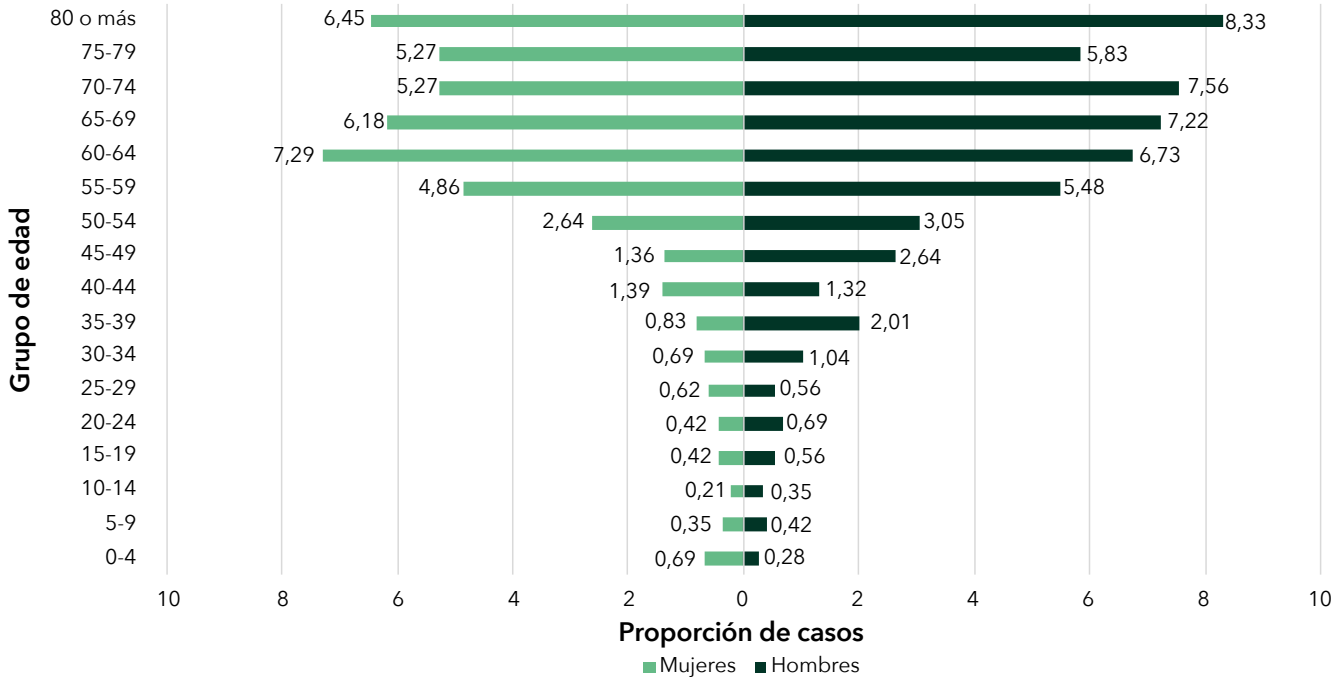
13. Descripción especial: mieloma múltiple y otras neoplasias hematológicas*

El mieloma múltiple (CIE-10 C900) y otras enfermedades hematológicas no hacen parte de las neoplasias priorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 3974 de 2009. Su estudio cobra relevancia al considerar que, durante el 2025, las neoplasias hematolinfáticas representaron el 6,80 % del total de casos nuevos, porcentaje del cual el 13,34 % correspondió a nuevos diagnósticos de mieloma múltiple.

13.1. Características sociodemográficas de los casos reportados de mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias

En la **figura 13.1** se observa la distribución de los casos nuevos según el grupo etario y el sexo. Del total de estos, el 82,19 % se presentó entre los 50 y los 80 años o más, manifestándose una mayor concentración en el grupo de 80 años o más, seguido de aquellos entre los 60 y 64 años.

Figura 13.1. Distribución de los casos nuevos de otras neoplasias hematológicas según el grupo etario y el sexo en el marco de aseguramiento, Colombia 2025



Incluye todos los casos nuevos de otras neoplasias hematológicas, en ambos sexos y en todas las edades.

Descargar figura

En relación con las características demográficas y clínicas de los casos nuevos, de las neoplasias incluidas en este capítulo **(tabla 13.1.),** el 54,06 % fueron diagnosticadas en hombres, la mediana de la edad fue de 65 años, en Bogotá, D. C., se concentró el 24,98 % de los casos, seguida de la región Central con el 23,11 %. Asimismo, el 3,05 % pertenecía a alguno de los grupos étnicos.

Por su parte, en los casos prevalentes de las otras neoplasias hematológicas, el 50,36 % correspondió a mujeres y la mayoría residía en la región Central, seguida de Bogotá, D. C., y la Caribe con la misma proporción.

En cuanto a las características clínicas, en general el 31,92 % de los casos nuevos tenía clasificación del riesgo; esta medida contempla la clasificación del riesgo teniendo en cuenta la heterogeneidad en las diferentes neoplasias hematológicas y los sistemas de clasificación para tal fin. En los casos prevalentes el porcentaje de clasificación del riesgo es mucho menor comparado con los casos nuevos.

* **Agrupa los siguientes CIE-10:** C880, C883, C889, C900, C901, C902, C903, C911, C914, C915, C916, C917, C919, C921, C922, C923, C927, C929, C931, C937, C944, C946, C947, C950, C951, C957, C959, C964, C965, C966, C968, D45X, D464, D466, D467, D469, D471, D473, D474, D752 y D760.

En cuanto a los subgrupos de las otras neoplasias hematológicas, el mieloma múltiple ocupó el 43,79 % de los casos nuevos reportados, seguido de las leucemias linfoides (16,03 %) y las leucemias mieloides (14,78 %), diferentes de las leucemias agudas (grupo que incluye la leucemia mieloide crónica, la leucemia linfoide crónica, la leucemia de células vellosas y la entidad leucemia/linfoma de células T). En los casos prevalentes, el mieloma múltiple continúa siendo la neoplasia de mayor frecuencia (32,66 %), seguido de las leucemias mieloides (23,36 %) y las leucemias linfoides (16,83 %).

Adicionalmente, las terapias sistémicas que incluyen la quimioterapia y la inmunoterapia fueron administradas en el 41,63 % de los casos nuevos. Además, la radioterapia se administró en el 5,66 %, mientras que el 3,00 % fue llevado a trasplante.

Tabla 13.1. Características sociodemográficas y clínicas de los casos con otras neoplasias hematológicas en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Variable[1]	Clasificación de la población	
	CNR	Casos prevalentes[2]
	n= 1.441	n= 18.948
Sociodemográficas		
Edad	65 (55 - 75)	65 (54 - 75)
Sexo		
Mujeres	662 (45,94)	9.543 (50,36)
Hombres	779 (54,06)	9.405 (49,64)
Región de residencia		
Amazonía-Orinoquía	11 (0,76)	220 (1,16)
Bogotá, D. C.	360 (24,98)	4.546 (23,99)
Caribe	255 (17,70)	2.546 (23,99)
Central	333 (23,11)	5.525 (29,16)
Oriental	248 (17,21)	2.999 (15,83)
Pacífica	234 (16,24)	2.895 (15,28)
Etnia		
Ninguna	1.397 (96,95)	18.546 (97,88)
Indígena	12 (0,83)	134 (0,71)
Negro	26 (1,80)	247 (1,30)
Otra[3]	6 (0,42)	21 (0,11)
Régimen de afiliación		
Contributivo	956 (66,34)	13.386 (70,65)
Subsidiado	420 (29,15)	4.391 (23,17)
Excepción	56 (3,89)	1.084 (5,72)
Especial	9 (0,62)	60 (0,32)
Planes voluntarios en salud	0 (0,00)	5 (0,03)
No asegurado	0 (0,00)	21 (0,11)
Clínicas		
Clasificación del riesgo (si)[4]	460 (31,92)	2.392 (12,29)
Subgrupo otros hematolinfáticos[5]		
Mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias	631 (43,79)	6.188 (32,66)
Leucemias mieloides	213 (14,78)	4.427 (23,36)
Leucemias linfoides	231 (16,03)	3.189 (16,83)
Mieloproliferativos	115 (7,98)	2.401 (12,67)

Tabla 13.1. Características sociodemográficas y clínicas de los casos con otras neoplasias hematológicas en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 (continuación)

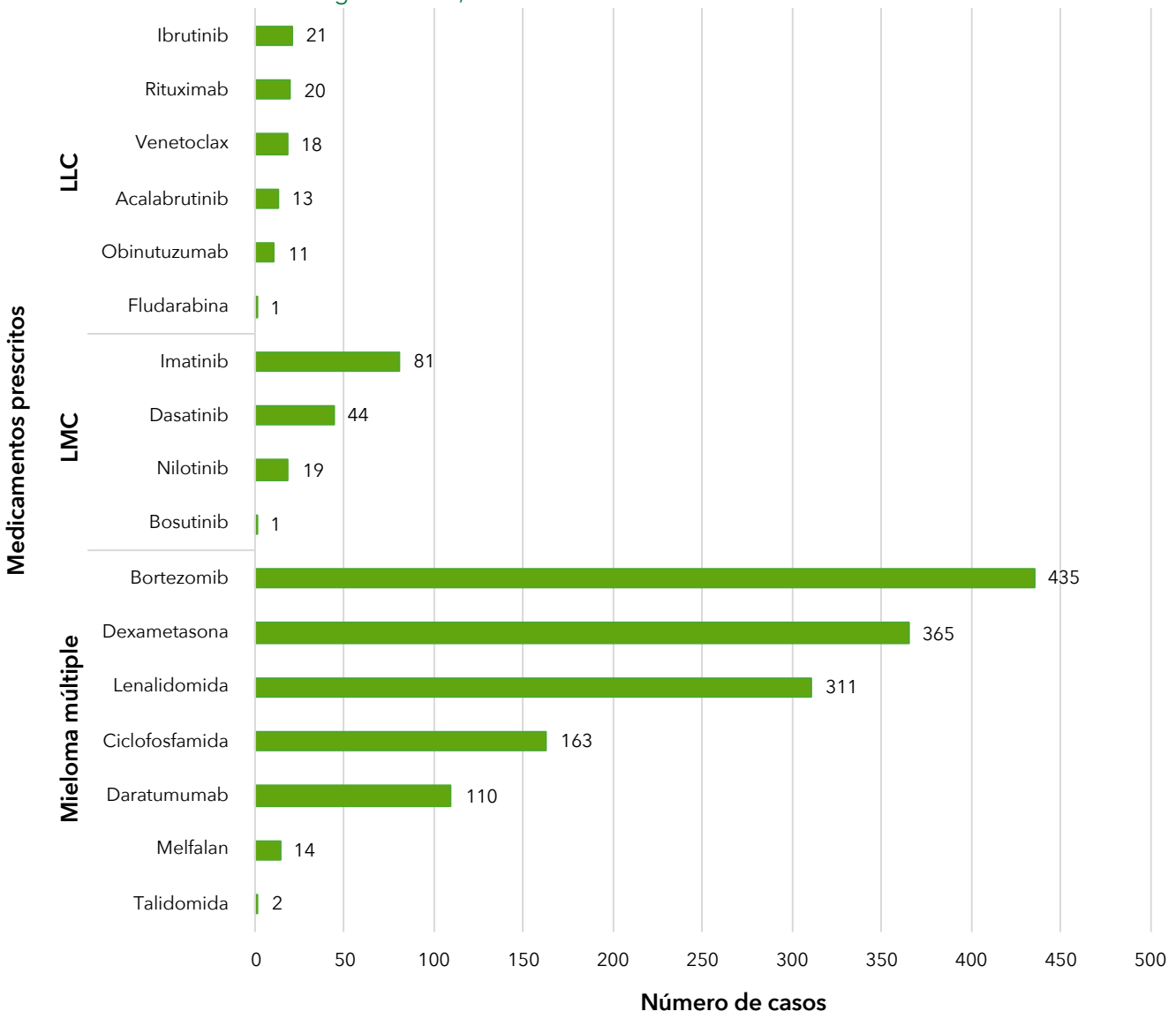
Variable[1]	Clasificación de la población	
	CNR	Casos prevalentes[2]
	n= 1.441	n= 18.948
Síndromes mielodisplásicos	134 (9,30)	1.146 (6,05)
Otras leucemias no especificadas	27 (1,87)	490 (2,59)
Otras leucemias específicas	33 (2,29)	458 (2,42)
Enfermedades inmunoproliferativas	9 (0,62)	228 (1,20)
Histiocitosis	10 (0,69)	165 (0,87)
Leucemias monocíticas	23 (1,60)	108 (0,57)
Otros tumores malignos	15 (1,04)	148 (0,78)
Tratamiento[6]		
Terapia sistémica	1.025 (71,63)	NA
Radioterapia	81 (5,66)	NA
Trasplante	43 (3,00)	NA

[1] Los valores reportados corresponden a frecuencias absolutas y relativas (n, %) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).
[2] No se incluyen los datos de 276 casos prevalentes correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, ya que no se tiene la información actualizada.
[3] Incluye a la población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.
[4] Medida general sobre el reporte de la clasificación del riesgo por cualquiera de los sistemas utilizados para tal fin.
[5] Definidas según el código CIE-10.
[6] Únicamente se evaluó en los casos nuevos reportados.
CNR: casos nuevos reportados; **NA:** no aplica.

En las personas con diagnóstico de leucemia linfoide crónica (LLC) que recibieron terapia sistémica, el medicamento más frecuentemente usado fue el ibrutinib, seguido del rituximab y el venetoclax. Además, opciones de tratamiento como la fludarabina apareció solo en un caso. En los pacientes con leucemia mieloide crónica (LMC) el medicamento más indicado fue el imatinib, seguido del dasatinib, lo cual es congruente con las líneas de tratamiento para los pacientes con este diagnóstico.

En los casos de mieloma múltiple, los medicamentos más frecuentes corresponden a bortezomib, lenalidomida y dexametasona, principios activos incluidos en los esquemas de tratamiento de primera línea, previo al acceso a trasplante autólogo de médula ósea, como el VRD (bortezxomib, lenalidomida, dexametasona). Adicionalmente, se identificó la indicación de medicamentos dirigidos a la prevención de los eventos óseos asociados a las complicaciones del mieloma múltiple, entre ellos los bifosfonatos: el ácido zoledronico (n= 132) y el ácido ibandrónico (n= 5) y el anticuerpo monoclonal denosumab (n= 44) (1).

Figura 13.2. Distribución de los medicamentos prescritos en los casos nuevos de otras neoplasias hematológicas frecuentes en el marco del aseguramiento, Colombia 2025



Incluye los casos nuevos con diagnóstico de leucemia linfoide crónica (CIE-10 C911), leucemia mieloide crónica (CIE-10 C921) y mieloma múltiple (CIE-10 C900) reportados a la CAC.
Los datos presentados corresponden a las frecuencias de prescripción de forma independiente, sin tener en cuenta el uso concomitante de uno o más fármacos.
LLC: leucemia linfoide crónica; **LMC:** leucemia mieloide crónica; **FCR:** fludarabina ciclofosfamida rituximab.

Descargar figura

Es importante mencionar que actualmente existen dos sistemas de clasificación del mieloma múltiple: el de Durie-Salmon y el Sistema de Estadificación Internacional Revisado (R-ISS, por sus siglas en inglés) (2). El último es el más utilizado y se basa en 4 indicadores: la cantidad sérica de albúmina, la de microglobulina beta-2, la de LDH y las anomalías genéticas específicas (citogenética) del cáncer para clasificar la enfermedad en tres estadios. Sin embargo, aún no se cuenta con las variables necesarias para realizar este análisis.

13.2. Indicadores de la gestión del riesgo en mieloma múltiple

En el periodo de análisis, fueron diagnosticados 601 casos de mieloma múltiple (CIE-10 C900). Para esta neoplasia, fueron notificados un total de 5.852 casos prevalentes y 636 muertes por todas las causas en las personas con este diagnóstico.

En esta sección se presenta la cuarta medición de los indicadores para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo en la población con mieloma múltiple en Colombia, los cuales fueron definidos mediante consenso (3):

1. Proporción de pacientes con confirmación diagnóstica citológica e histopatológica.
2. Proporción de pacientes con realización de FISH o PCR al diagnóstico.
3. Proporción de pacientes con estudio de alteraciones citogenéticas mínimas.
4. Proporción de pacientes con criterios completos de diagnóstico.
5. Proporción de pacientes con evaluación de la enfermedad ósea al diagnóstico.
6. Proporción de pacientes con estudio de la función renal al diagnóstico.
7. Proporción de pacientes con presencia de enfermedad renal al diagnóstico.
8. Proporción de pacientes con estadificación del riesgo con el sistema R-ISS.
9. Proporción de pacientes clasificados con bajo riesgo al diagnóstico según R-ISS.
10. Proporción de pacientes clasificados con alto riesgo citogenético al diagnóstico.
11. Proporción de pacientes con estadificación de Durie-Salmon al diagnóstico.
12. Proporción de pacientes candidatos al trasplante.
13. Proporción de pacientes elegibles para trasplante cuya terapia de inducción es una tripleta.
14. Proporción de pacientes a quienes se les realizó trasplante autólogo.
15. Proporción de pacientes con indicación de bifosfonatos o denosumab.
16. Proporción de pacientes que recibieron radioterapia en el periodo.

17.1. Proporción de pacientes que recibieron cuidados paliativos en el periodo (CNR).

17.2. Proporción de pacientes que recibieron cuidados paliativos en el periodo (prevalentes).

18. Oportunidad de confirmación diagnóstica (tiempo desde la realización de la biopsia hasta la confirmación del diagnóstico).
19. Oportunidad de tratamiento (tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento).
20. Proporción de pacientes con progresión de la enfermedad (prevalentes).
21. Proporción de pacientes con buena respuesta según el IMWG4.

22.a. Supervivencia global a 5 años.

22.b. Supervivencia global a 3 años.

23.a. Supervivencia global postrasplante a 5 años.

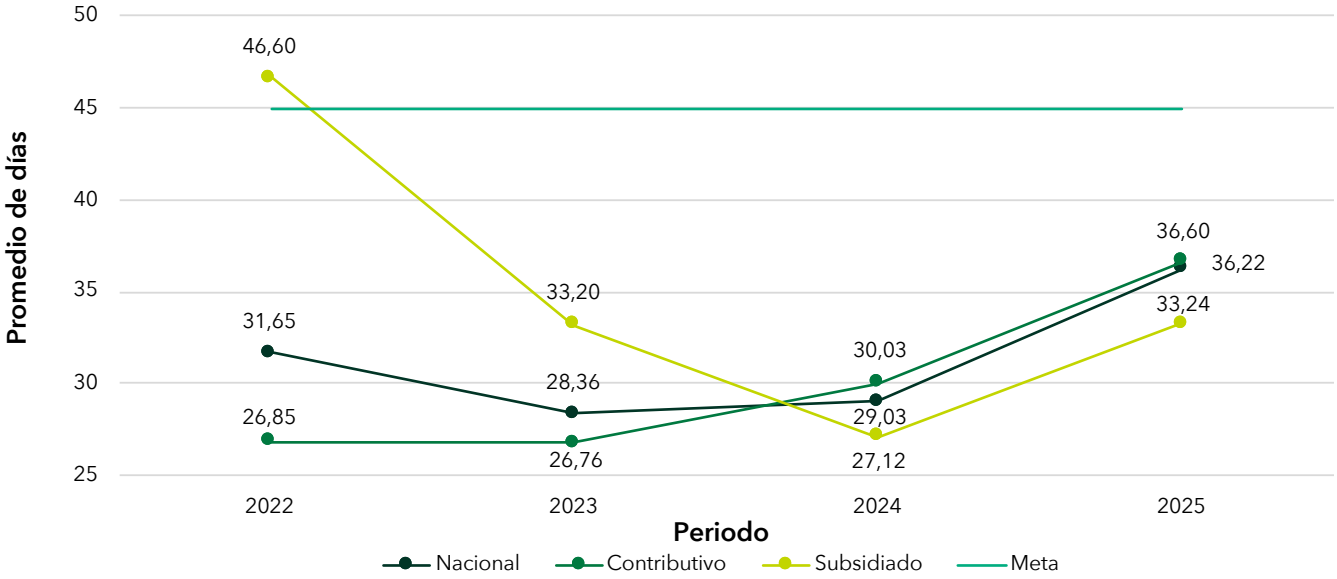
23.b. Supervivencia global postrasplante a 3 años.

24. Proporción de pacientes que recibieron atención por el equipo interdisciplinario en el periodo (CNR).
25. Proporción de pacientes con eventos óseos en el periodo (prevalentes).

Es importante señalar que los resultados más recientes de los indicadores de supervivencia se presentaron en el informe especial "Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo 2014 - 2022" (4). También, los indicadores 8, 9, 10, 11, 21, 22 y 23, no pueden ser calculados ya que aún no hay variables disponibles para su medición.

En 2025, la oportunidad para la confirmación diagnóstica del mieloma múltiple en el país aumentó en un promedio de siete días respecto al periodo anterior, alcanzando un tiempo promedio de 36 días. Un comportamiento similar se observó en los regímenes contributivo y subsidiado, donde este intervalo incrementó cerca de seis días. Para este último periodo, el resultado nacional y el del contributivo fueron los tiempos promedio más altos desde el inicio de la medición del indicador en 2022; aun así, se mantuvieron dentro de la meta establecida de 45 días o menos.

Figura 13.3. Tendencia de la oportunidad de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos de mieloma múltiple en el marco del aseguramiento, Colombia 2022 – 2025

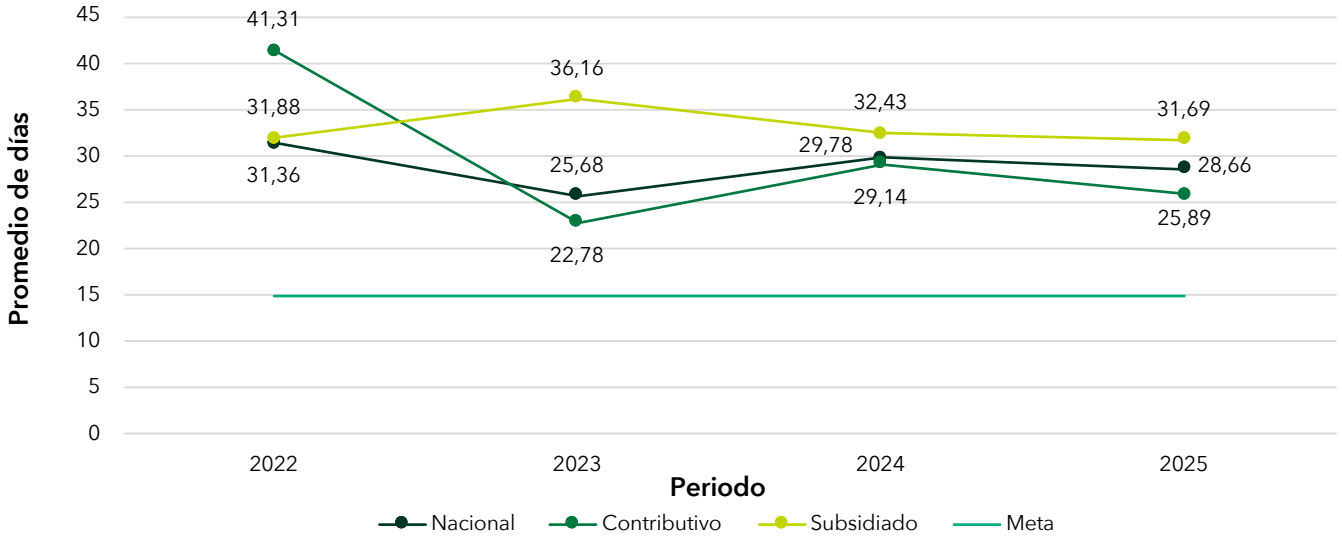


Oportunidad diagnóstica: tiempo desde la remisión hasta el diagnóstico histológico.
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: de 36,22 días (± 54,51) en la medición nacional, de 36,60 días (± 51,79) en el régimen contributivo y de 33,24 días (± 55,85) en el subsidiado.
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del diagnóstico en el 2025 fue: de 17 días (RIC: 9 - 42) en la medición nacional, de 16 días (RIC: 8 - 44) en el régimen contributivo y de 19 días (RIC: 9 - 42) en el subsidiado.

Descargar figura

Por su parte, la oportunidad para el inicio del primer tratamiento continúa registrando un tiempo superior a la meta establecida de 15 días, con promedios cercanos a un mes, después de la confirmación del diagnóstico. Este comportamiento evidencia una oportunidad de mejora en el acceso oportuno de las terapias, especialmente en el régimen subsidiado, donde la medida fue ligeramente superior. En el contributivo, aunque el indicador también se mantiene por encima de la meta, se observó una disminución de tres días frente al periodo 2024, lo que representa un avance favorable. En general, en las personas con mieloma múltiple se cumple con la meta definida para la confirmación diagnóstica; no obstante, persiste el reto de fortalecer la oportunidad en el inicio del tratamiento, con el fin de avanzar hacia una atención más integral y oportuna.

Figura 13.4. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos nuevos de mieloma múltiple en el marco del aseguramiento, Colombia 2022 - 2025



Oportunidad del tratamiento: tiempo desde el diagnóstico histológico hasta el primer tratamiento.
La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2025 fue: de 31,31 días (± 44,99) en la medición nacional, de 28,32 días (± 42,35) en el régimen contributivo y de 34,37 días (± 45,43) en el subsidiado.
La mediana (rango intercuartílico) para la oportunidad del tratamiento en el 2024 fue: de 14 días (RIC: 4 - 38) en la medición nacional, de 13 días (RIC: 4 - 34) en el régimen contributivo y de 15 días (RIC: 6 - 46) en el subsidiado.

Descargar figura

En el proceso de la confirmación diagnóstica de los casos nuevos, se recomienda la realización de las pruebas FISH o PCR, junto con el estudio de alteraciones citogenéticas. Sin embargo, el reporte de la realización de estas pruebas fue inferior al 70 % en las distintas regiones, con excepción de la Amazonía-Orinoquía, en donde de los cinco casos de esta región, todos contaron con la realización de FISH o PCR y solo a cuatro se les realizó el análisis de alteraciones citogenéticas mínimas.

Por otro lado, la evaluación de la función renal al momento del diagnóstico se realizó en menos del 90 % de los casos, con una menor proporción en las regiones Pacífica, Bogotá, D. C., y la Oriental. Por su parte, la proporción de casos nuevos con valoración de la enfermedad ósea fue aún menor en todos los territorios del país. La evaluación de estas condiciones es fundamental para conocer el estado inicial de la enfermedad, considerando que el daño óseo está presente en el 79,00 % de los pacientes y la insuficiencia renal aguda ocurre en el 19,00 % al momento de la presentación. Además, estas pruebas constituyen criterios CRAB que definen la necesidad de tratamiento y determinan el pronóstico (5).

En el país, entre el 40,86 % y el 60,00 % de los casos nuevos fueron considerados elegibles para trasplante. No obstante, el porcentaje de pacientes que finalmente fue trasplantado durante el periodo 2025 fue considerablemente menor, especialmente en las regiones Caribe y Pacífica. En cuanto a los tratamientos, la radioterapia fue indicada en menos del 10,96 %, o menos, de los casos nuevos, con excepción de la región Pacífica y la Central, donde la proporción fue superior al 23,66 % y el 17,05 %, respectivamente.

Tabla 13.2. Indicadores de la gestión del riesgo en la población con mieloma múltiple según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025

Número		1.	2.	3.	4.	5.	6.
Código[1]		MM_01	MM_02	MM_03	MM_04	MM_05	MM_06
Semaforización		> 90 %	> 90 %	Por definir	> 90 %	> 70 %	> 90 %
		> 80 - ≤ 90 %	> 80 - ≤ 90 %		> 80 - ≤ 90 %	> 50 - ≤ 70 %	> 80 - ≤ 90 %
		≤ 80 %	≤ 80 %		≤ 80 %	≤ 50 %	≤ 80 %
Región	Amazonía-Orinoquía	100,00	100,00	80,00	40,00	20,00	80,00
	Bogotá, D. C.	74,53	50,31	21,74	27,33	19,88	73,91
	Caribe	85,95	48,76	19,01	47,93	19,01	80,99
	Central	80,62	55,81	28,68	31,78	25,58	86,82
	Oriental	78,49	56,99	26,88	33,33	17,20	76,34
	Pacífica	67,74	54,84	25,81	31,18	12,90	67,74
Nacional		**77,91**	**53,32**	**24,58**	**34,05**	**19,44**	**77,57**

Tabla 13.2. Indicadores de la gestión del riesgo en la población con mieloma múltiple según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 (continuación)

Número		7.	12.	13.	14.	15.	16.
Código[1]		MM_07	MM_12	MM_13	MM_14	MM_15	MM_16
Semaforización		Por definir	Por definir	> 60 %	> 60 %	> 80 %	≤ 20 %
				> 50 - ≤60 %	> 50 - ≤ 60 %	> 70 - ≤ 80 %	> 20 - ≤ 30 %
				≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 70 %	> 30 %
Región	Amazonía-Orinoquía	0,00	60,00	66,67	0,00	20,00	0,00
	Bogotá, D. C.	21,74	45,96	43,24	10,81	21,74	4,97
	Caribe	21,49	54,55	65,15	9,09	39,67	4,13
	Central	31,01	43,41	73,21	17,86	34,88	17,05
	Oriental	23,66	47,31	59,09	11,36	23,66	9,68
	Pacífica	29,03	40,86	34,21	7,89	23,66	23,66
Nacional		**24,92**	**46,68**	**55,87**	**11,39**	**28,74**	**10,96**

Tabla 13.2. Indicadores de la gestión del riesgo en la población con mieloma múltiple según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2025 (continuación)

Número		17.1.	17.2.	18.	19.	20.	24.	25.
Código[1]		MM_17_1	MM_17_2	MM_18	MM_19	MM_20	MM_24	MM_25
Semaforización		> 80 %	> 80 %	≤ 45 días	≤ 15 días	Por definir	Por definir	Por definir
		> 70 - ≤ 80 %	> 70 - ≤ 80 %	> 45 - 60 días	> 15 - 30 días			
		≤ 70 %	≤ 70 %	> 60 días	> 30 días			
Región	Amazonía-Orinoquía	20,00	16,67	25,67	61,80	0,00	0,00	6,67
	Bogotá, D. C.	45,96	26,36	32,59	26,11	1,26	3,73	4,53
	Caribe	34,71	16,74	35,03	34,76	2,72	1,65	8,58
	Central	57,36	34,53	32,97	24,51	4,69	1,55	5,46
	Oriental	33,33	18,01	40,91	29,40	2,73	0,00	6,11
	Pacífica	51,61	25,07	44,00	27,52	2,30	5,38	5,42
Nacional		**44,85**	**44,85**	**25,56**	**36,22**	**28,66**	**2,76**	**2,49**

[1] Código HIGIA.

Referencias bibliográficas

1. Sánchez Vanegas G, Castro C, Abello V, Enciso L, Mantilla W, Espinosa D, et al. Guía de práctica clínica para el tratamiento del MM: guía para profesionales de la salud. 2020.
2. NICE. Myeloma: diagnosis and management. National Collaborating Centre for Cancer. Commissioned by the National Institute for Health and Care Excellence. 2016.
3. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). Consenso basado en la evidencia: Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas con mieloma múltiple atendidas en el marco del sistema de salud colombiano; Bogotá, D. C. 2022.
4. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). Consenso basado en la evidencia: Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas con mieloma múltiple atendidas en el marco del sistema de salud colombiano; Bogotá, D. C. 2022.
5. Holmberg LA, Coffey DG, Green DJ, Libby EN, Cowan AJ, Gopal AK, et al. Diagnosis and management of multiple myeloma: a review. JAMA. 2022;327(5):464-477. doi:10.1001/jama.2022.0003.

CAC
Cuenta de Alto Costo

14

Otros tipos de cáncer

RESUMEN infográfico

Otros tipos de cáncer

2 de enero de 2024 al 1° de enero de 2025

14



En el 2025 se registraron

363.662 casos prevalentes

correspondientes a otros tipos de neoplasias.



De estos,

el 10,10 % (n= 34.898)

fueron diagnosticados durante este mismo periodo.



Se reportaron

16.426 fallecimientos

asociados a alguno de los tipos de cáncer incluidos en este capítulo.

Descargar infografía

14. Otros tipos de cáncer

Este capítulo aborda un conjunto heterogéneo de neoplasias que, aunque difieren en su localización anatómica y en sus factores etiológicos principales, se agrupan con fines de presentación en este capítulo debido a que no están contempladas como priorizadas en la Resolución 3974 de 2009. Su inclusión tiene como propósito proporcionar información relevante sobre otras neoplasias que, pese a no haber sido priorizadas a nivel normativo, representan una carga importante de enfermedad en la población colombiana.

14.1. Morbilidad y mortalidad de los otros tipos de cáncer reportados

En el periodo 2025 se registraron 363.662 casos prevalentes correspondientes a otros tipos de neoplasias, de los cuales el 10,10 % (n= 34.898) fue diagnosticado durante ese mismo periodo. Además, se reportaron 16.426 fallecimientos por cualquier causa en personas con alguno de los tipos de cáncer incluidos en este capítulo. La **tabla 14.1** presenta el número de casos y las medidas de morbimortalidad crudas para cada uno de los diagnósticos CIE-10 reportados a la CAC.

Tabla 14.1. Número de casos y medidas de morbimortalidad de los otros tipos de cáncer según el CIE-10 en el aseguramiento, Colombia 2025

CIE-10[1]	Tipo de neoplasia	PCNR		Prevalencia		Mortalidad[2]	
		n	Cruda[3,4]	n	Cruda[3,4]	n	Cruda[3,4]
C00	Tumor maligno del labio	23	0,04	792	1,51	44	0,08
C01	Neoplasias malignas de la base de la lengua	60	0,11	480	0,91	47	0,09
C02	Neoplasias malignas de otras partes y sin especificar de la lengua	225	0,43	2.012	3,82	202	0,38
C03	Neoplasias malignas de la encía	11	0,02	142	0,27	17	0,03
C04	Neoplasias malignas de la base de la boca	28	0,05	309	0,59	35	0,07
C05	Neoplasias malignas del paladar	66	0,13	716	1,36	48	0,09
C06	Neoplasias malignas de otras partes y sin especificar de la boca	52	0,10	673	1,28	35	0,07
C07	Neoplasias malignas de la glándula parótida	114	0,22	1.513	2,88	94	0,18
C08	Neoplasias malignas de otras partes y sin especificar de las glándulas salivares	71	0,13	734	1,40	43	0,08
C09	Neoplasias malignas de las amígdalas	137	0,26	1.561	2,97	87	0,17
C10	Neoplasias malignas de la orofaringe	83	0,16	998	1,90	85	0,16
C11	Neoplasias malignas de la nasofaringe	48	0,09	808	1,54	58	0,11
C12	Neoplasias malignas del seno piriforme	1	0,00	19	0,04	1	0,00
C13	Neoplasias malignas de la hipofaringe	28	0,05	444	0,84	27	0,05
C14	Neoplasias malignas de otras partes del labio, la cavidad oral y la faringe	9	0,02	246	0,47	20	0,04
D00	Carcinoma *in situ* del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	5	0,01	646	1,23	24	0,05
C15	Neoplasias malignas del esófago	387	0,74	1.761	3,35	490	0,93
C17	Neoplasias malignas del intestino delgado	111	0,21	1.175	2,23	118	0,22
C22	Neoplasias malignas de hígado y de canalículos biliares intrahepáticos	473	0,90	1.951	3,71	541	1,03
C23	Neoplasias malignas de la vesícula biliar	223	0,42	1.151	2,19	300	0,57
C24	Neoplasias malignas de otras partes y sin especificar del tracto biliar	231	0,44	1.171	2,23	247	0,47
C25	Neoplasias malignas del páncreas	691	1,31	3.199	6,08	837	1,59
C26	Neoplasias malignas de otras enfermedades de los órganos digestivos	13	0,02	458	0,87	47	0,09
D001	Carcinoma *in situ* del esófago	6	0,01	72	0,14	8	0,02
D01	Carcinoma *in situ* de otros órganos digestivos	13	0,02	268	0,51	21	0,04
C30	Neoplasias malignas de la cavidad nasal y el oído medio	47	0,09	609	1,16	39	0,07

Tabla 14.1. Número de casos y medidas de morbimortalidad de los otros tipos de cáncer según el CIE-10 en el aseguramiento, Colombia 2025 (continuación)

CIE-10[1]	Tipo de neoplasia	PCNR		Prevalencia		Mortalidad[2]	
		n	Cruda[3,4]	n	Cruda[3,4]	n	Cruda[3,4]
C31	Neoplasias malignas de los senos paranasales	41	0,08	823	1,56	62	0,12
C32	Neoplasias malignas de laringe	272	0,52	3.647	6,93	309	0,59
C37	Neoplasias malignas del timo	26	0,05	337	0,64	20	0,04
C38	Neoplasias malignas del corazón, el mediastino y la pleura	71	0,13	674	1,28	85	0,16
C39	Neoplasias malignas de otras partes del sistema respiratorio y de los órganos intratorácicos	3	0,01	83	0,16	9	0,02
D02	Carcinoma *in situ* de otras partes del sistema respiratorio	10	0,02	272	0,52	15	0,03
C40	Neoplasias malignas de hueso y cartílago articular de miembros	170	0,32	2.463	4,68	130	0,25
C41	Neoplasias malignas de hueso y cartílago articular de otras partes sin especificar	99	0,19	1.785	3,39	130	0,25
C44	Otras neoplasias malignas de la piel	16.229	30,85	134.282	255,22	3.640	6,92
D04	Carcinoma *in situ* de la piel	1.063	2,02	11.339	21,55	369	0,70
C45	Mesotelioma maligno	77	0,15	321	0,61	84	0,16
C46	Sarcoma de Kaposi	125	0,24	1.639	3,12	66	0,13
C47	Neoplasias malignas de nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo	16	0,03	323	0,61	15	0,03
C48	Neoplasias malignas del retroperitoneo y del peritoneo	141	0,27	1.466	2,79	180	0,34
C49	Neoplasias malignas de otros tejidos conectivos y blandos (los códigos alfanuméricos son ILDS)	842	1,60	9.042	17,19	562	1,07
C51	Neoplasias malignas de vulva	109	0,21	1.273	2,42	103	0,20
C52	Neoplasias malignas de vagina	70	0,13	1.566	2,98	69	0,13
C54	Neoplasias malignas del útero	1.173	2,23	13.156	25,00	611	1,16
C55	Neoplasias malignas de las partes no especificadas del útero	57	0,11	792	1,51	47	0,09
C56	Neoplasias malignas de ovario	933	1,77	13.893	26,41	815	1,55
C57	Neoplasias malignas de otros órganos genitales femeninos	16	0,03	820	1,56	24	0,05
C58	Neoplasias malignas de placenta	4	0,01	176	0,33	0	0,00
D070-D073	Carcinoma *in situ* de otros órganos genitales femeninos y de los no especificados	62	0,12	1.225	2,33	22	0,04
C60	Neoplasias malignas de pene	188	0,36	1.778	3,38	146	0,28
C62	Neoplasias malignas de testículo	457	0,87	7.977	15,16	230	0,44
C63	Neoplasias malignas de otros órganos genitales masculinos	10	0,02	228	0,43	6	0,01
D074-D076	Carcinoma *in situ* de otros órganos genitales masculinos y de los no especificados	16	0,03	224	0,43	5	0,01
C64	Neoplasias malignas de riñón, excepto de la pelvis renal	1.206	2,29	10.718	20,37	543	1,03
C65	Neoplasias malignas de la pelvis renal	42	0,08	417	0,79	28	0,05
C66	Neoplasias malignas de uréter	14	0,03	98	0,19	8	0,02
C67	Neoplasias malignas de vejiga urinaria	716	1,36	6.637	12,61	533	1,01
C68	Neoplasias malignas de otros órganos urinarios no especificados	9	0,02	373	0,71	14	0,03
D090	Carcinoma *in situ* de la vejiga	19	0,04	246	0,47	15	0,03
C69	Neoplasias malignas de ojo y anexos	103	0,20	2.985	5,67	96	0,18
C70	Neoplasias malignas de meninges	22	0,04	485	0,92	25	0,05
C71	Neoplasias malignas de cerebro	680	1,29	7.542	14,33	704	1,34

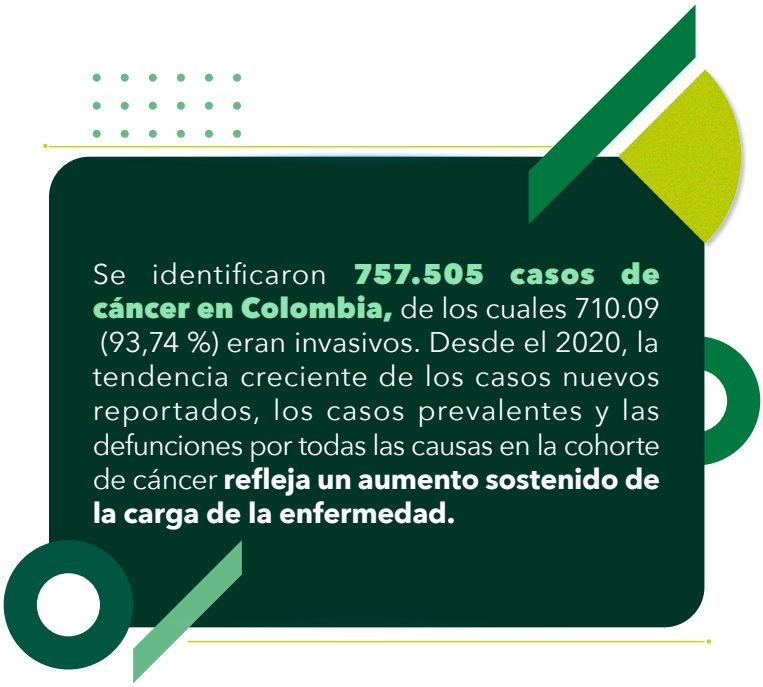
Tabla 14.1. Número de casos y medidas de morbimortalidad de los otros tipos de cáncer según el CIE-10 en el aseguramiento, Colombia 2025 (continuación)

CIE-10[1]	Tipo de neoplasia	PCNR		Prevalencia		Mortalidad[2]	
		n	Cruda[3,4]	n	Cruda[3,4]	n	Cruda[3,4]
C72	Neoplasias malignas de la médula espinal, del par craneal y otras partes del sistema nervioso central	54	0,10	1.037	1,97	81	0,15
D092	Carcinoma *in situ* del ojo	12	0,02	103	0,20	2	0,00
C73	Neoplasias malignas de la glándula tiroidea	3.929	7,47	64.012	121,66	589	1,12
C74	Neoplasias malignas de la glándula suprarrenal	30	0,06	386	0,73	18	0,03
C75	Neoplasias malignas de otras glándulas endocrinas y estructuras similares	525	1,00	3.674	6,98	274	0,52
D093	Carcinoma *in situ* de la glándula tiroides y de otras glándulas endocrinas	17	0,03	1.730	3,29	13	0,02
C76	Neoplasias malignas de otras partes enfermas	218	0,41	2.832	5,38	239	0,45
C77	Neoplasias malignas secundarias y las no especificadas de los ganglios linfáticos	107	0,20	1.156	2,20	125	0,24
C780-C783	Neoplasias malignas secundarias de órganos respiratorios	52	0,10	275	0,52	80	0,15
C784-C788	Neoplasias malignas secundarias de órganos digestivos	163	0,31	579	1,10	176	0,33
C79	Neoplasias malignas secundarias de otros sitios	68	0,13	1.574	2,99	103	0,20
C80	Neoplasias malignas sin parte especificada	19	0,04	1.148	2,18	61	0,12
C97	Neoplasias malignas (primarias) de múltiples localizaciones independientes	2	0,00	100	0,19	5	0,01
D097/D099	Carcinoma *in situ* de otras partes sin especificar	14	0,03	819	1,56	21	0,04
C88	Enfermedades malignas inmunoproliferativas	9	0,02	233	0,44	15	0,03
C90	Mieloma múltiple y neoplasias malignas de células plasmáticas	631	1,20	6.264	11,91	630	1,20
C91	Leucemia linfoide	231	0,44	3.243	6,16	174	0,33
C92	Leucemia mieloide	213	0,40	4.507	8,57	183	0,35
C93	Leucemia monocítica	23	0,04	108	0,21	26	0,05
C94	Otras leucemias de tipo de célula específico	33	0,06	466	0,89	46	0,09
C95	Otras leucemias de tipo de célula no específicas	27	0,05	505	0,96	59	0,11
C96	Otras neoplasias malignas y neoplasias malignas no especificadas de tejidos linfoides, hematopoyéticos y tejidos relacionados	15	0,03	149	0,28	5	0,01
D45	Policitemia	36	0,07	852	1,62	22	0,04
D46	Síndrome mielodisplásico	134	0,25	1.160	2,20	179	0,34
D47	Otras neoplasias de comportamiento incierto o desconocido del sistema linfático, hematopoyético y tejidos relacionados	51	0,10	746	1,42	33	0,06
D75	Otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	28	0,05	824	1,57	30	0,06
D76	Ciertas enfermedades que afectan al tejido linforreticular y al sistema reticuloendotelial	10	0,02	167	0,32	2	0,00

[1] Incluye todos los casos de otros tipos de cáncer invasivo e *in situ* reportados a la CAC, en ambos sexos y sin discriminar por la edad.
[2] **Mortalidad general:** corresponde a los casos de fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.
[3] Informadas por 100.000 habitantes.
[4] La población de referencia corresponde a la proyectada por el DANE para el año 2024.

Discusión y conclusiones

Durante el periodo de análisis de este libro, comprendido entre el 2 de enero de 2024 y el 1° de enero de 2025, se identificaron 757.505 casos de cáncer en Colombia, de los cuales 710.095 (93,74 %) eran invasivos. Desde el 2020, la tendencia creciente de los casos nuevos reportados, los casos prevalentes y las defunciones por todas las causas en la cohorte de cáncer refleja un aumento sostenido de la carga de la enfermedad en el marco del aseguramiento y del robustecimiento de la notificación y consolidación de los casos. Este hallazgo es consistente con las estimaciones del mundo que proyectan un incremento progresivo de los casos nuevos y las muertes por cáncer, especialmente en países con recursos limitados (1).



No obstante, este comportamiento debe interpretarse considerando, por un lado, factores demográficos y epidemiológicos, como el envejecimiento poblacional y la exposición diferencial a factores de riesgo (2). Por otro lado, se debe contemplar el fortalecimiento progresivo del reporte administrativo, la incorporación de herramientas tecnológicas como SISCAC —que en su tercera versión contribuye a la interoperabilidad— y la articulación entre aseguradores, prestadores, otras fuentes de información y la CAC.

La distribución de las medidas de morbimortalidad fue heterogénea en el país. Las regiones con mayor número de casos fueron Bogotá, D. C., y la región Central, mientras que la Amazonía-Orinoquía registró el menor número. Este patrón también se observó al analizar la distribución por entidades territoriales y ha sido un hallazgo reiterado durante los periodos de seguimiento de la cohorte. Asimismo, fue descrito en el análisis de incidencia, mortalidad y prevalencia realizado en Colombia y publicado en 2025 por el Instituto Nacional de Cancerología (INC), el cual evidenció una distribución heterogénea de la carga del cáncer entre los departamentos del país (3).

Estas diferencias territoriales pueden explicarse por variaciones en la exposición a factores de riesgo, por desigualdades en el acceso oportuno a pruebas de cribado y tratamiento, y por aspectos de oferta de servicios, inequidades y fragmentación de la atención en salud (4,5). Esta última se relaciona estrechamente con la concentración de centros de referencia en zonas urbanas, los modelos en la prestación de servicios y los criterios administrativos y contractuales, lo cual puede generar rutas de atención en cáncer no lineales, múltiples contactos con prestadores y baja coordinación entre niveles de atención (6). Como consecuencia, se pueden prolongar los tiempos de la confirmación diagnóstica y el inicio del tratamiento, lo que deja en evidencia las inequidades en el acceso oportuno y continuo a la atención oncológica, especialmente en territorios con menor disponibilidad de servicios especializados.

Por otra parte, aunque Colombia cuenta con una política nacional para la atención del cáncer, y que en Latinoamérica esto ha mostrado reducir la carga de la enfermedad en la región (7), su implementación puede variar entre regiones y estar relacionada con enfoques locales para el desarrollo de programas de salud. Así, se deben tener en cuenta los cambios sociales y económicos emergentes propios de cada región, departamento o municipio (8,9).

En relación con los tipos de neoplasias más frecuentes para este periodo, las medidas de morbimortalidad son consistentes con el patrón identificado en los periodos previos de seguimiento de la cohorte. Entre los 11 tipos de cáncer priorizados, el cáncer de mama ocupó el primer lugar, seguido por el de próstata y el de colon y recto. Esto difiere de lo reportado a nivel global, donde el cáncer de pulmón es la neoplasia más frecuente (10). Sin embargo, en América Latina, en específico, en Sudamérica y Centroamérica (10), la distribución fue similar a la observada en Colombia. Por su parte, en el Caribe latinoamericano se invirtieron las dos primeras posiciones, con una mayor incidencia de cáncer de próstata, seguido por la neoplasia de mama (2).

En cuanto a las neoplasias hematológicas, el linfoma no Hodgkin (LNH) representa el tipo de neoplasia hematolinfática con mayor número de casos en comparación con otros cánceres hematológicos. Esta tendencia también es evidente a nivel mundial según los datos de GLOBOCAN (10), los cuales reflejan una alta incidencia de los LNH, seguidos por las leucemias agudas y los linfomas de Hodgkin (LH).

En los adultos, las neoplasias hematológicas están asociadas a una deficiencia inmunológica general que puede deberse a mecanismos como la inmunosenescencia, la exposición a sustancias cancerígenas (como pesticidas y herbicidas), las radiaciones ionizantes, la obesidad, las enfermedades proinflamatorias y los factores genéticos, entre otros (11).

Desde 2020 hasta el periodo de análisis, la mediana de la edad de los casos nuevos pasó de 62 a 65 años. Esto puede estar vinculado con la transición demográfica de Colombia hacia una estructura poblacional de mayor edad que se ve reflejada en el aumento del índice de envejecimiento: este pasó de 55,81 personas de 60 años o más por cada 100 personas de 0 a 14 años en 2020, a 67,34 en 2025 (12). Del mismo modo, de acuerdo con las proyecciones realizadas por el DANE, esta tendencia continuará intensificándose durante las próximas décadas (13).

La mediana de la edad de los casos nuevos pasó de 62 a 65 años. Esto puede estar vinculado con la transición demográfica de Colombia hacia una estructura poblacional de mayor edad que se ve reflejada en el aumento del índice de envejecimiento: este pasó de 55,81 personas de 60 años o más por cada 100 personas de 0 a 14 años en 2020, a 67,34 en 2025 (12).

Asimismo, la razón mujeres: hombres en los casos nuevos de cáncer ha disminuido, al pasar de 1,42 en 2020 a 1,29 en 2025, lo que indica una reducción de la brecha entre sexos. Así, en este último periodo, las mujeres representaron el 56,38 % de los casos nuevos reportados. A su vez, en los dos periodos más recientes se observó un incremento en la proporción de casos nuevos en los hombres, la cual pasó de 42,08 % en 2024 a 43,62 % en 2025.

De los 11 tipos de cáncer priorizados, el cáncer de próstata continúa siendo el más frecuente en los hombres. Esta neoplasia representó el 20,93 % de los casos nuevos en 2020 y el 24,05 % en 2025. En este contexto, el aumento de los casos nuevos de cáncer de próstata podría contribuir al incremento observado en la proporción de casos nuevos reportados en los hombres. Por otro lado, el cáncer de mama ocupo el primer puesto en el grupo de las mujeres. Estos hallazgos, además, deben considerar el envejecimiento poblacional, las variaciones en el acceso a pruebas diagnósticas, las prácticas de detección y la articulación entre EPS, IPS y la CAC para el reporte de los casos.

Ahora bien, aunque el cáncer de mama presentó la mayor PCNR en las mujeres, la mortalidad general fue más alta en las personas con cáncer de próstata, seguida por la del cáncer de mama y el colorrectal. No obstante, este resultado debe interpretarse con cautela, dado que corresponde a defunciones por cualquier causa en las personas con diagnóstico de cáncer y no a la mortalidad específica atribuible a cada neoplasia. Además,

estos tipos de cáncer son los más frecuentes, por lo que pueden concentrar un mayor número de muertes por todas las causas, sin que esto implique necesariamente que sean los más letales. Por lo tanto, las muertes observadas en el periodo pueden deberse no solo al cáncer, sino también a la edad, las comorbilidades y otras condiciones de la población atendida.

Esta diferencia metodológica limita la comparación directa con las estimaciones internacionales, en las que usualmente se reporta la mortalidad especifica por el tipo de cáncer. Por esta razón, dichas estimaciones deben entenderse como referente contextual. Particularmente, en el mundo, el cáncer de pulmón registra la mayor mortalidad (10), sin embargo, se ha documentado que el comportamiento de esta medida global varía según el nivel de desarrollo económico. Por ejemplo, en los países de altos ingresos, las tasas han disminuido, principalmente como resultado de las intervenciones de tamizaje, la prevención temprana y el diagnóstico oportuno; en contraste, en escenarios de ingresos medios-bajos y bajos, como en algunos países de Sudamérica, la mortalidad se ha mantenido estable o ha aumentado (1,10,14,15).

En América Latina y el Caribe se observaron diferencias entre subregiones. En Sudamérica, la distribución fue similar a la estimada en el mundo, con la mortalidad más alta por cáncer de pulmón y la neoplasia de próstata en la quinta posición (2,10). En Centroamérica, la mortalidad más alta correspondió al cáncer de hígado, mientras que el cáncer de próstata ocupó el quinto lugar. Por último, en el Caribe latinoamericano, el cáncer de pulmón ocupó el primer lugar en mortalidad, seguido por el cáncer de próstata (2,10).

Gestión del riesgo

Los hallazgos de morbimortalidad muestran un aumento sostenido y una distribución heterogénea de la carga registrada del cáncer. Para complementar este análisis, a continuación, se presentan los indicadores de gestión del riesgo relacionados con la detección temprana y la oportunidad en el inicio del tratamiento, los cuales permiten aproximarse al acceso oportuno y a la adecuada respuesta del sistema de salud frente a la atención oncológica.

Los hallazgos de morbimortalidad muestran un aumento sostenido y una distribución heterogénea de la carga registrada del cáncer. Para complementar este análisis, a continuación, se presentan los indicadores de gestión del riesgo relacionados con la **detección temprana y la oportunidad en el inicio del tratamiento.**

Detección temprana

En general, la detección temprana del cáncer continúa siendo un aspecto para mejorar en el país. Por regiones, las diferencias observadas en este indicador pueden deberse a posibles brechas en la implementación de las rutas de atención, en la disponibilidad del talento humano especializado, en la capacidad resolutiva de los servicios y en la continuidad del proceso diagnóstico (16). Particularmente, en algunas regiones periféricas del país se ha identificado un menor tiempo al diagnóstico, pero más casos en estadios avanzados del cáncer, lo que puede sugerir que la identificación del cáncer ocurre cuando la enfermedad ya es sintomática o clínicamente evidente (17).

El porcentaje de casos de cáncer de mama detectados en estadios localizados en el país fue inferior al reportado en países como Estados Unidos (18) y Corea (19). La OMS, a través de la iniciativa mundial contra el cáncer de mama, establece como uno de sus tres pilares que más del 60 % de los casos invasivos de esta neoplasia estén en fases I y II (20). En América Latina y el Caribe, una revisión sistemática encontró que el 36 % de los casos fueron diagnosticados en estadios tempranos (I y II). En comparación con este resultado, Colombia presenta un porcentaje mayor (21). No obstante, esta diferencia podría estar influenciada por la definición operativa utilizada por la CAC para este indicador, según la cual los estadios tempranos corresponden a los estadios I a IIA.

En el país, este hallazgo puede explicarse, en parte, por el acceso a pruebas como la mamografía, dado que su realización se ha relacionado con una mayor probabilidad de diagnóstico en estadios tempranos. En este sentido, las diferencias entre regiones sugieren una posible concentración de los servicios oncológicos en el centro del territorio nacional. Aunque se han implementado iniciativas para identificar la disponibilidad de mamógrafos y fortalecer la capacitación del talento humano, especialmente de radiólogos, estos avances aún no se reflejan de manera suficiente en los resultados de detección temprana (21).

En esta línea, durante el 2025 la CAC, en colaboración con la ACHO, creó la aplicación tecnológica PREVSCAN, una herramienta orientada a gestionar y monitorear poblaciones con mayor riesgo de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama antes de la confirmación diagnóstica. Por lo tanto, se espera que esta herramienta contribuya a fortalecer la identificación temprana, el seguimiento de las personas en riesgo y la articulación de acciones entre los actores del sistema de salud.

En esta línea, durante el 2025 **la CAC, en colaboración con la ACHO, creó la aplicación tecnológica PREVSCAN,** una herramienta orientada a **gestionar y monitorear poblaciones con mayor riesgo de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama antes de la confirmación diagnóstica.**

Por otro lado, el diagnóstico en estadios localizados del cáncer de próstata en el país fue de 56,20 %; en comparación con el contexto internacional, este valor fue inferior al de Estados Unidos (18), pero superior al de Reino Unido (22) y Alemania (23). Por su parte, en América Latina los datos sobre detección temprana son limitados.

La variabilidad observada entre países puede atribuirse a diferencias en las estrategias de detección temprana, las recomendaciones para el uso del antígeno prostático específico (PSA), la disponibilidad de la resonancia magnética multiparamétrica antes de la biopsia y el acceso a los servicios de diagnóstico. Adicionalmente, factores como la baja percepción del riesgo, el desconocimiento sobre la enfermedad, las barreras de acceso a los servicios de salud y las diferencias en la oportunidad del diagnóstico pueden influir en la proporción de casos detectados en estadios tempranos (24).

Ante este panorama, en la actualidad, las principales guías de práctica clínica recomiendan un enfoque basado en la toma de decisiones compartida y la estratificación individual del riesgo, con el propósito de optimizar la detección de tumores clínicamente significativos y reducir el sobrediagnóstico y el sobretratamiento de neoplasias de bajo riesgo (16,25).

Por lo que corresponde al cáncer de colon y recto, la detección temprana fue similar a la evidenciada en Estados Unidos con un 35,3 % (18) y Brasil con un 34,4 % (26). Comparado con Italia (27) y Reino Unido (22), esta proporción fue inferior. A su vez, entre las neoplasias analizadas, este tipo de tumor presentó los mejores resultados en detección temprana. Este resultado podría explicarse, en parte, por las estrategias de tamizaje para cáncer colorrectal, las cuales se ajustan según el riesgo de la población y la disponibilidad de recursos.

En Colombia, la tamización busca identificar personas asintomáticas con mayor probabilidad de presentar lesiones precursoras o cáncer colorrectal, mediante pruebas como la sangre oculta en materia fecal inmunoquímica o la colonoscopia. No obstante, en contextos con capacidad limitada para realizar la colonoscopia a toda la población elegible, el uso de pruebas fecales permite seleccionar a quienes, ante un resultado positivo, deben ser remitidos a colonoscopia diagnóstica (28). El fortalecimiento de estas acciones es especialmente

relevante, dado que el cáncer colorrectal es una enfermedad prevenible y potencialmente curable cuando se identifica en etapas tempranas.

En cuanto al cáncer de cuello uterino, Bogotá, D. C., y el régimen contributivo mostraron patrones similares. Bogotá, D. C., fue la segunda región con la PCNR más alta de cáncer invasivo. Sin embargo, presentó la mayor proporción de carcinoma *in situ* y la menor mortalidad entre las regiones analizadas. De manera análoga, en comparación con el régimen subsidiado, el régimen contributivo registró una menor PCNR de casos invasivos, una mayor proporción de carcinoma *in situ* y una menor mortalidad.

Un mayor alcance de las estrategias de tamizaje favorece la identificación de lesiones precursoras y de casos en estadios tempranos, **lo que contribuye a reducir la mortalidad,** dado que el tratamiento en fases tempranas es más efectivo (30).

Estos hallazgos podrían explicarse, al menos parcialmente, por una mayor capacidad de detección en estadio preneoplásicos asociada con una mejor cobertura y el acceso a programas de tamizaje. Esta capacidad depende de una adecuada organización de los servicios de salud, una cobertura suficiente, la superación de barreras de acceso y la adaptación de los recursos disponibles, incorporando enfoques diferenciales para las poblaciones en mayor riesgo y tecnologías apropiadas para cada contexto (29).

Un mayor alcance de las estrategias de tamizaje favorece la identificación de lesiones precursoras y de casos en estadios tempranos, lo que contribuye a reducir la mortalidad, dado que el tratamiento en fases tempranas es más efectivo (30). Asimismo, la detección oportuna permite el seguimiento y manejo adecuado de las lesiones precancerosas, disminuyendo el riesgo de progresión a enfermedad invasiva, lo que incrementa la carga de la enfermedad y la mortalidad.

En las leucemias agudas en la población adulta, durante la gestión de los nuevos diagnósticos se identificó un mayor porcentaje de casos que fueron clasificados según su riesgo, comportamiento que va en incremento en los últimos seis periodos. El avance en esta actividad previa al inicio del tratamiento refleja los esfuerzos para construir un manejo integral en la caracterización de los casos al momento del diagnóstico y facilitar la toma de decisiones para el manejo terapéutico. No obstante, se requiere seguir trabajando en ello para obtener el cumplimiento de la meta definida para estos indicadores.

Por su parte, en los linfomas, la detección de los casos en los estadios I y II representa un desafió para el país. Una de las consideraciones importantes en este aspecto son las diversas manifestaciones clínicas que pueden dificultar el diagnóstico temprano, especialmente en los casos de LNH, en donde se observan disparidades en los diagnósticos tempranos, particularmente en las regiones con mayor concentración de poblaciones étnicas (Amazonía-Orinoquía y Oriental), con menos del 20 % de los nuevos casos diagnosticados en etapas tempranas.

Oportunidad del inicio del tratamiento oncológico

En todas las neoplasias, el tiempo transcurrido hasta el inicio del tratamiento superó el límite establecido en la meta definida para cada indicador. No obstante, se evidenció heterogeneidad en el comportamiento de este resultado y en las brechas entre los distintos tipos de neoplasias.

La mayor diferencia frente a la meta se observó en el cáncer de próstata, seguido del colorrectal. Por el contrario, las menores diferencias se registraron en el cáncer de mama y el linfoma no Hodgkin. Este comportamiento evidencia una brecha transversal, aunque heterogénea, especialmente relevante en las regiones con

mayor dispersión territorial. Del mismo modo, sugiere que, una vez confirmado el diagnóstico, aún persisten barreras para iniciar el tratamiento dentro de los tiempos esperados.

La relevancia de este hallazgo radica en que las demoras para dar inicio al tratamiento oncológico pueden tener implicaciones clínicas importantes. Por ejemplo, se ha descrito que, en diferentes tipos de tumores y modalidades terapéuticas, un retraso de cuatro semanas en el tratamiento con intención curativa se asocia con un aumento del riesgo de muerte. Este efecto se ha observado en la cirugía, el tratamiento sistémico y la radioterapia, con incrementos variables según el tipo de neoplasia y la indicación terapéutica (31).

Para el cáncer de mama, es necesario considerar que la definición operativa de este indicador tuvo un ajuste derivado de la actualización del consenso de indicadores mínimos de gestión del riesgo para este tipo de tumor (32). Por lo tanto, los resultados del periodo analizado no son directamente comparables con los de periodos anteriores.

Sin embargo, al contrastar la mediana observada en Colombia (41 días) con lo reportado en otros países, debe tenerse en cuenta que este intervalo puede variar según el tipo de tratamiento, las características clínicas de las pacientes y la organización del sistema de salud. En este contexto, la oportunidad observada en Colombia fue similar a la reportada en Brasil, donde la mediana fue de 46 días (33). En ese estudio, factores como el estadio al diagnóstico y el ámbito de atención —público o privado— influyeron en el tiempo transcurrido hasta el inicio del tratamiento (33).

De manera similar, en Albacete, España, un estudio basado en fuentes de información de atención primaria reportó una mediana de 41 días. En esta población predominó el diagnóstico en fases tempranas de la enfermedad, aspecto que puede influir en los tiempos observados hasta el inicio del tratamiento (34).

Los resultados **evidencian un aumento sostenido de la carga registrada de la enfermedad y una distribución heterogénea entre las regiones.** Estas diferencias sugieren que la carga observada y los resultados de la atención **están influenciados por factores demográficos, territoriales, organizacionales y de acceso a** los servicios de salud.

En el contexto colombiano, un estudio realizado en Bogotá, D. C., encontró que, en la mayoría de los casos en los que el inicio del tratamiento ocurrió después de los 90 días, las demoras se atribuyeron principalmente a factores propios del sistema de salud. Estos hallazgos evidencian barreras vinculadas con la equidad en el acceso a la prestación de servicios, las cuales afectaron en mayor medida a las mujeres con menores recursos económicos, bajo nivel educativo y afiliación al régimen subsidiado (35).

Por su parte, para el periodo de análisis, la oportunidad de inicio del tratamiento en cáncer de próstata presentó una mediana de 60 días. Este resultado fue menor al reportado en un metaanálisis en el que, entre los cánceres genitourinarios, el intervalo más prolongado correspondió al cáncer de próstata, con una mediana de 75 días. No obstante, la comparación tiene como limitación que, para este indicador, el metaanálisis solo incluyó estudios realizados en poblaciones residentes en países de ingresos altos (25).

Para este tipo de tumor, es relevante para el análisis que su progresión es relativamente lenta y la vigilancia expectante es una estrategia estándar para los pacientes de bajo riesgo, esto con el objetivo de disminuir el sobretratamiento. Del mismo modo, la evidencia sugiere que los retrasos en el tratamiento hasta de 3 meses puede considerarse seguro para todos los pacientes con cáncer localizado (36,37). En Colombia, el 56,17 % de los casos nuevos fueron localizados (estadios 0, I y II); por lo tanto, esta puede ser una razón que explique el intervalo más amplio dentro de las 11 neoplasias priorizadas.

En cuanto al cáncer de cuello uterino, el tiempo promedio para iniciar el tratamiento fue de 21,75 días. Al respecto, una revisión sistemática con metaanálisis encontró que, en el mundo, el tiempo promedio de inicio del tratamiento fue de 71,42 días (38). También se hallaron diferencias por el nivel de ingresos de los países y sistemas sanitarios. Países con ingresos altos experimentaron retrasos más cortos (40,50 días), mientras que los países de renta media-alta tuvieron esperas significativamente más largas (94,63 días) (38).

Adicionalmente, el estudio identificó que el inicio tardío del tratamiento se relaciona con factores de la paciente, del sistema de salud y de la enfermedad, tales como barreras económicas, sociales y geográficas, demoras administrativas, limitaciones diagnósticas y terapéuticas, escasez de especialistas y complejidad clínica (38). Estos determinantes varían según el contexto y podrían contribuir a explicar las diferencias observadas en los intervalos de inicio del tratamiento entre las regiones del país.

En el cáncer de colon y recto, aunque esta neoplasia alcanzó la meta establecida para la detección temprana, la oportunidad para el inicio del primer tratamiento evidenció una brecha entre el diagnóstico y la atención terapéutica. En Colombia, la mediana estimada para este indicador fue de 50 días, medida que fue superior a la reportada en Australia (21 días) (39), Estados Unidos (28 días) (40), Países Bajos (32 días) (41) y en un metaanálisis global (18 días) (25). Por otro lado, en Brasil se ha informado que aproximadamente el 42 % de los pacientes experimentaron retrasos superiores a los 60 días, con una variabilidad significativa entre estados (25). Aunque estas estimaciones no son directamente comparables por utilizar indicadores diferentes, en conjunto evidencian que las demoras en el inicio del tratamiento continúan siendo un desafío para los sistemas de salud.

Por otro lado, los factores sociodemográficos son determinantes para el retraso del inicio del tratamiento (42). Sin embargo, otro estudio halló que las demoras también dependen de elementos del proceso asistencial y de los sistemas de salud. Del mismo modo, presentar síntomas de alarma puede mejorar estos tiempos (39), por lo tanto, la identificación temprana de síntoma sugestivos puede acelerar la ruta de atención para este tipo de tumor. Los autores también sugieren que mejorar la oportunidad requiere intervenir los puntos de transición entre la atención primaria, los servicios especializados, el diagnóstico y el tratamiento, más que enfocarse únicamente en factores individuales del paciente (39).

Finalmente, en las neoplasias hematológicas en los adultos, el tiempo que trascurre para el inicio de los tratamientos también se asocia a la disponibilidad de las terapias dirigidas para estas condiciones y la estabilidad clínica de los pacientes con comorbilidades, especialmente en el mieloma múltiple, cuyos casos se presentan en adultos mayores. Así, la mediana de días para el inicio del tratamiento de la LLA y de la LMA fue de 5 y 7 días, respectivamente, lo cual es similar a los tiempos reportados en otros países (43). A su vez, para los linfomas se mantienen oportunidades cercanas a las de los países de ingresos bajos-medios con esperas superiores a los 30 días (25).

Conclusión

Se observan avances en el fortalecimiento del registro administrativo y en la gestión del riesgo para los cánceres priorizados. También, los resultados evidencian un aumento sostenido de la carga registrada de la enfermedad y una distribución heterogénea entre las regiones. Estas diferencias sugieren que la carga observada y los resultados de la atención están influenciados por factores demográficos, territoriales, organizacionales y de acceso a los servicios de salud. Además, persisten limitaciones relevantes en la detección temprana y en la oportunidad de inicio del tratamiento, lo que evidencia brechas en la continuidad de la atención oncológica. Por lo tanto, es necesario fortalecer la articulación entre aseguradores, prestadores y sistemas de información, haciendo énfasis en la identificación temprana de los casos, la reducción de los tiempos de atención y la disminución de inequidades territoriales.

Referencias bibliográficas

1. Force LM, Kocarnik JM, May ML, Bhangdia K, Crist A, Penberthy L, et al. The global, regional, and national burden of cancer, 1990–2023, with forecasts to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. The Lancet. Octubre de 2025;406(10512):1565-86. doi:10.1016/S0140-6736(25)01635-6.

2. Piñeros M, Laversanne M, Barrios E, Cancela MDC, De Vries E, Pardo C, et al. An updated profile of the cancer burden, patterns and trends in Latin America and the Caribbean. Lancet Reg Health Am. Septiembre de 2022;13:100294. doi:10.1016/j.lana.2022.100294.

3. Pardo RC, Cendales DR. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia 2017-2021 [en línea]. Primera ed. Vol. 1. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología (INC); 2025. Disponible en: https://www.cancer.gov.co/recursos_user/files/libros/archivos/VOL1_INCIDENCIA_2025.pdf

4. Vaccarella S, International Agency for Research on Cancer, World Health Organization, editores. Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2019. (IARC Scientific Publication; No. 168).

5. Amaya-Nieto J, Torres G, Buitrago G. Prevalence of lung cancer in Colombia and a new diagnostic algorithm using health administrative databases: a real-world evidence study. PLoS One. 10 de marzo de 2023;18(3):e0269079. doi:10.1371/journal.pone.0269079.

6. Garcés-Palacio IC, Rubio-León DC, Ramos-Jaraba SM. Barreras y facilitadores del sistema de salud relacionadas con el seguimiento de anormalidades citológicas, Medellín-Colombia. Gerenc Políticas Salud. 19 de diciembre de 2014;13(27). doi:10.11144/Javeriana.rgyps13-27.bfss.

7. Villarreal-Garza C, Aranda-Gutiérrez A, González-Sánchez DG, Bragança-Xavier C, Negrete-Tobar G, Chavarri-Guerra Y, et al. National cancer control plans in Latin America and the Caribbean: challenges and future directions. Lancet Oncol. Junio de 2025;26(6):e320-30. doi:10.1016/S1470-2045(25)00039-7.

8. Hernández Vargas JA, Ramírez Barbosa PX, Gil Quijano AM, Valbuena AM, Acuña L, González JA. Patterns of breast, prostate and cervical cancer incidence and mortality in Colombia: an administrative registry data analysis. BMC Cancer. 11 de noviembre de 2020;20:1097. doi:10.1186/s12885-020-07611-9. PMID: 33176754; PMCID: PMC7661250.

9. Duarte C, Salazar A, Strasser-Weippl K, De Vries E, Wiesner C, Arango-Gutiérrez A, et al. Breast cancer in Colombia: a growing challenge for the healthcare system. Breast Cancer Res Treat. Febrero de 2021;186(1):15-24. doi:10.1007/s10549-020-06091-6.

10. The Global Cancer Observatory. Colombia fact sheets. GLOBOCAN 2020. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020.

11. He MM, Lo CH, Wang K, Polychronidis G, Wang L, Zhong R, et al. Immune-Mediated Diseases Associated With Cancer Risks. JAMA Oncol. 1° de febrero de 2022;8(2):209-220. doi:10.1001/jamaoncol.2021.5680.

12. Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez [en línea]. [Citado el 3 de junio de 2026]. Disponible en: https://www.sispro.gov.co/observatorios/onenvejecimientovejez/SitePages/indicadores.aspx

13. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones de población [en línea]. Bogotá: DANE; Septiembre de 2018. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/informacion-tecnica

14. Bray F, Piñeros M. Cancer patterns, trends and projections in Latin America and the Caribbean: a global context. Salud Pública Méx. 15 de mayo de 2016;58(2):104-117.

15. Riano I, Velázquez AI, Viola L, Abuali I, Jiménez K, Abioye O, et al. State of Cancer Control in South America. Hematol Oncol Clin North Am. Febrero de 2024;38(1):55-76. doi:10.1016/j.hoc.2023.05.013.

16. Vázquez ML, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, Peralta A, Borràs JM, Aznar-Lou I, et al. Delays and detours during cancer diagnosis: a cross-sectional study on patient pathways and provider intervals in public healthcare networks of Chile, Colombia and Ecuador. BMC Cancer. 26 de febrero de 2026;26(1):438. doi:10.1186/s12885-026-15737-5.

17. Neal RD, Tharmanathan P, France B, Din NU, Cotton S, Fallon-Ferguson J, et al. Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review. Br J Cancer. 31 de marzo de 2015;112(S1):S92-S107. doi:10.1038/bjc.2015.48.

18. Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER) [en línea]. [Citado el 17 de junio de 2026]. Disponible en: https://seer.cancer.gov/

19. Jung KW, Won YJ, Kong HJ, Lee ES, The Community of Population-Based Regional Cancer Registries. Cancer Statistics in Korea: Incidence, Mortality, Survival, and Prevalence in 2016. Cancer Res Treat. 15 de abril de 2019;51(2):417-430. doi:10.4143/crt.2019.138.

20. Organización Mundial de la Salud. Marco de aplicación de la Iniciativa Mundial contra el Cáncer de Mama: evaluación, fortalecimiento y expansión de los servicios de detección precoz y tratamiento del cáncer de mama. Resumen ejecutivo. Ginebra: World Health Organization; 2023.

21. De Lemos LLP, Carvalho De Souza M, Pena Moreira D, Ribeiro Fernandes Almeida PH, Godman B, Verguet S, et al. Stage at diagnosis and stage-specific survival of breast cancer in Latin America and the Caribbean: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 16 de octubre de 2019;14(10):e0224012. doi:10.1371/journal.pone.0224012.

22. Cancer Research UK. Early Cancer Diagnosis [en línea]. Londres: Cancer Research UK; [citado el 16 de junio de 2026]. Disponible en: https://crukcancerintelligence.shinyapps.io/EarlyDiagnosis/

23. Zentrum für Krebsregisterdaten. Krebs - Startseite Zentrum für Krebsregisterdaten [en línea]. [Citado el 17 de junio de 2026]. Disponible en: https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Home/homepage_node.html

24. Murillo-Zamora E. Desafíos en la prevención y tratamiento del cáncer de próstata en México: un llamado a la acción. Rev Mex Urol. 5 de junio de 2024;84(2):1-2. doi:10.48193/f3wvha72.

25. Petrova D, Špacírová Z, Fernández-Martínez NF, Ching-López A, Garrido D, Rodríguez-Barranco M, et al. The patient, diagnostic, and treatment intervals in adult patients with cancer from high- and lower-income countries: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 20 de octubre de 2022;19(10):e1004110. doi:10.1371/journal.pmed.1004110.

26. Dantas AAG, De Oliveira NPD, Costa GAB, Martins LFL, Dos Santos JEM, Migowski A, et al. Multilevel analysis of social determinants of advanced stage colorectal cancer diagnosis. Sci Rep. 26 de abril de 2024;14(1):9667. doi:10.1038/s41598-024-60449-0.

27. Dal Maso L, Toffolutti F, De Paoli A, Giudici F, Francisci S, Bucchi L, et al. Cure indicators and prevalence by stage at diagnosis for breast and colorectal cancer patients: a population-based study in Italy. Int J Cancer. 15 de julio de 2024;155(2):270-281. doi:10.1002/ijc.34923.

28. Rendón-Hernández J, Manrique-Acevedo ME, Montaño-Angarita J, Jiménez P, Bonilla CE. Una mirada al cáncer gástrico y colorrectal: estrategias clave en la prevención para mejorar la supervivencia. Medicina (Mex). 17 de septiembre de 2025;47(1):87. doi:10.56050/RM-47-1-008.

29. Pimple S, Mishra G, Shastri S. Global strategies for cervical cancer prevention. Curr Opin Obstet Gynecol. Febrero de 2016;28(1):4-10. doi:10.1097/GCO.0000000000000241.

30. Murillo R, Cendales R, Wiesner C, Piñeros M, Tovar S. Efectividad de la citología cérvico-uterina para la detección temprana de cáncer de cuello uterino en el marco del sistema de salud de Colombia. Biomédica. 1° de septiembre de 2009;29(3):354. doi:10.7705/biomedica.v29i3.7.

31. Hanna TP, King WD, Thibodeau S, Jalink M, Paulin GA, Harvey-Jones E, et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. BMJ. 4 de noviembre de 2020;m4087. doi:10.1136/bmj.m4087.

32. Maschmann RM, De Jesus RG, Werutsky G, Rebelatto TF, Queiroz G, Simon SD, et al. Time interval between diagnosis to treatment of breast cancer and the impact of health insurance coverage: a sub analysis of the AMAZONA III Study (GBECAM 0115). Breast Cancer Res Treat. Febrero de 2023;198(1):123-130. doi:10.1007/s10549-022-06809-8.

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

Octubre, 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.

Del libro a tu oído
la mejor evidencia para entender la salud.



Disponible en:

Spotify®

CAC
Cuenta de Alto Costo

CAC

Cuenta de Alto Costo

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