# 2020

# MAGNITUD, TENDENCIA Y ACCESO A LOS SERVICIOS COMO RESULTADO DE LAS INTERVENCIONES EN LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO 2020

**CUENTA DE ALTO COSTO**

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo


**Junta Directiva**

Presidente

Juan Pablo Rueda Sanchez

Sanitas

Angela Maria Cruz

Coomeva E.P.S. S.A.

Beda Margarita Suárez

Anas Wayuu EPSI

Lina Vanessa Morales

Comfenalco Valle E.P.S.

Jaime González Montaño

Coosalud

José Fernando Cardona Uribe

Nueva EPS

Justo Jesús Paz Wilches

Mutual Ser E.S.S

Lizbeth Acuña Merchán

Directora Ejecutiva

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

María Teresa Daza

Coordinadora de Auditoría

Ana María Valbuena García

Coordinadora de Gestión del Conocimiento

Luis Alberto Soler

Coordinador de Gestión del Riesgo

Fernando Valderrama

Coordinador de Gestión de la Tecnología y Gestión de la Información

## Grupo desarrollador


Ana María Valbuena García
Coordinadora de Gestión del Conocimiento

María Teresa Daza
Coordinadora de Auditoría

Paula Ximena Ramírez Barbosa
Líder de Gestión del Conocimiento

Julieth Carolina Castillo Cañón
Especialista en Analítica

Juliana Alexandra Hernández Vargas
Epidemióloga

Lina Johanna Herrera Parra
Especialista en Analítica

Nathaly Ramírez García
Epidemióloga

Silvia Juliana Trujillo Cáceres
Epidemióloga

Luis Alejandro Moreno
Líder médico de auditoría

Estefanía Orozco Marín
Líder de auditoría


## Corrección de estilo, diseño y diagramación:

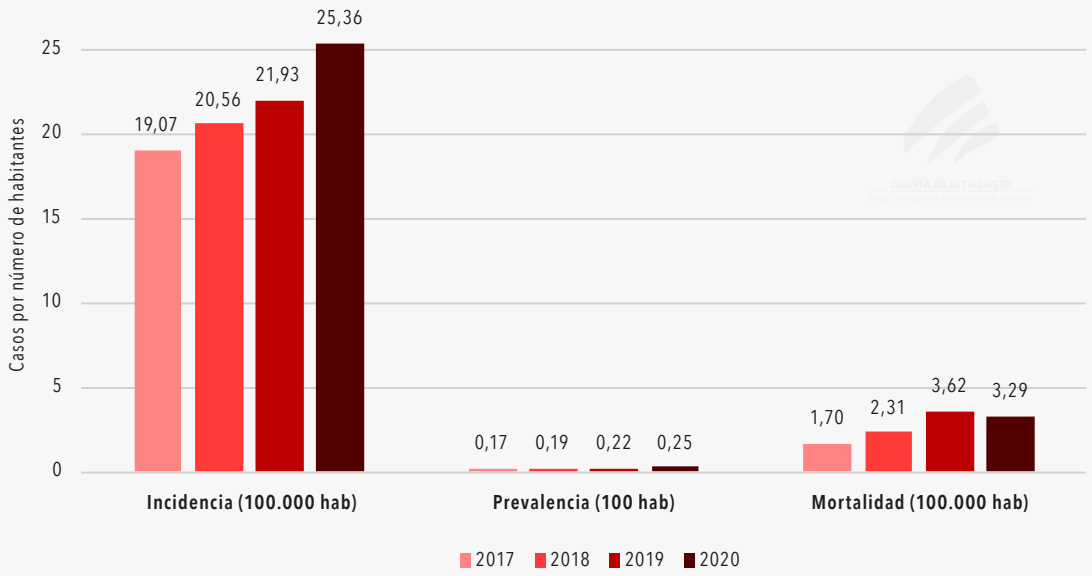

Alejandro Niño Bogoya – Unidad de Comunicaciones
Esteban Roa Calderón – Unidad de Comunicaciones

# VIH

**CUENTA DE ALTO COSTO**
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

## 1. TENDENCIA DE LA MORBIMORTALIDAD A NIVEL NACIONAL

**Figura 1.** Medidas de morbimortalidad del VIH / Sida, Colombia 2017-2020*




Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las medidas presentadas son crudas.

- Entre 2017 y 2020 se observa un aumento significativo de la prevalencia e incidencia del VIH y un descenso de la mortalidad.
- Al cierre del año 2019, ONUSIDA reportó 1,7 millones de nuevas infecciones por VIH (1,2 – 2,2 millones), de las cuales 120.000 se presentaron en América Latina, lo que corresponde a 19 nuevos casos por cada 100.000 habitantes (población referenciada en América Latina de 629 millones).
- En cuanto a la prevalencia mundial, se estima que 38 millones de personas vivían con VIH en 2019 (31,6 - 44,5 millones) para una prevalencia mundial de 0,5% (1). En Colombia esta prevalencia es menor (0,25%) pero se ha evidenciado una tendencia al incremento de casos durante los años de seguimiento.

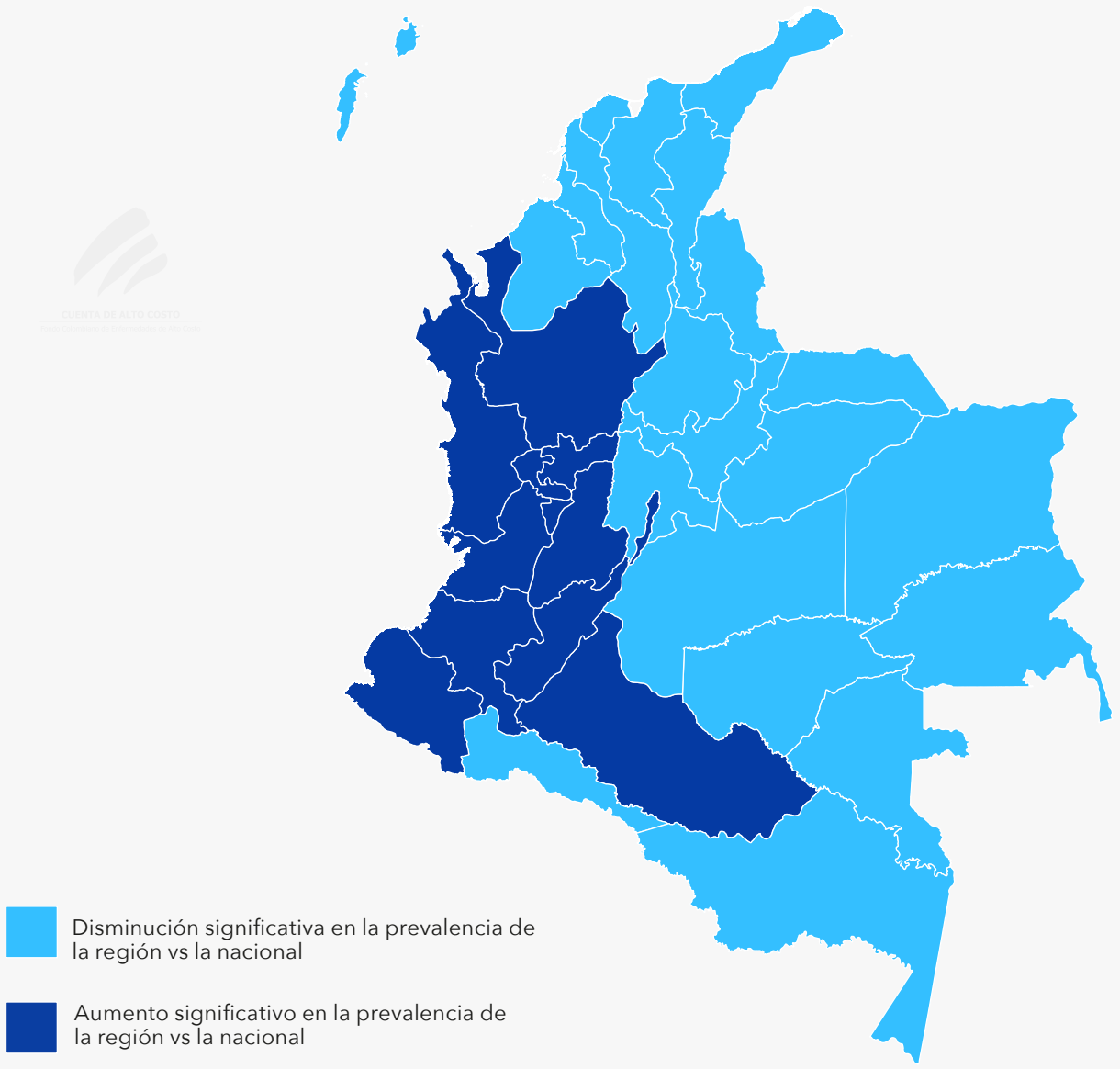
**Tabla 1.** Diferencias en las medidas de morbimortalidad del VIH, Colombia 2019-2020

| | Comparativo 2020 vs 2019 | |
|---|---|---|
| **Indicador morbimortalidad** | **Diferencia (casos)** | **Valor *p**** |
| Incidencia | ↑3,43 | **< 0,001** |
| Prevalencia | ↑0,03 | **< 0,001** |
| Mortalidad | ↓-0,33 | **0,005** |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las diferencias fueron evaluadas estimando pruebas para la diferencia entre dos proporciones y se consideraron como significativas aquellas asociadas a un valor $p$ <0,05.

**Mapa 1.** Comparación de la prevalencia regional versus la nacional del VIH, 2020




Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.
*Las medidas graficadas fueron ajustadas por la edad.

Durante 2020, las regiones Central, Pacífica y Bogotá D.C. tuvieron prevalencias significativamente mayores de VIH/Sida al compararla con el promedio nacional.

## 2.INDICADORES DE MONITOREO DE LA GESTIÓN

• Uno de los principales avances para el 2020 fue el incremento porcentual y estadísticamente significativo en la tamización de gestantes para VIH, cumpliendo así la meta establecida para el país (≥95%).

• Según el régimen, tanto en el contributivo como el subsidiado, se observa una mayor proporción de PVV con cobertura de tratamiento antirretroviral indicada comparada con el año anterior. Cabe resaltar que el régimen contributivo superó la meta nacional con el 95,89%, aunque el subsidiado no está muy lejos de la meta (94,26%).

**Tabla 2a.** Comparativo de los indicadores trazadores en VIH/Sida (nacional), Colombia 2017-2020

| Indicadores | Semaforización cumplimiento | | | Nacional | | | | Comparación 2020 vs. 2019 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Diferencia (%) | Valor *p** |
| Proporción de PVV con tuberculosis activa en tratamiento simultaneo para tuberculosis y con terapia antirretroviral | ≥ 80% | 60 a < 80% | < 60% | 76,17 | 70,23 | 75,83 | 82,83 | ↑7,00 | **<0,001** |
| Proporción de PVV con carga viral indetectable a las 48 semanas o más de terapia antirretroviral | ≥ 80% | 70 a < 80% | < 70% | 63,11 | 64,41 | 78,96 | 79,97 | ↑1,01 | **<0,001** |
| Proporción de gestantes tamizadas para VIH | ≥ 95% | ≥ 85 a < 95% | < 85% | 88,99 | 91,74 | 91,93 | 95,91 | ↑3,98 | 0,101 |
| Estudio de transmisión materno-infantil en menores de 6 meses expuestos | ≥ 95% | ≥ 85 a < 95% | < 85% | 74,96 | 72,86 | 98,13 | 98,07 | ↓-0,07 | **<0,001** |
| Proporción de cobertura de tratamiento antirretroviral indicada | ≥ 95% | ≥ 85 a < 95% | < 85% | 94,70 | 83,72 | 85,89 | 95,00 | ↑9,11 | **<0,001** |
| Proporción de PVV con detección temprana (sólo en incidentes) | ≥ 95% | ≥ 85 a < 95% | < 85% | 59,00 | 58,85 | 57,55 | 60,10 | ↑2,55 | **<0,001** |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.
*Diferencias evaluadas mediante pruebas de diferencia entre proporciones, significativo un valor *p* <0,05.
*PVV: personas que viven con el VIH.

**Tabla 2b.** Comparativo de los indicadores trazadores en VIH/Sida (régimen contributivo), Colombia 2017-2020

| Indicadores | Semaforización cumplimiento | | | Contributivo | | | | Comparación 2020 vs. 2019 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Diferencia (%) | Valor *p** |
| Proporción de PVV con tuberculosis activa en tratamiento simultaneo para tuberculosis y con terapia antirretroviral | ≥ 80% | 60 a < 80% | < 60% | 86,83 | 86,64 | 75,19 | 88,21 | ↑13,02 | **<0,001** |
| Proporción de PVV con carga viral indetectable a las 48 semanas o más de terapia antirretroviral | ≥ 80% | 70 a < 80% | < 70% | 64,90 | 66,12 | 82,27 | 83,31 | ↓1,05 | **<0,001** |
| Proporción de gestantes tamizadas para VIH | ≥ 95% | ≥ 85 a < 95% | < 85% | 93,30 | 91,52 | 92,66 | 96,81 | ↑4,16 | **<0,001** |
| Estudio de transmisión materno-infantil en menores de 6 meses expuestos | ≥ 95% | ≥ 85 a < 95% | < 85% | 74,21 | 78,15 | 96,26 | 99,03 | ↑2,77 | 0,166 |
| Proporción de cobertura de tratamiento antirretroviral indicada | ≥ 95% | ≥ 85 a < 95% | < 85% | 94,88 | 89,11 | 87,43 | 95,89 | ↑8,47 | **<0,001** |
| Proporción de PVV con detección temprana (sólo en incidentes) | ≥ 95% | ≥ 85 a < 95% | < 85% | 64,62 | 65,74 | 63,37 | 66,52 | ↑3,14 | **<0,001** |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.
*Diferencias evaluadas mediante pruebas de diferencia entre proporciones, significativo un valor *p* <0,05.
*PVV: personas que viven con el VIH.

**Tabla 2c.** Comparativo de los indicadores trazadores en VIH/Sida (régimen subsidiado), Colombia 2017-2020

| Indicadores | Semaforización cumplimiento | | | Subsidiado | | | | Comparación 2020 vs. 2019 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Diferencia (%) | Valor *p** |
| Proporción de PVV con tuberculosis activa en tratamiento simultaneo para tuberculosis y con terapia antirretroviral | ≥ 80% | 60 a < 80% | < 60% | 68,74 | 63,61 | 78,29 | 79,64 | ↑1,35 | 0,409 |
| Proporción de PVV con carga viral indetectable a las 48 semanas o más de terapia antirretroviral | ≥ 80% | 70 a < 80% | < 70% | 60,12 | 62,43 | 73,35 | 74,14 | ↑0,79 | **0,007** |
| Proporción de gestantes tamizadas para VIH | ≥ 95% | ≥ 85 a < 95% | < 85% | 84,42 | 91,95 | 91,68 | 95,27 | ↑3,58 | **<0,001** |
| Estudio de transmisión materno-infantil en menores de 6 meses expuestos | ≥ 95% | ≥ 85 a < 95% | < 85% | 74,30 | 70,68 | 98,87 | 97,73 | ↓-1,14 | 0,332 |
| Proporción de cobertura de tratamiento antirretroviral indicada | ≥ 95% | ≥ 85 a < 95% | < 85% | 94,38 | 78,42 | 86,53 | 94,26 | ↑7,73 | **<0,001** |
| Proporción de PVV con detección temprana (sólo en incidentes) | ≥ 95% | ≥ 85 a < 95% | < 85% | 51,26 | 49,22 | 50,66 | 50,44 | ↓-0,22 | 0,383 |

- Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.
*Diferencias evaluadas mediante pruebas de diferencia entre proporciones, significativo un valor $p$ <0,05.
*PVV: personas que viven con el VIH.

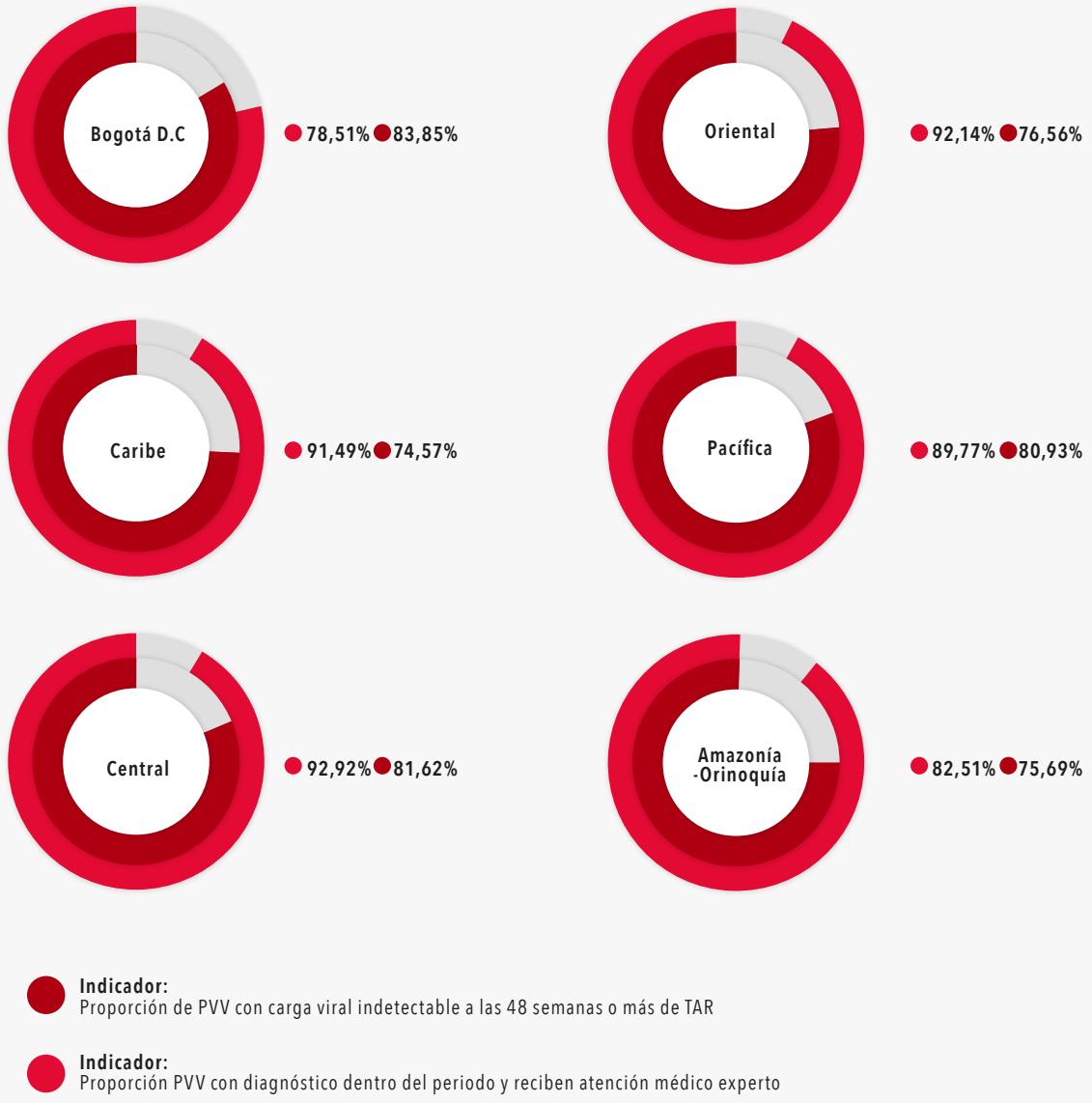
## 3.OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS

**Tabla 3.** Oportunidades de mejora de la gestión del riesgo en VIH/Sida, Colombia 2020

| Hallazgos | Metas | Acciones propuestas |
|---|---|---|
| Diferencia entre los regímenes en alcanzar la proporción de PVV con carga viral indetectable a las 48 semanas o más de terapia antirretroviral. | ≥80% | • Fortalecer el seguimiento de los casos críticos que no están respondiendo a las terapias instauradas.<br>• Actualizar las GPC con los esquemas más efectivos que se encuentren disponibles para el país. |
| Brechas para alcanzar la detección temprana de VIH. | ≥95% | • Asegurar el cumplimiento de la normatividad vigente del país relacionada con el uso de las pruebas de detección del VIH (2).<br>• Reducir las barreras geográficas y logísticas para realizar las pruebas de diagnóstico en el país.<br>• Realizar búsqueda activa de casos de VIH en población en riesgo.<br>• Garantizar el tratamiento para las PVV, dado que se reducen las nuevas transmisiones (3). |
| Diferencia entre los regímenes en alcanzar la cobertura de TAR indicada. | ≥95% | • Minimizar las barreras geográficas y logísticas para el suministro de la TAR.<br>• Integrar la atención de las PVV con otros servicios de salud, como el programa de TB (4). |

## 4. VARIABILIDAD CLÍNICA REGIONAL

**Figura 2.** Variabilidad clínica del VIH/Sida en las regiones de Colombia, 2020




Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

- Durante el 2020, la proporción de PVV con diagnóstico dentro del periodo que recibieron atención por médico experto fue diferente entre las regiones, alcanzando la región Central el mejor desempeño.
- En cuanto a la proporción de PVV con carga viral indetectable a las 48 semanas o más de TAR, esta fue menor en la región Caribe mientras que en Bogotá D.C se obtuvo un mejor resultado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. *ONUSIDA. Hoja informativa – Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida [Internet]. 2020. p. 1-3. Disponible en: https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet*

2. *Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 1314 de 2020 [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 1314 de 2020.pdf*

3. *Rutstein SE, Ananworanich J, Fidler S, Johnson C, Sanders EJ, Sued O, et al. Clinical and public health implications of acute and early HIV detection and treatment: A scoping review: A. Journal of the International AIDS Society. 2017.*

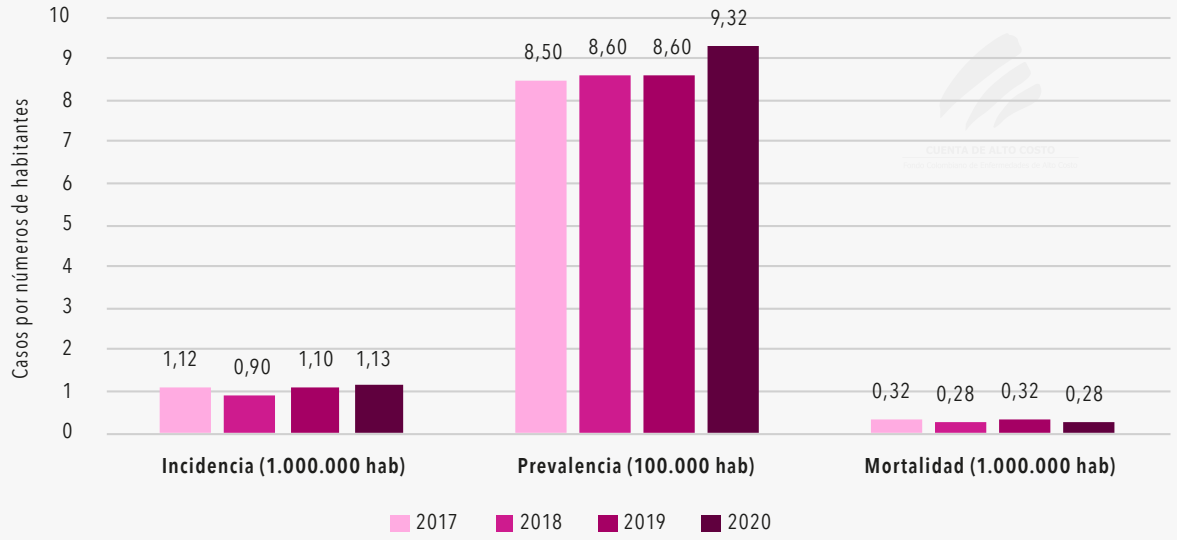
4. *Bunda BA, Bassett I V. Reaching the second 90: The strategies for linkage to care and antiretroviral therapy initiation. Current Opinion in HIV and AIDS. 2019.*

# HEMOFILIA

**CUENTA DE ALTO COSTO**
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

## 1.TENDENCIA DE LA MORBIMORTALIDAD A NIVEL NACIONAL

**Figura 1.** Medidas de morbimortalidad de la hemofilia y las coagulopatías, Colombia 2017-2020*




Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las medidas presentadas son crudas. La prevalencia reportada corresponde a la de todas las coagulopatías.

• Durante el 2020, se evidenció un incremento en la incidencia de la hemofilia y la prevalencia de las coagulopatías. No obstante, no fue estadísticamente significativo al compararlo con lo estimado para el 2019.

• Según datos de la Federación Mundial de la Hemofilia, para el 2019, 324.648 personas vivían con algún tipo de coagulopatía en el mundo. De ellas, 195.263 tenían hemofilia, siendo la hemofilia A, el tipo más frecuente (80,67%), seguida de la hemofilia B (16,39%) y la proporción restante, se clasificó como desconocida o no reportada (1).

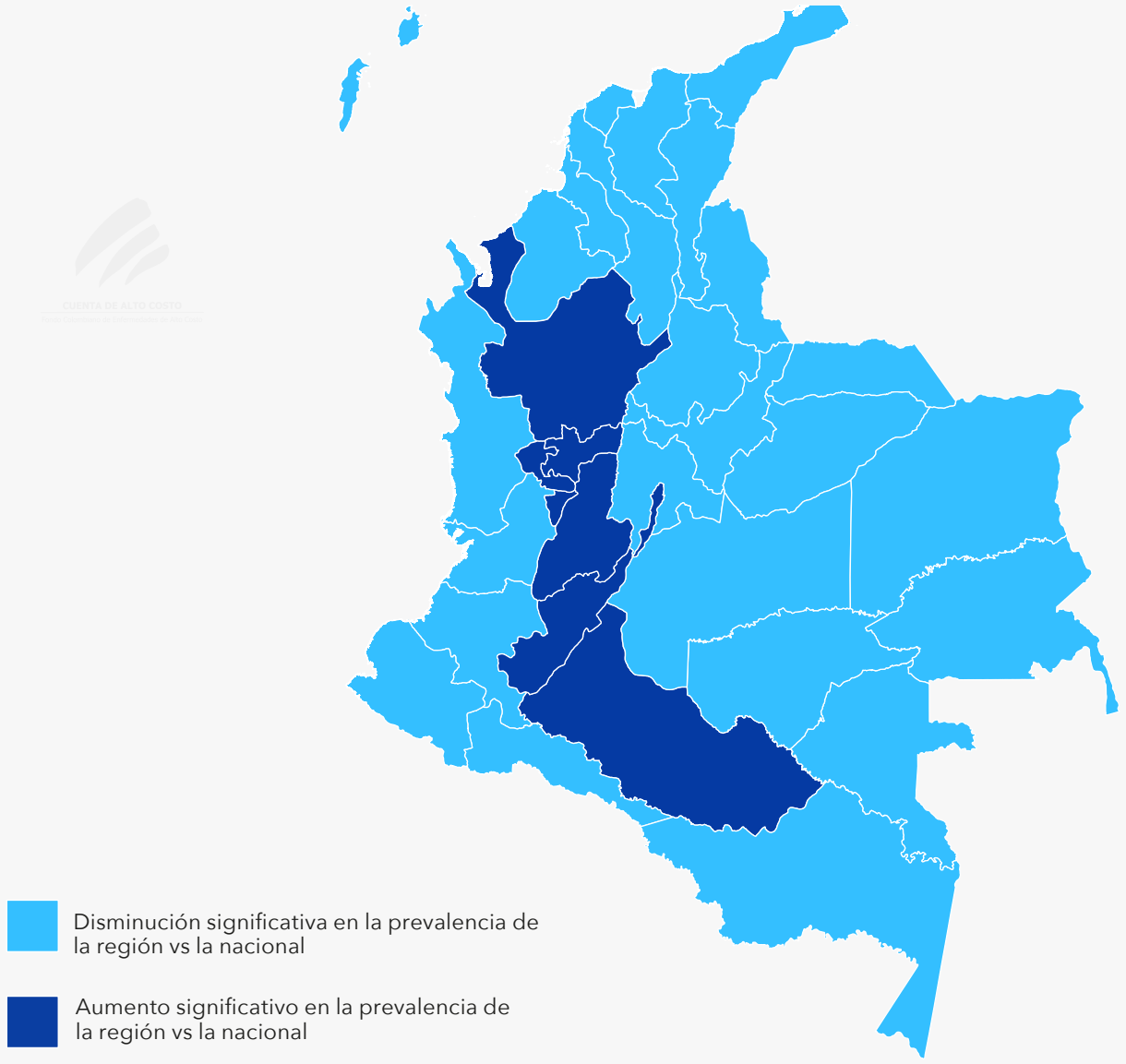
**Tabla 1.** Diferencias en las medidas de morbimortalidad de la hemofilia y las coagulopatías, Colombia 2019-2020

| | Comparativo 2020 vs 2019 | |
|---|---|---|
| **Indicador morbimortalidad** | **Diferencia (casos)** | **Valor *p**** |
| Incidencia | ↑0,03 | 0,461 |
| Prevalencia | ↑0,72 | 0,117 |
| Mortalidad | ↓-0,04 | 0,508 |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las diferencias fueron evaluadas estimando pruebas para la diferencia entre dos proporciones y se consideraron como significativas aquellas asociadas a un valor $p$ <0,05.

**Mapa 1.** Comparación de la prevalencia regional de las coagulopatías versus la nacional, 2020




Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las medidas graficadas fueron ajustadas por la edad.

Bogotá D.C. y la región Central reportaron una prevalencia de las coagulopatías significativamente mayor al compararla con la estimación nacional.

## 2. INDICADORES DE MONITOREO DE LA GESTIÓN

• En cada periodo, las personas con hemofilia deben ser valoradas por un equipo interdisciplinario. No se ha logrado alcanzar la meta (>95%) para este indicador desde que se inició el seguimiento de la cohorte; sin embargo, cabe resaltar que, para el nivel nacional y el régimen contributivo, se observó un incremento estadísticamente significativo en los resultados 2020 comparados con el 2019.

• Al evaluar la tendencia de la proporción de personas hospitalizadas por sangrado, se evidenció que en el 2020 se obtuvo el resultado más bajo de este indicador. La disminución más importante se observó en el régimen subsidiado, con una diferencia estadísticamente significativa con respecto al 2019.

**Tabla 2a.** Comparativo de los indicadores trazadores de la hemofilia (nacional), Colombia 2017-2020

| Indicadores | Semaforización cumplimiento | | | Nacional | | | | Comparación 2020 vs. 2019 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Diferencia (%) | Valor *p** |
| Tasa de sangrado general en pacientes con hemofilia con inhibidores (alta respuesta) en profilaxis | | No aplica | | 4,82 | 3,49 | 3,64 | 3,42 | ↑ -0,22 | 0,671 |
| Tasa de sangrado (articular más otras localizaciones) espontáneo en pacientes con inhibidores (alta respuesta) en profilaxis | | No aplica | | 1,84 | 1,25 | 1,40 | 1,25 | ↑ -0,15 | 1,000 |
| Proporción de pacientes con artropatía hemofílica en profilaxis | | No aplica | | 58,14 | 60,62 | 60,00 | 60,32 | ↓ 0,32 | 0,862 |
| Proporción de pacientes con hemofilia evaluados por equipo interdisciplinario en el período | > 95% | 90 a 95% | < 90% | •35,21 | •46,45 | •38,93 | •47,82 | ↑ 8,89 | **< 0,001** |
| Proporción de pacientes hospitalizados por sangrado | | No aplica | | 15,01 | 13,05 | 11,56 | 9,51 | ↑ -2,05 | **0,019** |
| Incidencia de inhibidores en las personas con hemofilia A moderada o severa durante el periodo | | No aplica | | 0,14 | 0,11 | 0,15 | 0,13 | ↓ -0,02 | 0,110 |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Diferencias evaluadas mediante pruebas de diferencia entre proporciones y para las tasas de sangrado se estimó una prueba t con varianza desconocida. Se consideró significativo un valor *p* <0,05.

**Tabla 2b.** Comparativo de los indicadores trazadores de la hemofilia (régimen contributivo), Colombia 2017-2020

| Indicadores | Semaforización cumplimiento | | | Contributivo | | | | Comparación 2020 vs. 2019 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Diferencia (%) | Valor *p** |
| Tasa de sangrado general en pacientes con hemofilia con inhibidores (alta respuesta) en profilaxis | | No aplica | | 5,66 | 3,73 | 3,53 | 3,84 | ↓ 0,32 | 0,261 |
| Tasa de sangrado (articular más otras localizaciones) espontáneo en pacientes con inhibidores (alta respuesta) en profilaxis | | No aplica | | 2,10 | 1,38 | 1,08 | 1,34 | ↓ 0,26 | 0,076 |
| Proporción de pacientes con artropatía hemofílica en profilaxis | | No aplica | | 62,72 | 66,15 | 66,36 | 65,90 | ↑ -0,46 | 0,849 |
| Proporción de pacientes con hemofilia evaluados por equipo interdisciplinario en el período | > 95% | 90 a 95% | < 90% | •31,76 | •44,19 | •32,86 | •48,73 | ↑ 15,86 | **<0,001** |
| Proporción de pacientes hospitalizados por sangrado | | No aplica | | 11,79 | 11,10 | 9,78 | 8,46 | ↑ -1,32 | 0,201 |
| Incidencia de inhibidores en las personas con hemofilia A moderada o severa durante el periodo | | No aplica | | 0,13 | 0,10 | 0,16 | 0,14 | ↓-0,02 | 0,243 |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Diferencias evaluadas mediante pruebas de diferencia entre proporciones y para las tasas de sangrado se estimó una prueba t con varianza desconocida. Se consideró significativo un valor *p* <0,05.

**Tabla 2c.** Comparativo de los indicadores trazadores de la hemofilia (régimen subsidiado), Colombia 2017-2020

| Indicadores | Semaforización cumplimiento | | | Subsidiado | | | | Comparación 2020 vs. 2019 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Diferencia (%) | Valor *p** |
| Tasa de sangrado general en pacientes con hemofilia con inhibidores (alta respuesta) en profilaxis | | No aplica | | 3,21 | 3,38 | 3,85 | 2,29 | ↑-1,56 | **0,073** |
| Tasa de sangrado (articular más otras localizaciones) espontáneo en pacientes con inhibidores (alta respuesta) en profilaxis | | No aplica | | 1,21 | 1,25 | 2,00 | 1,14 | ↑-0,86 | 0,360 |
| Proporción de pacientes con artropatía hemofílica en profilaxis | | No aplica | | 52,52 | 53,53 | 51,67 | 53,39 | ↓ 1,72 | 0,553 |
| Proporción de pacientes con hemofilia evaluados por equipo interdisciplinario en el período | > 95% | 90 a 95% | < 90% | •41,63 | •54,59 | •51,85 | •50,71 | ↓-1,15 | 0,639 |
| Proporción de pacientes hospitalizados por sangrado | | No aplica | | 18,05 | 16,63 | 14,46 | 10,47 | ↑-3,99 | **0,013** |
| Incidencia de inhibidores en las personas con hemofilia A moderada o severa durante el periodo | | No aplica | | 0,15 | 0,13 | 0,13 | 0,15 | ↑ 0,02 | 0,315 |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Diferencias evaluadas mediante pruebas de diferencia entre proporciones y para las tasas de sangrado se estimó una prueba t con varianza desconocida. Se consideró significativo un valor $p$ <0,05.

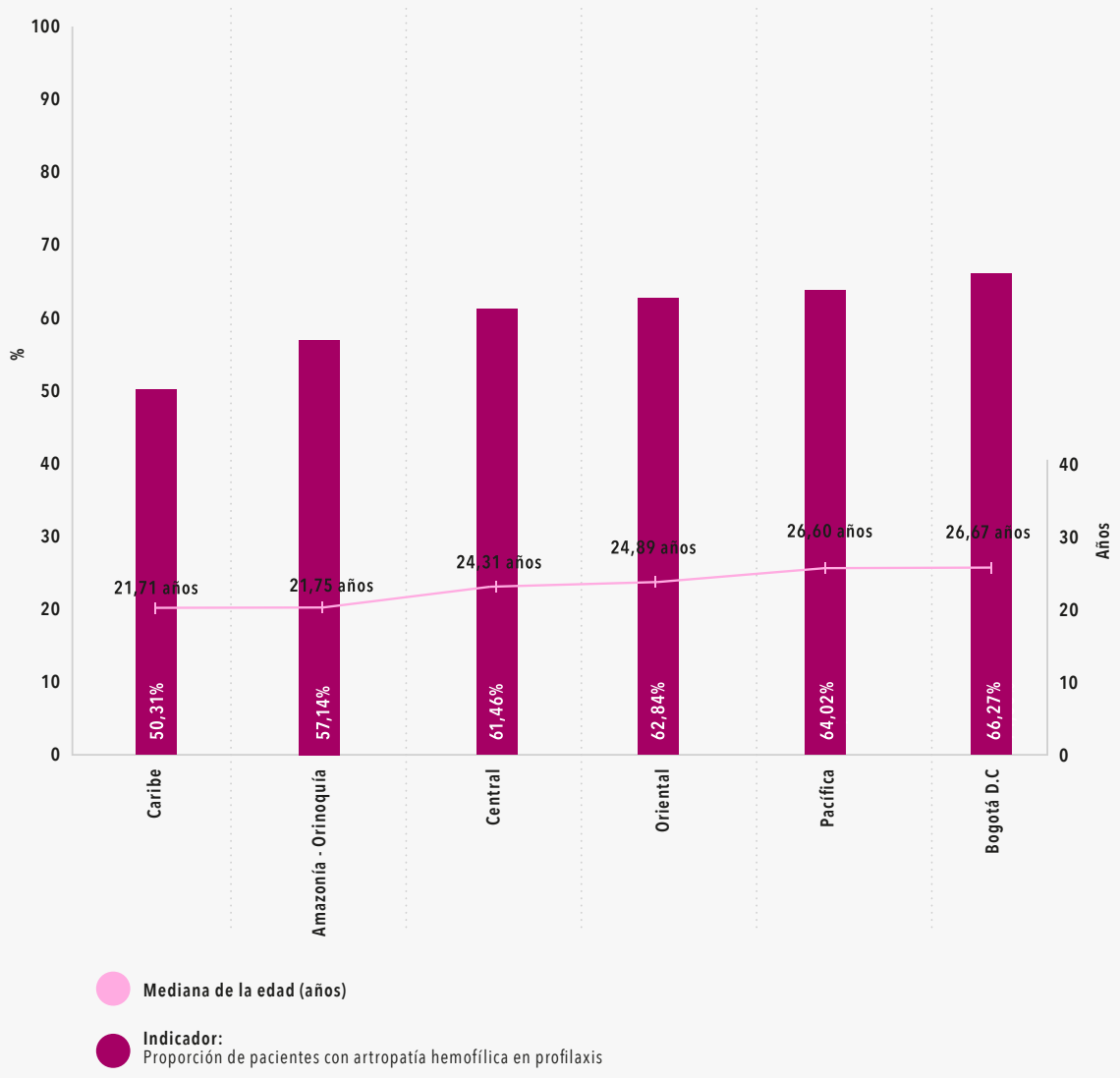
## 3. OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS

**Tabla 3.** Oportunidades de mejora en la gestión del riesgo de la hemofilia, Colombia 2020

| Hallazgos | Acciones propuestas |
|---|---|
| La atención por odontología en las personas con hemofilia es un eje fundamental en la prevención de los sangrados y demás complicaciones. Sin embargo, en el país no se ha logrado alcanzar la meta de más de dos atenciones por odontología, en promedio al año. | Las personas con hemofilia y otras coagulopatías son un grupo prioritario que requiere cuidados de salud oral. En este sentido, las entidades deben evaluar las barreras que se presentan para esta población y garantizar el acceso a los servicios de odontología. Adicionalmente, se debe garantizar, además del acceso oportuno, una atención resolutiva y un seguimiento continuo. |
| Alrededor del 60% de las personas con artropatía hemofílica crónica reciben algún tipo de profilaxis. | Teniendo en cuenta que la artropatía se diagnostica en edades que se consideran laboralmente productivas, existe la necesidad de un mayor seguimiento interdisciplinario, que incluya el acceso a las diferentes tecnologías y tratamientos disponibles para prevenir su aparición y su efecto sobre la calidad de vida. |
| La incidencia de inhibidores en las personas con hemofilia A moderada o severa, registró un leve incremento, mientras que en los pacientes con hemofilia B, incrementó. Aunque, a nivel nacional se ha incrementado la proporción de pacientes a quienes se les realiza la prueba, sigue siendo inferior al 70%. | El seguimiento de las personas con hemofilia incluye la prevención e identificación temprana de las complicaciones, incluyendo el desarrollo de inhibidores. Por lo anterior, es importante que las entidades realicen la prueba de detección de inhibidores a la población en riesgo que la requiere. |

## 4.VARIABILIDAD CLÍNICA REGIONAL

**Figura 2.** Variabilidad clínica de la hemofilia en las regiones de Colombia, 2020




Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

Bogotá y la región Pacífica, concentran a la población con hemofilia con la mediana de la edad más elevada. En contraste, la región de la Amazonía-Orinoquía y Caribe tienen las medianas de la edad más bajas. De forma consistente, se observa que, en las regiones donde la mediana de la edad es mayor, la proporción de pacientes con artropatía hemofílica crónica que reciben algún tipo de profilaxis también es más alta.

## BIBLIOGRAFÍA

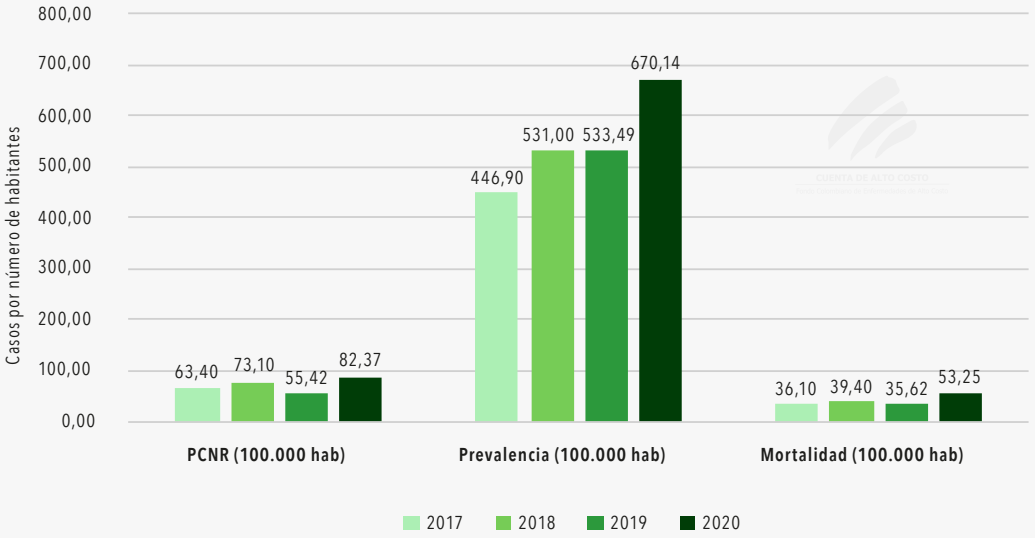
1. *Federación Mundial de la Hemofilia. Reporte de la Encuesta Global Anual 2019. En: FMH. Montreal, Canadá; 2019. p. 1–88.*

# CÁNCER

CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

## 1.TENDENCIA DE LA MORBIMORTALIDAD A NIVEL NACIONAL

**Figura 1.** Medidas de morbimortalidad del cáncer, Colombia 2017-2020*




- Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las medidas presentadas son crudas. Incluye solo casos invasivos.

*PCNR: Proporción de casos nuevos reportados.

• La prevalencia nacional del cáncer invasivo en el año 2020, tuvo un incremento notorio, siendo este cambio estadísticamente significativo en comparación con el 2019. Consistente con lo anterior, la PCNR y la mortalidad registraron una tendencia similar.

• En el periodo 2020 se observaron los valores más altos en las medidas de frecuencia (PCNR, prevalencia y mortalidad). Lo anterior evidencia la madurez que se ha generado en el reporte y el seguimiento de la cohorte.

**Tabla 1.** Diferencias en las medidas de morbimortalidad del cáncer, Colombia 2019-2020

| Comparativo 2020 vs 2019 | | |
|---|---|---|
| **Indicador morbimortalidad** | **Diferencia (casos)** | **Valor *p**** |
| PCNR | ↑26,95 | **<0,001** |
| Prevalencia | ↑136,65 | **<0,001** |
| Mortalidad | ↓17,63 | **<0,001** |

- Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las diferencias fueron evaluadas estimando pruebas para la diferencia entre dos proporciones y se consideraron como significativas aquellas asociadas a un valor $p$ <0,05

**Infografía 1.** Comparativo de la magnitud del cáncer en Colombia, la región y el mundo, 2020

**Colombia[1]**

| Medida | Colombia[1] |
|---|---|
| PCNR*/Incidencia[3] | 83,9 |
| Prevalencia[4] | 686,9 |
| Mortalidad[3] | 56,2 |

**Latinoamérica y el Caribe (LAC)[2]**

| Medida | Latinoamérica y el Caribe (LAC)[2] |
|---|---|
| PCNR*/Incidencia[3] | 186,5 |
| Prevalencia[4] | 586,8 |
| Mortalidad[3] | 86,5 |

**Mundial[2]**



| Medida | Mundial[2] |
|---|---|
| PCNR*/Incidencia[3] | 201,0 |
| Prevalencia[4] | 648,5 |
| Mortalidad[3] | 100,7 |

*PCNR: Aplica sólo para los datos de Colombia, que son tomados de la CAC, en el caso de los datos para LAC y el mundo, se debe usar el término incidencia.

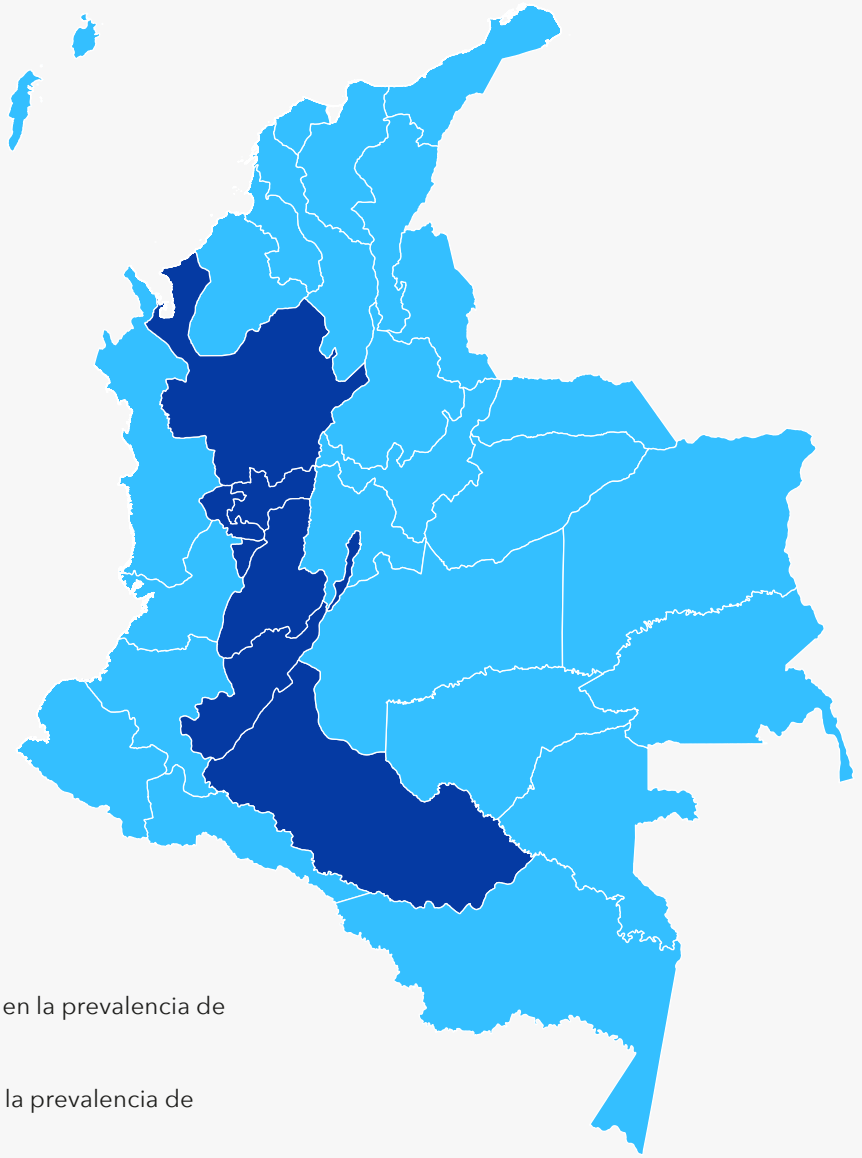
[1] Fuente: Cuenta de Alto Costo, periodo 2020.

[2] Fuente: GLOBOCAN, datos actualizados al 2020.

[3] Medidas estandarizadas por la edad y reportadas por 100.000 habitantes.

[4] La prevalencia estimada para Colombia está ajustada por la edad y reportada por 100.000. habitantes. En el caso de LAC y el mundo se reporta como una proporción por 100.000.

**Mapa 1.** Comparación de la prevalencia regional versus la nacional del cáncer invasivo, 2020




Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las medidas graficadas fueron ajustadas por la edad. Incluye solo casos invasivos.

Durante el 2020, las regiones Central y Bogotá D.C., registraron una prevalencia significativamente mayor del cáncer general invasivo al compararla con la estimación nacional. Estos hallazgos son consistentes con el observado en el 2019.

## 2. OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN EN CÁNCER

• La oportunidad para acceder al diagnóstico y al tratamiento fue menor en los tipos de cáncer hematológicos, en comparación con los sólidos.

• Durante el 2020, los tiempos de la atención en todos los tipos de cáncer fueron más prolongados que en 2019.

**Tabla 2.** Oportunidad en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer, Colombia 2018-2020

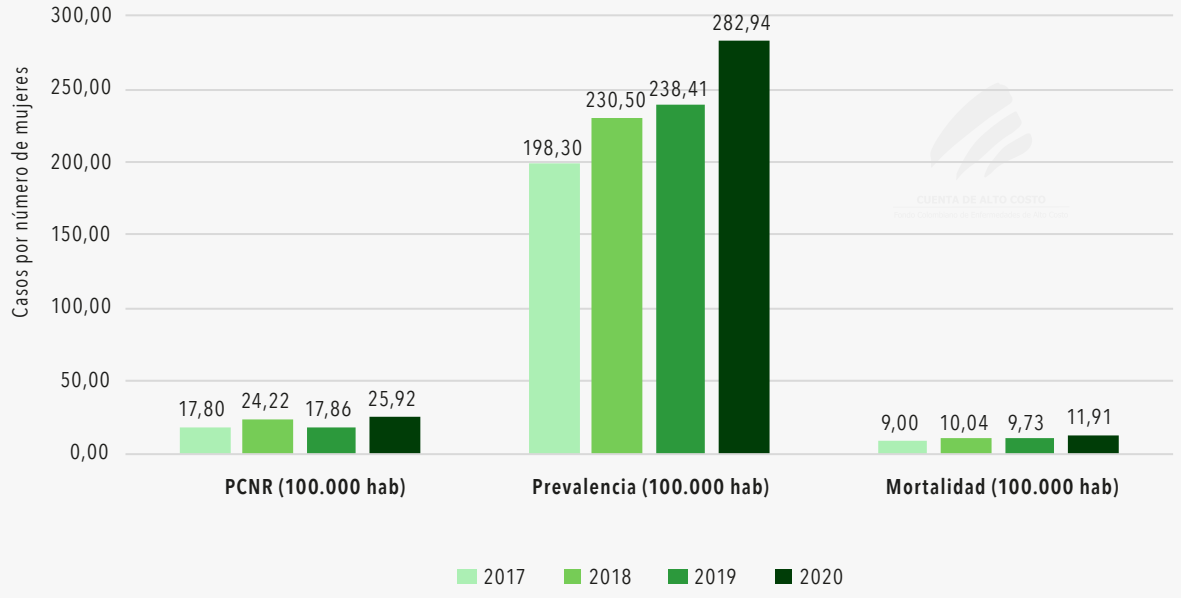
| Periodo | Tiempo promedio entre la sospecha clínica y la confirmación diagnóstica (en días) | | | Tiempo promedio entre la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamiento (en días) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cáncer sólido | Cáncer hematológico | Total de casos | Cáncer sólido | Cáncer hematológicos | Total de casos |
| 2018 | 61,90 | 45,00 | 60,10 | 68,00 | 36,20 | 64,00 |
| 2019 | 52,33 | 34,48 | 56,19 | 71,46 | 27,89 | 66,59 |
| 2020 | 62,77 | 37,97 | 60,85 | 73,32 | 32,77 | 69,05 |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

## 3. CÁNCER DE MAMA

### 3.1 Tendencia de la morbimortalidad a nivel nacional

**Figura 2.** Medidas de morbimortalidad del cáncer de mama, Colombia 2017-2020




Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.
*Las medidas presentadas son crudas. Incluye solo casos invasivos.
*PCNR: Proporción de casos nuevos reportados.

Durante el periodo 2020, el aumento más importante se observó en la prevalencia, que aumentó en casi 50 casos por cada 100.000 mujeres. La misma tendencia se observó para la PCNR y la mortalidad, con cambios significativos en comparación con el 2019. De forma similar a lo observado con el cáncer general, en el 2020 se estimaron los valores más altos para las tres medidas de morbimortalidad en la cohorte.

**Tabla 3.** Diferencias en las medidas de morbimortalidad del cáncer de mama, Colombia 2019-2020

| Comparativo 2020 vs 2019 | | |
|---|---|---|
| **Indicador morbimortalidad** | **Diferencia (casos)** | **Valor *p**** |
| PCNR | ↑8,06 | **<0,001** |
| Prevalencia | ↑44,53 | **<0,001** |
| Mortalidad | ↑2,18 | **<0,001** |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las diferencias fueron evaluadas estimando pruebas para la diferencia entre dos proporciones y se consideraron como significativas aquellas asociadas a un valor *p* <0,05

## 3.2 Indicadores del monitoreo de la gestión

• En cáncer de mama se registró un incremento en la PCNR, la prevalencia y la mortalidad. Lo anterior, contrasta con los resultados en los indicadores durante 2020, observando un desempeño más bajo al del año previo.

• La oportunidad, en términos de la atención general y el tratamiento continúan por debajo de la meta establecida. Asimismo, los tiempos de acceso a los servicios fueron significativamente más prolongados durante el 2020.

• Los tiempos de espera para el inicio del tratamiento en este tipo de cáncer registraron una leve disminución en el régimen subsidiado, en comparación con el 2019, con un cambio estadísticamente significativo.

**Tabla 4a.** Comparativo de los indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de mama (nacional), Colombia 2018-2020

| **Indicadores** | **Semaforización cumplimiento ~** | | | **Nacional** | | | **Comparación 2020 vs. 2019** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Alto** | **Medio** | **Bajo** | **2018** | **2019** | **2020** | **Diferencia (%)** | **Valor *p**** |
| Indicadores de detección temprana y diagnóstico adecuado | | | | | | | | |
| Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM en CNR. | ≥ 90 % | 80 a < 90% | < 80% | •91,75 | •93,18 | •89,29 | ↓ -3,90 | **<0,001** |
| Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados como carcinomas in situ al momento del diagnóstico. | ≥ 12 % | 6 a < 12% | < 6% | • 5,71 | •10,25 | • 10,23 | ↓ -0,02 | 1,000 |
| Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados en estadios tempranos al momento del diagnóstico. | ≥ 50 % | 42 a < 50% | < 42% | • 51,36 | • 51,00 | • 49,38 | ↓ -1,62 | 0,085 |
| Indicadores de oportunidad - tiempos de espera (promedio en días) | | | | | | | | |
| Oportunidad de la atención general (tiempo entre la consulta por presencia de síntomas hasta el primer tratamiento). | ≤ 60 días | > 60 a 75 días | > 75 días | •87,85 | •116,21 | •122,23 | ↓ 6,03 | **<0,001** |
| Oportunidad de inicio del tratamiento (tiempo entre la atención por el médico tratante hasta el primer tratamiento). | ≤ 15 días | > 15 a 30 días | > 30 días | •46,64 | •39,38 | •40,29 | ↓ 0,91 | **0,002** |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las proporciones se compararon estimando una prueba para evaluar la diferencia entre dos proporciones. Los promedios se compararon utilizando una prueba t con varianza desconocida. Diferencias asociadas a un valor *p* <0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

~ Las metas se actualizaron de acuerdo a lo establecido en el consenso.

**Tabla 4b.** Comparativo de los indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de mama (régimen contributivo), Colombia 2018-2020

| Indicadores | Semaforización cumplimiento | | | Contributivo | | | Comparación 2020 vs. 2019 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2018 | 2019 | 2020 | Diferencia (%) | Valor *p** |
| Indicadores de detección temprana y diagnóstico adecuado | | | | | | | | |
| Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM en CNR. | ≥ 90 % | 80 a < 90% | < 80% | • 92,60 | • 94,40 | • 91,03 | ↓ -3,37 | **<0,001** |
| Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados como carcinomas in situ al momento del diagnóstico. | ≥ 12 % | 6 a < 12% | < 6% | • 6,71 | • 12,17 | • 11,54 | ↓ -0,63 | 1,000 |
| Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados en estadios tempranos al momento del diagnóstico. | ≥ 50 % | 42 a < 50% | < 42% | • 54,07 | • 56,93 | • 54,85 | ↓ -2,08 | 0,163 |
| Indicadores de oportunidad - tiempos de espera (promedio en días) | | | | | | | | |
| Oportunidad de la atención general (tiempo entre la consulta por presencia de síntomas hasta el primer tratamiento). | ≤ 60 días | > 60 a 75 días | > 75 días | • 82,36 | • 110,32 | • 115,55 | ↓ 5,23 | **<0,001** |
| Oportunidad de inicio del tratamiento (tiempo entre la atención por el médico tratante hasta el primer tratamiento). | ≤ 15 días | > 15 a 30 días | > 30 días | • 42,64 | • 37,38 | • 40,83 | ↓ 3,44 | **<0,001** |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las proporciones se compararon estimando una prueba para evaluar la diferencia entre dos proporciones. Los promedios se compararon utilizando una prueba t con varianza desconocida. Diferencias asociadas a un valor *p* <0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

~ Las metas se actualizaron de acuerdo a lo establecido en el consenso.

**Tabla 4c.** Comparativo de los indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de mama (régimen subsidiado), Colombia 2018-2020

| Indicadores | Semaforización cumplimiento | | | Subsidiado | | | Comparación 2020 vs. 2019 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2018 | 2019 | 2020 | Diferencia (%) | Valor *p** |
| Indicadores de detección temprana y diagnóstico adecuado | | | | | | | | |
| Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM en CNR. | ≥ 90 % | 80 a < 90% | < 80% | • 91,33 | • 92,18 | • 85,69 | ↓ -6,49 | **<0,001** |
| Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados como carcinomas in situ al momento del diagnóstico. | ≥ 12 % | 6 a < 12% | < 6% | • 3,47 | • 4,02 | • 6,53 | ↑2,51 | **0,003** |
| Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados en estadios tempranos al momento del diagnóstico. | ≥ 50 % | 42 a < 50% | < 42% | • 45,30 | • 35,93 | • 34,44 | ↓ -1,49 | 0,333 |
| Indicadores de oportunidad - tiempos de espera (promedio en días) | | | | | | | | |
| Oportunidad de la atención general (tiempo entre la consulta por presencia de síntomas hasta el primer tratamiento). | ≤ 60 días | > 60 a 75 días | > 75 días | • 103,76 | • 140,64 | • 149,24 | ↓ 8,60 | **<0,001** |
| Oportunidad de inicio del tratamiento (tiempo entre la atención por el médico tratante hasta el primer tratamiento). | ≤ 15 días | > 15 a 30 días | > 30 días | • 56,42 | • 47,05 | • 40,92 | ↑ -6,13 | **<0,001** |

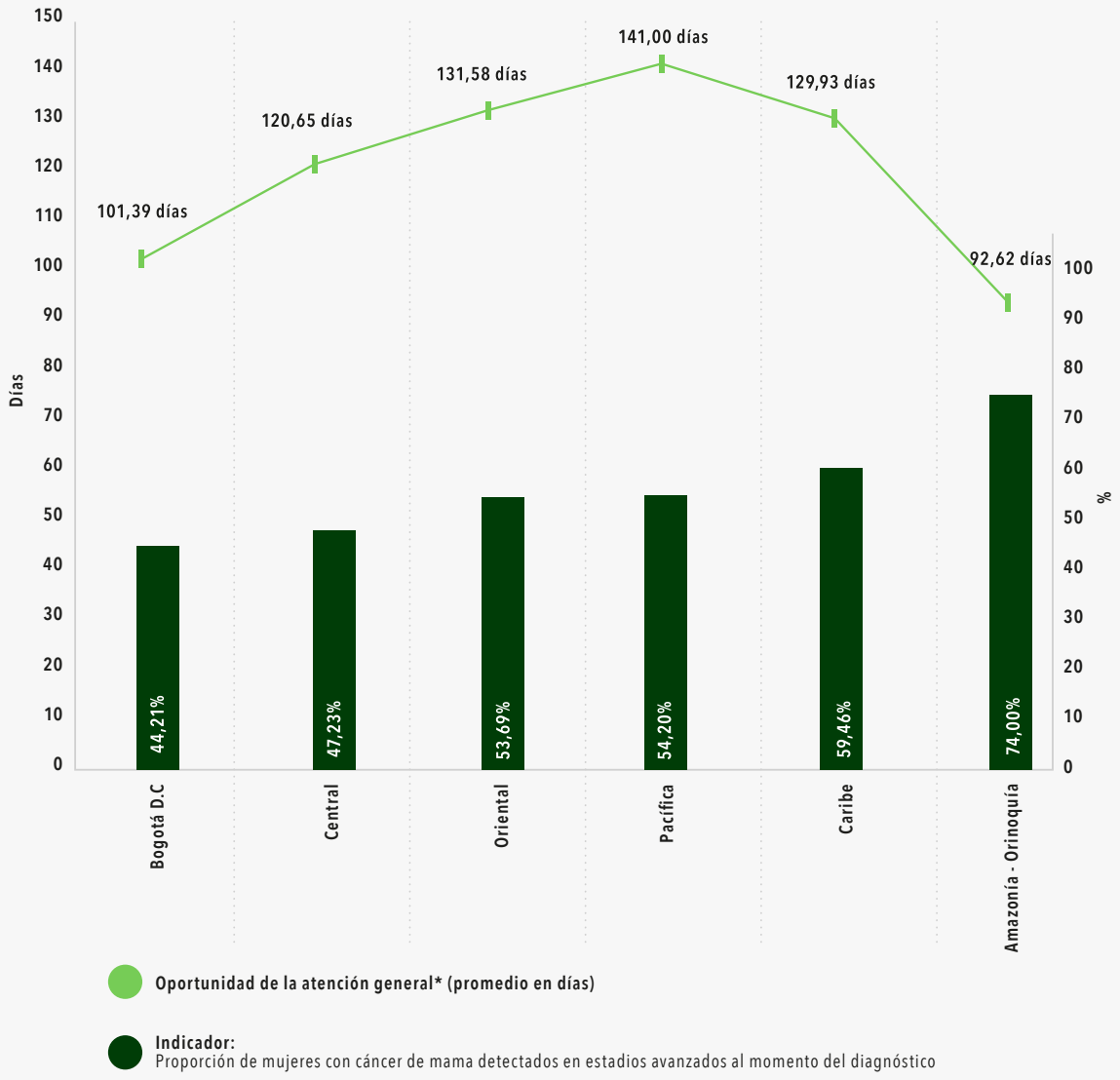
Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las proporciones se compararon estimando una prueba para evaluar la diferencia entre dos proporciones. Los promedios se compararon utilizando una prueba t con varianza desconocida. Diferencias asociadas a un valor *p* <0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

~ Las metas se actualizaron de acuerdo a lo establecido en el consenso.

## 3.3 Variabilidad clínica regional

**Figura 3.** Variabilidad clínica de la cohorte de cáncer de mama en las regiones de Colombia, 2020




Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Tiempo entre la consulta por presencia de síntomas hasta el primer tratamiento.

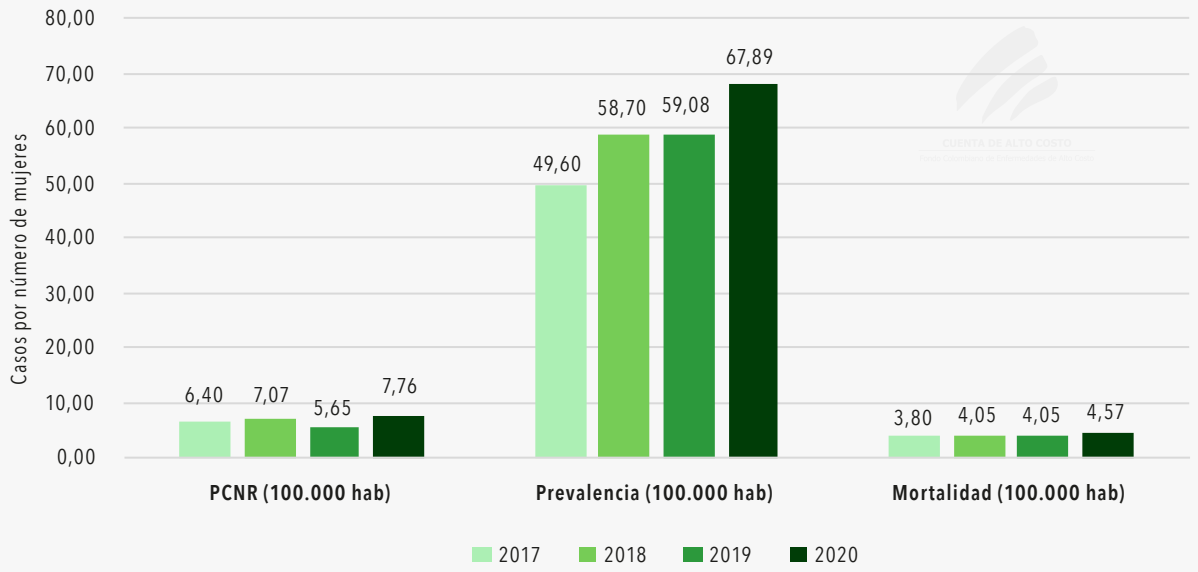
• Los tiempos de espera para la atención general del cáncer de mama fueron muy prolongados, siendo mayor a tres meses en todas las regiones del país. Las demoras más importantes se observaron en las regiones Pacífica y Oriental, donde a su vez más del 50% de las mujeres se diagnosticaron en estadios avanzados.

• En Bogotá D.C. tuvo una de las mejores oportunidades para la atención general del cáncer; lo anterior puede relacionarse con una menor proporción de diagnósticos tardíos. Sin embargo, al igual que todas las regiones del país, aún tiene una brecha amplia para alcanzar la meta en términos de oportunidad de los servicios en cáncer de mama.

# 4. CÁNCER DE CÉRVIX

## 4.1 Tendencia de la morbimortalidad a nivel nacional

**Figura 4.** Medidas de morbimortalidad del cáncer de cérvix, Colombia 2017-2020




Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las medidas presentadas son crudas. Incluye solo casos invasivos.

*PCNR: Proporción de casos nuevos reportados.

En el cáncer de cérvix se conserva la tendencia observada para el cáncer general y el de mama, en términos de un aumento significativo de la PCNR, la prevalencia y la mortalidad para esta cohorte. De igual forma, durante el 2020 se estimaron los valores más altos para las medidas de morbimortalidad a lo largo de todos los años de seguimiento.

**Tabla 5.** Diferencias en las medidas de morbimortalidad del cáncer de cérvix, Colombia 2019-2020

| Comparativo 2020 vs 2019 | | |
|---|---|---|
| **Indicador morbimortalidad** | **Diferencia (casos)** | **Valor *p**** |
| PCNR | ↑2,11 | **<0,001** |
| Prevalencia | ↑8,81 | **<0,001** |
| Mortalidad | ↑0,52 | **<0,005** |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las diferencias fueron evaluadas estimando pruebas para la diferencia entre dos proporciones y se consideraron como significativas aquellas asociadas a un valor $p$ <0,05.

## 4.2 Indicadores del monitoreo de la gestión

• Durante los últimos tres años de seguimiento, el tiempo promedio que transcurre entre la sospecha del cáncer de cérvix y el primer tratamiento ha sido mayor a los cuatro meses, con demoras más prolongadas en el régimen subsidiado.

• El indicador relacionado con la estadificación en los casos nuevos tuvo un resultado inferior al año anterior, siendo una disminución estadísticamente significativa tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, pasando de cumplir la meta en el 2019 a no alcanzarla en el 2020.

**Tabla 6a.** Comparativo de los indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de cérvix (nacional), Colombia 2018-2020

| Indicadores | Semaforización cumplimiento~ | | | Nacional | | | Comparación 2020 vs. 2019 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2018 | 2019 | 2020 | Diferencia | Valor *p** |
| Indicadores de detección temprana y diagnóstico adecuado | | | | | | | | |
| Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó estadificación clinica (CNR). | ≥ 90 % | 80 a < 90% | < 80% | • 91,85 | • 91,33 | • 81,16 | ↓-10,16 | **<0,001** |
| Indicadores de oportunidad - tiempos de espera (promedio en días) | | | | | | | | |
| Oportunidad de la atención general (sospecha a primer tratamiento) | ≤ 60 días | > 60 a 75 días | > 75 días | • 138,54 | • 120,49 | • 128,16 | ↓ 7,67 | 0,222 |
| Oportunidad de la atención en cáncer (diagnóstico a primer tratamiento) | ≤ 30 días | > 30 a 45 días | > 45 días | • 77,33 | • 77,45 | • 79,13 | ↓ 1,69 | 0,114 |
| Oportunidad por médico tratante (informe de patología a médico tratante) | ≤ 30 días | > 30 a 45 días | > 45 días | • 35,02 | • 36,59 | • 42,55 | ↓ 5,96 | **<0,001** |
| Oportunidad de inicio de tratamiento (médico tratante a primer tratamiento) | ≤ 15 días | > 15 a 30 días | > 30 días | • 49,35 | • 46,31 | • 41,95 | ↑-4,35 | **<0,001** |

~ Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las proporciones se compararon estimando una prueba para evaluar la diferencia entre dos proporciones. Los promedios se compararon utilizando una prueba t con varianza desconocida. Diferencias asociadas a un valor *p* <0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

**Tabla 6b.** Comparativo de los indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de cérvix (régimen contributivo), Colombia 2018-2020

| Indicadores | Semaforización cumplimiento~ | | | Contributivo | | | Comparación 2020 vs. 2019 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2018 | 2019 | 2020 | Diferencia | Valor *p** |
| Indicadores de detección temprana y diagnóstico adecuado | | | | | | | | |
| Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó estadificación clinica (CNR). | ≥ 90 % | 80 a < 90% | < 80% | • 89,55 | • 92,91 | • 80,56 | ↓-12,35 | **<0,001** |
| Indicadores de oportunidad - tiempos de espera (promedio en días) | | | | | | | | |
| Oportunidad de la atención general (sospecha a primer tratamiento) | ≤ 60 días | > 60 a 75 días | > 75 días | • 109,55 | • 107,64 | • 123,51 | ↓ 15,87 | **<0,001** |
| Oportunidad de la atención en cáncer (diagnóstico a primer tratamiento) | ≤ 30 días | > 30 a 45 días | > 45 días | • 69,72 | • 64,33 | • 73,55 | ↓ 9,22 | **<0,001** |
| Oportunidad por médico tratante (informe de patología a médico tratante) | ≤ 30 días | > 30 a 45 días | > 45 días | • 28,69 | • 31,77 | • 35,34 | ↓ 3,57 | **0,001** |
| Oportunidad de inicio de tratamiento (médico tratante a primer tratamiento) | ≤ 15 días | > 15 a 30 días | > 30 días | • 49,23 | • 38,91 | • 41,31 | ↓ 2,40 | **0,005** |

~ Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

* Las proporciones se compararon estimando una prueba para evaluar la diferencia entre dos proporciones. Los promedios se compararon utilizando una prueba t con varianza desconocida. Diferencias asociadas a un valor *p* <0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

**Tabla 6c.** Comparativo de los indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de cérvix (régimen subsidiado), Colombia 2018-2020

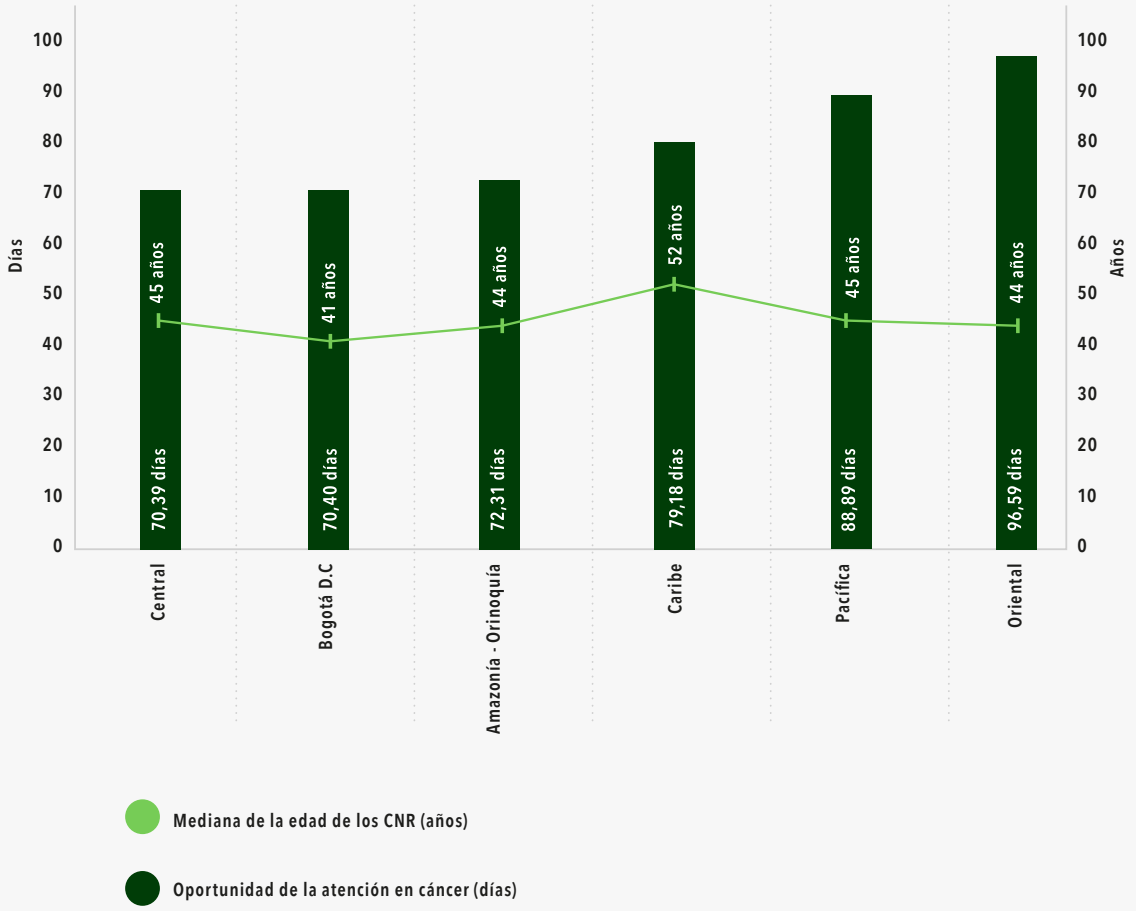
| Indicadores | Semaforización cumplimiento~ | | | Subsidiado | | | Comparación 2020 vs. 2019 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2018 | 2019 | 2020 | Diferencia | Valor *p** |
| Indicadores de detección temprana y diagnóstico adecuado | | | | | | | | |
| Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó estadificación clinica (CNR). | ≥ 90 % | 80 a < 90% | < 80% | • 93,75 | • 91,01 | • 82,10 | ↓-8,91 | **<0,001** |
| Indicadores de oportunidad - tiempos de espera (promedio en días) | | | | | | | | |
| Oportunidad de la atención general (sospecha a primer tratamiento) | ≤ 60 días | > 60 a 75 días | > 75 días | • 157,90 | • 133,35 | • 133,28 | ↑-0,08 | 0,984 |
| Oportunidad de la atención en cáncer (diagnóstico a primer tratamiento) | ≤ 30 días | > 30 a 45 días | > 45 días | • 83,18 | • 87,79 | • 84,27 | ↑-3,52 | **0,041** |
| Oportunidad por médico tratante (informe de patología a médico tratante) | ≤ 30 días | > 30 a 45 días | > 45 días | • 38,67 | • 39,86 | • 48,83 | ↓ 8,97 | **<0,001** |
| Oportunidad de inicio de tratamiento (médico tratante a primer tratamiento) | ≤ 15 días | > 15 a 30 días | > 30 días | • 50,22 | • 51,97 | • 42,40 | ↑-9,57 | **<0,001** |

~ Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las proporciones se compararon estimando una prueba para evaluar la diferencia entre dos proporciones. Los promedios se compararon utilizando una prueba t con varianza desconocida. Diferencias asociadas a un valor *p* <0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

## 4.3 Variabilidad clínica regional

**Figura 5.** Variabilidad clínica de la cohorte de cáncer de cérvix en las regiones de Colombia, 2020




Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*CNR: Casos nuevos reportados.

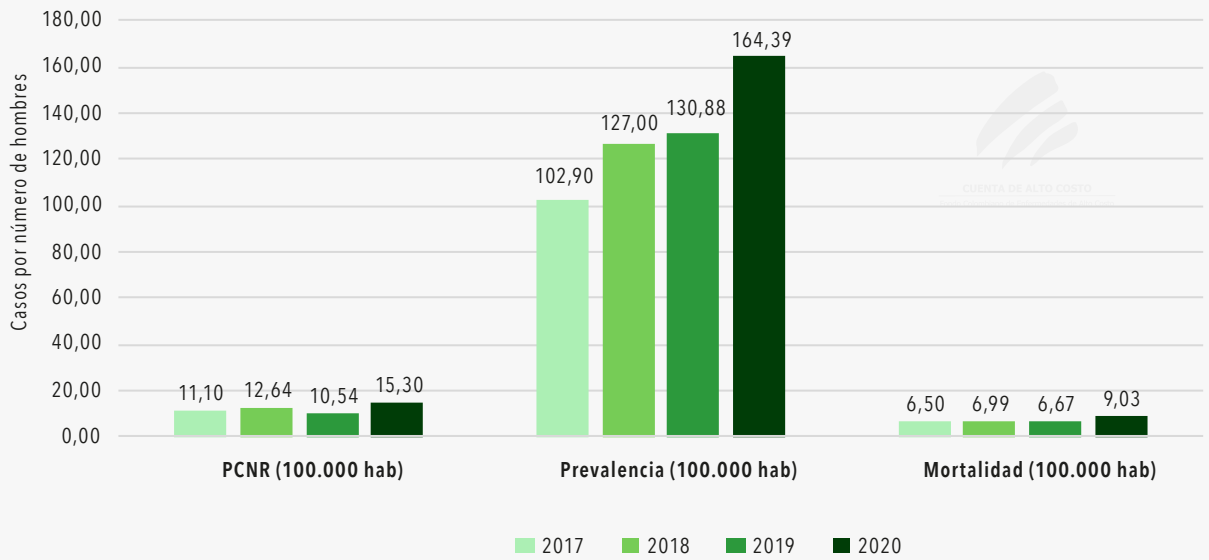
• En general, en el país los casos nuevos de cáncer de cérvix están en la cuarta década de la vida. En Bogotá D.C. se encuentran las mujeres con edades menores al diagnóstico, mientras que en la región Caribe la mediana de la edad es mayor.

• En relación con la oportunidad de la atención en el cáncer de cérvix, en promedio en Bogotá D.C. y la región Central transcurrió un menor número de días. En contraste, en las regiones Oriental y Pacifica se observaron los tiempos de espera más prolongados.

# 5. CÁNCER DE PRÓSTATA

## 5.1 Tendencia de la morbimortalidad a nivel nacional

**Figura 6.** Medidas de morbimortalidad del cáncer de próstata, Colombia 2017-2020




·Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las medidas presentadas son crudas. Incluye solo casos invasivos.

*PCNR: Proporción de casos nuevos reportados.

En Colombia durante el 2020 se estimó que por cada 100.000 hombres 164 tenían cáncer de próstata invasivo. Esta prevalencia es la más alta que se ha observado en la últimos cuatro años y corresponde a un incremento estadísticamente significativo. De igual forma, destaca un incremento igualmente significativo en la PCNR.

**Tabla 7.** Diferencias en las medidas de morbimortalidad del cáncer de próstata, Colombia 2019-2020

| | Comparativo 2020 vs 2019 | |
|---|---|---|
| **Indicador morbimortalidad** | **Diferencia (casos)** | **Valor *p**** |
| PCNR | ↑4,76 | **<0,001** |
| Prevalencia | ↑33,51 | **<0,001** |
| Mortalidad | ↑2,36 | **<0,001** |

·Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las diferencias fueron evaluadas estimando pruebas para la diferencia entre dos proporciones y se consideraron como significativas aquellas asociadas a un valor *p* <0,05.

## 5.2 Indicadores del monitoreo de la gestión

• A nivel nacional y en el régimen contributivo durante el año 2020, la oportunidad para el diagnóstico fue significativamente menor a la del año anterior, ubicándose en ambos casos, en el nivel más bajo de cumplimiento.

• En el régimen subsidiado, la proporción de personas con cáncer de próstata avanzado fue casi el doble que en el contributivo. Los anterior, se ha evidenciado en los últimos tres años

**Tabla 8a.** Comparativo de los indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de próstata (nacional), Colombia 2018-2020

| Indicadores | Semaforización cumplimiento~ | | | Nacional | | | Comparación 2020 vs. 2019 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2018 | 2019 | 2020 | Diferencia | Valor *p** |
| Oportunidad de diagnóstico (tiempo entre la consulta dónde se realiza remisión por sospecha clínica o paraclínica, asociada al cáncer de próstata hasta la confirmación diagnóstica). | < 30 días | 30 a < 60 días | ≥ 60 días | •62,38 | •62,45 | •77,30 | ↓ 14,85 | **<0,001** |
| Proporción de pacientes con cáncer de próstata estadificados en TNM. | > 90 % | > 60 a 90% | ≤ 60 % | •67,06 | •72,42 | •74,57 | ↑ 2,15 | **0,007** |
| Proporción de pacientes con cáncer de próstata localizado (pacientes en estadio 0, I y II). | ≥ 69 % | ≥ 62 a < 69 % | < 62 % | •69,01 | •70,26 | •67,46 | ↓-2,80 | **0,029** |
| Proporción de pacientes con cáncer de próstata localmente avanzado y avanzado (pacientes en estadio III y IV). | ≤ 31% | ≤ 37 a > 31 % | > 37 % | •30,99 | •29,74 | •32,54 | ↓ 2,80 | **0,029** |
| Proporción de pacientes estadificados en Gleason score. | > 90 % | > 85 a ≤ 90 % | ≤ 85 % | •90,12 | •96,69 | •97,29 | ↑ 0,60 | 1,000 |
| Oportunidad de tratamiento (tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento). | < 30 días | 30 a < 60 días | ≥ 60 días | •58,35 | •85,63 | •87,66 | ↓ 2,02 | 0,053 |
| Seguimiento de PSA postratamiento en cáncer de próstata. | | Por definir | | 41,38 | 36,60 | 39,24 | ↑ 2,65 | 0,178 |

~ Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

* Las proporciones se compararon estimando una prueba para evaluar la diferencia entre dos proporciones. Los promedios se compararon utilizando una prueba t con varianza desconocida. Diferencias asociadas a un valor *p* <0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

**Tabla 8b.** Comparativo de los indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de próstata (régimen contributivo), Colombia 2018-2020

| Indicadores | Semaforización cumplimiento~ | | | Contributivo | | | Comparación 2020 vs. 2019 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2018 | 2019 | 2020 | Diferencia | Valor *p** |
| Oportunidad de diagnóstico (tiempo entre la consulta dónde se realiza remisión por sospecha clínica o paraclínica, asociada al cáncer de próstata hasta la confirmación diagnóstica). | < 30 días | 30 a < 60 días | ≥ 60 días | 60,44 | 59,32 | 78,89 | ↓ 19,57 | **<0,001** |
| Proporción de pacientes con cáncer de próstata estadificados en TNM. | > 90 % | > 60 a 90% | ≤ 60 % | 71,41 | 76,75 | 76,63 | ↓ -0,12 | 1,000 |
| Proporción de pacientes con cáncer de próstata localizado (pacientes en estadio 0, I y II). | ≥ 69 % | ≥ 62 a < 69 % | < 62 % | 72,28 | 74,87 | 71,73 | ↓ -3,14 | 0,056 |
| Proporción de pacientes con cáncer de próstata localmente avanzado y avanzado (pacientes en estadio III y IV). | ≤ 31% | ≤ 37 a > 31 % | > 37 % | 27,72 | 25,13 | 28,27 | ↓ 3,14 | 0,056 |
| Proporción de pacientes estadificados en Gleason score. | > 90 % | > 85 a ≤ 90 % | ≤ 85 % | 92,64 | 97,27 | 98,30 | ↑ 1,03 | **0,041** |
| Oportunidad de tratamiento (tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento). | < 30 días | 30 a < 60 días | ≥ 60 días | 60,35 | 85,19 | 88,76 | ↓ 3,57 | **0,005** |
| Seguimiento de PSA postratamiento en cáncer de próstata. | | Por definir | | 42,12 | 38,94 | 41,55 | ↑ 2,61 | 0,103 |

~ Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

* Las proporciones se compararon estimando una prueba para evaluar la diferencia entre dos proporciones. Los promedios se compararon utilizando una prueba t con varianza desconocida. Diferencias asociadas a un valor *p* <0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

**Tabla 8c.** Comparativo de los indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de próstata (régimen subsidiado), Colombia 2018-2020

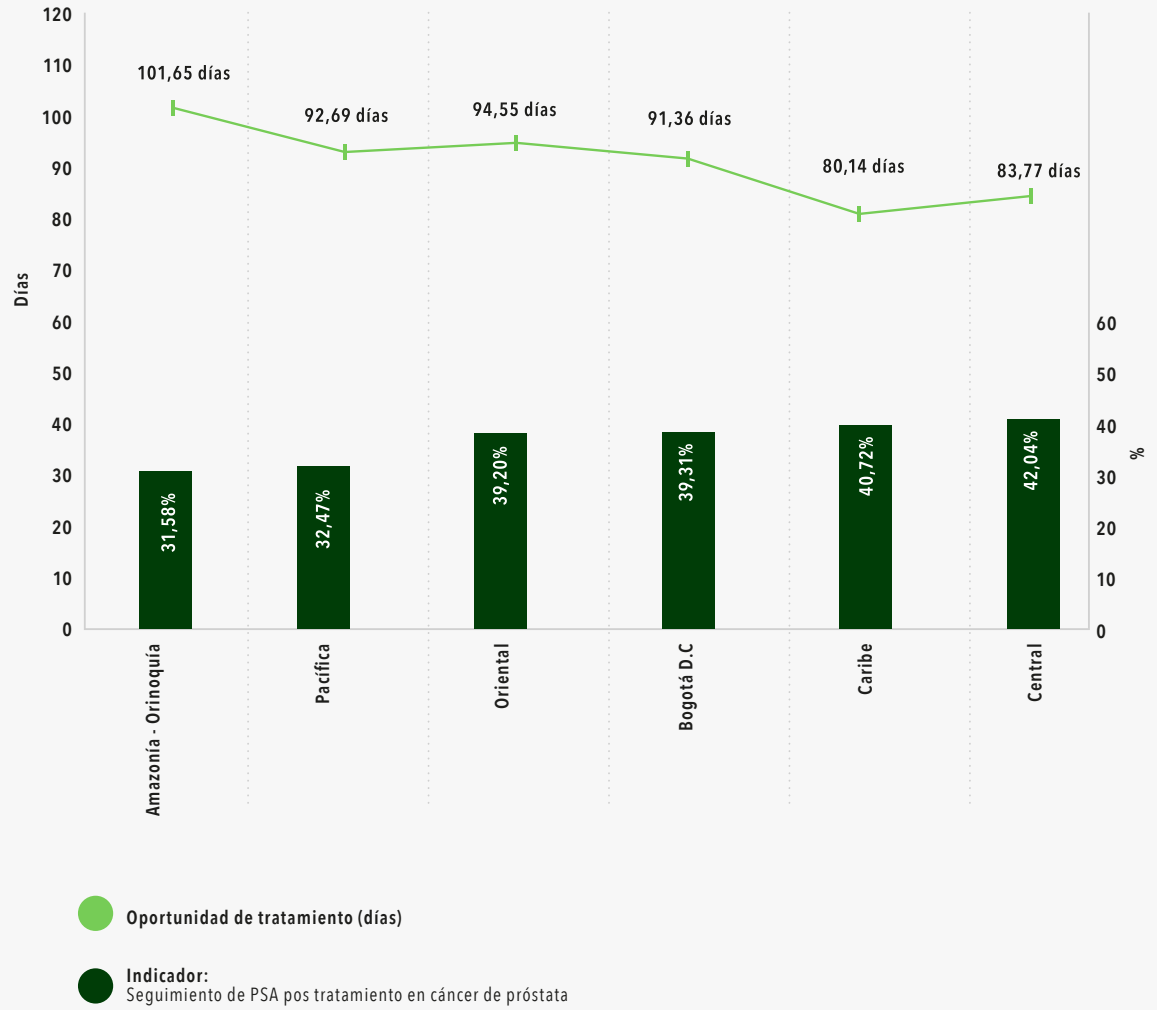
| Indicadores | Semaforización cumplimiento~ | | | Subsidiado | | | Comparación 2020 vs. 2019 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2018 | 2019 | 2020 | Diferencia | Valor *p** |
| Oportunidad de diagnóstico (tiempo entre la consulta dónde se realiza remisión por sospecha clínica o paraclínica, asociada al cáncer de próstata hasta la confirmación diagnóstica). | < 30 días | 30 a < 60 días | ≥ 60 días | •64,10 | •78,73 | •77,67 | ↑ -1,06 | 0,508 |
| Proporción de pacientes con cáncer de próstata estadificados en TNM. | > 90 % | > 60 a 90% | ≤ 60 % | •59,59 | •67,27 | •71,99 | ↑ 4,72 | **0,032** |
| Proporción de pacientes con cáncer de próstata localizado (pacientes en estadio 0, I y II). | ≥ 69 % | ≥ 62 a < 69 % | < 62 % | •57,78 | •53,59 | •52,79 | ↓ -0,80 | 0,743 |
| Proporción de pacientes con cáncer de próstata localmente avanzado y avanzado (pacientes en estadio III y IV). | ≤ 31% | ≤ 37 a > 31 % | > 37 % | •42,22 | •46,41 | •47,21 | ↓ 0,80 | 0,743 |
| Proporción de pacientes estadificados en Gleason score. | > 90 % | > 85 a ≤ 90 % | ≤ 85 % | •84,09 | •94,73 | •94,97 | ↑ 0,24 | 1,000 |
| Oportunidad de tratamiento (tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento). | < 30 días | 30 a < 60 días | ≥ 60 días | •54,27 | •87,69 | •89,72 | ↓ 2,03 | 0,330 |
| Seguimiento de PSA postratamiento en cáncer de próstata. | Por definir | | | 40,70 | 33,91 | 34,28 | ↑ 0,37 | 1,000 |

~ Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

* Las proporciones se compararon estimando una prueba para evaluar la diferencia entre dos proporciones. Los promedios se compararon utilizando una prueba t con varianza desconocida. Diferencias asociadas a un valor *p* <0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

## 5.3 Variabilidad clínica regional

**Figura 7.** Variabilidad clínica de la cohorte de cáncer de próstata en las regiones de Colombia, 2020




Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*PSA: Antígeno prostático específico

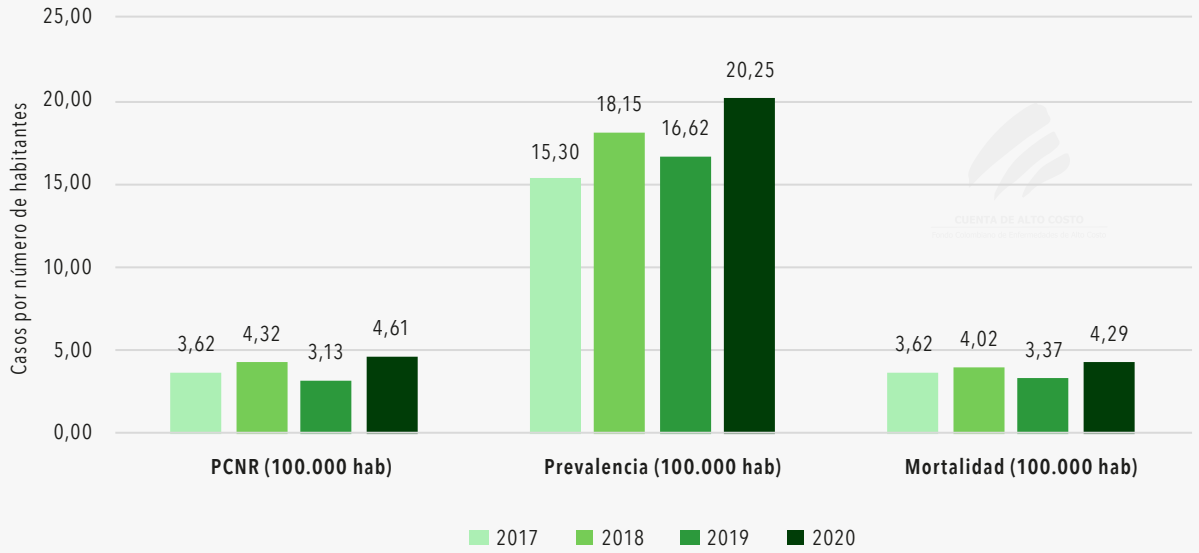
• Durante el 2020, los hombres de la región de la Amazonía-Orinoquía tardan, en promedio, hasta 20 días más para acceder al tratamiento del cáncer de próstata, en comparación con los tratados en las regiones Caribe o Central. Sin embargo, cabe resaltar que ninguna región del país cumple con la meta que es menor a 30 días.

• Con respecto al seguimiento pos tratamiento con el antígeno prostático específico (PSA), en las regiones Caribe y Central se observa la mayor proporción de personas tratadas a las que se les realiza este paraclínico. No obstante, ninguna región del país supera el 50%.

# 6. CÁNCER GÁSTRICO

## 6.1 Tendencia de la morbimortalidad nacional

**Figura 8.** Medidas de morbimortalidad del cáncer gástrico, Colombia 2017-2020




Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las medidas presentadas son crudas. Incluye solo casos invasivos.

*PCNR: Proporción de casos nuevos reportados.

Durante el 2020, se registraron la PCNR, la prevalencia y la mortalidad más elevadas de los últimos 4 años de seguimiento de la cohorte de cáncer gástrico. Este incremento en las tres medidas fue significativo al compararlo con los resultados del 2019.

**Tabla 9.** Diferencias en las medidas de morbimortalidad del cáncer gástrico, Colombia 2019 -2020

| | Comparativo 2020 vs 2019 | |
|---|---|---|
| **Indicador morbimortalidad** | **Diferencia (casos)** | **Valor *p**** |
| PCNR | ↑1,48 | **<0,001** |
| Prevalencia | ↑3,63 | **<0,001** |
| Mortalidad | ↑0,92 | **<0,001** |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las diferencias fueron evaluadas estimando pruebas para la diferencia entre dos proporciones y se consideraron como significativas aquellas asociadas a un valor $p$ <0,05.

## 6.2 Indicadores del monitoreo de la gestión

• En cáncer gástrico la oportunidad para acceder al diagnóstico y al tratamiento continúan entre los indicadores que aún no alcanzan las metas nacionales establecidas. Esta tendencia se observa tanto a nivel nacional como en los regímenes contributivo y subsidiado.

• En cuanto a la oportunidad del diagnóstico, se observó un aumento significativo en el tiempo promedio de espera a nivel nacional, ocasionando el no cumplimiento de la meta durante el 2020, pese a que se alcanzó durante el 2019. El mismo comportamiento se evidenció en el régimen contributivo.

• En general, menos del 20% de los casos de cáncer gástrico se diagnostican en estadios tempranos de la enfermedad; durante el 2018 y el 2019 esta proporción fue mayor. Lo anterior, podría mejorar al disminuir los tiempos de espera para el diagnóstico.

**Tabla 10a.** Comparativo de los indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer gástrico (nacional), Colombia 2018-2020

| Indicadores | Semaforización cumplimiento | | | Nacional | | | Comparación 2020 vs. 2019 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2018 | 2019 | 2020 | Diferencia | Valor *p** |
| Indicadores de detección temprana y diagnóstico adecuado | | | | | | | | |
| Proporción de pacientes con cáncer gástrico clasificado in situ. | > 3,4% | 1,8 a 3,4% | < 1,8% | 1,86 | 3,46 | 2,83 | -0,63 | 0,789 |
| Proporción de casos nuevos identificados en estadios tempranos. | > 12% | > 8 a 12% | ≤ 8% | 31,86 | 26,87 | 18,39 | -8,48 | **<0,001** |
| Proporción de pacientes con estadificación por TNM. | > 90% | 90 a > 60% | ≤ 60 % | 77,24 | 82,42 | 69,15 | -13,28 | **<0,001** |
| Indicadores de oportunidad - tiempos de espera (promedio en días) | | | | | | | | |
| Oportunidad de diagnóstico (tiempo entre la consulta donde se realiza remisión por sospecha clínica o paraclínica hasta la confirmación diagnóstica). | < 30 días | 30 a < 60 días | ≥ 60 días | 29,26 | 29,90 | 38,51 | 8,61 | **<0,001** |
| Oportunidad de tratamiento (tiempo entre el diagnóstico hasta el inicio del primer tratamiento). | < 30 días | 30 a < 60 días | ≥ 60 días | 30,19 | 55,29 | 57,74 | 2,45 | **0,010** |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las proporciones se compararon estimando una prueba para evaluar la diferencia entre dos proporciones. Los promedios se compararon utilizando una prueba t con varianza desconocida. Diferencias asociadas a un valor *p* <0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

**Tabla 10b.** Comparativo de los indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer gástrico (régimen contributivo), Colombia 2018-2020

| Indicadores | Semaforización cumplimiento | | | Contributivo | | | Comparación 2020 vs. 2019 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2018 | 2019 | 2020 | Diferencia | Valor *p** |
| Indicadores de detección temprana y diagnóstico adecuado | | | | | | | | |
| Proporción de pacientes con cáncer gástrico clasificado in situ. | > 3,4% | 1,8 a 3,4% | < 1,8% | 1,90 | 3,12 | 3,43 | ↑ 0,31 | 1,000 |
| Proporción de casos nuevos identificados en estadios tempranos. | > 12% | > 8 a 12% | ≤ 8% | 31,22 | 31,65 | 20,05 | ↓-11,61 | **<0,001** |
| Proporción de pacientes con estadificación por TNM. | > 90% | 90 a > 60% | ≤ 60 % | 77,08 | 87,63 | 71,18 | ↓-16,45 | **<0,001** |
| Indicadores de oportunidad - tiempos de espera (promedio en días) | | | | | | | | |
| Oportunidad de diagnóstico (tiempo entre la consulta donde se realiza remisión por sospecha clínica o paraclínica hasta la confirmación diagnóstica). | < 30 días | 30 a < 60 días | ≥ 60 días | 24,59 | 26,65 | 38,20 | ↓ 11,55 | **<0,001** |
| Oportunidad de tratamiento (tiempo entre el diagnóstico hasta el inicio del primer tratamiento). | < 30 días | 30 a < 60 días | ≥ 60 días | 30,63 | 53,87 | 56,67 | ↓ 2,80 | 0,171 |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las proporciones se compararon estimando una prueba para evaluar la diferencia entre dos proporciones. Los promedios se compararon utilizando una prueba t con varianza desconocida. Diferencias asociadas a un valor p <0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

**Tabla 10c.** Comparativo de los indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer gástrico (régimen subsidiado), Colombia 2018-2020

| Indicadores | Semaforización cumplimiento | | | Subsidiado | | | Comparación 2020 vs. 2019 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2018 | 2019 | 2020 | Diferencia | Valor *p** |
| Indicadores de detección temprana y diagnóstico adecuado | | | | | | | | |
| Proporción de pacientes con cáncer gástrico clasificado in situ. | > 3,4% | 1,8 a 3,4% | < 1,8% | 1,45 | 3,95 | 1,89 | ↓-2,06 | **0,043** |
| Proporción de casos nuevos identificados en estadios tempranos. | > 12% | > 8 a 12% | ≤ 8% | 33,44 | 20,59 | 15,59 | ↓-4,99 | **0,030** |
| Proporción de pacientes con estadificación por TNM. | > 90% | 90 a > 60% | ≤ 60 % | 78,24 | 76,96 | 67,38 | ↓-9,58 | **<0,001** |
| Indicadores de oportunidad - tiempos de espera (promedio en días) | | | | | | | | |
| Oportunidad de diagnóstico (tiempo entre la consulta donde se realiza remisión por sospecha clínica o paraclínica hasta la confirmación diagnóstica). | < 30 días | 30 a < 60 días | ≥ 60 días | 33,49 | 32,90 | 37,77 | ↓ 4,86 | **0,009** |
| Oportunidad de tratamiento (tiempo entre el diagnóstico hasta el inicio del primer tratamiento). | < 30 días | 30 a < 60 días | ≥ 60 días | 29,44 | 59,05 | 59,30 | ↓ 0,24 | 0,923 |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

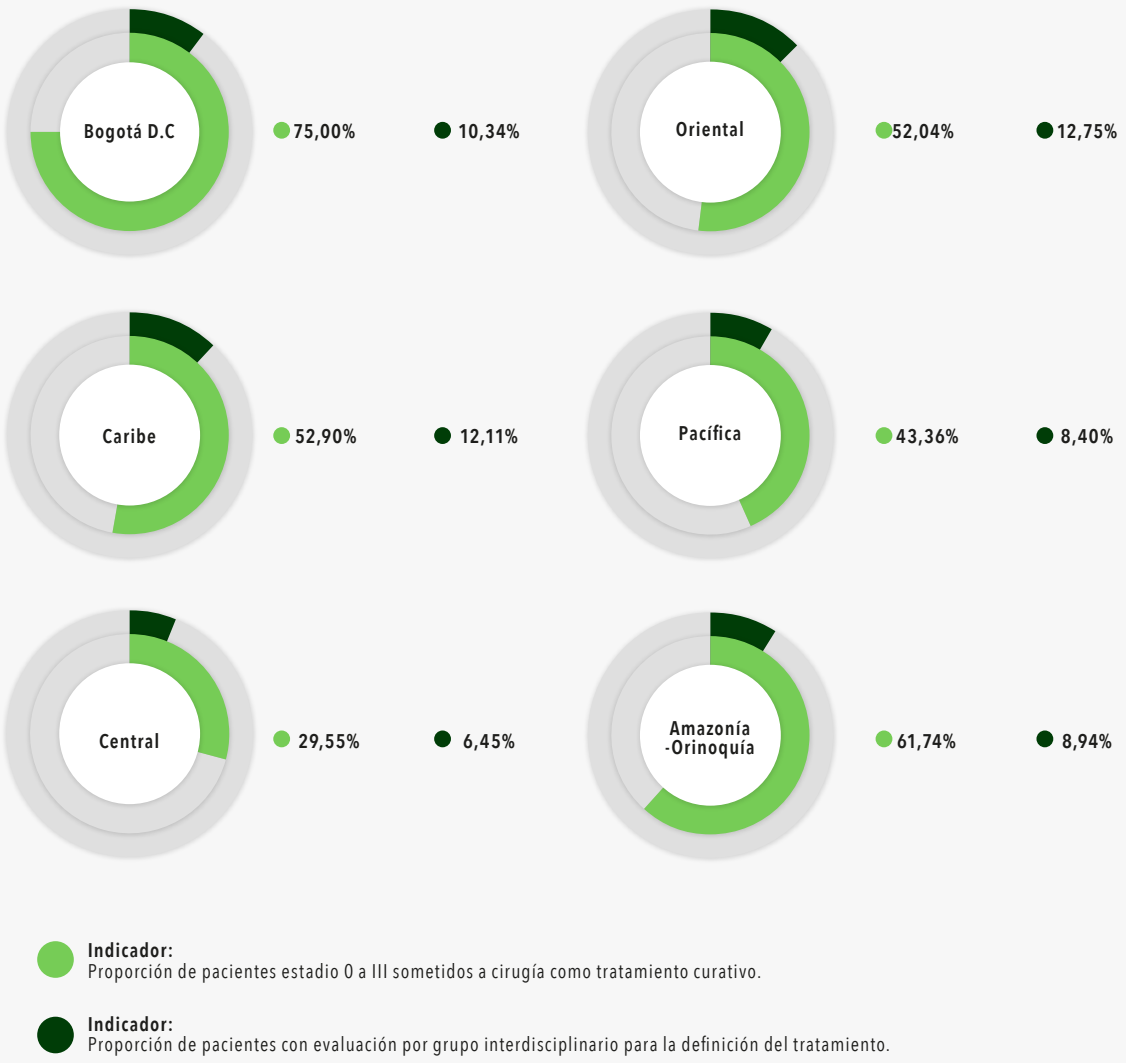
*Las proporciones se compararon estimando una prueba para evaluar la diferencia entre dos proporciones. Los promedios se compararon utilizando una prueba t con varianza desconocida. Diferencias asociadas a un valor *p* <0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

## 6.3 Variabilidad clínica regional

• La región Central presentó la menor proporción de pacientes en estadios 0 a III que fueron sometidos a cirugía con intención curativa y a su vez, tuvo la menor proporción de personas evaluadas por equipo interdisciplinario para definir la conducta terapéutica.

• En Bogotá se destaca que 3 de cada 4 pacientes en estadios 0 a III reciben manejo quirúrgico como tratamiento curativo, siendo este un resultado superior al estimado en las demás regiones del país.

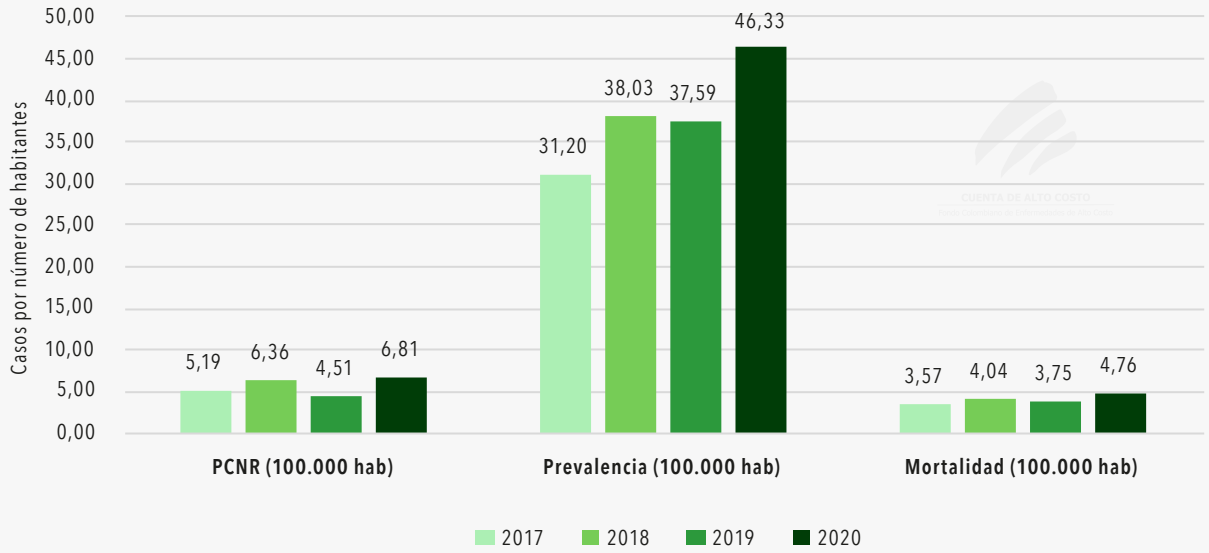
**Figura 9.** Variabilidad clínica de la cohorte de cáncer gástrico en las regiones de Colombia, 2020




Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

## 7. CÁNCER DE COLON Y RECTO

**Figura 10.** Medidas de morbimortalidad del cáncer de colon y recto, Colombia 2017-2020




Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las medidas presentadas son crudas. Incluye solo casos invasivos.

*PCNR: Proporción de casos nuevos reportados.

• La PCNR, la prevalencia y la mortalidad nacional del cáncer de colon y recto fueron significativamente mayores a las estimadas para el 2019, donde se había observado un leve descenso y cambio en la tendencia de los dos primeros años.

• Como se observó en el cáncer general y el resto de los tipos de cáncer expuestos en el documento, durante el 2020 se alcanzaron las medidas de morbimortalidad más elevadas de los últimos cuatro años.

**Tabla 11.** Diferencias en las medidas de morbimortalidad del cáncer de colon y recto, Colombia 2019-2020

| Comparativo 2020 vs 2019 | | |
|---|---|---|
| **Indicador morbimortalidad** | **Diferencia (casos)** | **Valor *p**** |
| PCNR | ↑2,30 | **<0,001** |
| Prevalencia | ↑8,74 | **<0,001** |
| Mortalidad | ↑1,01 | **<0,001** |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las diferencias fueron evaluadas estimando pruebas para la diferencia entre dos proporciones y se consideraron como significativas aquellas asociadas a un valor $p$ <0,05.

## 7.2 Indicadores del monitoreo de la gestión

• La oportunidad del diagnóstico y el tratamiento en el cáncer de colon y recto no alcanzaron las metas establecidas. Comparado con el 2019, el régimen subsidiado tuvo tiempos más prolongados para acceder al diagnóstico en el 2020.

• Al menos el 90% de las personas deberían contar con información de la estadificación por TNM; no obstante, el resultado del país es de alrededor del 70%, siendo menor al alcanzado en el 2019. En los regímenes contributivo y subsidiado esta proporción también disminuyó en comparación con el periodo anterior.

**Tabla 12a.** Comparativo de los indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de colon y recto (nacional), Colombia 2018-2020

| Indicadores | Semaforización cumplimiento~ | | | Nacional | | | Comparación 2020 vs. 2019 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2018 | 2019 | 2020 | Diferencia | Valor *p** |
| Indicadores de detección temprana y diagnóstico adecuado | | | | | | | | |
| Proporción de pacientes con estadificación por TNM. | > 90 % | ≥ 60 a > 90 % | ≤ 60 % | 71,74 | 76,50 | 71,15 | -5,35 | **<0,001** |
| Proporción de casos nuevos identificados en estadios tempranos. | ≥ 19 % | ≥ 15 a < 19% | < 15 % | 45,03 | 39,93 | 30,82 | -9,11 | **<0,001** |
| Proporción de pacientes con cáncer de colon y recto clasificado in situ. | ≥ 3,6 % | ≥ 2,2 a < 3,6 % | < 2,2 % | 2,72 | 4,69 | 3,49 | -1,20 | **0,013** |
| Indicadores de oportunidad - tiempos de espera (promedios en días) | | | | | | | | |
| Oportunidad de diagnóstico (tiempo entre la consulta donde se realiza remisión por sospecha clínica o paraclínica hasta la confirmación diagnóstica). | < 30 días | 30 a < 60 días | ≥ 60 días | 38,78 | 40,43 | 42,35 | 1,92 | **0,007** |
| Oportunidad de tratamiento (tiempo entre el diagnóstico hasta el inicio del primer tratamiento). | < 30 días | 30 a < 60 días | ≥ 60 días | 40,20 | 62,93 | 61,64 | -1,29 | 0,319 |

~ Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las proporciones se compararon estimando una prueba para evaluar la diferencia entre dos proporciones. Los promedios se compararon utilizando una prueba t con varianza desconocida. Diferencias asociadas a un valor *p* <0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

**Tabla 12b.** Comparativo de los indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de colon y recto (régimen contributivo), Colombia 2018-2020

| Indicadores | Semaforización cumplimiento~ | | | Contributivo | | | Comparación 2020 vs. 2019 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2018 | 2019 | 2020 | Diferencia | Valor *p** |
| Indicadores de detección temprana y diagnóstico adecuado | | | | | | | | |
| Proporción de pacientes con estadificación por TNM. | > 90 % | ≥ 60 a > 90 % | ≤ 60 % | 74,95 | 80,01 | 72,74 | -7,27 | **<0,001** |
| Proporción de casos nuevos identificados en estadios tempranos. | ≥ 19 % | ≥ 15 a < 19% | < 15 % | 45,49 | 41,01 | 30,57 | -10,44 | **<0,001** |
| Proporción de pacientes con cáncer de colon y recto clasificado in situ. | ≥ 3,6 % | ≥ 2,2 a < 3,6 % | < 2,2 % | 2,43 | 4,20 | 3,86 | -0,34 | 1,000 |
| Indicadores de oportunidad - tiempos de espera (promedios en días) | | | | | | | | |
| Oportunidad de diagnóstico (tiempo entre la consulta donde se realiza remisión por sospecha clínica o paraclínica hasta la confirmación diagnóstica). | < 30 días | 30 a < 60 días | ≥ 60 días | 32,17 | 42,33 | 40,33 | -2,00 | **0,003** |
| Oportunidad de tratamiento (tiempo entre el diagnóstico hasta el inicio del primer tratamiento). | < 30 días | 30 a < 60 días | ≥ 60 días | 40,72 | 57,88 | 58,28 | 0,39 | 0,675 |

*Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las proporciones se compararon estimando una prueba para evaluar la diferencia entre dos proporciones. Los promedios se compararon utilizando una prueba t con varianza desconocida. Diferencias asociadas a un valor *p* <0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

**Tabla 12c.** Comparativo de los indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de colon y recto (régimen subsidiado), Colombia 2018-2020

| Indicadores | Semaforización cumplimiento~ | | | Subsidiado | | | Comparación 2020 vs. 2019 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2018 | 2019 | 2020 | Diferencia | Valor *p** |
| Indicadores de detección temprana y diagnóstico adecuado | | | | | | | | |
| Proporción de pacientes con estadificación por TNM. | > 90 % | ≥ 60 a > 90 % | ≤ 60 % | 66,63 | 70,58 | 69,41 | -1,17 | 0,370 |
| Proporción de casos nuevos identificados en estadios tempranos. | ≥ 19 % | ≥ 15 a < 19% | < 15 % | 44,06 | 35,67 | 30,29 | -5,38 | **0,027** |
| Proporción de pacientes con cáncer de colon y recto clasificado in situ. | ≥ 3,6 % | ≥ 2,2 a < 3,6 % | < 2,2 % | 3,37 | 4,41 | 2,79 | -1,62 | 0,333 |
| Indicadores de oportunidad - tiempos de espera (promedios en días) | | | | | | | | |
| Oportunidad de diagnóstico (tiempo entre la consulta donde se realiza remisión por sospecha clínica o paraclínica hasta la confirmación diagnóstica). | < 30 días | 30 a < 60 días | ≥ 60 días | 55,87 | 36,68 | 44,11 | 7,43 | **<0,001** |
| Oportunidad de tratamiento (tiempo entre el diagnóstico hasta el inicio del primer tratamiento). | < 30 días | 30 a < 60 días | ≥ 60 días | 38,54 | 76,35 | 72,57 | -3,78 | **0,009** |

·Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las proporciones se compararon estimando una prueba para evaluar la diferencia entre dos proporciones. Los promedios se compararon utilizando una prueba t con varianza desconocida. Diferencias asociadas a un valor *p* <0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

## 7.3 Variabilidad clínica regional

**Figura 11.** Variabilidad clínica de las cohortes de cáncer de colon y recto entre las regiones, Colombia 2020

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

• Más del 40% de las personas con cáncer de colon y recto en estadios I al III fueron sometidos a cirugía con objetivo en todas las regiones del país, exceptuando la Oriental, donde esta proporción fue menor.

• Ninguna región logra que más del 50% de las personas sometidas a cirugía para manejo del cáncer de colon y recto cuenten con un informe de patología completo. Generar un informe de patología posquirúrgica completo es una acción necesaria en todo el país con el fin de gestionar el riesgo individual de los casos.

## 8. OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA GESTIÓN DEL CÁNCER

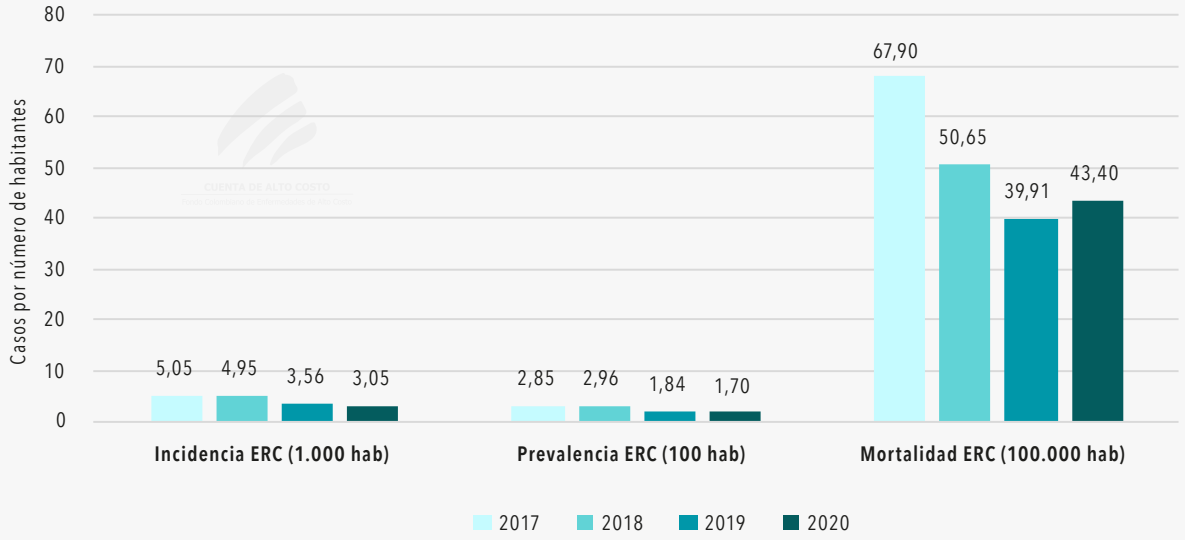
| Tipo de cáncer | Hallazgos | Acciones propuestas |
|---|---|---|
| Mama | Tiempos de acceso al diagnóstico y los tratamientos prolongados que no han logrado mejoría en los años de seguimiento, lo que pone evidencia que no se han tomado acciones para impactar en las barreras de acceso o las estrategias implementadas no son eficaces. | • Evaluación de la efectividad y eficiencia de los modelos de atención en cáncer.<br><br>• Seguimiento al interior de los aseguradores de los resultados en salud obtenidos, especialmente los relacionados con diagnóstico temprano y oportunidad de la atención.<br><br>• Definición de medidas que contrarresten las barreras de acceso en los servicios de oncología. |
| Cérvix | En los últimos tres años se ha observado una tendencia incremental en el número de días que trascurren entre el informe histopatológico válido y la atención por el médico tratante, lo que repercute en la definición de la conducta terapéutica y el pronóstico de la enfermedad. | |
| Próstata | La proporción de personas que son diagnosticadas en estadios avanzados de la enfermedad ha incrementado. | |
| Gástrico | No se alcanzan las metas establecidas en términos de oportunidad de la atención, con un desempeño inferior al del año anterior. | |
| Colon y recto | El tiempo promedio que transcurre para el diagnóstico y el inicio del tratamiento es mayor al establecido para alcanzar la meta. | |

# ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

**CUENTA DE ALTO COSTO**
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

## 1.TENDENCIA DE LA MORBIMORTALIDAD A NIVEL NACIONAL

**Figura 1.** Medidas de morbimortalidad de la enfermedad renal crónica, Colombia 2017-2020




Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las medidas presentadas son crudas.

• Entre el 2019 y el 2020, se registró una disminución estadísticamente significativa en las cifras nacionales de la incidencia y la prevalencia. Sin embargo, la mortalidad incrementó considerablemente en 3,5 casos por 100.000 habitantes.

• En el mundo, la prevalencia de la ERC se estima en 9,1% (IC 95%: 8,5% - 9,8%). En regiones como Oceanía, África subsahariana y América Latina, la carga de la ERC es mayor a la esperada para el nivel de desarrollo (1).

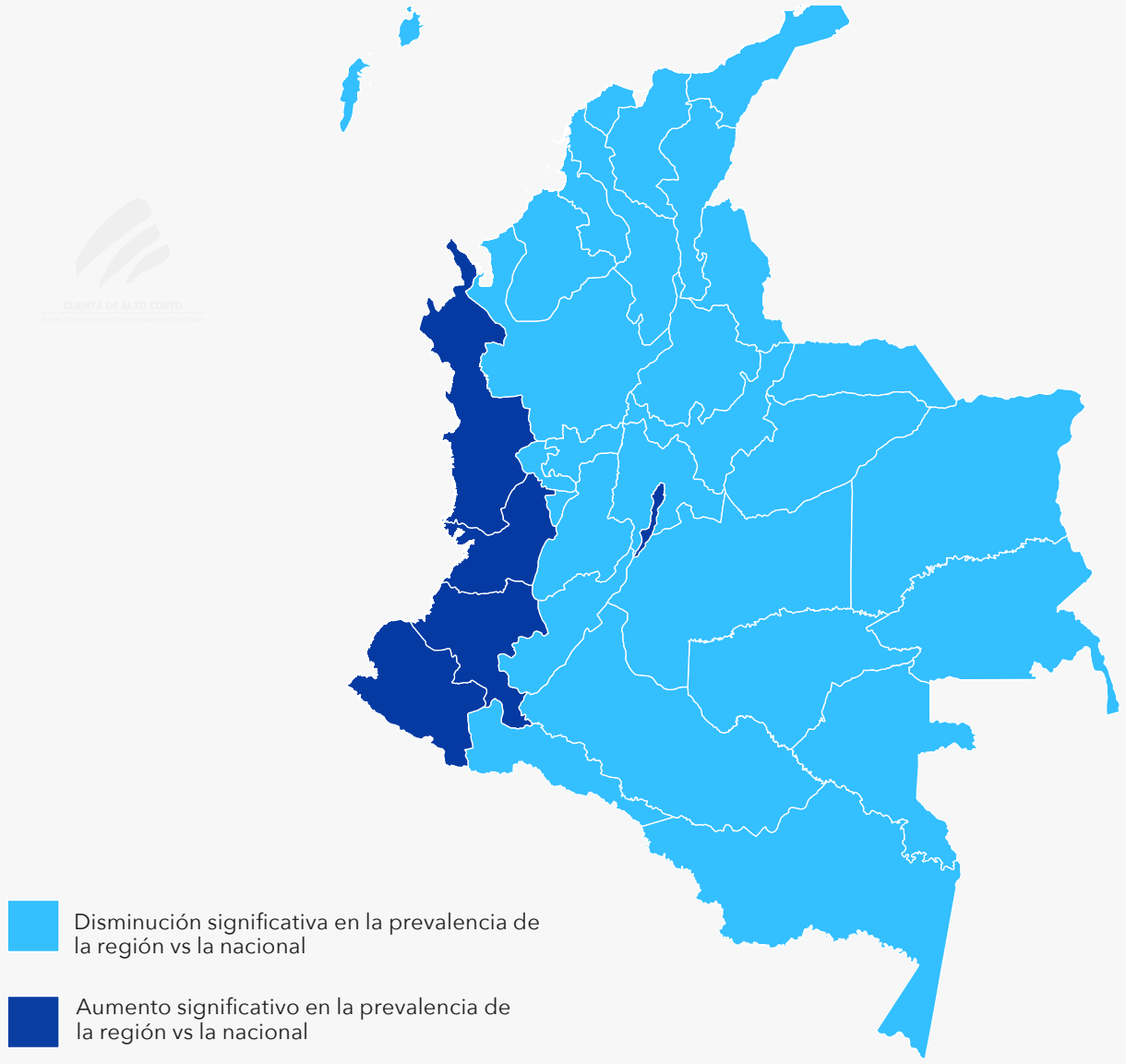
**Tabla 1.** Diferencias en las medidas de morbimortalidad de la ERC, Colombia 2019-2020

| Comparativo 2020 vs 2019 | | |
|---|---|---|
| **Indicador morbimortalidad** | **Diferencia (casos)** | **Valor *p**** |
| Incidencia | ↓-0,51 | **<0,001** |
| Prevalencia | ↓-0,14 | **<0,001** |
| Mortalidad | ↑3,49 | **<0,001** |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las diferencias fueron evaluadas estimando pruebas para la diferencia entre dos proporciones y se consideraron como significativas aquellas asociadas a un valor $p$ <0,05.

**Mapa 1.** Comparación de la prevalencia de la ERC regional versus la nacional, 2020




Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las medidas graficadas fueron ajustadas por la edad.

Las regiones Pacífica y Bogotá D.C. tuvieron una prevalencia ajustada por la edad significativamente mayor a la estimada en el país.

## 2. INDICADORES DE MONITOREO DE LA GESTIÓN

• Al comparar los indicadores de la gestión de riesgo en las personas con ERC en los dos últimos años, se observó un mejor desempeño del porcentaje de pacientes sin pérdida de la función renal medida con CKD-EPI, manteniéndose en el rango alto de cumplimiento. Por el contrario, los indicadores relacionados con la toma de creatinina y la toma de albuminuria en el último año disminuyeron de manera significativa.

• Al comparar los indicadores de gestión de riesgo en la población con ERC afiliada al régimen contributivo y subsidiado, se evidenció un aumento en el control de la hemoglobina glicosilada en ambos regímenes; sin embargo, únicamente el contributivo alcanzó el rango de cumplimiento alto.

**Tabla 2a.** Comparativo de los indicadores trazadores de la ERC (nacional), Colombia 2019-2020

| Indicadores | Semaforización de cumplimiento | | | Nacional | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2019 | 2020 | Comparación 2020 vs. 2019 | |
| | | | | | | Diferencia | Valor *p** |
| Control de la presión arterial (<140/90) | >60% | 40 a 60% | <40% | 74,77 | 73,33 | ↓-1,44 | **<0,001** |
| Meta de HbA1c (<7%) | >50% | 30 a 50% | <30% | 51,08 | 54,18 | ↑ 3,10 | **<0,001** |
| Toma creatinina último año | >70% | 50 a 70% | <50% | 70,57 | 59,64 | ↓-10,92 | **<0,001** |
| Sin pérdida de la función renal CKD-EPI (% pérdida TFG < ml/min/año) | >50% | 40 a 50% | <40% | 59,40 | 71,43 | ↑ 12,02 | **<0,001** |
| Toma de albuminuria en el último año | >60% | 40 a 60% | <40% | 35,17 | 13,75 | ↓-21,42 | **<0,001** |
| Proporción de pacientes prevalentes en hemodiálisis con catéter como acceso vascular - Adultos ‡ | <10% | 10 a 20% | >20% | 21,07 | 24,69 | ↓ 3,62 | **<0,001** |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

* Se estimó una prueba para comparar las diferencias entre dos proporciones y aquellas asociadas a un valor p <0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

‡ Incluye pacientes en hemodiálisis y hemodiafiltración o hemodiálisis extendida con acceso vascular por catéter.

**Tabla 2b.** Comparativo de los indicadores trazadores de la ERC (régimen contributivo), Colombia 2019-2020

| Indicadores | Semaforización de cumplimiento | | | Contributivo | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2019 | 2020 | Comparación 2020 vs. 2019 | |
| | | | | | | Diferencia | Valor *p** |
| Control de la presión arterial (<140/90) | >60% | 40 a 60% | <40% | 80,46 | 78,44 | ↓-2,01 | **<0,001** |
| Meta de HbA1c (<7%) | >50% | 30 a 50% | <30% | 52,64 | 56,06 | ↑ 3,41 | **<0,001** |
| Toma creatinina último año | >70% | 50 a 70% | <50% | 77,06 | 64,71 | ↓-12,35 | **<0,001** |
| Sin pérdida de la función renal CKD-EPI (% pérdida TFG < ml/min/año) | >50% | 40 a 50% | <40% | 57,60 | 72,09 | ↑ 14,49 | **<0,001** |
| Toma de albuminuria en el último año | >60% | 40 a 60% | <40% | 38,09 | 14,29 | ↓-23,80 | **<0,001** |
| Proporción de pacientes prevalentes en hemodiálisis con catéter como acceso vascular - Adultos ‡ | <10% | 10 a 20% | >20% | 16,33 | 22,10 | ↓ 5,77 | **<0,001** |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

* Se estimó una prueba para comparar las diferencias entre dos proporciones y aquellas asociadas a un valor *p* <0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

‡ Incluye pacientes en hemodiálisis y hemodiafiltración o hemodiálisis extendida con acceso vascular por catéter.

**Tabla 2c.** Comparativo de los indicadores trazadores de la ERC (régimen subsidiado), Colombia 2019-2020

| Indicadores | Semaforización de cumplimiento | | | Subsidiado | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2019 | 2020 | Comparación 2020 vs. 2019 | |
| | | | | | | Diferencia | Valor *p** |
| Control de la presión arterial (<140/90) | >60% | 40 a 60% | <40% | •65,59 | •64,12 | ↓-1,47 | **<0,001** |
| Meta de HbA1c (<7%) | >50% | 30 a 50% | <30% | •45,97 | •48,85 | ↑ 2,88 | **<0,001** |
| Toma creatinina último año | >70% | 50 a 70% | <50% | •60,61 | •51,03 | ↓-9,58 | **<0,001** |
| Sin pérdida de la función renal CKD-EPI (% pérdida TFG < ml/min/año) | >50% | 40 a 50% | <40% | •63,26 | •69,92 | ↑ 6,67 | **<0,001** |
| Toma de albuminuria en el último año | >60% | 40 a 60% | <40% | •31,00 | •12,65 | ↓-18,36 | **<0,001** |
| Proporción de pacientes prevalentes en hemodiálisis con catéter como acceso vascular - Adultos ǂ | <10% | 10 a 20% | >20% | •26,64 | •29,29 | ↓ 2,64 | **<0,001** |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

* Se estimó una prueba para comparar las diferencias entre dos proporciones y aquellas asociadas a un valor *p* <0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

ǂ Incluye pacientes en hemodiálisis y hemodiafiltración o hemodiálisis extendida con acceso vascular por catéter.

## 3. OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS

**Tabla 3.** Oportunidades de mejora de la gestión del riesgo en la ERC, Colombia 2020

| Hallazgos | Meta | Acciones propuestas |
|---|---|---|
| Disminuyó la toma de albuminuria y creatinina en el último año. | Albúmina: > 60%<br>Creatinina: >70% | • Sensibilizar al grupo médico en la solicitud de los paraclínicos requeridos para el seguimiento de los pacientes con ERC y sus precursoras.<br>• Minimizar las barreras geográficas y logísticas para garantizar los paraclínicos importantes en el seguimiento de los pacientes con ERC. |
| Aumento en la proporción de pacientes prevalentes en hemodiálisis con catéter como acceso vascular en adultos. | Menor al 10% | • Es necesario que los pacientes con ERC sean manejados de manera oportuna en programas integrales de atención donde se garantice el seguimiento adecuado de los casos.<br>• Derivar tempranamente a los pacientes con ERC a los servicios de nefrología. Lo anterior mejora la tasa de éxito en el inicio de la hemodiálisis (2). |

## 4.VARIABILIDAD CLÍNICA REGIONAL

**Figura 2.** Variabilidad clínica de la ERC en las regiones de Colombia, 2020

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

• Estrategias de prevención en factores modificables como la obesidad deben ser implementadas en todas las regiones del país, dado que la proporción de pacientes con obesidad (IMC≥30 kg/m2) en todas las regiones es mayor que el comportamiento mundial de la población general según lo reportado por la Organización Mundial de la Salud (13%) (3). En Colombia, este porcentaje es mayor en la región Pacífica en contraste con la Caribe que registró la menor proporción.

• Se evidenció un menor seguimiento en la toma de creatinina en la región de la Amazonía-Orinoquía, que podría estar explicado por las barreras geográficas. No obstante, en Bogotá. D.C, tampoco se alcanzó la meta nacional (>70%).

## BIBLIOGRAFÍA

1. *Bikbov B, Purcell CA, Levey AS, Smith M, Abdoli A, Abebe M, et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2020;*

2. *Ibeas J, Roca-Tey R, Vallespín J, Moreno T, Moñux G, Martí-Monrós A, et al. Spanish Clinical Guidelines on Vascular Access for Haemodialysis. Nefrologia. 2017;*

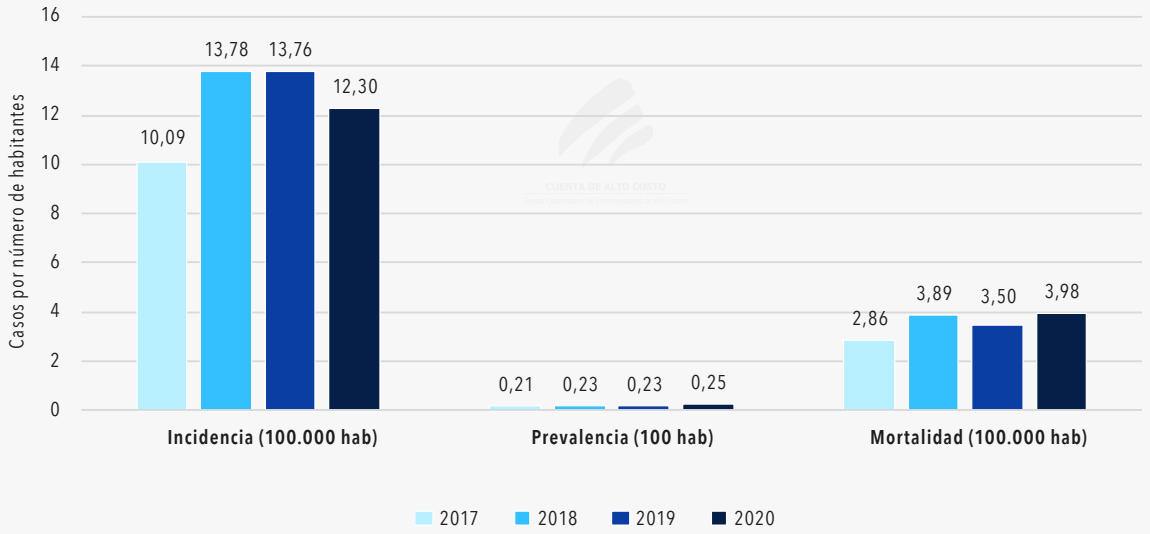
3. *OMS. Fact-sheets. Obesity and overweight [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight*

# ARTRITIS REUMATOIDE

**CUENTA DE ALTO COSTO**
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

## 1.TENDENCIA DE LA MORBIMORTALIDAD A NIVEL NACIONAL

**Figura 1.** Medidas de morbimortalidad de la artritis reumatoide, Colombia 2017-2020*




· Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.
* Las medidas presentadas son crudas.

• Durante los dos primeros años de seguimiento de la cohorte de artritis reumatoide (AR) en la CAC, se evidenció una tendencia al incremento en la incidencia de la AR. Sin embargo, en los dos últimos periodos se observa una disminución en la incidencia, la cual fue significativa en el año 2020.

• Por otra parte, se estimó un incremento significativo en la prevalencia para el 2020, la cual fue de 0,25 por 100 habitantes.

• En el mundo, se estima una prevalencia de AR que oscila entre 0,5% y 0,8% (1). Si bien, para el país en el presente año se registró un aumento, es de gran importancia la captación por medio de búsqueda activa y seguimiento por parte de las entidades a las personas con AR que son atendidas en el Sistema de Salud Colombiano.

• La mortalidad presentó un aumento que no fue estadísticamente significativo en 2020. Lo anterior, debe alertar a las entidades para instaurar actividades y planes para mejorar la atención de complicaciones propias de la AR y mejorar la supervivencia de esta población.

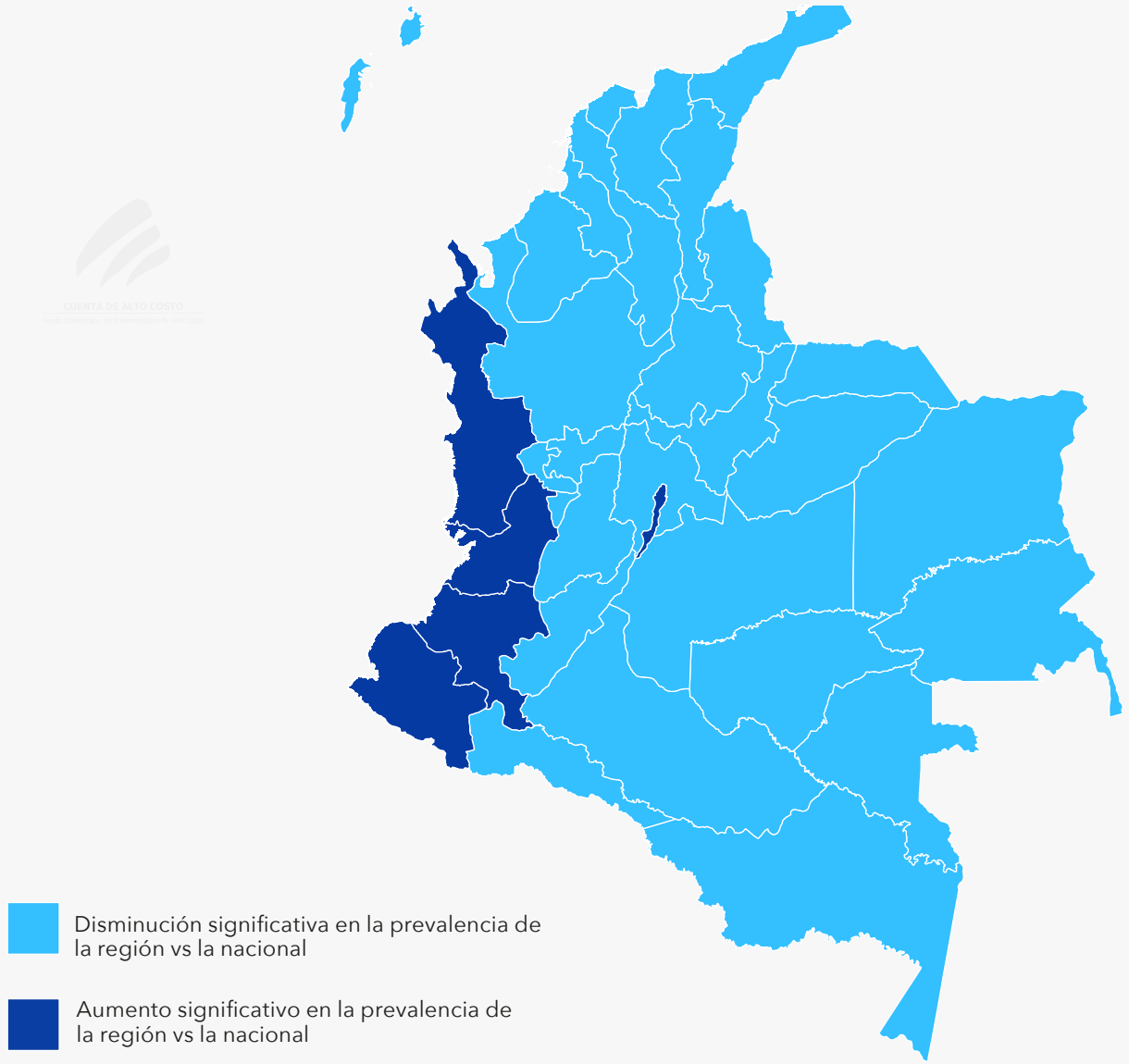
**Tabla 1.** Diferencias en las medidas de morbimortalidad de la artritis reumatoide, Colombia 2019-2020

| | Comparativo 2020 vs 2019 | |
|---|---|---|
| **Indicador morbimortalidad** | **Diferencia (casos)** | **Valor *p**** |
| Incidencia | ↓-1,46 | **<0,001** |
| Prevalencia | ↑-0,02 | **<0,001** |
| Mortalidad | ↑0,48 | 0,320 |

· Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

* Las diferencias fueron evaluadas estimando pruebas para la diferencia entre dos proporciones y se consideraron como significativas aquellas asociadas a un valor $p$ <0,05.

**Mapa 1.** Comparación de la prevalencia regional versus la nacional de la artritis reumatoide, 2020




Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las medidas graficadas fueron ajustadas por la edad.

Durante el 2020, las regiones Pacífica y Bogotá D.C tuvieron prevalencias significativamente mayores de artritis reumatoide al compararla con el promedio nacional.

## 2. INDICADORES DE MONITOREO DE LA GESTIÓN

• Durante el 2020, se evidenció un mejor desempeño de los indicadores relacionados con la realización de los exámenes al momento del diagnóstico como anticuerpos anticitrulina, factor reumatoide, PCR y VSG. Pese a que se registró una mejora significativa, estos indicadores permanecen en un rango bajo de cumplimiento.

• A nivel nacional, la cobertura de DMARD no mostró un cambio estadísticamente significativo, pero presentó un leve incremento manteniéndose en rango medio y estando a una diferencia menor al 2% para alcanzar la meta en cobertura de más del 70%. No obstante, por régimen de afiliación, el contributivo alcanzó una mayor cobertura de DMARD.

• En cuanto a la realización del DAS28, llama la atención la disminución significativa a nivel nacional y por los dos regímenes de afiliación analizados.

• El logro de la remisión como principal objetivo del manejo de la AR, presentó una disminución significativa comparada con los años anteriores. En el régimen subsidiado se evidenció un mejor resultado en comparación con el desempeño en el contributivo, pese a que este último realizó en mayor proporción seguimiento con el DAS28.

**Tabla 2a.** Comparativo de los indicadores trazadores en artritis reumatoide (nacional), Colombia 2019-2020

| Indicadores | Semaforización de cumplimiento | | | Nacional | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2019 | 2020 | Comparación 2020 vs. 2019 | |
| | | | | | | Diferencia | Valor *p** |
| Oportunidad de atención por especialista en semanas (tiempo desde el inicio de síntomas hasta la primera atención por especialista). | < 12 semanas | ≥ 12 semanas a < 16 semanas | ≥ 16 semanas | •24,65 | •26,17 | ↓1,52 | **<0,001** |
| Proporción de pacientes en quienes se realizó anticuerpos anti-citrulina y el factor reumatoide IgM dentro del proceso de diagnóstico. | > 80% | > 70% a ≤80% | ≤70% | •39,76 | •48,46 | ↑ 8,70 | **<0,001** |
| Proporción de pacientes en quienes se realiza PCR y VSG al momento del diagnóstico. | > 90% | > 80% a ≤90% | ≤ 80% | • 51,25 | •57,88 | ↑6,63 | **<0,001** |
| Proporción de pacientes en quienes se inicia DMARD como tratamiento para AR (cobertura de DMARD) (prevalentes). | > 70% | > 60% a ≤ 70% | ≤ 60% | •68,52 | •68,76 | ↑0,24 | 0,153 |
| Proporción de pacientes en quienes se realiza DAS28 al menos una vez en los últimos 6 meses (prevalentes). | > 90% | >80% a ≤90% | ≤ 80% | •55,09 | •44,88 | ↓-10,21 | **<0,001** |
| Proporción de pacientes en tratamiento para AR que lograron remisión de la enfermedad (medida por DAS28 de los últimos 6 meses) (prevalentes). | > 30% | > 20% a ≤30% | ≤ 20% | •30,05 | •15,49 | ↓-14,56 | **<0,001** |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las proporciones se compararon estimando una prueba para evaluar la diferencia entre dos proporciones. Los promedios se compararon utilizando una prueba t con varianza desconocida. Diferencias asociadas a un valor *p* <0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

## **Tabla 2b.** Comparativo de indicadores los trazadores en artritis reumatoide (régimen contributivo), Colombia 2019-2020

| Indicadores | Semaforización de cumplimiento | | | Contributivo | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Comparación 2020 vs. 2019 | |
| | Alto | Medio | Bajo | 2019 | 2020 | Diferencia | Valor *p** |
| Oportunidad de atención por especialista en semanas (tiempo desde el inicio de síntomas hasta la primera atención por especialista). | < 12 semanas | ≥ 12 semanas a < 16 semanas | ≥ 16 semanas | •24,67 | •26,29 | ↓1,62 | **<0,001** |
| Proporción de pacientes en quienes se realizó anticuerpos anti-citrulina y el factor reumatoide IgM dentro del proceso de diagnóstico. | > 80% | > 70% a ≤80% | ≤70% | •50,22 | •56,77 | ↑ 6,55 | **<0,001** |
| Proporción de pacientes en quienes se realiza PCR y VSG al momento del diagnóstico. | > 90% | > 80% a ≤90% | ≤ 80% | •59,58 | •62,25 | ↑2,67 | **0,019** |
| Proporción de pacientes en quienes se inicia DMARD como tratamiento para AR (cobertura de DMARD) (prevalentes). | > 70% | > 60% a ≤ 70% | ≤ 60% | •70,59 | •70,28 | ↓ -0,31 | 0,125 |
| Proporción de pacientes en quienes se realiza DAS28 al menos una vez en los últimos 6 meses (prevalentes). | > 90% | >80% a ≤90% | ≤ 80% | •59,66 | •47,63 | ↓-12,03 | **<0,001** |
| Proporción de pacientes en tratamiento para AR que lograron remisión de la enfermedad (medida por DAS28 de los últimos 6 meses) (prevalentes). | > 30% | > 20% a ≤30% | ≤ 20% | •30,59 | •14,94 | ↓ -15,65 | **<0,001** |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las proporciones se compararon estimando una prueba para evaluar la diferencia entre dos proporciones. Los promedios se compararon utilizando una prueba t con varianza desconocida. Diferencias asociadas a un valor *p* <0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

## **Tabla 2c.** Comparativo de los indicadores trazadores en artritis reumatoide (régimen subsidiado), Colombia 2019-2020

| Indicadores | Semaforización de cumplimiento | | | Subsidiado | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Comparación 2020 vs. 2019 | |
| | Alto | Medio | Bajo | 2019 | 2020 | Diferencia | Valor *p** |
| Oportunidad de atención por especialista en semanas (tiempo desde el inicio de síntomas hasta la primera atención por especialista). | < 12 semanas | ≥ 12 semanas a < 16 semanas | ≥ 16 semanas | • 25,63 | •26,05 | ↓0,42 | 0,121 |
| Proporción de pacientes en quienes se realizó anticuerpos anti-citrulina y el factor reumatoide IgM dentro del proceso de diagnóstico. | > 80% | > 70% a ≤80% | ≤70% | • 25,07 | •41,21 | ↑ 16,14 | **<0,001** |
| Proporción de pacientes en quienes se realiza PCR y VSG al momento del diagnóstico. | > 90% | > 80% a ≤90% | ≤ 80% | • 40,18 | •54,56 | ↑14,38 | **<0,001** |
| Proporción de pacientes en quienes se inicia DMARD como tratamiento para AR (cobertura de DMARD) (prevalentes). | > 70% | > 60% a ≤ 70% | ≤ 60% | • 62,67 | •65,16 | ↑ 2,49 | **<0,001** |
| Proporción de pacientes en quienes se realiza DAS28 al menos una vez en los últimos 6 meses (prevalentes). | > 90% | >80% a ≤90% | ≤ 80% | • 49,83 | •45,35 | ↓-4,48 | **<0,001** |
| Proporción de pacientes en tratamiento para AR que lograron remisión de la enfermedad (medida por DAS28 de los últimos 6 meses) (prevalentes). | > 30% | > 20% a ≤30% | ≤ 20% | • 33,91 | •20,29 | ↓ -13,62 | **<0,001** |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

* Se estimó una prueba para comparar las diferencias entre dos proporciones y aquellas asociadas a un valor *p* <0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

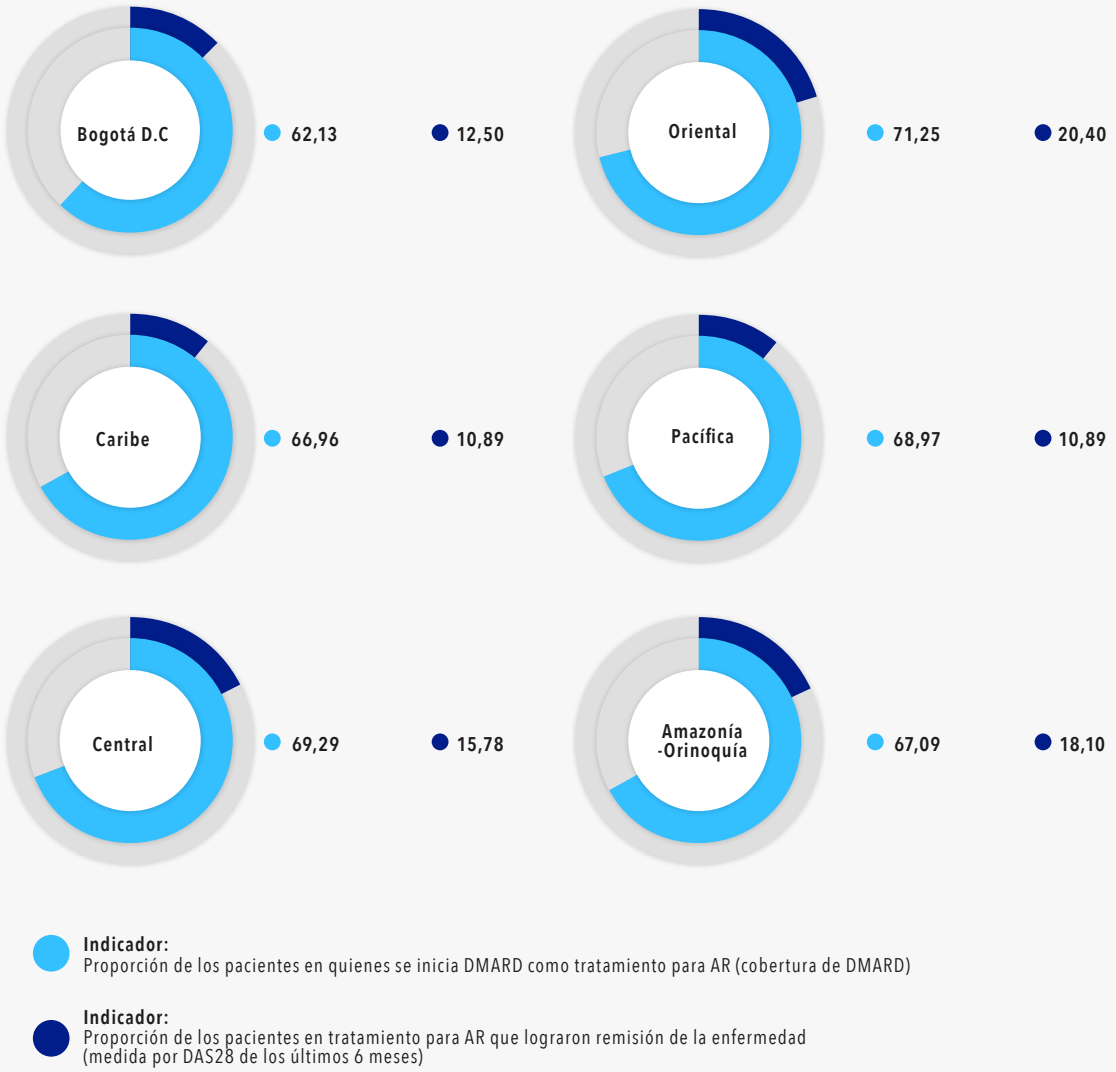
## 3. OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS

**Tabla 3.** Oportunidades de mejora de la gestión del riesgo en artritis reumatoide, Colombia 2020

| Hallazgos | Meta | Acciones propuestas |
|---|---|---|
| Tiempo de oportunidad de atención por especialista más largos con respecto al año anterior y con diferencias entre los aseguradores. | <12 semanas | • Identificación temprana de los casos con diagnóstico probable de artritis reumatoide para que sean dirigidos al especialista.<br>• Garantizar el acceso a la consulta con especialista en tiempos más cortos.<br>• Uso de telemedicina u otras modalidades para asegurar la atención por el especialista. |
| Diferencia entre los regímenes en garantizar las prueba de laboratorio (VSG-PCR) durante el diagnóstico a los pacientes con AR. | ≥95% | • Minimizar las barreras geográficas y logísticas para la toma de los paraclínicos requeridos en el diagnóstico.<br>• Garantizar la adherencia a las guías de práctica clínica para el manejo efectivo de los casos. |
| Déficit en la medición de la actividad de la enfermedad a través del DAS28. | ≥90% | • Sensibilizar a los médicos en la medición de la actividad de la enfermedad.<br>• Implementar herramientas tecnológicas o aplicativos que faciliten la medición del DAS28 en los pacientes. |
| Brechas entre los aseguradores en alcanzar el logro de la remisión en los pacientes con AR. | >30% | • Fortalecer la aplicación de modelos integrados centrados en el paciente.<br>• Garantizar el manejo interdisciplinario que realice seguimiento de la adherencia al tratamiento.<br>• Aumentar la periodicidad de atención en los casos críticos que a pesar de las intervenciones no han logrado la remisión de la enfermedad identificando las causas de no respuesta. |

## 4.VARIABILIDAD CLÍNICA REGIONAL

**Figura 2.** Variabilidad clínica de la artritis reumatoide en las regiones de Colombia, 2020




Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

• Estrategias de prevención en factores modificables como la obesidad deben ser implementadas en todas las regiones del país, dado que la proporción de pacientes con obesidad (IMC≥30 kg/m2) en todas las regiones es mayor que el comportamiento mundial de la población general según lo reportado por la Organización Mundial de la Salud (13%) (3). En Colombia, este porcentaje es mayor en la región Pacífica en contraste con la Caribe que registró la menor proporción.

• Se evidenció un menor seguimiento en la toma de creatinina en la región de la Amazonía-Orinoquía, que podría estar explicado por las barreras geográficas. No obstante, en Bogotá. D.C, tampoco se alcanzó la meta nacional (>70%).

## BIBLIOGRAFÍA

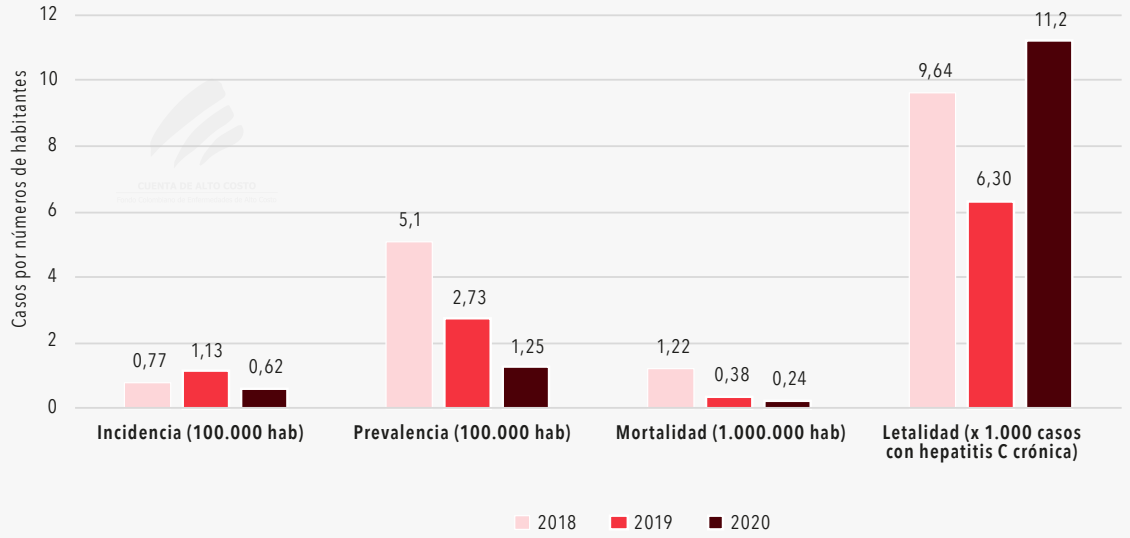
1. *Lo J, Chan L, Flynn S. A Systematic Review of the Incidence, Prevalence, Costs, and Activity and Work Limitations of Amputation, Osteoarthritis, Rheumatoid Arthritis, Back Pain, Multiple Sclerosis, Spinal Cord Injury, Stroke, and Traumatic Brain Injury in the United States: A 2019 Update. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2021.*

# HEPATITIS C CRÓNICA

CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

## 1.TENDENCIA DE LA MORBIMORTALIDAD A NIVEL NACIONAL

**Figura 1.** Medidas de morbimortalidad de la hepatitis C crónica, Colombia 2018-2020*




·Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.
*Las medidas presentadas son crudas.

• Durante el 2020, se evidenció una disminución en la incidencia y prevalencia de la hepatitis C crónica comparado con el año 2019. Desde el año 2020 se inició el reporte obligatorio en el régimen subsidiado, con lo cual se esperaba un aumento de casos, sin embargo, solamente se identificaron pacientes con diagnósticos muy antiguos que se encontraban a la espera del inicio del tratamiento, y por otra parte se evidenció una baja detección de casos con diagnóstico nuevo. En el régimen contributivo se diagnosticaron menos pacientes que en 2019, probablemente asociado a la disminución de la tamización de poblaciones de riesgo como consecuencia de la pandemia por COVID.

• La mortalidad disminuyó, no obstante, la letalidad aumentó comparado con el periodo anterior, por complicaciones directas asociadas a la hepatitis c crónica como hemorragia de vías digestivas altas, hepatocarcinoma y cirrosis.

## 2. INDICADORES DE MONITOREO DE LA GESTIÓN

En cuanto a los resultados obtenidos en los indicadores de gestión a nivel país se evidencia una mejora en los siguientes indicadores:

- La detección de fibrosis hepática en la población con diagnóstico de hepatitis C crónica disminuyó un 8,66% con respecto al 2019 (34,2% 2019 Vs 25,5% 2020).
- La proporción de casos que iniciaron tratamiento fuera de la estrategia de compra centralizada descendió un 1,51% con respecto al 2019 (2,6% Vs 1% 2020).
- La respuesta viral sostenida (RVS) 12 semanas después de finalizado el tratamiento continua por encima del 95%, tanto para medicamentos de compra centralizada como fuera de ella.

Sin embargo, se evidencian oportunidades de mejora en los siguientes:

- La proporción de pacientes que iniciaron tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) para hepatitis C crónica descendió 12,2% con respecto al 2019 (97,5% 2019 Vs 85,3% 2020), situando el resultado del indicador en estándar medio. En parte, esta situación se presenta en los pacientes con coinfección con VIH porque se pospone el inicio de tratamiento hasta lograr el control virológico con la terapia antirretroviral. Además, secundario a la situación de pandemia por COVID se presentó demora en la compra centralizada de los AAD por parte del ministerio.
- La proporción de pacientes con evaluación para fibrosis hepática disminuyó 2,78% comparado con el año 2019 (91,6% 2019 Vs 88,8% 2020). Los paraclínicos se observan prescritos en la historia clínica por el médico tratante por medio de teleconsulta sin embargo, los pacientes no se acercan al servicio de toma de muestras por temor a infectarse por COVID.

**Tabla 2a.** Comparativo de los indicadores trazadores en hepatitis C (nacional), Colombia 2018-2020

| Indicadores | Semaforización cumplimiento | | | | | | Comparación 2020 vs. 2019 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | Medio | Bajo | 2018 | 2019 | 2020 | Diferencia (%) |
| Proporción de pacientes que iniciaron tratamiento para hepatitis C crónica | >90% | 80-89% | <80% | 99,7 | 97,5 | 85,3 | ↓12,20 |
| Proporción de pacientes con resultados de estadificación para fibrosis | >95% | 90-95% | <90% | 89,2 | 91,6 | 88,8 | ↓2,78 |
| Proporción de pacientes que iniciaron el tratamiento para hepatitis C crónica fuera de compra centralizada | No aplica | No aplica | No aplica | 8,0 | 2,6 | 1,0 | ↑ 1,51 |
| Detección de fibrosis hepática en población con diagnóstico de hepatitis C crónica | <20% | 20-40% | >40% | 45,4 | 34,2 | 25,5 | ↑ 8,66 |
| RVS 12 semanas después de finalizado el tratamiento de Compra Centralizada | >90% | 85-90% | <85% | 95,1 | 97,8 | 97,8 | 0,00 |
| RVS 12 semanas después de finalizado el tratamiento de Fuera de compra centralizada | >90% | 85-90% | <85% | 96,4 | 100,0 | 100,0 | 0,00 |
| Proporción en mortalidad atribuible a la infección por el virus de la hepatitis C | < 2% | 2 -3% | > 3% | 1,0 | 0,6 | 1,1 | ↓0,48 |
| Proporción de personas con diagnóstico de hepatitis C crónica que abandonaron el tratamiento | < 5% | 5 -10% | > 10% | 0,0 | 0,7 | 0,6 | ↑ 0,05 |

Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2020.

*Las proporciones se compararon estimando una prueba para evaluar la diferencia entre dos proporciones. Los promedios se compararon utilizando una prueba t con varianza desconocida. Diferencias asociadas a un valor p <0,05 se consideraron estadísticamente significativas.

## 3. OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS

**Tabla 3.** Oportunidades de mejora de la gestión del riesgo en hepatitis C, Colombia 2020

| Hallazgos | Meta | Acciones propuestas |
|---|---|---|
| Disminución en el número de casos evaluados para fibrosis hepática en el año 2020 | >95% | • Asegurar la realización del tamizaje de fibrosis hepática por parte de medicina interna, medicina familiar, infectología, gastroenterología y hepatología, por medio de la realización de fibroscan, fibrotest, APRI, FIB4 o biopsia. |
| Brechas en el acceso al tratamiento. | >90% | • Disminuir las barreras de acceso a consultas por especialista para la prescripción del tratamiento.<br>• Garantizar el suministro del tratamiento AAD por parte del asegurador.<br>• Asegurar la disponibilidad de inventario de AAD incluidos en la estrategia de compra centralizada.<br>• Reducir las barreras geográficas y logísticas para el suministro del tratamiento. |
| Detección de fibrosis hepática en grados avanzados. | <20% | • Implementar estrategias de búsqueda activa y tamizaje de posibles casos con hepatitis C crónica, de acuerdo con la identificación de factores de riesgo.<br>• Garantizar la oportunidad en el inicio del tratamiento con AAD. |

CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

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